

328325

**COLEGIO PARTENÓN S. C.**

INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**ELABORACIÓN DE UN CUESTIONARIO  
PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA  
ALIMENTARIA EN JÓVENES ADULTOS**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.

PRESENTA

**BRENDA RAQUEL CADENAS ESPONDA**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CONCEPCIÓN CRUZ  
JIMÉNEZ

México, D. F.

DICIEMBRE 2005

0350600



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## A G R A D E C I M I E N T O S

Gracias a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y por haberme puesto en un hogar tan maravilloso al nacer, ya que sin el apoyo de mis Padres y mis Hermanos el placer de vivir se hubiese convertido en una simple monotonía, gracias a ellos por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida.

A mi Padre por enseñarme que a pesar de todo nunca debo de olvidar quien soy y hacia donde me dirijo y a mi Madre por enseñarme que la felicidad es gratis y la podemos convertir en una fiel compañera de todos los días.

A mis hermanos por darme aliento, apoyo y cariño incondicional para la ardua tarea de caminar hacia la perspectiva de un nuevo mañana.

A mi Esposo por sus implacables críticas, por su paciencia y por enseñarme que el ser duro con uno mismo no es un defecto.

A mi hija que es la niña que más quiero por soportar mi desaparición en presencia, espero que esto te sirva de ejemplo y recuerdes que todo se puede lograr si tan sólo te decides a hacerlo, no habiendo mejor satisfacción que el saber que valió la pena

A la Lic. Concepción Cruz Jiménez ya que fue mi guía para saber como dirigirme y por compartir muchos datos de su experiencia en la asesoría en cuanto a este trabajo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo ~~reservado~~.

NOMBRE: BRENDA REGUEL

CARRERAS ESCOLAR

FECHA: 22 NOVIEMBRE 2015

FIRMA: [Firma manuscrita]

## I N D I C E

	P Á G .
RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	2
<b>I. MARCO TEÓRICO:</b>	<b>4</b>
<b>JUVENTUD.</b>	<b>4</b>
• Definiciones	4
• Fases de la juventud	7
• Características físicas	13
• Características emocionales	13
• Características morales	15
• Características sociales	17
• Características sexuales	20
• Características cognoscitivas	24
<b>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	<b>31</b>
ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	34
ANOREXIA NERVIOSA	43
• Enfoque psicoanalítico	46
• Enfoque conductual	47
• Enfoque social	47
• Alteraciones físicas	49
• Alteraciones psicológicas	49
• Alteraciones sociales	49
BULIMIA NERVIOSA	50
• Enfoque psicoanalítico	54
• Enfoque conductual	54
• Enfoque social	55
• Alteraciones físicas	56
• Alteraciones psicológicas	57
• Alteraciones sociales	57

OBESIDAD	59
• Enfoque psicoanalítico	61
• Enfoque conductual	62
• Enfoque social	62
• Alteraciones físicas	64
• Alteraciones psicológicas	65
• Alteraciones sociales	66
SOBREALIMENTACIÓN COMPULSIVA	67
• Enfoque psicoanalítico	68
• Enfoque conductual	69
• Enfoque social	69
• Alteraciones físicas	70
• Alteraciones psicológicas	70
• Alteraciones sociales	71
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICOS	71
<b>PRUEBAS PSICOLÓGICAS</b>	<b>73</b>
<b>II. MÉTODO.</b>	<b>86</b>
• Planteamiento del problema.	87
• Justificación del estudio.	87
• Objetivo General.	87
• Objetivos Particulares.	88
• Hipótesis de Trabajo.	88
• Hipótesis Estadísticas.	88
• Variables.	88
• Variable Independiente.	88
• Variable Dependiente.	89
• Variables Atributivas.	89
• Definición Conceptual de Variables.	89
• Definición Operacional de las Variables.	91
• Población.	92

• Tipo de Muestra.	92
• Tipo de Estudio.	92
• Diseño de Investigación.	93
• Sujetos.	93
• Instrumentos.	93
• Escenario.	98
• Procedimiento.	98
• Análisis de Datos.	99
<b>III.</b> RESULTADOS.	100
<b>IV.</b> INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	110
<b>V.</b> CONCLUSIONES.	118
<b>VI.</b> APORTACIONES.	121
<b>VII.</b> SUGERENCIAS.	122
<b>VIII.</b> LIMITACIONES	123
<b>IX.</b> ANEXOS.	124
<b>X.</b> REFERENCIAS.	125

## R E S U M E N

Con el propósito de contar con instrumentos adecuados a la población mexicana que sirvan como apoyo para dar un diagnóstico seguro de los trastornos de la conducta alimentaria y con el propósito de dar una intervención temprana se creó el Cuestionario para los Trastornos de la Conducta Alimentaria con el análisis psicométrico respectivo.

El Cuestionario fue elaborado a partir de dos aspectos como: los antecedentes e influencia familiar y los hábitos y la autopercepción, los cuales se consideraron factores desencadenantes de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobre alimentación compulsiva y de los trastornos de la conducta alimentaria no específicos, a través de la búsqueda teórica .

En el presente estudio realizó la confiabilidad, la validación y normalización de la prueba con una muestra de 60 estudiantes de nivel medio superior entre 17 y 23 años del Distrito Federal. Para dicho análisis se realizó previamente a la aplicación final un estudio de interjueces con 15 expertos en Psicología.

Los resultados nos marcan que el Cuestionario para los Trastornos de la Conducta Alimentaria es confiable y válido, estableciéndose normas de calificación para población mexicana, residente en el Distrito Federal.



## I N T R O D U C C I Ó N

El acto de comer es una actividad vital que esta influenciada por factores psicológicos y sociales que pueden desembocar a veces en graves problemas de salud como los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La alta incidencia, prevalencia y proporción de los trastornos de la conducta alimentaria, en la juventud, así como su gran repercusión social ha hecho que en las últimas investigaciones en psicología dediquen sus esfuerzos al conocimiento y manejo de dichos trastornos. Es fundamental este conocimiento como primer paso para la programación de actuaciones sanitarias, sociales, preventivas; dado que el diagnóstico y actuación precoz en este tipo de enfermedades es fundamental para su pronóstico.

Estos trastornos se han venido desarrollando a través del tiempo, en la actualidad la imagen corporal es de gran importancia para los jóvenes este fenómeno ha sido provocado por los medios de comunicación.

En la juventud los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han acrecentado, debido que en esta etapa la búsqueda de estabilidad emocional y social por la que atraviesan, los hace susceptibles de identificarse con modelos sociales establecidos por lo medios masivos de comunicación.

Con el firme propósito de ofrecer un buen diagnóstico en las áreas de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la de Hábitos y Autopercepción y como repercuten en la manifestación de Trastornos de la Conducta Alimentaria se requiere de la integración y consideración de dichos datos a través de instrumentos adecuados a nuestra población. En México en los últimos años se ha difundido el uso de pruebas psicológicas, que permiten confirmar información sobre áreas específicas, por ello se planteó crear el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en una muestra de la población mexicana.

La prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) se centra en la reducción o

eliminación de aquellos factores que causan o contribuyen al desarrollo del trastorno y en la aparición o incremento de los factores protectores. La prevención secundaria iría dirigida a disminuir la prevalencia (los casos existentes en un momento dado) con un diagnóstico lo más temprano posible y un tratamiento eficaz.

## JUVENTUD

La juventud es una etapa de la vida en la que las personas son percibidas como responsables, pues han alcanzado el tamaño y fuerza plena, convirtiéndose en individuos desarrollados, por lo tanto, sus actividades se van perfilando de acuerdo a un plan de vida establecido, centrando sus deseos en lograr alcanzar metas que se han propuesto. Así, el ser joven incluye la madurez emocional, entendida como un alto grado de estabilidad emocional, un control de impulsos y una elevada tolerancia a la frustración, aunque cabe señalar, que también se presentan cambios violentos en el estado de ánimo debido al rompimiento de vínculos de dependencia hacia los padres y la búsqueda de autonomía.

Quienes se encuentran en la juventud presentan una preocupación por resolver el conflicto que surge al tratar de mantener la integridad personal y ser parte efectiva de la sociedad, debido a que se dan cuenta que la fuerza de la sociedad interfiere con su identidad, lo cual, puede provocar que los jóvenes busquen una identidad equivocada para poder ser aceptados en algún círculo social.

### DEFINICIONES

Pedroza (1976), define a la juventud como la etapa durante la cual concluye el desarrollo intelectual y se inicia el trabajo y el estudio profesional, existiendo fluctuaciones afectivas, inexperiencia vital, idealismo y desenfreno físico.

Sheehy (1978), precisa a la juventud como una etapa en la que actúan dos impulsos, uno de ellos es el de edificar una estructura firme y segura para el futuro contrayendo fuertes compromisos que los lleven a asentarse; las principales decisiones de la vida se toman en esta etapa, ya que se supone que los individuos ya están capacitados para cumplir sus metas establecidas debido a que tienen una voluntad y anhelo intenso para enfrentarse a situaciones adversas que finalmente se

podrán superar y así obtener lo deseado. El otro impulso consiste en explorar y experimentar haciendo que toda estructura sea provisional y, por lo tanto, fácilmente reversible. Esto se refiere a que la gente durante la etapa de la juventud puede saltar de un trabajo a otro o de un encuentro personal a otro; pero éstas experiencias posiblemente son el resultado de la búsqueda de independencia y estabilidad que tiene el joven adulto. Finalmente, la relación que haya entre estos dos impulsos será provocada por el bienestar o malestar vivido en el trascurso de ésta etapa con el fin de que exista en las personas un conocimiento más concreto de ellos mismos y de lo que desean en realidad.

Según Erikson (1981), el término juventud se refiere al hecho de haber madurado en las dimensiones física, social y afectiva para alcanzar la etapa *alere* (de alguien que ahora alimenta a aquello que concibe y produce) lo cual significa que se complementa lo vivido en etapas anteriores para adquirir la experiencia que conducirá a la formación de un criterio más amplio. (p.42.)

Monedero (1986) considera, a la juventud como manifestaciones o dimensiones sociales del periodo que va de la infancia a la edad adulta. Dentro de lo que se llama juventud se puede distinguir las repercusiones sociales de la adolescencia e influencias sociales en la adolescencia. Por ejemplo, la manera en que repercuten las conductas que realizan las personas en ésta etapa tiene que ver con las decisiones que se toman en cuanto a su estilo de vida; su forma de pensamiento relacionada con el logro de objetivos y con la aceptación social demandada, siendo presa fácil de la influencia social que incluye a la familia, amigos y medios de comunicación.

Moraleda (1995) considera, a la juventud como un estadio transitorio en donde no se ha alcanzado la madurez, porque aún está lejos de haberse tranquilizado las crisis de crecimiento puberal, refiriéndose a los cambios biopsicosociales, donde hay una búsqueda de identidad. Estas alternancias se manifiestan en el aspecto afectivo con cambios de humor, dificultando el encuentro de la elección de pareja. Con respecto a sus valores, intereses y criterios morales experimentan un proceso de personalización. Por lo tanto, la juventud es el conjunto de actividades y eventos que

sucedan a lo largo de una serie de años, que varían de una sociedad a otra y según el momento histórico.

Según Bromley, (citado en Moraleda, 1995), la fase de la juventud se sitúa entre los 18 y 25 años. Esta fase es muy importante en el desarrollo de la personalidad, caracterizada por grandes cambios en los ámbitos de la vida familiar y profesional. Estos cambios se refieren al aprendizaje de aquellos roles requeridos para la ejecución de una serie de tareas y demandas sociales tales como el comienzo de una ocupación y elección de una pareja. Con relación al desarrollo personal y la formación del carácter suele distinguirse ésta etapa por un gran incremento de su vitalidad y un realce de su individualidad en donde se encuentran los rasgos distintivos que diferencian a una persona de otra, además que su estado de ánimo alcanza un elevado nivel.

En 1997 Rice, ubica a la juventud entre los 18 y 30 años. En ésta etapa lo más importante es lograr la autonomía emocional que consiste en romper los vínculos emocionales de dependencia que han sido formados y reorientados sobre la base de igualdad que debe existir entre dos personas. Convertirse en un joven supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos y desarrollar una personalidad plena; desarrollando la capacidad para tolerar las tensiones y frustraciones, reconociéndolas como parte de la vida para superar y aceptar sin hostilidad y agresión desmedida. Los jóvenes también se ven involucrados en la tarea de realizar un compromiso ocupacional como terminar su educación, ingresar al mundo laboral, desarrollar habilidades en el trabajo y alcanzar la independencia económica.

Kenneth Keniston, (citado en Neugarten, 1999), define a la juventud como aquella en la cual el principal objetivo para el ego es la confrontación con la sociedad, la clasificación de los valores y el conseguir un "ajuste" entre el yo y la sociedad. Manifestando cuestiones relacionadas con la intimidad, la elección de una pareja y el cumplimiento de las expectativas en el mundo laboral.

Retomando a los autores enunciados, en ésta investigación se concluye que la juventud es una etapa de transición de la vida en donde se va en busca de la consolidación de la madurez, ya que se está en la búsqueda de una independencia que de estabilidad tanto en el ámbito social como en

el afectivo; para lo cual se rompen vínculos emocionales de dependencia con el fin de enfrentarse a sí mismo, aprendiendo al mismo tiempo a interactuar con la sociedad para aceptar los diversos puntos de vista que existen y dar como resultado el desarrollo de la capacidad para enfrentar los problemas.

#### F A S E S D E L A J U V E N T U D

A medida que las personas van viviendo su juventud, van enfocando sus energías y motivaciones en diferentes tareas del desarrollo. Entre ellas las principales que han de afrontar son las de terminar sus estudios, entrar en el mundo laboral, elegir una pareja y formar una familia. Todas las personas se enfrentan a ellas, puesto que incluso la decisión de no llevar a cabo alguna de éstas es una forma de tratar el aspecto del desarrollo. Las distintas teorías del desarrollo en el joven tratan de explicar los patrones generales de crecimiento, cambio e identificar los temas dominantes que caracterizan la vida del mismo. Por tal motivo, algunos autores han tratado de dividir la vida en fases, describir la transformación de una fase a otra y definir los principales ajustes requeridos durante cada una. Las fases relacionadas con la juventud mencionadas por dichos autores se explican a continuación:

Carl Rogers (1964) se centra en la importancia de la individualidad y en el desarrollo general de la personalidad, el cual está encaminado a conseguir una personalidad funcionalmente completa durante la juventud. El primer principio para este autor es aquel donde el éxito en el desarrollo de la personalidad depende de la disposición para vivir nuevas experiencias ya que si no se cuenta con ésta disponibilidad no se desarrolla la capacidad de apertura, se vive a la defensiva, se distorsiona la realidad y no se es capaz de utilizar las experiencias. Un segundo principio manifiesta que los jóvenes pueden verse ya a sí mismos como personas que tratan de alcanzar la madurez, ya que tienen la capacidad de examinar sus conductas desde perspectivas pasadas y futuras. El tercer principio es el de la confianza de las propias capacidades, ya que la propia conducta depende de criterios personales sobre lo correcto y lo incorrecto y se desarrolla una

aceptación de la responsabilidad en los éxitos y en los fracasos, (Alexander, Roodin y Gornan, 1988.)

Roger Gould (1972, 1978) dedujo, que el joven en el desarrollo de su vida progresa a través de una serie de transformaciones y que en cada una de ellas, la gente reformula los conceptos que tienen sobre sí mismos, se enfrentan a sus situaciones infantiles y resuelven conflictos, (Hoffman et al., 1996, p.92.)

Gould manifiesta que la etapa de la juventud pasa por dos fases.

- 1) Empieza alrededor de los 18 años y dura hasta los 22 años; es aquí, donde se forja una identidad y comienzan a separarse de sus padres. Además existe un deseo de no ser corregidos por la familia, de tener intimidad con la pareja y de recrear con los compañeros la familia que están abandonando, estableciendo su autonomía.
- 2) Se ubica alrededor de los 22 a 29 años; en donde se propone alcanzar metas, así que participan en el trabajo de ser adultos para obtener competencia como tales, además de que este es el momento de vivir y de crecer para construir el futuro en todos los ámbitos, personal, laboral, social y familiar, siendo esto la entrada al mundo de la responsabilidad y el momento más adecuado para decidir que es lo que quieren hacer en la vida, ya que conforme avanza la edad las personas harán una recapitulación de su vida y se darán cuenta que existen metas que no alcanzaron ya sea por falta de tiempo o de voluntad, lo cual puede llevarlos a tener sentimientos de frustración.

Por su parte, Lowenthal (1977) realizó, un estudio con jóvenes enfocándolo hacia el compromiso. Especialmente dirigió su atención hacia tres compromisos importantes: el moral, el interpersonal y la maestría. Los compromisos morales están relacionados con el estadio superior del desarrollo moral, llamado por Kohlberg estadio post convencional el cual se refiere a que las personas emplean principios morales que son considerados más amplios que los de cualquier sociedad en particular. Los compromisos interpersonales que están relacionados con el sexto estadio de Erikson del desarrollo de "intimidad versus aislamiento", en donde la mayoría de los jóvenes se comprometen hasta tal punto que las relaciones íntimas se caracterizan por la profunda solidaridad y el respeto mutuo. En el caso contrario este tipo de compromiso puede dirigirse hacia una

profunda sensación de aislamiento por parte de otras personas. Los compromisos de maestría se refieren a los compromisos ocupacionales los cuales están relacionados con la profesión que elige tener cada persona, (Worchel y Shebilske, 1998.)

George Vaillant (1977) realizó, una investigación con jóvenes estudiantes y encontró que en su intento por adaptarse a la vida existen cuatro patrones característicos o mecanismos de adaptación:

- 1) Maduro (que emplea el humor o ayuda a los demás.)
- 2) Inmaduro (desarrolla dolores sin fundamentos físicos.)
- 3) Psicótico (que distorsiona o niega la realidad.)
- 4) Neurótico (represión de la ansiedad, intelectualización o desarrollo de miedos irracionales.)

Vaillant menciona, que los jóvenes que utilizan los mecanismos de adaptación maduros tienen muchas más posibilidades de éxito, de ser felices, más sanos mental y físicamente y se sienten más satisfechos con las diversas actividades que realizan. También este autor mencionó una etapa que se da específicamente en la juventud a la cual denominó "consolidación de la carrera" la cual se presenta entre los veinte y treinta años y en donde las personas muestran su preocupación por posicionarse de una carrera que les ayude más adelante a obtener un empleo. Esta etapa termina en la edad madura cuando las personas dejan de pensar compulsiva e irreflexivamente en su aprendizaje ocupacional, (Papalia y Wendkos, 2001.)

Por otro lado, el psicólogo Daniel Levinson (1978) formuló, otra teoría de etapas sobre el desarrollo de la vida de los jóvenes y propuso un modelo que incluía periodos de relativa estabilidad entremezclados con otros de transición, (Hoffman et al..)

Levinson observa los años desde los 17 a los 22 como un periodo de transición a la juventud; las personas abandonan las normas familiares y los grupos adolescentes y trabajan para independizarse psicológicamente de sus padres, es decir, organizan sus propias ideas convirtiéndose así en una persona más autónoma tomando decisiones propias con el fin de lograr la consolidación de sus metas. Entre los 22 y 28 años, se ingresa a momento de hacer elecciones,



definir metas, establecer la ocupación y el matrimonio, además existe conflicto entre el deseo de explorar y el deseo de comprometerse. De los 28 a 33 años, se reelabora y modifica la estructura vital; para algunos es una transición suave, mientras que para otros supone una crisis desgarradora; hay una necesidad creciente de cambio antes de verse atrapado por los compromisos, (Rice, 1997.)

Levinson ubicó esta teoría sólo para hombres jóvenes, debido a que sus estudios fueron realizados con este tipo de población, sin embargo, también propuso que las mujeres pasan por etapas similares pero se enfrentan a situaciones más serias como el adoptar una reevaluación intentando cambiar su enfoque a una profesión o a formar una familia, tratando de integrar nuevos compromisos en su vida pero las situaciones adversas que pueden enfrentar les impiden cumplir con sus expectativas. Las razones que provocan esto son: la vida de la mujer es más difícil por los varios roles que va jugando en varias esferas de su vida. Las mujeres ponen mayor énfasis en la intimidad muchas no lo logran ni en sus relaciones de pareja ni con otras mujeres, debido al trabajo y a la familia tampoco tiene tiempo para compartir tanto con la pareja como con las demás personas que los rodean, (Rice, 1997.)

Por su parte Erik Erikson (1982) formuló, una teoría en la que el desarrollo humano pasa por ocho etapas. Específicamente en la etapa de la juventud menciona que se presentan cambios sociales y emocionales los cuales se pueden explicar por medio de la "crisis de intimidad *versus* aislamiento", Erikson la considera esencial en la juventud, en donde fundamenta que los jóvenes necesitan y desean la intimidad además de que requieren establecer compromisos profundos con los demás. Si no pueden lograrlo o temen hacerlo, permanecerán aislados o abstraídos y así, la capacidad para establecer una relación íntima, que demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de la identidad, el cual es un aspecto que se ha resuelto en la adolescencia. Sólo cuando la persona esta lista para la intimidad, puede ocurrir lo que Erikson llama "genitalidad verdadera" donde la vida sexual de las personas está dominada por la búsqueda de la identidad o por "luchas fálicas o vaginales que convierten la vida sexual en una especie de combate genital". Sin embargo, pueden

estar dispuestas a arriesgar la pérdida transitoria del yo en el coito y el orgasmo por situaciones que exigen entrega absoluta con el fin de aspirar a una "utopia de la genitalidad" que significa el orgasmo mutuo en una relación amorosa en el que se comparte la confianza y se regulan el ciclo de trabajo, la procreación y la recreación, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Bernice Neugarten (1987) sostiene, que el curso de desarrollo depende de la época en que se presentan ciertos eventos en la vida de las personas llamándole a éstos acontecimientos "modelo de los momentos adecuados de la ocurrencia de los acontecimientos" el cual incluye eventos normativos que suceden a tiempo, y eventos no normativos que ocurren a destiempo. En el caso de la juventud menciona que los eventos que se espera que se presenten son: el establecimiento de relaciones amorosas estrechas, el inicio y término de una carrera universitaria, la incursión en el ámbito laboral, contraer matrimonio y tener hijos. Si los eventos ocurren como se prevé, el desarrollo transcurre con normalidad; si no, puede surgir el estrés y afectar el desarrollo ya que este es el resultado de un evento imprevisto, (Papalia y Wendkos, 2001.)

Como se observa, Rogers, Gould, Lowenthal, Vaillant, Levinson, Erikson y Neugarten describieron un periodo de transición entre la adolescencia y la juventud, como fases de lucha, logro y crecimiento en la medida en que los individuos jóvenes ingresan al mundo adulto, esforzándose por tener éxito en sus ocupaciones y en sus relaciones de pareja. Rogers considera, que en el desarrollo del joven es importante contar con una personalidad funcionalmente completa que lo ayude a enfrentarse con las diversas situaciones que se le presentan y no se convierta en una persona incapaz de utilizar sus propias habilidades, también menciona que el joven es capaz de evaluar correcta o incorrectamente su conducta adquiriendo con esto la confianza de reconocer sus propias capacidades. Para Gould la entrada a la juventud significa alejarse de los padres, deseo de intimidad con los compañeros, trabajar, obtener competencias como adulto, prepararse para el futuro y controlar las emociones y al llegar a los 30 años surge una confusión de roles que implica un cuestionamiento del yo, la relación de pareja y la carrera. Por su parte Lowenthal manifestó, que en la etapa de la juventud surgen tres acontecimientos importantes que definirán el

estilo de vida que tendrán las personas más adelante, estos acontecimientos están relacionados con la formación del razonamiento moral más amplio, la unión con una pareja que implica la búsqueda de un compromiso mutuo y la formación académica y laboral. De acuerdo con Vaillant los jóvenes pueden adoptar diversos mecanismos para enfrentarse a las experiencias de la vida, aunque para este autor el maduro es el más adecuado para lograr la madurez y alcanzar la felicidad en donde también participa la consolidación e una carrera. Levinson menciona, que la transición de la juventud implica abandonar a la familia, a los grupos adolescentes, ir a la universidad y contraer matrimonio; la entrada al mundo adulto se refiere a la elección y definición de metas, ocupación, matrimonio y compromiso, y por ultimo se origina la transición de los 30 años que consiste en reelaborar y modificar la estructura de la vida. Erikson menciona, que al entrar a la juventud se debe lograr la intimidad y la consolidación de una relación amorosa que implica que ambas personas lleguen a una realización sexual mutua tanto emocional como orgánicamente. Por último Neugarten considera, que a lo largo de la vida surgen una serie de acontecimientos que deben de suceder en determinadas etapas, así en la juventud ubica sucesos que definen este periodo ya que si no se llevan a cabo puede afectar el desarrollo.

Por otro lado, es importante considerar la naturaleza y el alcance de los cambios que ocurren durante los años de esta etapa ya que existe una mayor independencia en el aspecto emocional, funcional, de las actitudes y de los conflictos lo cual lleva a los jóvenes a tomar decisiones con respecto a los acontecimientos que suceden principalmente en la juventud como son: la elección de una carrera universitaria, tener un empleo, la elección de una pareja y la decisión de iniciar una vida sexual activa, lo cual provoca que las personas desarrollen un criterio más objetivo y realista que los llevará a tener una mayor comprensión de los sucesos ocurridos en esta etapa y de las consecuencias que estos conllevan las cuáles pueden ser ocasionadas por el mismo joven. De este modo, se abordarán los aspectos importantes de los cambios físicos, cognoscitivos, emocionales, morales, sexuales y sociales que ocurren durante la juventud.

### **CARACTERÍSTICAS FÍSICAS**

Craig (2001) menciona, que en la etapa de la juventud los aspectos del desarrollo físico como la vitalidad, la fuerza, la resistencia, el funcionamiento de los órganos, las habilidades motoras alcanzan su nivel máximo, de este modo tiene una inquietud y un deseo por realizar diversas actividades, las cuales no pueden provocar un agotamiento extremo ya que se sienten importantes porque tienen los elementos para desempeñarse en varios ámbitos.

Los hábitos de salud y ejercicio pueden tener mayor importancia en esta etapa, sin embargo, no todos los jóvenes pueden presentar cambios en su forma de alimentarse y realizar actividades físicas, lo cual se debe a que como se encuentran en un alto nivel de rendimiento físico el tema de la salud no es importante para ellos, por lo tanto, puede surgir que la complexión de algunos jóvenes cambie ya que la proporción de tejido adiposo aumenta en algunos y en otros disminuye debido a una dieta deficiente y la falta de ejercicio, lo cual contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas como es el caso de la obesidad. Por el contrario, cuando las personas se enfocan principalmente en el mantenimiento de un cuerpo delgado pueden recurrir a diversos métodos y al ejercicio excesivo con el fin de lograrlo, lo cual puede originar el surgimiento de trastornos como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobrealimentación compulsiva y los trastornos no específicos.

Básicamente, en la etapa de la juventud se goza de mayor salud y vitalidad que en cualquier otra etapa del desarrollo humano, esto ocasiona que la mayoría de los jóvenes se sientan bien con ellos mismos y por lo tanto, que busquen realizar una serie de actividades que, posiblemente en otra etapa no realizarían; es así como su energía es canalizada al aprendizaje de conocimientos a veces mal manejados a través de sus propias experiencias mal interpretadas para lograr estándares físicos, ocupando la apariencia física un lugar primordial en la vida de estas personas ya que a través de ella pueden lograr la seguridad de obtener lo que buscan de la sociedad.

### **CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES**

Como el joven sufre una serie de acontecimientos en su vida, es lógico que surjan en él una serie de emociones que lo ayuden a expresar lo que está sintiendo en cada momento, así, al enfrentarse

a situaciones nuevas y diferentes, experimenta sensaciones nuevas que pueden ser manifestadas intensamente con base en el estado de ánimo de la persona y de lo significativo que puede ser algún evento vivido.

Rice (1997) menciona, que las emociones en la etapa de la juventud son vividas de acuerdo a las diversas situaciones que se enfrentan. El ánimo es una emoción que el joven experimenta al plantearse nuevas metas a seguir, ya que como trata de lograr una satisfacción personal, el ánimo es lo que lo impulsa a trabajar para conseguir sus objetivos. Esto da como consecuencia que exista una congruencia entre lo que se desea alcanzar y lo que es posible obtener, ya que la persona empieza a encontrarle significado a la vida cuando tiene un propósito y luego se esfuerza por conseguir una meta y así puede surgir la felicidad que es una emoción que se origina a partir de los diferentes acontecimientos que experimenta el joven tales como los momentos agradables compartidos con los amigos, la familia y la pareja, además de los logros personales y laborales.

Ya que en la juventud se experimentan diversas situaciones pueden surgir estados de tensión física, mental o emocional los cuales ocasionan presiones personales que pueden impedir que este reaccione adecuadamente ante los momentos que atraviesa ya que existen distintas causas que pueden provocar estrés, estas son: las relacionadas con el trabajo, la tensión de los roles jugados, las relaciones interpersonales, la transición o cambios y crisis existenciales. Aunque es importante mencionar que debido a las diversas experiencias que el joven ha tenido, puede ser capaz de considerar posibles soluciones a los problemas que se le presenten, por lo tanto, puede evaluar distintos puntos de vista que lo llevaran a crear nuevas formulaciones de ideas que le ayuden a tener la satisfacción que está buscando.

Rice (1997) menciona que "los sentimientos de los jóvenes tendrán influencia en el desarrollo de la personalidad ya que al enfrentarse a situaciones diversas como las relaciones amorosas, el empleo y las actividades cotidianas estas tendrán un efecto considerable sobre la felicidad y la satisfacción con la vida"

La apreciación más equilibrada del propio valor y de aquellas personas que lo rodean, suele producir en los jóvenes un cambio en sus sentimientos y relaciones con éstas personas, en este cambio de los sentimientos y relaciones contribuyen en gran medida el desarrollo de la reflexión y

el juicio que les permite ver a dichas personas con más perspectiva y despego, desprendiéndose afectivamente de lo que antes podría irritarles y herirles profundamente. Una cierta sinceridad, mezclada a veces con resignación o concesiones indulgentes, les hace aceptar a los otros y a sí mismo como seres no perfectos con sus defectos a los que es necesario acomodarse, (Moraleta, 1995.)

El convertirse en un joven supone integrar varios aspectos de la identidad, resolver conflictos entre ellos y desarrollar una personalidad plena lo cual significa actuar de manera madura y asumir responsabilidades. Por este motivo, el joven para lograr cumplir con sus metas utiliza su pensamiento, el cual, para esta etapa ya debe estar capacitado para seleccionar entre varias opciones las más adecuadas. Lo que se busca es moldear una identidad que sea más firme y que a su vez ayude a encontrar la intimidad que lleve a seleccionar una pareja, a desarrollar una estabilidad emocional y a lograr la autonomía con respecto al círculo social que lo rodea.

Marcia (1993), considera que los jóvenes se sienten mucho mejor con respecto de sí mismos en la búsqueda de su identidad y que se encuentran en los estados de difusión y exclusión y al mismo tiempo, Erickson pensaba en el logro de identidad como algo que se da en un desarrollo sano y adaptativo, ya que los que lo logran disfrutan de autoestima y se intranquilizan poco por preocupaciones personales, (Shaffer, 2000).

Por lo tanto, en la etapa de la juventud las emociones son adaptables, ya que van cambiando de acuerdo a sus experiencias y son una forma de expresar la influencia que tienen todos los acontecimientos vividos en esta etapa. Cabe mencionar que el motor que mueve al joven es la motivación ya que por medio de esta se logra que las personas sean más emprendedoras ya que al tener metas establecidas busque con más persistencia alcanzarlas para que a la vez logren tener felicidad y satisfacción con la vida.

#### **CARACTERÍSTICAS MORALES**

Otra característica que se consigue a través de la juventud es dar estructura a los valores personales ya que al interiorizar ideales observados en la sociedad perfecciona y consolida su

independencia y valores dándole una ordenación jerárquica y de esta manera una dirección que se llama forma de vida, (Moraleda, 1995.)

Kohlberg (1973) manifestó, que existen dos experiencias que facilitan el desarrollo moral: 1) confrontar valores en conflicto fuera del hogar como sucede en la universidad 2) responder por el bienestar de otras personas, como la pareja y los amigos, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Estos principios morales se desarrollan desde la adolescencia, pero, se actúa de acuerdo a estos principios a partir de la juventud, cuando las crisis y los puntos de vista cambiantes sobre la identidad giran alrededor de asuntos morales.

Por su parte Gilligan (1982), propuso tres fases del desarrollo moral:

1. Supervivencia individual, donde las personas sienten que es correcto o lo bueno para ellas y se siguen normas para obtener recompensas para sí mismos y evitar castigos.
2. Autosacrificio, donde el razonamiento se alcanza tras darse cuenta de las necesidades de los demás, aquí las personas piensan que para ser buenas y para recibir la aprobación de los demás deben sacrificar sus propias necesidades y satisfacer las necesidades de los demás.
3. Igualdad, esta fase es la más avanzada en el desarrollo moral, las personas consideran que sus necesidades son iguales, esto es, pasan de pensar que siempre deben satisfacer las necesidades de los demás a expensas de sus propios deseos a pensar que siempre que sea posible deben satisfacer las necesidades de todos y que todos deben compartir el sacrificio cuando no se pueden satisfacer las necesidades de todos, esta fase es de no violencia ya que se piensa que nadie tiene derecho de hacer daño a nadie, incluida la propia persona, (Glucksberg, John y kinchla, 1988).

Moraleda en 1995 mencionó, que algunas de las personas con quienes los jóvenes aplican los valores que han adquirido, son con los amigos ya que piensan que la amistad desempeña un rol importante en sus vidas porque ésta implica confianza, respeto, disfrutar la compañía del otro, comprensión, aceptación mutua, voluntad para brindarse ayuda mutua, confianza recíproca.

espontaneidad o el sentirse libre para ser uno mismo. Los vínculos sociales fomentan un sentimiento de ampliar sus intereses y deseos con un medio más amplio y no sólo con pequeños grupos o reducidas amistades. Los motivos que llevan a los jóvenes a no limitar sus contactos a unos cuantos amigos y a buscar establecer nuevas y continuas relaciones, están en el afán de ampliar y enriquecer su experiencia.

Se ha demostrado que las personas que viven aisladas de los amigos y la familia tienen doble probabilidad de enfermarse y de padecer depresión; que las que mantienen vínculos sociales ya que no tienen con quién compartir sus sentimientos, ideales, metas y logros en la vida. Esto está respaldado por los hallazgos de Anson (1989), el cuál piensa que el que una persona viva con otra mejora la salud, el apoyo emocional de otra persona contribuye a minimizar los efectos del estrés y los vínculos sociales pueden fomentar el sentimiento de fijarse un propósito en la vida y mantener la coherencia, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Retomando lo anterior se reconoce que, para el joven es importante que una vez que se haya estructurado su jerarquía de valores, tendrá la oportunidad de aplicarlos cuando esté en contacto con otras personas, de este modo podrá entablar relaciones más estrechas tanto con los amigos como con su pareja con los que compartirá una serie de cualidades como la comprensión, tolerancia, lealtad y afecto que ayudaran a fortalecer su autoestima.

### **CARACTERÍSTICAS SOCIALES**

De acuerdo con Freud (1963) una de las principales tareas sociales durante la etapa de la juventud es el establecimiento de relaciones íntimas, ya que pensaba que el desarrollo exitoso durante la etapa genital era la capacidad de amar y trabajar, por lo tanto, pensaba que la relación amorosa heterosexual era el principal componente del desarrollo de los jóvenes.

Carretero, Palacios y Marchesi (1995) mencionan que "a fin de hacer frente a las relaciones y las responsabilidades que de ellas emanan, la gente desarrolla un sistema de reglas que gobiernan, organizan, delimitan y dan significado al mundo interactivo del sujeto que ayudaran a mantener la calidad de esas relaciones y a conformar la personalidad" (p.217.) Pedrosa (1976) considera, que



la personalidad en la etapa de la juventud es dirigida por una autoconciencia y la influencia del entorno, esto es, dicha personalidad hace referencia a una conducta ética en la cual el joven es más universal en su criterio moral que en su comportamiento, es decir, el criterio sigue los resultados del aprendizaje, el consenso común y los principios universales, lo cual hace pensar que la conducta varía según las circunstancias, ya que el joven actúa movido por un juicio más maduro que en épocas pasadas debido a que su criterio se fundamenta en una jerarquía de valores.

Aunque la conducta en la etapa de la juventud es variable la personalidad se va fortaleciendo a través de las múltiples experiencias que se viven y de los valores ya establecidos, por lo tanto, el joven posee una personalidad más definida que la que tenía anteriormente.

También en esta etapa se comienza una carrera universitaria ya que ésta ofrece la posibilidad de realizar las metas planteadas anteriormente y el modelar una nueva identidad. Básicamente, el cursar una carrera universitaria ayudará no solamente a las personas a lograr una meta establecida, también creará en ellas un pensamiento más flexible y maduro del que poseían anteriormente; por ejemplo, a medida que los estudiantes se enfrentan con una variedad de ideas van aceptando la existencia de varios puntos de vista sin rechazar los suyos propios, reconocen que cada persona posee su propio sistema de valores y creencias y que son tan válidas como las de los demás y afirman su identidad basándose en los valores y compromisos que escogieron para sí mismos, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Es así como Stassen y Thompson (2001) mencionan, que el objetivo de estudiar una carrera universitaria es el desarrollo intelectual ya que aumenta la flexibilidad y los recursos de las capacidades de razonamiento. Además, lleva a las personas a ser más tolerantes con diferentes posturas que difieren de las suyas propias, y a ser más flexibles y realistas en sus actitudes. También el cursar una carrera universitaria tiene el propósito de asegurar un mejor empleo, esto es, en cuanto a jerarquía de puestos y una buena remuneración, además de que por medio de este se trata de cumplir con una de las metas propuestas en la vida. De este modo, el joven aprende a

que el trabajo es un medio por el cual recibirá una remuneración económica que le ayude a subsistir, a adquirir nuevos roles dentro de la sociedad y a obtener nuevos aprendizajes. Además, el empleo en la juventud se convierte en un método para demostrar a los demás la independencia que se ha adquirido ya que el compromiso y los deseos por superarse se convierten en un impulso para las personas (p.35.)

Robert Havighurst, (citado en Berryman, 1994), señaló, que el trabajo, provee nuevas experiencias y variedad de actividad, además influye en la personalidad, la vida familiar, las relaciones sociales y las actitudes ya que el entorno laboral es un estímulo que está presente durante un largo periodo de tiempo por lo tanto la persona se vuelve más madura, flexible, puede proveer una fuente de autorespeto, estatus, independencia familiar, prestigio y es un medio para hacer y mantener el contacto con las personas.

De este modo, el trabajo puede ser una fuente de gran satisfacción para los jóvenes, especialmente cuando ofrece un sentido de creatividad, productividad o logro. Los jóvenes que encuentran sus puestos gratificantes, suponen un reto siempre que estén bien remunerados, se les den los recursos que necesitan para hacerlo bien y si sus condiciones laborales son buenas.

En algunas ocasiones los jóvenes que laboran posiblemente estén menos satisfechos con su trabajo y no logren obtener lo que buscan debido a que están realizando sus primeros ensayos en este ámbito, por lo tanto, es probable que estos se involucren menos con sus trabajos, tengan menos compromisos con los empleadores, tengan ausentismos evitables y es más probable que cambien de trabajo en esta época y no más adelante, (Moraleda, 1995.)

Papalia y Weendkos (1998) manifiestan, que el incremento del costo de la vida ha provocado que las mujeres incursionen en el ámbito laboral como no sucedía en épocas pasadas, esto ha originado que el trabajar otorgue la posibilidad de demostrar que se tiene capacidad para hacerlo, para ganar dinero, lograr reconocimiento y satisfacer necesidades personales. Por su parte, Craig (2001) opina, que esto genera que las mujeres encuentren satisfacción y tengan una realización personal, ya que les parece interesante y atractivo; y ven en este la oportunidad de autodirigirse,

de asumir mayores responsabilidades, tener una mayor seguridad futura y la posibilidad de progresar. La tendencia a contraer matrimonio y a tener hijos a una mayor edad ha contribuido a que las mujeres se fijen objetivos ambiciosos con respecto a una carrera; más aún, se ha vuelto casi una norma que las mujeres tengan un trabajo remunerado antes de que se casen, y si se casan, tratan de continuar en su trabajo remunerado hasta que se espere el primer hijo. Este suceso en la vida de la mujer está relacionado con el aprendizaje que en la actualidad se vive con respecto a que la mujer debe contribuir de forma económica en su familia para que esta goce de una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, se puede decir que en la juventud existe una motivación hacia el logro que hace que las personas se esfuercen por alcanzar objetivos establecidos entre los cuales se encuentra el cursar una carrera universitaria para conseguir un mejor empleo ya que este implica la oportunidad de demostrar las habilidades y capacidades que se tienen para ciertos ámbitos profesionales y laborales, y particularmente el empleo implica recibir una remuneración económica y el sentir que se tiene éxito en algo lo cual hace que la vida parezca productiva y con sentido.

Cabe señalar, que estudiar una carrera universitaria no es el único medio a través del cual los jóvenes logran cumplir con sus metas establecidas, por lo tanto, se puede decir que aquellos jóvenes que no deciden estudiar una carrera es debido a que han encontrado a través de otros medios la satisfacción que están buscando, reconociendo con esto que la responsabilidad, la capacidad de razonar, la tolerancia, la confianza y la aceptación de actitudes e ideas de los demás son características que los jóvenes pueden desarrollar aún sin haber cursado una carrera universitaria, (Stassen, Thompson, 2001.)

### **CARACTERÍSTICAS SEXUALES**

Con relación al aspecto sexual es importante mencionar que el joven sufre una serie de cambios vinculados a la búsqueda de una madurez genital en donde se busca tanto la satisfacción sexual como la satisfacción emocional, las cuáles pueden ser encontradas en una pareja, por lo cual, la vida sexual de un joven puede iniciar con la búsqueda del placer sexual que más adelante

conllevará al establecimiento de relaciones amorosas duraderas que representan para el joven un compromiso total.

Schwarz (1975) considera, que la maduración psicosexual se alcanza, según al realizarse la fusión de los dos elementos: la genitalidad y el eros. Esta fusión se presenta a partir del final de la adolescencia en la masculina, entre los 20-25 años. Desde ahora sexualidad y erotismo se fusionan en unidad de vivencias. Entonces se experimenta el acto sexual como un símbolo que contiene deseos y necesidades que serán satisfechos en la culminación del acto sexual en el hombre, mientras que en la mujer se despierta el deseo sexual por el encuentro del hombre. Este despertar se realiza a nivel consciente e inconsciente. Por lo tanto, este tipo de relaciones lleva a la comunicación, felicidad, al estímulo que lleva a la persona a una situación de satisfacer sus necesidades como tener entusiasmo ante la vida, un estado de armonía consigo mismo, el deseo de madurar juntos tomando decisiones cada vez más complejas y profundas, el deseo de compartir con otra persona los logros y fracasos, (Moraleda, 1995.)

De acuerdo con Garza (1999), la genitalidad consta de la capacidad para desarrollar potencia orgásmica, la cual es más que la descarga de productos sexuales, es decir, se mezcla tanto lo orgánico como las cualidades de compasión, simpatía, empatía, identificación, reciprocidad y mutualidad, donde estas emociones se deben de sentir recíprocamente para llegar a una madurez genital, por lo tanto, es un medio de compartir el placer genital donde se reconoce la necesidad de tener una pareja para satisfacer sus impulsos sexuales.

Según Moraleda (1995), existen dos tipos de conducta sexual en la juventud: el petting y la conducta sexual plena. El petting es un conjunto de gestos, abrazos, caricias, besos en todo el cuerpo que lleva a la pareja a un alto grado de excitación. Suele terminar con la masturbación recíproca y sin conclusión orgánica. El petting es importante porque a través de este el joven explora y conoce su propio cuerpo y el de su pareja, de esta manera profundiza en su relación sexual para culminar en una relación más madura sexualmente la cual se logrará por medio del coito. La conducta sexual llega por primera vez a estas relaciones plenas, sobre todo si en los años

finales de la juventud, muy a menudo es de común acuerdo y por decisión de ambos miembros de la pareja, impulsados no sólo por el deseo físico, sino también por el deseo de conocerse. Esto se manifiesta en el joven al iniciar una relación de pareja ya que en ella busca una serie de características personales que satisfagan sus necesidades y lo ayuden a tener una vida plena, por lo tanto, puede mostrar un gran interés en el estilo de vida y en las aspiraciones de la otra persona para conocer si ésta le ayudará a complementar su proyecto de vida.

Monedero (1986) menciona, que dentro de esta búsqueda de una relación estrecha que implica tener un compromiso, otro aspecto importante a considerar es la diferencia en la manera en que cada sexo vive su sexualidad y el amor. El hombre vive su sexualidad de una forma mucho menos comprometida mientras que la mujer responde a actitudes personales profundas. La sexualidad masculina es externa y activa como sus propios órganos genitales, mientras que la de la mujer es pasiva y profunda correspondiéndose con la estructura de los suyos. Esto se puede explicar por medio de los diversos roles sexuales; al hombre se le educa para que sea activo y muestre comportamientos sexuales cada vez que se le presente la ocasión, La mujer por el contrario debe ser recatada y entregar su sexualidad sólo al hombre que ama de este modo, el hombre se dedica preferentemente a la práctica de la sexualidad y la mujer se dedica a la del amor.

Por lo tanto, en la etapa de la juventud las relaciones sexuales se basan no solamente en la búsqueda de placer físico, sino también en el deseo de entablar relaciones más estables en donde se mezclan sentimientos con el fin de tener que cubrir la necesidad de intimidad la cual implica algún sacrificio personal para evitar el aislamiento. Probablemente lo que ayuda a que una relación de pareja se complemente es que el hombre es la parte sexual y la mujer la emocional.

En las relaciones amorosas que se dan en la juventud surge el sentimiento del amor. Sin embargo, para poder entablar una relación amorosa estrecha el joven necesita resolver diversas situaciones en su relación de pareja con el fin de que este proceso le ayude a reconocer que la persona con la que esta en ese momento es la indicada.

Para entender una relación amorosa se distinguen tres fases en la evolución sexual:

- 1) Se refiere básicamente al intercambio de ideas, pensamientos y la convivencia en general que hay entre la pareja con el fin de encontrar entre ese grupo a la persona que los atraerá físicamente.
- 2) Establecer una relación superficial en donde existe el enamoramiento pero aún no hay un compromiso entre las dos personas que se atraen.
- 3) Se ubica a la juventud, se da un cierto compromiso en la relación; además entre las parejas predomina un cierto interés por el compañero, el cual va más allá que el interés físico y las cualidades externas.

El conocimiento mutuo se dirige hacia la elección de comunes ideales, igualdad de deseos y proyectos para la vida y así el enamoramiento se transforma en definitiva en ese sentimiento más complejo que se llama amor, (Moraleta, 1995.) Según Papalia y Wendkos (1998), el amor en la juventud es un sentimiento que debe estar presente en las personas para que les ayude a encontrar a la persona con la que desean estar el resto de su vida y para esto se necesita que al elegir al ser amado este presente algún elemento de egolatría, es decir, que la pareja debe presentar rasgos comunes tales como: apariencia y atractivo físico, salud mental y física, inteligencia, popularidad, calidez, felicidad individual y algunos otros factores como el estrato socioeconómico, raza, religión, educación e ingresos. Así, las personas escogen compañeros cuyas cualidades complementan las suyas lo cual ayudará a lograr una estabilidad emocional entre la pareja por lo tanto amor que existe entre dos personas jóvenes debe contener tres elementos para que este no se extinga. La intimidad como un elemento emocional que comprende la autorrevelación que conduce al vínculo, el afecto y la confianza, la pasión, como elemento de motivación y en donde los impulsos interiores transforman el deseo inicial en deseo sexual y por último el compromiso, como elemento cognoscitivo que ayuda a tomar la decisión de amar y permanecer con el ser amado.

Es así como el amor nace en las parejas jóvenes cuando éstas han encontrado en otras personas cualidades que complementan sus pensamientos e ideas con respecto a la vida; aunque con esto no queremos decir que todas las parejas piensan de la misma manera, es decir, que sus objetivos

en la vida son exactamente los mismos, si no más bien se trata de explicar que cada persona joven al momento de elegir a alguien como pareja observa en esa persona algunas cualidades físicas y descubre pensamientos, sentimientos e ideas que son agradables y que más adelante se vuelven necesarios para la vida de la otra persona.

Por otro lado, el joven al buscar una estabilidad en todos los aspectos de su vida se deja llevar por sus impulsos que lo conducen a dicha búsqueda. Por este motivo, pueden tener relaciones sexuales con distintas personas con el fin de encontrar a la que satisfaga no solamente sus necesidades sexuales sino también las de amor, comprensión y compañía.

Los jóvenes toman decisiones acerca de que estilo de vida escoger, si se comprometen en una relación sexual informal, recreativa o formal. Las relaciones causales son propias de las personas jóvenes solteras, sin embargo, los jóvenes que no sostienen relaciones prematrimoniales lo adjudican a varias razones como: escrúpulos morales y religiosos, temor a cómo esto afectará un futuro matrimonio, miedo al embarazo, a las enfermedades de transmisión sexual y a la opinión pública, (Papalia y Wendkos, 1998.)

Garza (1999) menciona, que para entablar una relación íntima madura es necesaria la confianza básica en el otro ya que esta relación se construye sobre la autonomía segura de ambas partes; también el sentido de identidad proporciona en la pareja el papel del ego estable, una capacidad sana para la fidelidad y una serie definida de valores y prioridades.

Se llega a una estabilidad emocional en las relaciones de pareja de la juventud cuando las dos personas crean entre ellos un vínculo afectivo en el que interactúan constantemente llegando a sentir por medio de la relación de pareja la realización vital, es decir, experimentan una satisfacción de necesidades tanto sexuales como emocionales generando esto un equilibrio entre ambas.

#### CARACTERÍSTICAS COGNOSCITIVAS

En el plano cognoscitivo también se alcanza un alto nivel de funcionamiento, por lo tanto, el pensamiento puede ser más complejo y diversificado debido a que, los jóvenes desde su nacimiento han ido interiorizando experiencias y conceptos del medio que se van integrando a sus

esquemas mentales, adaptándose las personas a éstos y detectando al mismo tiempo sus propias necesidades por lo cual, tratarán de identificar aquellas características que los ayuden a lograr sus objetivos establecidos, así que la juventud es una etapa completamente activa que sufre una serie de transformaciones debido a que sus experiencias influyen en su funcionamiento intelectual logrando desarrollando sus capacidades o entorpeciendo estas, (Craig, 2001.)

Stassen y Thompson (2001) manifiestan, que el pensamiento en la juventud es más personal, práctico e integrante; las capacidades intelectuales están dedicadas a las demandas ocupacionales e interpersonales que conforman la vida y que de este modo se hacen más especializadas y experimentadas una mayor experiencia también hace que la mayoría de las personas acepten y se adapten a las contradicciones e incoherencias de la experiencia diaria, antes que censurarlas o intentar resolverlas. De este modo, un rasgo distintivo del pensamiento del joven consiste en darse cuenta de que la mayoría de las respuestas que se dan en la vida son provisionales en lugar de duraderas.

Algunos autores definen al pensamiento de la juventud con diferentes términos y características, los cuales serán mencionados a continuación:

El pensamiento formal es característico de la etapa de la juventud donde las manifestaciones son originadas por las aptitudes naturales y también por el aprendizaje. Jean Piaget (1999) afirma que "se ha alcanzado dicho pensamiento en el momento en que el sujeto es capaz de razonar de un modo hipotético-deductivo, es decir, sobre simples suposiciones sin relación necesaria con la realidad o con las creencias del sujeto" (p.163.) En la juventud se puede observar que al elegir una carrera tienen una idea vaga si razonan con respecto a que si dicha carrera cubrirá sus expectativas de logro, reconocimiento, remuneración económica y oportunidad.

John Flavell (1993) considera que "las operaciones formales son el logro más alto en el desarrollo intelectual y el estado de equilibrio final hacia el cual se ha movido la evolución intelectual desde la infancia" (p.222.) Estas operaciones son orientadas hacia las cosas concretas del presente inmediato, donde concierne la distinción entre lo real y lo posible.



Según Rice (1997), un individuo ha alcanzado el pensamiento operacional formal cuando ha desarrollado la habilidad de presentar cuatro procesos distintos de pensamiento:

- 1.- Introspección que es la capacidad de pensar en el pensamiento, es decir, se analiza y pone en tela de juicio las ideas, como por ejemplo, si la pareja que se tiene es la adecuada, partiendo de las necesidades socioafectivas del sujeto.
- 2.- Pensamiento Abstracto, es la capacidad de trascender lo real para considerar conceptos y cualidades no concretos por ejemplo, piensa en alcanzar algunas metas con respecto al trabajo y consecuencias que estas generan con respecto a que se obtenga una buena remuneración económica, aunque estas no se cumplan inmediatamente.
- 3.- Pensamiento Lógico que es la capacidad para reunir hechos e ideas y a partir de ello llegar a conclusiones correctas, por ejemplo, tiene la capacidad el joven de crear ideas más reales para la solución de problemas. Cuando existe un conflicto con la pareja se tiene varias alternativas para darle solución a este problema sin afectar a ninguna de las dos partes.
- 4.- Razonamiento hipotético que es la capacidad para formular suposiciones y probar su veracidad considerando numerosas variables es decir, se formula preguntas y respuestas y de todas estas se elige la más conveniente. En el ámbito laboral el joven al verse en la necesidad de tomar una decisión tendrá que plantearse varias alternativas y elegir la más adecuada para dicha solución.

Por lo tanto, el joven al poseer un pensamiento repleto de ideas y de conceptos concretos respecto a su medio ambiente, es capaz de distinguir aquello que es útil para resolver problemas, además tiene la capacidad de reconocer las consecuencias que traen sus acciones que están formuladas en su pensamiento con sus posibles soluciones a los objetivos que se ha planteado. En esta etapa, el pensamiento del joven es más objetivo en donde su mente ya tiene la capacidad de relacionar los objetos y situaciones a su experiencia y no solamente verlos como un acontecimiento ocurrido en su vida.

Para Warner Schaie (1986), las herramientas del pensamiento operacional formal es el logro central de lo que llama periodo de adquisición. En la juventud se aplican las capacidades intelectuales para poder cursar una carrera y escoger un estilo de vida; Schaie llama a esta etapa periodo de realización porque se aplican las capacidades intelectuales, de resolución de problemas y de toma de decisiones para lograr las metas y un plan de vida. Así, los individuos que efectúan con éxito la planeación alcanzan cierto grado de independencia y logran adquirir habilidades cognitivas, (Craig, 2001.)

Warner Schaie, (citado en Horrocks, 2001), afirma, que el desarrollo intelectual está en relación con el reconocimiento que las personas hacen de lo que es importante y significativo en sus vidas. Este autor presenta etapas del modelo del desarrollo cognoscitivo tomando para la etapa de la juventud como relevante la segunda donde abarca los últimos años de la adolescencia o desde los 20 años hasta entrar a los 30. Es llamada etapa de logros donde las personas no sólo adquieren el conocimiento para su propio beneficio, sino también para utilizarlo en alcanzar competencia e independencia. En esta etapa se desempeñan mejor en tareas que tengan importancia para las metas a corto o largo plazo que se han fijado en la vida.

El joven tratará de buscar medios que lo ayuden a cumplir con las expectativas que se ha formulado, por ejemplo: si ingresa a un nuevo empleo lo primero que busca es recibir una remuneración económica buena y la oportunidad de ir mejorando conforme adquiere habilidades en su puesto, con el fin de tener una estabilidad tanto emocional como económica y un sentido de pertenencia dentro de la competitividad del grupo laboral. Es así como los jóvenes tienen la capacidad de utilizar el pensamiento operacional formal para la resolución de problemas de una forma lógica y coherente, sin embargo es importante mencionar que dicho pensamiento esta influido, por los años de educación formal y el nivel de inteligencia de cada individuo, así que no todos los jóvenes tendrán la capacidad de lograr una independencia en todos los aspectos de su vida, sino más bien lograrán obtener lo que sus habilidades y capacidades les permitan.

Stassen y Thompson (2001) consideran, al pensamiento del joven como un pensamiento postformal, el cual sirve para resolver problemas de la vida real, además es menos abstracto y absoluto que el pensamiento formal, se adapta mejor a las incoherencias de la vida y es capaz de combinar elementos contradictorios en un todo global. En este tipo de pensamiento se debe tener en cuenta los sentimientos y las experiencias personales así, el pensamiento del joven debe implicar la interacción entre las formas abstractas y objetivas del procesamiento y las formas expresivas y subjetivas que surgen de la sensibilidad hacia el contexto. De este modo, la persona debe reconocer que la vida implica incoherencias, incluidas las del análisis intelectual y las realidades emocionales. Así, estas características del pensamiento postformal sugieren que aparecen nuevas capacidades en los jóvenes que les permiten enfrentarse a las experiencias de la vida con una mejor adaptabilidad, de modo más realista y competente que cuando eran adolescentes. Lo cual hace pensar que este tipo de pensamiento surge de la experiencia de la vida y la educación.

Por otro lado, Klaus Riegel (1975-1984), ha profundizado en el pensamiento que caracteriza a los jóvenes y destaca la comprensión de las contradicciones como una conquista importante de esta etapa y propone una etapa que llama pensamiento dialéctico. En ésta, el individuo examina y reflexiona; después, trata de integrar ideas y observaciones contrarias o antagónicas. Un aspecto importante de este tipo de pensamiento es la integración de lo ideal y lo real, este proceso es permanente y dinámico, nunca estático, (Craig, 2001.) El joven al plantearse objetivos en la vida tiene la capacidad de reconocer aquellas situaciones que serán un obstáculo para lograr lo que se propone, sin embargo, también tiene la capacidad de formular planes que lo ayuden a librar dichos obstáculos y así obtenga los beneficios que desea. Con todo esto en el joven se ha formado una personalidad más firme y madura, que lo ayudará a reconocer que es lo que quiere realmente de la vida y además cómo puede obtenerlo, aunque no esta exento de pasar por situaciones conflictivas que no le permitan actuar de acuerdo a su forma de pensar aunque podrá resolverlas con base en las propias experiencias.

En 1970 William Perry, realizó un estudio donde observó que en la etapa de la juventud las personas empiezan a aceptar y respetar diversas opiniones, además de que comprenden que se pueden ver las cosas de manera diferente según el contexto. Esto se debe a que su capacidad para escuchar diversas opiniones se ha ampliado debido a las experiencias vividas a lo largo de la vida, por lo tanto, es más fácil comprender que cada persona puede tener puntos de vista contrarios a los suyos, (Craig, 2001.)

Es así como Moraleda (1995) afirma, que los jóvenes tienen mayor capacidad de ser más objetivos, realistas y críticos por lo tanto, se dirigen y prestan más atención al mundo real. Esta aproximación crítica al mundo objetivo conduce al joven a un equilibrio entre el idealismo y realismo. Esto no quiere decir que el joven ha perdido su facilidad de entusiasmarse por sus ideales, más bien, ya no violenta la realidad con construcciones abstractas y criterios subjetivistas.

También Moraleda (1995) menciona, que el joven al entrar en un mayor contacto con el medio sociocultural, ha asimilado una serie de conocimientos que se hallan dispersos en su conciencia conforme a las distintas esferas del saber, además, se afana por ordenarlos y centralizarlos en una imagen unitaria cerrada del mundo. De esta manera comienza la concepción sólida del mundo que, con base en sus valores propios le dará un significado a todo lo que le rodea y podrá distinguir entre lo aceptado y rechazado según sus creencias. Además, la mentalidad en la juventud funciona en relación con el sistema o jerarquía de valores que determinan su peculiar orientación en la vida. El concepto de valor media entre lo deseable y lo no deseable como fin o como medio, como objeto meta o como objeto instrumento.

De este modo, en el pensamiento en la juventud se empiezan a integrar el razonamiento y las experiencias vividas por lo cual este tipo de pensamiento se vuelve más flexible ya que se emplean las capacidades cognoscitivas que ya se poseían anteriormente destacándose el compromiso y la responsabilidad como un rasgo distintivo de la existencia de una madurez cognoscitiva ya que considera pensamientos contradictorios para integrarlos después, aceptando diferentes criterios y

reconociendo que cada persona forma una opinión de las cosas con base en sus experiencias vividas y en sus valores formados en el círculo social al que pertenece.

Es así cómo se reconoce, que la etapa de la juventud es una transición en la vida, al separarse de los padres y convertirse en una persona independiente con iniciativa para tomar las propias decisiones y a la vez decidir el camino que se seguirá a lo largo de la vida: algunas de las características principales para poder definir a una persona como responsable, autónoma y sociable que ha iniciado su participación dentro del mundo adulto y sobre todo ha iniciado la oportunidad de formar su propia identidad, para convertirse en una persona única. Además, la juventud se convierte en una etapa donde se aprenden y adoptan normas, valores, expectativas y roles sociales elegidos y requeridos por un grupo particular; adquiriendo responsabilidades que dan como resultado el aprendizaje de saber comprometerse consigo mismas y con su entorno, propiciando la capacidad de entablar relaciones estrechas y estabilidad en su vida.

Por lo tanto, la culminación de la etapa de la juventud puede representar un periodo de trabajo duro en todos los aspectos, ya que asumen las exigencias de la propia edad y de la sociedad en la que se vive, se toman decisiones determinantes en sus vidas relacionadas con la familia y pareja y sus actividades se encaminan a logros de objetivos donde puede existir muchas gratificaciones, ya que en esta etapa existe la posibilidad de entablar buenas relaciones familiares, de pareja y éxito profesional.

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una de las conductas que realizan los seres humanos para sobrevivir es el acto de comer, ya que es una necesidad básica para mantenerse vivo, saciar la sensación de hambre, sentirse satisfechos y mantenerse saludables. También representa un acto social, desde el nacimiento el ser humano aprende a alimentarse estando en contacto con otras personas manteniéndose este a lo largo de toda la vida; por lo cual la alimentación también se asocia a múltiples circunstancias que resultarán significativas emocionalmente para el sujeto en su desarrollo. Por ejemplo, cuando la madre está amamantando a su bebé los fenómenos que sobrevienen es mucho más que la simple ingestión, ya que la madre además de alimentar a su hijo está en contacto físico con él, le habla, le sonríe, mira a sus ojos y lo atiende. Así, el bebé no sólo está alimentándose; también está vinculándose a su madre y este momento influirá sobre los significados socioafectivos que el hijo irá adquiriendo a lo largo de su vida.

Las interpretaciones que se le han dado al acto de comer son: que sólo es una práctica incómoda que implica la privación de relacionarse con los demás, la comida se convierte en aprobación o desaprobación social sobre todo durante la niñez, ya que el comer implica recibir un premio y así elevar la autoestima, y el no comer puede implicar un castigo que provoca sentimientos de frustración y culpa. Otros significados que se le dan al acto de comer son, iniciar, ampliar y mantener relaciones personales, expresar amor y cariño, hacer frente al estrés psicológico o emocional, simbolizar experiencias emocionales y representar seguridad ya que al alimento ingerido se le asigna un valor que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come, (Toro, 1999.) Los diferentes significados que tiene el comer van más allá del aspecto nutricional, ya que también cubren las necesidades de satisfacción, pertenencia y seguridad que el individuo necesita para su realización en las relaciones sociales, familiares, laborales y afectivas.

Cuando las personas no experimentan una sensación de satisfacción con ellas mismas y con lo que hacen, puede generarse un deseo de evitar el alimento, el cual adquiere un significado

diferente, que puede estar relacionado con la imagen corporal donde la sociedad en la que se vive juega un papel importante respecto a los cambios en los pensamientos relacionados a la comida. Actualmente el miedo al sobrepeso se ha extendido por todas las sociedades, por lo tanto, se generan trastornos de la ingesta como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos siendo estos más frecuentes, y se desarrollan desde la adolescencia, ya que es el momento en que las personas luchan contra el concepto que tienen de sí mismas, con cambios físicos y emocionales, y con las nuevas exigencias de la madurez, lo cual es paralelo a las ideas de que si uno no es delgado no es nadie, por lo tanto, se va creando un ambiente que influye en la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, (Toro, 1999.)

Cuando la imagen corporal adquiere un valor estético significativo para las personas, éstas buscan por medio de las conductas como el ayuno, la abstinencia, el control alimentario (dietas), las purgas, el vómito, ejercicio físico, el uso de laxantes y diuréticos, consumir productos light, utilizar productos para reducción de peso y la práctica de pesarse con frecuencia, los cuales constituyen el antecedente del adelgazamiento reforzando a la vez éstas costumbres por medio del cine que promueve criterios estéticos corporales delgados y el surgimiento de los concursos de belleza y los modelos de la mercadotecnia hacen del cuerpo femenino y masculino un objeto de contemplación, valoración y comparación colectiva provocando la idealización de poseer una imagen disertiva.

A partir de este momento, se tratará de modificar la figura corporal y el deseo de verse delgado a través de los hábitos alimenticios y estará motivado por alcanzar el estereotipo, lo cual llevará a las personas a utilizar los métodos riesgosos para tenerlo. El deseo intenso de las personas en mayor o menor grado es influido por el medio social en el que se desenvuelven, donde éstas le dan un mayor valor al físico corporal y la delgadez que es considerada como un atributo que deben poseer para alcanzar con facilidad la aceptación social. Sin embargo, es importante considerar que las personas que se han desarrollado en un ambiente rígido, estricto, conflictivo y sobreprotector son mayormente influidas y probablemente padezcan algún trastorno de la conducta alimentaria.

En la actualidad existe un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, debido que en estas épocas, influyen factores como la moda, los medios de comunicación y el modelo de belleza y de éxito la delgadez, la cual debe alcanzarse a cualquier precio con el fin de cumplir un ideal físico impuestos por la misma sociedad.

Yager, Landsverk y Edelstein (1995) mencionan, que los trastornos alimentarios son el resultado de la demanda sociocultural de esbeltez, la cual produce una preocupación excesiva por el peso, (Poblano y Trigueros, 2000.)

Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) afirman, que los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones que se caracterizan por un conjunto de comportamientos dirigidos a conseguir o mantener lo que el individuo considera como peso aceptable, siguiendo dietas totalmente irracionales y sin poder deshacerse de un angustioso miedo a engordar.

Según Palma (1997), los trastornos de la conducta alimentaria son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios. Estos trastornos se clasifican de acuerdo con las conductas, con las consecuencias que se producen sobre las esferas física, emocional y social y con el resultado final (adaptación o muerte.)

Tannenhaus (1999) menciona que "un trastorno de la conducta alimentaria está caracterizado por una relación impropia con la comida o por una grave desviación de los hábitos alimentarios que afecta la salud física y el bienestar emocional y perjudica el desempeño social y profesional"

Según Hales, Yudofsky y Talbott (2000), los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes con una causa, un curso y unas características comunes, además de que se clasifican según el conjunto de síntomas que presentan.

De este modo, los trastornos de la conducta alimentaria son alteraciones relacionadas con la forma de comer, ya que las personas depositan la influencia que el medio ambiente tiene en ellas en donde participan la familia, las relaciones interpersonales, los medios de comunicación y la sociedad, sobre la comida, por lo tanto, su alteración en la forma de alimentarse va acompañada de cambios en el estilo de vida y en la forma de sentir y pensar, (Cadenas Esponda, 2004.)



Los trastornos de la conducta alimentaria son cada vez más frecuentes, especialmente entre la adolescencia y la juventud. En ésta población se ha fijado más la atención a temas como la dieta, el peso y la figura teniendo una relación con el desarrollo del sentimiento de seguridad personal, (Garner, 1998.) Así, surge una insatisfacción hacia la imagen corporal que lleva a las personas a intentar alcanzar lo que consideran como su peso ideal, a través de la realización de varios métodos que ayudarán a bajar de peso, los cuales pueden iniciarse en una forma clandestina sin la ayuda de un profesional.

De acuerdo con Yager, Landsverk y Edelstein (1995), Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996), Palma (1997), Tannenhaus (1999), y Hales, Yudofsky y Talbott (2000), los hábitos alimentarios con conductas desadaptativas desembocan en trastornos de la conducta alimentaria como: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos teniendo en común una obsesión por su imagen corporal y peso en quien la padece. A continuación se abordarán cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria con el objeto de conocer sus características principales de dichos padecimientos.

#### **ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

A través de la historia ha evolucionado el conocimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Distintos autores han explicado su origen de acuerdo a los hallazgos que encontraron en su momento, por lo tanto, a continuación se abordará el desarrollo histórico de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Sánchez y Mojica (1998), los primeros reportes acerca de la bulimia nerviosa se dieron en el Talmud (400 – 500 a. c.) donde se utilizó el término "boolmut" para describir un síndrome y explicaba que la persona se sentía tan agobiada por el hambre que su nivel de conciencia y su juicio se encontraban disminuidos.

En épocas anteriores la obesidad era un indicio de buena situación económica del individuo e incluso un atributo de belleza. Así, desde Hipócrates y durante varios años se creyó que las personas obesas tenían menos riesgo de contraer enfermedades que los delgados, sin embargo,

la muerte súbita era más común en personas gordas que en las delgadas, relacionando más tarde, a la obesidad con enfermedades degenerativas, (Saldaña y Rossell, 1988).

Por su parte Galeno teniendo la influencia de Hipócrates realizó escritos sobre salud identificando dos tipos de obesidad, (Sánchez y Mojica, 1998): 1) la moderada, que la consideraba como natural y 2) la imoderada, ya que pensaba que este tipo de obesidad aparecía por desobedecer a la naturaleza.

Sánchez y Mojica (1998) mencionan, que entre los siglos V y XV en la edad media, el concepto de la obesidad tenía influencia de la religión cristiana, ya que se creía que la obesidad era un regalo de Dios, además se le daba una gran importancia al hecho de ayunar como un signo de devoción y se veía como una señal de salud y para los nahuatlés el adelgazar era sinónimo de enfermedad porque creían que cuando alguien adelgazaba era porque otra persona le estaba haciendo daño.

Con respecto a la anorexia nerviosa, fue en 1689 cuando Richard Morton describió en su obra "Pthysiologia or a treatise of consumptions" el cuadro de la enfermedad y era atribuida a una perturbación del sistema nervioso, así como la tristeza y las preocupaciones ansiosas. Después la palabra anorexia, fue utilizada en la medicina como falta de apetito de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios de esta época se utilizaba como denominación de la inapetencia y como un trastorno del estómago, (Toro, 1999).

Quincy en 1726, define a la bulimia como un apetito excesivo relacionado con un trastorno gástrico. Posteriormente el nacimiento de la bulimia se observó entre los romanos y los griegos que acostumbraban a tener grandes banquetes, en los cuales los invitados se hartaban de comida y después se estimulaban el vómito para poder continuar comiendo. También en la edad media el vómito se practicaba ya que se pensaba que a través de él eran arrojados los pecados y era una forma de dominar los apetitos sexuales, utilizándose sustancias como la nuez vómica y la mostaza. En 1743 James explica, que la acción de vomitar se presenta después de ingerir grandes cantidades de alimento y utilizó el término "boulimus" asociándolo con "caninus appetitu" y "fame

canina" para describir la forma en que la persona vomitaba como un perro para aliviar el estómago después de ingerir demasiada comida, (Sánchez y Mojica, 1998).

También Mortherby en 1785 asocia, la bulimia con el término "caninus appetitu" ya que describe dos tipos de hambre pura, aquella en donde el hambre acaba en vómito y el hambre que asocia a desmayos, (Ortiz, 2002). Más tarde Hooper en 1825, utilizó tres términos: bulimia canina, emética y cinorexia, que significan tener un apetito voraz seguido por vómitos, (Sánchez y Mojica, 1998).

Fleming en la segunda mitad del siglo XVIII, señala a la obesidad como una enfermedad que era causada por un desequilibrio entre los sólidos y los humores y en 1837 aparece un manual antropométrico en donde el concepto estético de la obesidad se modifica al finalizar el siglo XIX, (Sánchez y Mojica, 1998).

Para 1840 Pinel describió, dos tipos de anorexia, la "gástrica" que era un trastorno del estómago, y la "nerviosa" que implicaba una alteración de las funciones cerebrales, donde las personas que la padecían presentaban una pérdida de apetito y síntomas de melancolía, cólera y miedo, además de que este era considerada como una neurosis gástrica, (Toro, 1999).

Por su parte Louis-Victor Marcé en 1859 consideró, que el trastorno gástrico nervioso guarda una relación entre la alteración de los sentimientos afectivos y las funciones del estómago, por lo tanto, los pensamientos se centran en dichas funciones, (Silverman, 1989, citado en Toro, 1999).

En 1873 Ernest Charles Lasegue describe, la anorexia histérica o anorexia nerviosa que no era simplemente una alteración física originada por el sistema nervioso sino que tenía una influencia de las relaciones familiares, existiendo una gran dependencia de los hijos hacia sus padres, predominando un amor paternal intenso, una voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en los hijos, (Toro, 1999). Lasegue considera que el rechazo a los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre los hijos y sus padres.

William Withey Gull (1873) consideraron, que el padecer este trastorno se puede llegar a un estado de inanición utilizando el concepto de anorexia, creía que este se producía por una falta de apetito y no por una alteración digestiva; así mismo utiliza el término "nerviosa" para considerar la

intervención del sistema nervioso, señalando la presencia de este trastorno en ambos sexos, (Toro 1999).

En 1883 Huchard, propuso, el término de "anorexia mental" ya que al igual que Gull rechazó el término de "anorexia histérica", porque en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria como: anestesia, ceguera y parálisis, (Beumont, 1991, citado en Toro, 1999). Gilles de la Tourette describe la anorexia mental ya que considera que se padece la falta de apetito por la negación para ingerir alimentos causada por la alteración de la imagen corporal, es decir, que las personas se perciben con un cuerpo obeso.

Sigmund Freud en 1895, acentúa el aspecto depresivo de la anorexia y menciona que esta es comparable con la melancolía, donde la sexualidad está aún inconclusa, debido a la búsqueda de identidad por lo tanto el inicio de la enfermedad se puede dar en la adolescencia. Para él, el acto de comer eran manifestaciones de la libido o impulso sexual que asociaba la falta de apetito con la pérdida de la libido y en consecuencia la negación a comer no era causada por el disgusto hacia los alimentos, sino el comer se encuentra ligado a recuerdos repugnantes de la infancia, (Sánchez y Mojica, 1998).

El psiquiatra francés Pierre Janet (1903) dio, una nueva descripción del trastorno de la anorexia dividiéndola en dos formas:

- a) La obsesiva - en donde se mantenía la sensación de hambre, pero debido al disgusto que tienen con su cuerpo y el temor a engordar su interés se centra en la realización de ejercicio físico excesivo y en la práctica de hábitos rígidos con respecto a la comida.
- b) La histérica - la cual implicaba una pérdida real del apetito acompañada de parestesias, sabores desusados, sensaciones anormales, frecuencia de vómitos y actividad física excesiva, (Toro, 1999).

La explicación que le daba Janet al surgimiento de la anorexia nerviosa o mental estaba relacionada con la sexualidad, ya que las personas pueden manifestar disgusto con su cuerpo y

con el volumen corporal debido a que en realidad temen convertirse en adultos, por lo tanto su temor esta relacionado con la madurez sexual.

De igual manera, en el siglo XVIII y XIX, la bulimia era descrita en los diccionarios médicos como un síntoma de otras enfermedades de hecho los primeros escritos realizados sobre la bulimia se asocian con la anorexia, ya que como estos trastornos tienen características muy similares relacionadas con la alimentación y como la anorexia fue el primer trastorno abordado, de este se comenzó a definir a la bulimia, siendo para Wulff la bulimia un síndrome entre la melancolía y la adicción, la cual fue la primera descripción que se da de este trastorno en 1932, no obstante la bulimia es vista como síndrome hasta 1940, pero para 1962 Bruch la considera como una variante del estilo de alimentación ya que se percato que en esta se presentaba la sobrealimentación, la autoprovocación del vómito y el abuso de laxantes y enemas.

En 1939 John Alfred Ryle predice, el incremento posterior de la anorexia nerviosa justificando tal pronóstico mediante la interacción que observaba entre la "emotividad" de los jóvenes que era causada por el deseo de tener un cuerpo delgado y la popularización de la moda de la delgadez que en ese momento se estaba dando.

En 1959, fue la primera vez que se describieron los episodios de voracidad de la sobrealimentación compulsiva, el cual es un trastorno alimentario que ha sido considerado como tal, apenas en los últimos años, en donde la persona es adicta a la comida, ya que come ante cualquier situación que se enfrenta, (Palma 1997).

Mara Selvini Palazzoli (1974), atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo que, obliga a las familias sobre todo de clase media a tener más atención sobre la vida de sus hijos, especialmente en las mujeres con el fin de que estos no sean rechazados por la sociedad que ha impuesto modelos a seguir con respecto a la imagen corporal. Es así como el miedo a engordar y la distorsión de la imagen corporal se convierten en las características básicas diagnosticas de la anorexia nerviosa donde lo permanente del trastorno es la restricción alimentaria voluntaria, la existencia de presiones sociales para

ponerla en práctica, las consecuencias psicológicas y somáticas de mala nutrición y probablemente la presencia de predisposiciones biológicas al trastorno.

Así, en 1978 Hilde Bruch consideró que la anorexia nerviosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad en el contexto de una familia concreta ya que se tomará en cuenta la forma en como se ha desarrollado la persona dentro de su círculo social así como las características individuales de su personalidad y las de los demás sujetos que la padecen, así como, había que tomar en cuenta la dinámica familiar y la personalidad de cada miembro de la familia. En base a esto Toro (1999) describe, dos tipos de anorexia:

- 1) Primaria, sus características eran distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, hallándose la persona bajo la influencia de un "locus de control" externo, a través de la influencia de la familia y la presión social.
- 2) Secundaria o atípica, como consecuencia de la primaria, que implica una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria.

Bruch refiere que la anorexia se apoya en desórdenes perceptivos como la alteración de la imagen corporal y las alteraciones de los mecanismos sensoriales internos relacionados con el hambre y conceptuales como la importancia de la imagen corporal, la falta de autonomía y la idea de no poder satisfacer las altas expectativas de los padres y sobre una negación del cuerpo y sus necesidades, (Sánchez y Mojica, 1998; Ortiz, 2002).

Álvarez (2000) menciona, que la bulimia nerviosa como tal fue identificada como trastorno del comportamiento alimentario entre 1960 y 1970, y en 1979, Rusell hizo la primera descripción clínica exacta de la bulimia, e incluso fue el primero en adoptar el término bulimia nerviosa, que posibilitaba el diagnóstico diferencial entre la anorexia y bulimia nerviosa.

Los estudios encaminados a investigar sobre la anorexia nerviosa y la bulimia, crearon un enlace entre éstas el cual fue separado en 1980 cuando fueron incluidas en el Manual Diagnóstico y

Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III, ya que fueron reconocidas por la Asociación Psiquiátrica Americana en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, manifestando que la conducta bulímica debe ser repetida, sin definir la frecuencia, y que los episodios no deben darse en el contexto de una anorexia nerviosa o de un trastorno psíquico reconocido.

La denominación que se le había dado a la bulimia nerviosa fue modificada en la siguiente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Versión Revisada, DSM-III-R, ya que en la primera no se requería la conducta purgativa para que un sujeto fuera diagnosticado como bulímico. En la revisión de este Manual en 1989, el término nuevo adoptado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R y empleado actualmente es el de "bulimia nerviosa". También se considera que la frecuencia de la conducta bulímica era (por lo menos de 2 episodios bulímicos en una semana durante mínimo 3 meses), (Sánchez y Mojica, 1998).

Es así cómo, de acuerdo con los estudios realizados por Garfinker, Garner, Kaplan y Darby (1983), se habla de la gran diferencia que existió en las mujeres ayunadoras que vivieron antes de 1850 y las mujeres de 1980; mencionando que esta diferencia radica en el miedo anormal a engordar y llegar a ser obesas, por lo cual, practican el ayuno.

En el caso de la bulimia nerviosa, Stein (1988) menciona, que ha llamado la atención recientemente debido al incremento de casos, por lo que no se debe tomar como un concepto nuevo ya que esta enfermedad existía desde siglos atrás, este autor se basa en definiciones hechas en 1807 por el Dictionnaire d' Edinburgh, en el cual la bulimia era definida como una afección crónica en la cual se presentaba desvanecimiento y / o vómito después de la ingesta de una gran cantidad de alimentos. Por lo tanto, llega a la conclusión que la bulimia esta asociada con la depresión causada por una preocupación excesiva por la imagen corporal, (Sánchez y Mojica, 1998).

Para 1992, Ravussin y Swinburn proponen comenzar a catalogar a la obesidad como una obesidad

esencial, ya que muchas veces la predisposición genética, los factores ambientales o su etiopatogenia no son suficientemente claros y esto traería como consecuencia la necesidad de profundizar en los mecanismos fisiopatológicos para intentar tratamientos basados en los conocimientos científicos y no únicamente en determinadas dietas o productos que por medio de una publicidad engañosa hacen que esta enfermedad sea apta para especulaciones lucrativas. La trascendencia de la obesidad es vital ya que se puede producir en diferentes épocas de la vida como señalan Gortmaker y cols., (1993), en donde ponen de manifiesto sus importantes consecuencias psicológicas, sociales y económicas, que son incluso mayores que otros trastornos como por ejemplo, menor índice de escolaridad, dificultad para contraer matrimonio y un peor estatus socioeconómico. (Moreno et al. 1998).

En 1994 Saldaña menciona, que el debate entre investigadores y clínicos sobre la inclusión o no de los sujetos con sobrealimentación compulsiva entre las personas obesas o con bulimia nerviosa, ya que no todos los sujetos con sobrealimentación compulsiva son obesos pero el grado de obesidad parece correlacionarse positivamente con este trastorno de la conducta alimentaria, encontrándose que alrededor del 70% de las personas que padecen sobrealimentación compulsiva presentan obesidad, mientras que un 20% de ellos tienen peso normal.

Como se observa, la anorexia nerviosa primeramente fue considerada como una inapetencia, más tarde definida como un trastorno orgánico que, posteriormente pasó dicho concepto al plano afectivo en donde los sentimientos de melancolía, cólera y miedo están relacionados a las funciones del estómago. Las relaciones intrafamiliares van promoviendo su desarrollo en donde ya existe una alteración del estado mental, siendo esta la distorsión de la imagen corporal y la negación de esta. A lo largo de la historia podemos observar que la anorexia se considera como un miedo intenso a engordar, la negación de un interés desmedido por la delgadez, la distorsión de la imagen corporal y la influencia familiar que le atribuye un alto valor a la delgadez la cual es generada por la presión social que está a favor de este prototipo.

Con respecto a la bulimia nerviosa es importante destacar que desde años atrás se reconoció la existencia de un apetito excesivo donde los métodos compensatorios que actualmente son utilizados, como el vómito, eran un medio de purificación considerando estas conductas sólo como



una variante del estilo de alimentación más no como una enfermedad. Más tarde, este estilo de alimentación fue modificándose ya que las personas con el fin de vomitar utilizaban laxantes y enemas para lograr su objetivo, de este modo, la bulimia se empieza a considerar como un trastorno alimentario caracterizado principalmente por una hambre voraz seguida del vómito por medio de métodos compensatorios y realizados con una determinada frecuencia.

En cuanto a la obesidad se reconoce que es un concepto flexible del cual, su significado se va adaptando de acuerdo a las creencias ya que al inicio de su historia era considerada como un atributo de belleza, característica que más adelante fue cambiando hasta llegar a pensar que las personas que la padecían era a consecuencia de desequilibrios a nivel fisiológico y después se le atribuyeron causas psicológicas y sociales y no solamente el acto de comer en exceso; pero lo que es importante mencionar es que actualmente la persona que padece obesidad sufre un rechazo social e inseguridad lo cual puede llevarla a realizar métodos compensatorios para lograr deshacerse de ella.

Considerando a la sobrealimentación compulsiva, se destaca que debido a que este trastorno se ha tomado como parte de la obesidad y la bulimia nerviosa, carece de antecedentes históricos ya que se ha empezado a considerar a partir de las diferencias que tiene de otros trastornos como son: obesidad o sobrepeso, no necesariamente alguno de estos; empleo de procedimientos drásticos para perder peso, sin tener temor exagerado a ganar peso.

Para finalizar el avance histórico de los trastornos de la conducta alimentaria es importante destacar que existen los llamados trastornos de la conducta alimentaria no específicos, los cuales cuentan con un menor contexto histórico que los mencionados anteriormente, sin embargo, es importante conocer que Spizer propuso agregar al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV un nuevo síndrome llamado Binge Eating Disorder que serviría para diferenciar la bulimia nerviosa con purgas de aquellas que sólo se refieren a las personas que comen compulsivamente pero no se purgan. Sin embargo, su propuesta no fue aceptada y en vez

de esta se decidió incluir los dos tipos de bulimia y relegar el Binge eating Disorder al rubro de Trastorno de la conducta alimentaria no especificados, refiriéndose a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de conducta alimentaria específico, (Ortiz, 2002).

## **ANOREXIA NERVIOSA**

Según García (1993), "la anorexia es una enfermedad psicosomática que se apoya en tres pilares básicos; dos psicológicos y uno somático. Los dos primeros son una fobia a la obesidad y una deificación de la delgadez, la cual es un sistema de defensa contra la angustia. El tercero es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta, que resultan alterados a partir de la desnutrición prolongada". El inicio de la anorexia nerviosa se da con un deseo irracional de estar delgado, lo cual termina desarrollando más tarde una fobia a la obesidad en donde se le da una gran importancia a la delgadez, lo cual lleva a que por falta del consumo de alimentos se presenta una alteración de los mecanismos de la ingesta causados por hacer una dieta incorrecta y exagerada.

Martínez-Fornés (1995), menciona que la anorexia (del griego *an*, privativo, y *oresis*, deseo) significa una falta anormal de ganas de comer. La anorexia mental o nerviosa es una enfermedad psicosomática caracterizada por la pérdida notable de peso que puede llegar a caquexia y un trastorno perceptivo de la propia imagen corporal que le hace verse "horrible con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos"

En los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 (1993), la Anorexia Nerviosa se clasifica dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos tomando los siguientes criterios:

### **F50.0 Anorexia Nerviosa**

- A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del normal esperado para la talla correspondiente.

- B. La pérdida de peso es inducida mediante la evitación de alimentos "que engordan".
- C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).
- E. No cumple los criterios A y B de la Bulimia Nerviosa (F50.2) como: **A.** Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimento en periodos grandes de tiempo y **B.** Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), existen requisitos que se deben cumplir para que una persona presente Anorexia Nerviosa y estos son:

- a) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla.
- b) Un temor intenso a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- c) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- d) Amenorrea en las mujeres postmenárquicas, se considera que una mujer tiene amenorrea si sus:

ciclos menstruales ocurren solo después de la administración de hormonas como los estrógenos.

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, 1996.)

1.- **Restrictivo.** Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

2.- **Compulsivo.** Purgativo. el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos.) La mayoría de los individuos que pasan por episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Pueden existir casos que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Los criterios de investigación del CIE-10 y los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa difieren en diversos aspectos. El CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de "comidas grasas" y, en el varón, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que las mujeres sería la amenorrea.) Finalmente a diferencia del DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, el CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular. Es decir, en el DSM-IV el diagnóstico de anorexia predomina más que el de la bulimia y el CIE-10 no considera como anorexia cuando se han presentado atracones como es en el caso del DSM-IV.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo, (Morandé, 1999.)

Toro (1999) define, a la anorexia nerviosa como un trastorno de la conducta alimentaria

caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), por la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan" y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado y consumo de diuréticos.

Rundell y Wise (2001) mencionan que "la persona que padece anorexia nerviosa presenta miedo intenso a convertirse en una persona obesa, alteración de la imagen corporal, significativa y gradual pérdida de peso y rechazo persistente a mantener un peso corporal normal, a pesar de que las demás personas ejercen presión para que no se lleven a cabo conductas inapropiadas que atentan contra su salud"

Retomando lo anterior, se puede decir que la anorexia nerviosa es un trastorno en donde la persona anoréxica experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuya alarmantemente, además, la distorsión de la imagen corporal es una característica primordial donde se sobrevaloran las dimensiones de la silueta corporal, lo que "obliga" a mantener la restricción alimentaria y que a la vez conlleva a la negación del peso bajo y a carecer de conciencia de la enfermedad que se está padeciendo. Así, la autoimagen en general está sumamente determinada por la imagen corporal.

Para conocer el origen de la anorexia nerviosa es importante estudiar los diferentes puntos de vista que se manejan a través de los modelos psicológicos como el psicoanalítico, conductual y social, ya que cada uno de ellos se basa en diferentes factores que intervienen en la aparición y desarrollo de dicho trastorno.

El modelo psicoanalítico considera que los posibles desencadenantes de la anorexia nerviosa son los problemas internos que aquejan a la persona, los cuales están relacionados con aspectos referentes a la etapa oral, en donde el sujeto le atribuye significados diferentes al alimento según sus experiencias vividas, como una forma de estar en contacto con la madre (Strada, 2002); el alimento también será considerado como una satisfacción de una necesidad básica fisiológica carente de afecto, así que cuando sean más grandes evitarán el alimento como una forma de

aceptar que no tienen necesidades de afecto y vinculación (Lacan.) El temor a un embarazo percibido oralmente o el temor a un deseo inconsciente es de índole sádica, (Fenichel, 2000.) De acuerdo con Crisp (1967), y Brady y Rieger (1972), este modelo relaciona el origen de la anorexia nerviosa con una fobia hacia el alimento que es traducida como un miedo intenso hacia el aspecto sexual, lo cual desemboca en la baja del consumo de alimentos como un medio de disminución de ansiedad.

Mientras el modelo conductual considera que la anorexia nerviosa es aprendida y puede surgir como resultado de estar bajo regímenes de evitación alimentaria causados por factores relacionados con el peso corporal, además de la aceptación que es un reforzamiento negativo que se experimenta cuando se comienza a perder peso lo cual será visto como un premio, (Polivy y Herman 1995; Hales et al.) Además, Slade (1982), Szmulken y Tantam (1984), y Garner, Garfinkel y Goldberg opinan, que este trastorno cuenta con un factor primordial para su mantenimiento como el miedo intenso a engordar, la desnutrición excesiva y los métodos compensatorios que ayudan a la reducción de peso y que actúan como reforzadores positivos hacia dicha conducta, (Toro y Vilardell, 1989.)

Desde la perspectiva social la anorexia nerviosa es un trastorno que se puede padecer cuando la persona no experimenta una satisfacción con ella misma, con lo que hace y con su imagen, lo cual la lleva a la búsqueda de sensaciones placenteras por medio de la imitación de actitudes sociales relacionadas con la delgadez, lo cual se verá reforzado por el aumento de la publicidad, los artículos para bajar de peso y la difusión de dietas, dando como resultado un cambio en valores y actitudes y generando a su vez presión por sobresalir, tener popularidad, control y éxito ya que con esto se puede mostrar el estereotipo que debe seguirse para verse bien lo cual, relacionado con la actitud que se tiene en este momento con respecto al sobrepeso como sinónimo de fealdad, fracaso y falta de control contribuye al desarrollo de este tipo de trastorno alimentario. (García-Camba, 2002, Gómez Pérez-Mitre, 1993, Pate et al. 1992, y Toro, 1999.)

Analizando los modelos psicoanalítico, conductual y social se puede decir que las similitudes

encontradas entre estos modelos que influyen en el desarrollo de la anorexia nerviosa son aprendizajes negativos que se tuvieron desde la infancia y que originaron en la persona pensamientos desadaptados con relación al alimento, ya que este pierde el significado de una necesidad fisiológica y se le atribuye un valor negativo el cual se relacionara con el aumento de peso que originara a su vez una fobia por el alimento, así que las personas tratarán de evitar ingestas como un medio para obtener la delgadez, la cual también es introyectada por lo medios de comunicación donde se aprende que la delgadez es sinónimo de éxito y un medio para lograr identidad personal, las cuales serán perseguidas por las personas evitando el alimento.

La diferencia que existe entre estos modelos es que el psicoanalítico considera que el origen de la anorexia nerviosa se debe principalmente a los conflictos internos que padecen las personas, los cuales están relacionados con los vínculos afectivos de la infancia; el modelo conductual considera que los pensamientos con respecto a la delgadez son formados por conductas aprendidas y reforzadas por los beneficios obtenidos al perder peso reforzados por el rechazo o no por parte de los demás, volviéndose dichas conductas parte de la vida cotidiana, y el modelo social se centra en la influencia que proporcionan los medios de comunicación, las amistades, la familia y la moda con respecto a que la delgadez es una cualidad física que todos deben poseer.

Así como el origen de la anorexia nerviosa es explicada a través de diferentes modelos también al padecerla se genera una serie de anomalías causadas por la obsesión a la delgadez y el rechazo total al aumento de peso por mínimo que sea, dichas anomalías se presentaran a nivel físico, las cuales están relacionadas con padecimientos orgánicos que repercuten en la salud física de la persona en menor o mayor intensidad; anomalías a nivel psicológico, las cuales se refieren a los cambios tanto en pensamientos, emociones y actitudes de las personas, los cuales se centran en la delgadez llevando esto al desarrollo y mantenimiento del trastorno y las anomalías a nivel social que se relacionan con la manera en como el trastorno alimentario repercute en las relaciones interpersonales del sujeto que la padece, además a través de éstas se puede conocer la influencia de la interacción familiar y de la sociedad en la que se vive.

### **ALTERACIONES FÍSICAS**

Todo el cuerpo sufre afecciones físicas pudiendo ser las más importantes aquellas que atentan contra la vida de la persona en el momento que existe una pérdida de peso profunda como la amenorrea, la bradicardia (disminución de las pulsaciones cardíacas), la hipotensión (disminución de la presión arterial) y la osteoporosis que al ser padecimientos graves ocasionados por la severa desnutrición que se presenta afectan el funcionamiento orgánico del individuo.

### **ALTERACIONES PSICOLÓGICAS**

De acuerdo con las anomalías psicológicas que se presentan al padecer anorexia nerviosa es importante mencionar que el deseo por estar delgado desencadena conductas desadaptativas como insatisfacción corporal que se transforma en una respuesta fóbica hacia los alimentos de alto contenido calórico, ya que las personas saben que estos las subirán de peso, por lo tanto, los evitan debido a que se presenta en éstas una fobia a la obesidad, lo cual las llevará a formar una personalidad perfeccionista y autoexigente para lograr la delgadez y utilizarán como medios más sobresalientes para la reducción de peso el ejercicio excesivo, el cual representa sólo la pérdida de calorías y el conteo de calorías de los alimentos ingeridos. Todo esto es desencadenado también por la alteración de pensamiento y juicio porque se centran principalmente en el rechazo al aumento de peso otorgándole valores equivocados a este.

### **ALTERACIONES SOCIALES**

Los signos manifestados a causa de la anorexia nerviosa son los cambios que se dan en las relaciones interpersonales. El sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendido por los demás, la reducción de los centros de interés previos, la ocultación del problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantee como obligación o como tentación, la automarginación relativa de quien sabe que los demás lo consideran enfermo y la susceptibilidad referida al problema del cual la persona no puede desprenderse, ocasionan que en ésta se genere un retraimiento social ó por lo menos una irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales, así que se encierra en su propio mundo y no permite que nadie entre en él porque se siente



amenazada por todas aquellas personas que quieren hacerla cambiar de opinión y más que sentir que les importa como ser humano piensa que no comprenden que lo único que desea es sentirse aceptada y feliz y lo que únicamente le ayudará a lograrlo será el tener una figura delgada que, desgraciadamente a causa de la alteración de la percepción que sufre no reconocerá los límites para la pérdida de peso que no pongan en riesgo su vida, (Toro y Vilardell, 1989.)

Como se observa, la anorexia nerviosa es un trastorno que altera enormemente el funcionamiento físico y los aspectos psicológicos relacionados con el medio ambiente en el que se desarrollan. Por lo tanto, es imposible no tomar en cuenta todos aquellos factores que participan en la formación de las personas dentro de la sociedad, comenzando por la dinámica familiar, pasando por la influencia del medio ambiente y la forma en que las personas aprenden de todo lo observado a su alrededor y como esto va a influir en sus vidas, ya que los cambios que se dan a lo largo de sus vidas se generan en sus pensamientos, afectan a sus emociones y sentimientos, ya que se rigen a través de las ideas con respecto al peso y la imagen corporal, lo cual se concreta a conductas dirigidas al adelgazamiento y esto repercute en su relación con su medio, ya que al centrarse en sí mismo descuida lo externo.

### **BULIMIA NERVIOSA**

Según Kaplan y Garfinkel, (1984), el término "bulimy" en griego significa "hambre voraz" o hambre canina, literalmente deriva de los conceptos "buey" y "hambre" en griego y "hambre voraz" en latín, (Álvarez, 2000.)

Saldaña (1994) considera, a la bulimia nerviosa como un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos de conductas purgativas, vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso.

Braguinsky y cols. (1996) mencionan, que el síndrome bulímico es como un trastorno de la conducta alimentaria, caracterizado por episodios recurrentes de ingestión rápida de grandes

cantidades de alimentos, en un tiempo reducido; el individuo es consciente de lo anormal de esa alimentación, lo cual le despierta un enorme temor a engordar, porque la autoestima se encuentra indebidamente ligada a la imagen corporal y se siente obligado a recurrir a conducta compensatoria para evitar el temido incremento de su peso.

En los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 (1993), también se describe a la bulimia dentro de los trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

#### **F 50.2 Bulimia Nerviosa**

- A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimento en periodos grandes de tiempo.
- B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.
- C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:
  - 1) Vómito auto-provocado.
  - 2) Abuso de laxantes.
  - 3) Periodos de ayuno.
  - 4) Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso.)

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), se proponen los siguientes criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa:

- 1) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - a) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - b) 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.)
- 2) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación del vomito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- 3) Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- 5) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Se pueden emplear dos 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, (DSM-IV, 1996.)

**Purgativo:** Es donde la persona se ha provocado el vómito y hace mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

**No Purgativo:** Es donde la persona emplea técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV y los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE-10 proponen criterios similares, a excepción de la relación entre la

anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El DSM-IV excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa que se caracteriza por llevar a cabo atracones de una forma regular y conductas compensatorias inapropiadas si estas conductas tienen lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la cual se caracteriza por negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado, temor intenso a subir de peso o volverse gordo, perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño y forma del propio cuerpo y amenorrea. Por su parte, el CIE-10, excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular, (DSM-IV-TR, 2000.)

Moreno, Monereo y Álvarez (1998) pensaban, que la bulimia nerviosa o "hambre de buey" se caracteriza por episodios recurrentes de ingestión de alimentos durante los cuales se consumen cantidades masivas de alimentos de contenido calórico alto en periodos de tiempo recortados, todos ellos acompañados de sensación de descontrol.

Papalia y Wendkos (1998) consideran, a la bulimia nerviosa como "un desorden del apetito en el cual una persona por lo general come cantidades gigantes de comida y luego se purga con laxantes o induciendo el vómito; siendo más común en las mujeres jóvenes"

Sherman y Thompson (1999) mencionan, que la bulimia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales generalmente, les sigue un proceso de purga.

French (1999), la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por episodios incontrolables de una ingesta desmesurada (o sobreingesta) de alimentos, seguidos de vómitos que se provoca la víctima y del abuso de laxantes, con la finalidad de eliminar todo lo ingerido para evitar los efectos engordantes de la comida.

Hales et al. mencionan que "la bulimia nerviosa es un término que significa ingestión voraz, en donde los atracones de comida son la conducta predominante que trae como consecuencia el dolor o molestias abdominales, el vómito autoinducido, el sueño y una interrupción social"

Para Davison (2002), la palabra bulimia nerviosa proviene de los vocablos griegos "bous" que significa cabeza de ganado, y "limos", hambre. Se le llama el síndrome de la glotonería y purga, y

consiste en episodios de alimentación excesiva seguidos de vómitos inducidos o sobre dosis de laxantes, para echar fuera la enorme cantidad de comida ingerida.

Analizando lo anterior, se reconoce que la bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una alteración en la manera de comer, ya que se ingiere alimento de manera excesiva existiendo al mismo tiempo un sentimiento de culpa por el aumento de peso y pensamientos de autodesprecio, lo que generará que se lleven a cabo prácticas compensatorias como el inducirse el vómito, usar laxantes y realizar purgas.

### **ENFOQUE PSICOANALÍTICO**

El modelo psicoanalítico manifiesta que los afectos se depositan en la comida, ya que las personas se sienten rechazadas por los demás y buscan en los alimentos una forma de satisfacer las necesidades que no han sido cubiertas relacionadas con la aceptación de las personas que las rodean e idealizando las experiencias que tienen que ver con la interacción social, (Kohut, 1971.) Sin embargo, al darse cuenta que necesitan comer demasiado para reducir su angustia utilizarán el vómito para escapar de los sentimientos de culpa que le generan sus atracones, ya que si las demás personas descubren esta actividad posiblemente manifestaran su rechazo, además de que el vómito y la purga les ayuda a sentirse limpias, (Fenichel, 2000.)

### **ENFOQUE CONDUCTUAL**

La parte conductual de la bulimia se refiere a conductas que refuerzan el transcurso de dicho trastorno. Estas son: excesos en las comidas, purgas, vómitos, abuso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de píldoras dietéticas, ejercicio exhaustivo y ayuno.

Así, en el plano conductual, se observa que en la bulimia nerviosa las personas que la padecen realizan una serie de aprendizajes desadaptativos que la mayoría de las veces tienen relación con el inicio de una dieta restrictiva con el fin de controlar su peso corporal, ya que se ven influidas por las exigencias de la sociedad con respecto a tener un cuerpo delgado, (Fairborn y Cooper, 1984, y Wilson, 1989.) Como la persona no puede dejar de comer en grandes cantidades cuando está angustiada recurre a diversos métodos que actúan como reforzadores o castigos que le ayudaran a

deshacerse del alimento ingerido, el cual representa un aumento de peso que debe evitarse, ya que éste tiene relación con una falta de control de sí mismo, de este modo se genera una conducta repetitiva en cuanto a los hábitos alimenticios en donde participa la ingestión y el desalojo del alimento, (French, 1999, y Mateos y Solano, 1997.)

### **ENFOQUE SOCIAL**

Con relación al modelo social se reconoce que la bulimia nerviosa se desarrolla en un contexto sociocultural donde intervienen la familia, amigos y la sociedad en general, que a su vez contribuyen al desarrollo de creencias disfuncionales acerca de la insatisfacción del peso, imagen corporal y conductas alimentarias restrictivas.

El modelo social plantea que los factores socioculturales participan en el desarrollo de la bulimia y son los mismos que intervienen en la anorexia nerviosa, por lo tanto, el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento constituyen el denominador común de ambos trastornos, ya que el rechazo a toda forma de obesidad o sobrepeso se ha incorporado al estilo de vida de las personas. Vitousek (1996) menciona, que la bulimia nerviosa es mantenida por las ideas valoradas acerca de la imagen y el peso corporal, las cuales se verán reflejadas en las conductas y creencias distorsionadas con relación al alimento. En el caso de la bulimia nerviosa se distingue que una de las características principales de las familias de quienes padecen este trastorno es que existe una comunicación deficiente, poca capacidad para expresar sentimientos, desintegración familiar, conflictos, y críticas que pueden estar relacionadas con la apariencia física, por lo tanto se le puede dar una gran importancia a la dieta, la alimentación y el peso, (Braguinsky y cols, 1996; Sherman y Thompson, 1999; Sights y Richard, 1984, y Turón, 1997.) Así, las personas se han vuelto más delgadas y esta apariencia se ha sobrevalorado a través de los medios de comunicación y de comentarios con respecto al comer en exceso y perder peso, ya que proyectan imágenes que relacionan a las personas atractivas delgadas con el éxito y la felicidad y esto produce mayor impacto para el sexo femenino, (Sherman y Thompson, 1999.)

En cuanto a las similitudes que se encontraron en la bulimia nerviosa entre los modelos

psicoanalítico, conductual y social es que las conductas de las personas que padecen este trastorno están dirigidas a adoptar nuevos hábitos alimenticios y a la utilización de métodos compensatorios como los vómitos y las purgas, con el fin de obtener la figura corporal exigida por la sociedad, ya que ésta ha impuesto la idea de que obtener un cuerpo delgado ayudará a alcanzar metas elevadas y a obtener éxito.

Con respecto a las diferencias de los modelos planteados el psicoanalítico plantea que el consumo exagerado de alimento tienen como significado la satisfacción de necesidades que tienen relación con la búsqueda de afecto y la reducción de ansiedad; el modelo conductual se centra en las conductas que realizan las personas para deshacerse de los alimentos ingeridos en grandes cantidades, ya que como las personas no pueden dejar de realizar ingestas excesivas tienen que recurrir a métodos que las ayuden a calmar su ansiedad provocada por éstas, y el modelo social tiene relación, como es en el caso de la anorexia nerviosa, con la imposición de poseer un cuerpo delgado para lograr los objetivos planteados, así que también participan para el origen y mantenimiento de la bulimia los medios de comunicación, la familia, los amigos y la moda.

A continuación se describirán las anomalías físicas, psicológicas y sociales que se presentan cuando se padece el trastorno de la bulimia nerviosa con el fin de conocer la manera en cómo afecta dicho trastorno la salud física, mental y socialmente. Con esto se pretende llegar a un conocimiento de cómo las personas permiten que sus conductas y pensamientos desadaptados las lleven a padecer este trastorno causado por la influencia que existe de poseer un cuerpo delgado.

#### **ALTERACIONES FÍSICAS**

Las personas con bulimia nerviosa que se inducen el vómito y abusan de purgantes y diuréticos son susceptibles de padecer diversas anomalías físicas originadas por dichas conductas. Las anomalías que pueden dañar la salud de manera grave son: hemorragias en el tracto intestinal y garganta a causa de los vómitos, arritmias cardíacas, estreñimiento y la osteoporosis.

### **ALTERACIONES PSICOLÓGICAS**

Debido a que la forma de pensar de estas personas siempre se dirige a ellas mismas de una forma negativa y devaluada, es obvio que esto las puede llevar a tener una disminución de la autoestima o incluso caer en una depresión. Por lo cual estos pensamientos y sentimientos provocan que la persona utilice la comida para aliviar, aunque sea de forma temporal su incomodidad.

Mencionando el aspecto intelectual de las personas con bulimia se puede decir que presentan un desarrollo escolar variable, ya que desde la infancia muestran un rendimiento escolar mediocre con un nivel de inteligencia promedio, pueden presentar alteraciones de la atención y de la concentración, así, dicha incapacidad de concentración es la causa más probable de las dificultades académicas que puedan tener.

Con respecto a estas anomalías en la bulimia nerviosa se puede concluir que comienza tras un periodo de un régimen dietético que se realiza con el fin de perder peso. Mas tarde se generan episodios de atracones que están seguidos de vómitos autoinducidos y del uso de laxantes, de este modo, estas personas no comen de forma regular y tienen problemas para sentirse saciadas al terminar una comida normal. Para llevar a cabo los atracones que caracterizan a este trastorno las personas prefieren la privacidad, ya que reconocen lo negativo de este tipo de conductas existiendo en realidad una falta de control de sus impulsos aunque las personas sientan lo contrario, debido a que piensan que es son las únicas que pueden decidir cuando comer y cuando dejar de hacerlo existiendo a su vez una preocupación anticipada por el peso, lo cual las lleva a corregir el aumento de peso por medio de las purgas, el ayuno, la utilización de laxantes, diuréticos y la realización de ejercicio en exceso.

### **ALTERACIONES SOCIALES**

La presencia de anomalías a nivel físico y psicológico se ven reflejadas en las relaciones sociales y las conductas que realizan las personas con bulimia nerviosa.

De acuerdo con French (1999), la personalidad de los bulímicos se caracteriza por esforzarse para ser perfectos existiendo siempre una preocupación porque no hacen las cosas lo suficientemente



bien, ya sea en su trabajo o en el sentido de ser "lo bastante buenos" para los demás. Este severo juicio personal acaba con la autoestima y les impide valorar cualquier cualidad o hecho positivo relacionado con su persona, además de que se obsesionan con sus fracasos personales, ya sean exagerados o imaginarios. Por este motivo, las personas bulímicas tienen una necesidad de aprobación y pueden presentar dependencia, ya que creen que las cosas verdaderamente importantes que quiere en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por esta razón tienden a tomar decisiones basadas en lo que creen que los demás quieren o esperan de ellas en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación. Con lo que respecta a la dependencia es en el sentido de que su principal papel dentro de la familia es el de complacer o brindar cuidados, a pesar de esto, dependen de otro en cuanto a su sentido de estima temporal, el cual se deriva de darles gusto. Esta necesidad de aprobación les ayuda a volverse más pasivas, carentes de asertividad y demasiado sumisas como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones. Esto refuerza sus creencias de que no pueden funcionar de manera independiente y además, no le conceden oportunidades para desarrollar confianza en si mismas. El vivir de esta manera requiere que la persona que padece bulimia relegue sus propias necesidades, lo cual, conduce inevitablemente a frustración y depresión.

La bulimia nerviosa es un trastorno en donde juegan un papel determinante los factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales siendo en la actualidad la presión social la que predomina como causante de dicho trastorno como el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto compensando de esta manera la baja autoestima y el miedo a ser rechazado incrementándose la presencia de depresión, lo cual da como resultado cambios en los hábitos alimentarios y en el control del peso, provocados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva surgiendo así, pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física.

## **O B E S I D A D**

Se aborda el tema de la obesidad con el fin de conocer las causas que la originan y las consecuencias que conlleva a las personas que la padecen, las cuales están relacionadas con problemas de salud pero sobre todo con el rechazo que se produce de la sociedad, ya que ésta exige cada vez más que las personas sean delgadas para tener éxito y ser aceptadas, por lo tanto, las personas que la padecen pueden enfrentarse a muchos obstáculos debido a su apariencia física.

La obesidad se considera como un trastorno de la conducta alimentaria, ya que puede originar riesgos graves para la salud cuando se excede un determinado nivel de peso por encima del que se considera el peso ideal, sin embargo cuando esta obesidad provoca factores psicológicos como una alteración emocional, que afectan al estado físico es importante considerar algunas características que se utilizan para poder diagnosticar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Harré y Lamb (1986) consideran, que en el término de obesidad expresa la presencia de una cantidad anormal alta en grasas del cuerpo; siendo ésta asociada con muchos desórdenes como el no consumir las mismas cantidades de alimento que una persona con peso normal, la utilización deficiente de la energía, ya que en ésta hay un déficit provocando que la energía consumida sea mayor que la incorporada.

Perpiña (1989) considera, que a la persona obesa se le atribuyen características de glotonería, irresponsabilidad, apatía, inmadurez, problemas para socializar, fealdad, deshonestidad y sobre todo repulsividad. Esta estigmatización y rechazo a la persona obesa refuerzan los sentimientos de soledad que experimenta este tipo de personas, (Saucedo, 1996.)

Saldaña y Rossell (1988) definen, a la obesidad "como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal y cuando se esta por encima del 20% del peso ideal en relación con la complexión, talla y edad" (p.17.)

Gómez Pérez-Mitré (1993) la considera, como un exceso de grasa corporal, así una persona es obesa cuando la masa total del tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo.

Para Miller (1995), el término obesidad es una denominación descriptiva para indicar la existencia de exceso de grasa corporal, que sobrepasa el 20% del peso ideal corporal. Es también un síndrome clínico que aparece cuando existe un exceso del tejido adiposo en el conjunto del peso corporal, (Sánchez y Mojica, 1998.)

Braguinsky y cols. (1996) consideran, que la obesidad es todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo, puede considerarse como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Saucedo (1996), encontró que las personas obesas tienen dificultades para establecer interacciones sociales y afectivas. Asimismo las personas obesas presentan poca frecuencia en conductas de afrontamiento para eliminar la soledad, pues al parecer la condición de rechazo social encubre la experiencia de soledad.

Según Garner (1998), a la Obesidad no se le ha definido como un trastorno de la conducta como en el caso de la anorexia y bulimia nerviosa, ya que no existen pruebas concluyentes de que los obesos coman más de los que no lo son y además muchas personas que padecen de obesidad pueden no tener ninguna perturbación psicológica al igual que las personas no obesas. Sin embargo, se considera un trastorno alimentario cuando las personas que la padecen adoptan modelos de conducta consistentes en hacer dietas muy estrictas mezcladas con algunos atracones de conducta esporádicos y así se desarrolla en ellos una alteración psicológica que los lleva a actuar incorrectamente y de manera constante con el fin de perder peso.

Moreno et al. consideran que la obesidad es un exceso de tejido adiposo que origina un aumento de peso corporal con respecto a lo que le correspondería según sexo, talla y edad. En condiciones normales, el cuerpo humano contiene una cantidad de tejido graso que varía entre un 15-18% en el hombre joven y entre un 20-25% del peso corporal en la mujer.

Caballero (2001) define, que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que se desarrolla por la interacción del genotipo y el ambiente, al establecerse un desequilibrio entre ingesta y gasto de energía, con el consiguiente aumento de acumulación de grasa corporal.

Considerando lo anterior, se reconoce que la obesidad está caracterizada por una excesiva acumulación de grasa en el cuerpo y aunque no se consuman demasiadas calorías ésta puede ir creciendo debido a los determinantes genéticos o la educación alimentaria por parte de los padres, lo cual se traduce en el aumento de peso corporal que va a provocar en las personas riesgos para su salud y para su autoestima provocando esto problemas de socialización y afectividad que conllevan a la soledad, ya que las personas se sienten rechazadas debido a su aspecto físico.

Según Unikel, 1998, la obesidad se divide en dos subtipos: (Sánchez y Mojica, 1998.)

- 1) **Restictiva.** El individuo presenta probables episodios de ingesta excesiva de alimentos como consecuencia de la limitación alimentaria a la que se somete en un periodo de tiempo significativo, por lo cual la falta de control propicia el consumo excesivo de alimentos en un periodo corto de tiempo.
- 2) **Compulsiva.** La persona come en exceso y con mucha frecuencia pero no utiliza métodos de purga y métodos ineficientes (diuréticos.) Así mismo presentan trastornos emocionales como depresión, baja autoestima, sentimientos de rechazo y aislamiento social a consecuencia de su obesidad.

Para poder tener un mejor entendimiento del trastorno de la obesidad es necesario conocer sus causas que la originan debido a que, para el desarrollo de ésta no solo intervienen los factores de ingesta excesiva o falta de voluntad de las personas, las cuales son características que se consideran como fundamentales para el origen y mantenimiento de la obesidad.

#### ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Dentro del modelo Freudiano (1930) se menciona, que una de las causas de la obesidad se encuentra en la etapa oral, ya que puede existir una fijación en ésta que hace que las personas le den una mayor importancia al placer a través de las acciones de morder, masticar y chupar. Bruch (1957) considera, que el origen de la obesidad se debe a que la comida alivia la angustia y disminuye la frustración. Noyes (1965); Creff, Heschberg (1981), y Apfelbaum (1987) afirman, que

las personas comen con el fin de satisfacer sentimientos displacenteros como la sensación de frustración, enojo y abandono, así que el alimento no se verá como una necesidad fisiológica sino como un medio para calmarlos, lo cual traerá como consecuencia un aislamiento social causado por la obesidad que le servirá como una defensa contra el rechazo de los demás. Por otro lado, Creff y Heschberg (1981), piensan que la obesidad es originada como una consecuencia inducida por la sobreprotección de los padres queriendo darles cariño por medio del alimento, lo cual ocasiona que las personas al ser adultas busquen satisfacer sus necesidades afectivas a través del alimento y por último Alperovich (1988) menciona, la inmovilización del hijo por parte de los padres.

#### **ENFOQUE CONDUCTUAL**

Con relación al modelo conductual se puede mencionar que el origen de la obesidad está basado en aspectos fundamentales como el aprendizaje de hábitos alimenticios que se caracterizan por una alimentación excesiva, lo cual lleva a las personas a utilizar métodos de reducción de peso para corregir dicha obesidad.

Como se puede observar la obesidad, en el modelo conductual, se considera que es ocasionada por situaciones estresantes que hacen que la persona ingiera grandes cantidades de alimento y con frecuencia, además de la predisposición genética, de la forma en que quema grasa el cuerpo y de la imposición de un peso ideal biológico establecido para cada persona que no puede ser sometido a pesar de cambiar los hábitos alimenticios. (Whiters, 1964; Keesy, 1980.) Saldaña (1994), y Hales et al. consideran, que las personas obesas mantienen las conductas de sobreingesta, como consecuencias negativas producidas por las decepciones que sufren generando el desinterés por realizar el intento para bajar de peso, ya que presentan dificultad para distinguir entre la sensación de apetito y el comer cuando están alteradas emocionalmente.

#### **ENFOQUE SOCIAL**

Con respecto al modelo social, se puede decir que la obesidad es causada por diferentes actividades que realizan las personas, las cuales tiene que ver con su participación en el medio ambiente como un ser social, por lo tanto, en el origen de ésta pueden participar factores como el

desequilibrio nutricional y la realización de ejercicio debido al ritmo de vida donde se realizan diversas actividades.

Lewis (1966); Saldaña y Rossell (1988), y Turón (1997) plantean, que el origen de la obesidad surge dentro del nivel socioeconómico bajo, ya que en este se consumen alimentos con alto contenido calórico, no se siguen dictados de moda y no se realiza ejercicio físico, aunque cabe destacar que estas consideraciones se están haciendo extensibles a todos los niveles socioeconómicos. Rissanen y cols. (1991) mencionan, que el nivel de educación y el número de hijos son factores relacionados con la obesidad, ya que no se tiene acceso a recursos educativos y los hijos no permiten que los padres, especialmente la madre cuide su aspecto personal y su alimentación, (Moreno et al.) Goldman (1994) considera, que la influencia familiar participa en la aparición de la obesidad, ya que los padres emplean el alimento como una forma de manifestar amor y cariño hacia los hijos así que éstos más tarde utilizaran el alimento como una forma de satisfacer sus necesidades afectivas. Moreno (1998), afirma que el ritmo de vida que se lleva a cabo en las sociedades modernas hace que cualquier persona sea más propensa a padecer obesidad, ya que el comer inadecuadamente y no realizar ejercicio físico se convierte en las características principales para el origen de este trastorno.

De acuerdo al modelo psicoanalítico, conductual y social de la obesidad, en las similitudes se pudo observar que la alimentación excesiva es causada por la influencia de factores ambientales externos en los cuales participa la familia, la sociedad y el estilo de vida de la persona obesa, así que el placer que se obtiene al ingerir alimento es aprendido, ya que las sensaciones displacenteras experimentadas son percibidas como castigos que provoca que las personas recurran al alimento como una forma de tranquilizarlas, ya que este es percibido como un premio.

Con respecto a las diferencias de los modelos, se puede decir, que el modelo psicoanalítico se centra en las necesidades afectivas que tienen las personas desde la infancia y las cuales son satisfechas por personas cercanas a ellas a través de la comida; el modelo conductual indica que la

obesidad es generada por el enfrentamiento con situaciones estresantes y con los fracasos vividos en el intento de perder peso, lo cual las lleva a permanecer en dicho trastorno, y el modelo social considera como el factor más importante para el origen y el mantenimiento de la obesidad el estilo de vida que raramente incluye una buena alimentación y la realización de ejercicio.

La obesidad no solamente predispone alteraciones fisiológicas sino también puede provocar consecuencias sociales y emocionales devastadoras, así, dicho trastorno predispone a condiciones debilitantes como anomalías físicas originadas por el sobrepeso, la baja autoestima causada por el estrés vivido, la sobrevaloración a la autoimagen, las condiciones económicas inestables y la influencia familiar que le atribuye un significado mayor a la comida.

#### **ALTERACIONES FÍSICAS**

Las alteraciones físicas originadas por la obesidad pueden poner en riesgo la vida de las personas y con esto no nada más nace el interés por bajar de peso debido a la necesidad de tener una figura esbelta sino también por cuestiones de salud. Así, las enfermedades que se pueden presentar son:

- 1) Hiperlipidemias. Los sujetos obesos presentan concentraciones más elevadas de lípidos en la sangre, además tienen valores de colesterol, triglicéridos y ácidos grasos libres más elevados que los no obesos, (Saldaña y Rossell, 1988.)
- 2) Hiperuricemia. Los niveles plasmáticos de ácido úrico elevados son relativamente frecuentes entre la población obesa. Se supone que una ingesta aumentada, común en los obesos, aporta una mayor cantidad de purinas y contribuye a un incremento de producción de ácido úrico resultante del metabolismo de éstas, (Saldaña y Rossell, 1988.)
- 3) Alteraciones tiroideas. Como el hipotiroidismo y el bocio, (Turón, 1997.)
- 4) Hepatopatía. La afectación hepática es un hecho relativamente frecuente en los grandes obesos, especialmente varones. Las alteraciones que se registran van desde el hígado graso sin alteraciones bioquímicas detectables, hasta la cirrosis, (Saldaña y Rossell, 1988.)
- 5) Afecciones del aparato locomotor. La obesidad se asocia, frecuentemente a trastornos del

- 6) aparato locomotor, sin que haya podido demostrarse un papel causal de la misma en estos trastornos, (D' Anglejan, 1976, citado en Saldaña y Rossell, 1988.)
- 7) Alteraciones ortopédicas. En el lumbago, agravación de la artritis ósea, sobre todo de las rodillas y tobillos y a menudo enormes callos en pies y talones, (Kaplan y Sadock, 1992.)
- 8) Litiasis biliar. En mujeres con un sobrepeso superior al 100% del peso ideal, la incidencia de cálculos biliares es menor que en los hombres con un peso moderado. La causa de esta elevada incidencia de litiasis biliar se ha atribuido a una mayor capacidad litogénica de la bilis de los obesos por el hecho de que el contenido de colesterol de la misma está aumentado, (Saldaña y Rossell, 1988.)

#### ALTERACIONES PSICOLÓGICAS

Las diversas anomalías psicológicas que se presentan al padecer obesidad están relacionadas principalmente con el sentimiento de ser diferente, desagradable y grotesco para los demás, por lo tanto, se pueden presentar en las personas obesas problemas de baja autoestima, autodesprecio, y desvalorización.

Stunkard y Burt (1967); Bruch (1980), y Collip (1980) consideran, que las personas obesas al sentir que sus cuerpos son grotescos y que los demás les miran con hostilidad provoca que su personalidad se caracteriza por ser más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja autoestima y con un concepto distorsionado de su imagen corporal, ya que no son capaces de mantener y lograr un peso más adecuado a sus valores estéticos vigentes; por este motivo las personas obesas que se dan atracones tienden a hacerlo en solitario y la soledad favorece la pérdida del control de los impulsos y por tanto el comer en exceso o con voracidad, (Saldaña y Rossell, 1988.) Lo cual puede estar relacionado con la actitud que tenga la persona frente a su cuerpo, la impulsividad como un rasgo temperamental y la relación que el sujeto aprende desde pequeño a tener con la comida.



## ALTERACIONES SOCIALES

Por otro lado, las anomalías a nivel social en la obesidad se relacionan con el rechazo social que las personas obesas sufren debido a los prejuicios, a los cuales son sometidas desde edades muy tempranas y que evidencian la estigmatización de la gordura.

De este modo, con todos los acontecimientos sufridos durante la infancia y en la vida adulta no es sorpresivo saber, como lo señala Brownell en 1982, que el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece. (Saldaña y Rossell, 1988.) Los obesos son etiquetados con términos que implican responsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.) y por esto muchas veces son rechazados en algunos empleos ya que su obesidad está relacionada con incapacidad. La atribución social de responsabilidad del obeso por su obesidad forma parte de las razones del rechazo, ya que estas personas son responsables de su defecto. Por lo tanto, si la obesidad se concibe como una enfermedad o la persona obesa demuestra su voluntad de corregirla, entonces resulta más fácil ser aceptada, ya que está tratando de cumplir con las reglas estéticas corporales establecidas.

Stake y Lauer (1987) opinan, que la presión social contra el sobrepeso se ejerce de forma mucho más acentuada sobre las mujeres que sobre los varones, además experimentan de modo muy especial la presión a favor de la delgadez. Comparadas con varones de peso excesivo o normal, las mujeres con sobrepeso tienen menos citas, experimentan menos satisfacción en sus relaciones con el otro sexo y son más criticadas por sus compañeros y compañeras, (Toro, 1999.)

Toro (1999) considera, a la sobrevaloración positiva por la delgadez como un valor cultural plenamente arraigado y difundido, que es asumida por las personas. Así, las personas que valoran positivamente papeles y funciones no tradicionales, que son emprendedoras social y laboralmente activas, también son las que prefieren un cuerpo delgado y las personas no atractivas suelen encontrar ambientes sociales que oscilan entre la indiferencia y el rechazo, desalentando el

desarrollo de habilidades sociales y de un autoconcepto positivo. Es así como la obesidad es considerada como un problema social y psicológico, ya que produce una carga emocional y sufrimiento. Ser obeso constituye un auténtico estigma social, ya que el rechazo se origina a la persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente.

Como se puede observar, la obesidad es la causa principal de que las personas formen hábitos alimenticios y un estilo de vida sedentario y lleno de estrés en donde la persona al enfocar sus pensamientos en las diversas actividades que realiza cotidianamente se olvida por ejemplo, de realizar ejercicio y de llevar una buena alimentación que incluya comer en horarios fijos y no a deshora, lo cual conlleva a que existe un rechazo social debido a su aspecto corporal, ya que su apariencia es percibida como desagradable, por lo tanto este tipo de personas son observadas como sujetos que poseen un modelo estético que no les ayudará o que les pondrán obstáculos para alcanzar sus metas. De este modo, se reconoce que la obesidad es un trastorno en el cual interactúan los niveles físico, psicológico y social que hacen que ésta prevalezca en las personas por un largo tiempo.

## **SOBREALIMENTACIÓN COMPULSIVA**

Según Williamson, Davis, Duchman y cols. (1990), la sobreingesta compulsiva podría ser definida a los siguientes criterios: (Saldaña, 1994.)

- 1) Episodios recurrentes secretos de voracidad (atracones.)
- 2) Consumo de alimentos con alto contenido calórico durante un atracón.
- 3) Esfuerzos repetidos de seguir una dieta y frecuentes fluctuaciones de peso.
- 4) Reconocimiento de que los hábitos alimentarios son anormales y están fuera de control.
- 5) Afecto negativo antes y/o después de un episodio de voracidad. Es decir, la persona experimenta sentimientos de odio y repulsión como consecuencia del deseo que tiene de realizar un acto de voracidad así como cuando ya lo realizó.

6) Ausencia de métodos extremos para perder peso por ejemplo, purgarse.

7) Ausencia del temor exagerado a ganar peso.

Palma (1997) manifiesta que "la sobrealimentación compulsiva se caracteriza por una obsesión por la comida y por comenzar dietas que se rompen en poco tiempo; las personas se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y se obsesionan por el peso, características que no se presentan en otras formas de obesidad"

Tannenhaus (1999) menciona, que la sobrealimentación compulsiva es un trastorno que representa una relación anormal y contraproducente con la comida. Las personas que realizan una ingesta compulsiva comen cuando no están hambrientas, cuando están felices, cuando están tristes, cuando están enojadas, solas, cansadas, deprimidas, excitadas, alegres o cuando son esclavas de cualquier otro sentimiento; es decir, su ingesta escapa a su control o bien ejerce sobre ellas un control limitado.

Mediante dichas definiciones, se puede decir que la sobrealimentación compulsiva es un trastorno en el que su característica principal es la ingestión frecuente de cantidades grandes de comida ante cualquier situación a la que se enfrente la persona, las cuales poseen un alto contenido calórico, lo que puede provocar en la persona un aumento de peso que la llevará a realizar dietas que más tarde se interrumpirán como un medio de aliviar la culpa generada por la ingestión.

Saldaña (1994) menciona, que este tipo de trastorno lo padecen sujetos:

- 1) **Restrictivos**, que realizan dietas aún cuando su peso no determina la necesidad de seguirlos.
- 2) **No restrictivos**, los cuales no están preocupados por su peso, por lo tanto, comen frecuentemente respondiendo a señales fisiológicas de hambre y saciedad.

#### ENFOQUE PSICOANALÍTICO

En este modelo, de acuerdo con Tannenhaus (1999), existe en el individuo un recuerdo inconsciente placentero de la infancia, el cual provoca que la persona asocie estos para llevar a

cabo conductas alimentarias que son gratificantes y al mismo tiempo ayudan a sobrellevar las diferentes situaciones a las que se enfrenta, ya sean éstas agradables o desagradables. El sentirse bien se da a partir de llenar ese vacío emocional creado desde los primeros estadios.

### **ENFOQUE CONDUCTUAL**

En el modelo conductual, Knight, Boland (1989) y Saldaña (1994) opinan, que en este trastorno se siguen conductas parecidas en la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad, pero cabe mencionar que en la sobrealimentación compulsiva no se siguen pautas de comportamientos en extremo por lo tanto, existe con mucha frecuencia el rompimiento de una dieta debido a la falta de control para realizarla, ya que una vez que se ha rebasado el límite de la dieta la persona no puede evitar consumir todos aquellos alimentos que son prohibidos, sin embargo, esta conducta ayudará a calmar los sentimientos y emociones experimentados en ese momento aunque más tarde se sientan culpables por realizar dicha conducta.

### **ENFOQUE SOCIAL**

Considerando al modelo social, se puede decir que el origen de la sobrealimentación compulsiva surge como una forma de sobrellevar todas las situaciones a las que se enfrentan las personas como seres sociales.

Finalmente, con respecto a las similitudes encontradas en los modelos psicoanalítico, conductual y social se puede destacar que el origen de la sobrealimentación compulsiva se debe al alto valor que se le atribuye al alimento, el cual es visto como un medio para hacer frente a situaciones estresantes, ya que desde la infancia se aprende a que por medio de este se pueden satisfacer sentimientos displacenteros y frustraciones a las que se enfrentan las personas como seres sociales, por lo cual este tipo de personas con frecuencia cae en excesos alimentarios.

Las diferencias que existen entre estos modelos con respecto a la sobrealimentación compulsiva son que el psicoanalítico explica la causa que origina dicho trastorno es que en la infancia se sustituyen las situaciones displacenteras con el alimento dándole a este un significado emocional y

afectivo; el modelo conductual menciona que la ingestión desmedida de alimento se convierte en un medio para enfrentar situaciones estresantes, el cual fue aprendido desde la infancia, y el modelo social se relaciona con la forma en como reaccionan las personas ante las experiencias sociales vividas.

Al igual que los trastornos alimentarios mencionados anteriormente, la sobrealimentación compulsiva lleva a las personas a padecer una serie de anomalías físicas, psicológicas y sociales que están relacionadas con la realización de dietas frecuentes, la baja autoestima, la ansiedad, el autodesprecio y la soledad.

#### **ALTERACIONES FÍSICAS**

Con respecto a las anomalías físicas el padecer sobrealimentación compulsiva provoca que las personas presenten fluctuaciones de peso frecuentes debido a las dietas rotantes que realizan, las cuales consisten en una variación de las calorías en donde se alternan periodos de dieta hipocalórica con periodos de mayor consumo energético, también a causa de las dietas puede presentarse cefaleas, episodios de náuseas e incluso vómitos, los cuales mejoran o desaparecen conforme el cuerpo se va acostumbrando a estas dietas, (Turón, 1997.)

#### **ALTERACIONES PSICOLÓGICAS**

Los problemas psicológicos que presentan las personas que padecen sobrealimentación compulsiva de acuerdo con Prather y Williamson (1988), son síntomas de depresión, ansiedad y obsesividad, (Saldaña, 1994.)

La baja autoestima parece ser un factor común entre las personas que comen de manera compulsiva. Muchos expertos creen que la baja autoestima es un elemento central del problema; por lo tanto, si alguien tiene sobrepeso y se atraca padece no sólo de una pobre autoestima sino de escasas habilidades para resolver problemas y de deficiencias para manejar el estrés y las relaciones personales. Las personas que no se atracan pero comen de manera compulsiva carecen de autoestima y de capacidad para calmarse cuando sienten angustia o miedo.

Las personas que realizan una ingesta compulsiva comen y luego se odian por ello, aunque no

todas las personas comen igual, ya que unas comen con mayor frecuencia o comen en mayor cantidad, esto es independiente de la sensación de hambre que puedan sentir, ya que algunas personas comen antes o después de un acontecimiento estresante, esto es que las personas comen por estrés. El comer de esta manera causa en las personas un ciclo viciado de más estrés, que conduce a más ingesta de comida y ésta a su vez conduce a más estrés y así sucesivamente de manera que la persona centra su mente y energía en abstenerse de comer y no en los problemas que provocan su estrés; pero algunos terapeutas piensan que la ingesta compulsiva distrae la mente de los problemas reales.

### **ALTERACIONES SOCIALES**

Las anomalías a nivel social en la sobrealimentación compulsiva pueden estar relacionadas con el aislamiento que tienen las personas con su entorno con el fin de evitar que los demás vean las cantidades de alimento que ingieren durante periodos de tiempo muy cortos. Además sus relaciones personales pueden verse afectadas, ya que pueden tener problemas para demostrar sus sentimientos y emociones a los demás y estos pueden trasladarse a la comida como un medio de reducir la ansiedad que ciertas situaciones les provoca.

Con todo esto, se puede decir que las personas que presentan sobrealimentación compulsiva son de todas las figuras y pesos corporales y comen por un sinnúmero de razones, en donde algunas se atracan y otras no. Así, lo que es importante rescatar es que la mayoría de estas personas parecen compartir características relacionadas con la falta de autoestima, seguir dietas estrictas y fluctuaciones de peso.

### **TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECÍFICOS**

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), la categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno antes mencionado como:

- 1) En mujeres cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero con

menstruaciones 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 de acuerdo a su estatura y peso. Es decir, aplicando la fórmula del índice de masa corporal se debe obtener un IMC de 19 a 22.9 para el tipo de peso normal, (Poblano y Trigueros, 2000.)
- 3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses. En los diagnósticos de la bulimia nerviosa se deben presentar los atracones dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
- 4) Empleo regular de conducta compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- 5) Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida.
- 6) Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Según Tennenhaus (1999), los trastornos de la conducta alimentaria no específicos son trastornos en los cuales alguien tiene una relación alterada con la comida, pero no reúne los criterios de diagnóstico escritos para la anorexia o la bulimia.

De este modo, los trastornos de la conducta alimentaria no específicos han sido considerados para poder ubicar ciertas alteraciones relacionadas con la comida, pero que se presentan con menos frecuencia y en donde las conductas compensatorias inapropiadas son utilizadas, aunque las cantidades de comida ingeridas no sean abundantes como es en el caso de los demás trastornos. Así que, cuando no se cumplan todos los criterios diagnósticos para otros trastornos se puede considerar que posiblemente se está padeciendo un trastorno de la conducta alimentaria no específico.

## PRUEBAS PSICOLOGICAS

Los instrumentos son de vital importancia dentro de la psicología, ya que por medio de ellos es posible medir una gran variedad de aspectos psicológicos y observar comportamientos en diferentes circunstancias, (Garfield, 1979.)

Otro aspecto que pueden manejar las pruebas psicológicas es que por medio de su aplicación se obtienen indicadores valiosos acerca de la personalidad de un individuo y se pueden conocer las características que son útiles para el estudio que se pretende realizar, (Aiken, 2003.)

Para la psicología el contar con una prueba psicológica es esencial, ya que tendrá el propósito de recoger hechos relacionados con aspectos de la vida de la persona en las diferentes etapas de su desarrollo, también proporcionará información acerca del estado actual en que se encuentran las personas en el momento de la aplicación de dicha prueba; lo cual ayudará a intervenir en su comportamiento como una forma preventiva de algún trastorno que pueda desarrollar posteriormente ayudando a cambiar a las personas los hábitos o actitudes que le perjudican en su comportamiento y vida diaria, (Prieto, 2005.)

También uno de los propósitos de una prueba es comparar el resultado de quien responde la prueba con las respuestas de otros que han respondido la prueba, (Cohen y Swerdlik, 2000.)

Una de las utilidades de las pruebas Psicológicas es medir las variables contenidas en las hipótesis, esta medición es efectiva cuando dicho instrumento representa a las variables de la investigación, (Baptista, Fernández y Hernández, 1999), otra de las utilidades de estas pruebas es que miden las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas, (Anastasi y Urbina, 1998.)

El objetivo principal de las pruebas psicológicas es evaluar el comportamiento, las aptitudes cognitivas y rasgos de personalidad, a fin de ayudar a formarse juicios, predicciones y decisiones de las personas, (Aiken, 2003.)



Por lo tanto, las pruebas psicológicas son el instrumento más objetivo con el que cuenta la psicología ya que por medio de ellas se puede realizar la observación del comportamiento de las personas, se recopilan y analizan los datos, ayudando esto, a predecir como se sienten las personas y como podrían actuar en determinadas circunstancias representando estas al mismo tiempo una oportunidad para mejorar la calidad de vida de las personas.

### **Definiciones**

Kerlinger (1986) opina, que las pruebas Psicológicas son procedimientos sistemáticos en los cuales los individuos son confrontados con un conjunto de estímulos construidos a los cuales responden.

Según Anastasi y Urbina (1998), las pruebas Psicológicas son herramientas de medida objetiva y estandarizada de una muestra de conductas.

Cortada (2000) considera, a las pruebas psicológicas como una técnica para obtener muestras de conductas como respuestas a estímulos típicos.

Por su parte Gregory (2000) menciona, que una prueba psicológica es un procedimiento estandarizado para tomar una muestra de conductas y describirlas con categorías o puntuaciones, además, la mayor parte tiene normas o estándares, con base en los cuales pueden utilizarse los resultados.

Jay y Swerdlik (2000) afirman, que las prueba psicológica son un proceso que mide variables relacionadas con la psicología por medio de dispositivos o procedimientos diseñados para obtener una muestra de comportamiento.

De acuerdo con Davison (2002), las pruebas psicológicas son procedimientos estandarizados para medir la ejecución de un sujeto en determinada tarea o valorar su personalidad.

De este modo, podemos señalar que las pruebas psicológicas son procedimientos que son diseñados bajo lineamientos específicos con el fin de investigar ciertas características, comportamientos o actitudes que puedan desencadenar un desequilibrio en la personalidad ocasionando problemas en la vida diaria de las personas.

## **Antecedentes**

Desde el principio de la historia humana se ha reconocido que las personas difieren en cuanto a sus aptitudes cognitivas, características de personalidad y comportamiento y que estas diferencias pueden evaluarse en cierta forma, (Aiken, 2003).

Hace 2,500 años, Platón y Aristóteles escribieron acerca de las diferencias individuales, e incluso tenían como antecesores de esta actividad a los antiguos chinos desde la fecha del año 2200 a.c., donde se instituyó un sistema de exámenes en el servicio civil para determinar si los funcionarios gubernamentales eran aptos para desempeñar sus labores,(Aiken, 2003). También entre los antiguos griegos, la aplicación de exámenes formaban parte de habilidades físicas e intelectuales, (Anastasi y Urbina, 1998).

Durante la edad media era inexistente la preocupación por la individualidad, ya que las actividades de las personas se determinaban dependiendo de la clase social en que se naciera. Se permitía poca libertad para la expresión o el desarrollo individual. Sin embargo para el siglo XVI fue desarrollándose la idea de que las personas eran únicas y tenían derecho a mejorar su posición en la vida, lo cual provocó el renacimiento del individualismo, pero fue hasta finales del siglo XIX cuando se inició la evolución del estudio científico de las diferencias individuales en cuanto a aptitudes y personalidad, (Aiken, 2003.)

A principios del siglo XIX, la precisión de las mediciones científicas dependían de las habilidades de percepción motrices de los observadores humanos esto hacía que dichas observaciones variaran, por lo cual, se empezó a dirigir la atención hacia la construcción de instrumentos que fueran más precisos y consistentes que la observación humana, (Aiken,2003.)

En este mismo siglo Francis Galton, fue el principal responsable del inicio del movimiento psicométrico, debido a que tenía un gran interés por la herencia humana, en sus investigaciones descubrió la necesidad de medir las características de personas que estaban o no emparentadas, ya que sólo de esta manera se podía descubrir el grado exacto de parecido; así acumuló los primeros datos sobre diferencias individuales en los procesos psicológicos. También fue pionero en

la aplicación de escalas de calificación y cuestionarios, así como en el uso de la técnica de asociación libre y en la formulación de métodos estadísticos para el análisis de datos sobre las diferencias individuales, (Anastasi y Urbina, 1998.)

En 1890 Cattell propuso, una serie de pruebas que cada año se aplicaban a los estudiantes universitarios para determinar su nivel intelectual, en estas pruebas se obtenía una medida de las funciones intelectuales con el uso de instrumentos de discriminación sensorial y de tiempo de reacción, las cuales le permitían medir con precisión las funciones simples, mientras que la obtención de mediciones objetivas más complejas en este tiempo parecían una tarea inalcanzable, (Anastasi y Urbina 1998.)

Kraepelin en 1895, estaba interesado en la evaluación clínica de pacientes psiquiátricos, por lo cual, preparó pruebas en donde empleaba operaciones aritméticas simples para medir lo que consideraba factores básicos en la caracterización del individuo como son la memoria, la susceptibilidad a la fatiga y la distracción, (Anastasi Y Urbina, 1998.)

En 1897 Ebbinghaus aplicó, a escolares pruebas de cálculo aritmético, memoria y completación de oraciones, esta última, que era la más compleja, así que fue la única que mostró una correspondencia con el desempeño escolar, (Anastasi y Urbina, 1998.)

El diagnóstico de retardo mental y de la detección de deficiencias intelectuales fueron uno de los primeros problemas que estimularon el desarrollo de las pruebas psicológicas, por esto, Alfred Binet y Théodoro Simon en 1904 empezaron el movimiento de las mediciones de la inteligencia para lo cual elaboraron un procedimiento de identificación de niños que eran incapaces de tener el provecho suficiente en aulas escolares normales, (Aiken, 2003). La Escala de Inteligencia de Binet-Simon se introdujo el concepto de edad mental para cuantificar el desempeño general de una persona en la prueba y en 1911 se llevo a cabo una revisión que dio como resultado la ampliación de la prueba hasta la edad adulta, (Aiken,2003.)Fue a partir de este momento que surgió la necesidad de un instrumento estandarizado para diagnosticar y clasificar a las personas

con retardo mental, (Prieto,2005.)

Terman en 1916, creó un instrumento más extenso y psicométricamente refinado llamado Stanford-Binet, en donde utilizó por primera vez el coeficiente de inteligencia (CI) o razón entre la edad mental y la cronológica, (Anastasi y Urbina, 1998.)

Durante el final del Siglo XIX se incrementó el interés por el estudio de las diferencias individuales por medio del escrito de Charles Darwin referente al origen de las especies y fue entonces cuando Gustav Fechner, Wilhelm Wundt y Hermann Ebbinghaus demostraron, que los fenómenos psicológicos podían ser descritos en términos cuantitativos y racionales, (Aiken,2003.)

Como se puede observar, en la historia de las pruebas psicológicas uno de los primeros usos que se les dio a estas fue la solución de una gran variedad de problemas prácticos, sin embargo, cumplieron funciones importantes en la investigación y en la medición de las diferencias individuales, también las pruebas proporcionan herramientas estandarizadas para investigar procesos psicológicos mediante los cuales se pueden realizar clasificaciones y diagnósticos, con el fin de dar seguimiento y tratamiento a cualquier padecimiento.

### **Tipos de Pruebas**

Según Gregory (2000) sugiere, que las pruebas pueden agruparse en dos grupos, el primero de ellos son las pruebas grupales en donde se utiliza lápiz y papel y son adecuadas para examinar a grandes grupos de personas a un mismo tiempo y el segundo grupo es de las pruebas individuales, estas son instrumentos que se aplican a una sola persona y las ventajas de este tipo de pruebas son que el examinador puede detectar el nivel de motivación de la persona y evaluar la relevancia de otros factores como la impulsividad o la ansiedad que influyen sobre los resultados de la prueba. Este mismo autor da a conocer otra clasificación de acuerdo a la categoría que evalúan cada una de las pruebas:

- 1) **Inteligencia:** que miden la capacidad de un individuo en diferentes áreas como comprensión verbal, organización perceptual o razonamiento.

- 2) De aptitud: las cuales miden la capacidad para una tarea o tipo de habilidad relativamente específica.
- 3) De aprovechamiento: miden el grado de aprendizaje, éxito o logro de una persona en un tema o tarea.
- 4) De creatividad: estas evalúan el pensamiento novedoso y original y la capacidad para encontrar soluciones poco comunes para problemas definidos.
- 5) De personalidad: miden los rasgos, cualidades o conductas que determinan la individualidad de una persona.
- 6) Inventarios de Intereses: miden la preferencia de un individuo por ciertas actividades o temas.
- 7) Procedimientos conductuales: describen una conducta y estiman su frecuencia, identificando los antecedentes y consecuencias de la conducta.
- 8) Pruebas neuropsicológicas: miden el desempeño cognoscitivo, sensorial, perceptual y motor para determinar las consecuencias conductuales de daño cerebral.

También Aiken (2003) asigna, otro tipo de clasificación a las pruebas psicológicas según su contenido, las cuales, son las cognoscitivas que intentan cuantificar los procesos y productos de la actividad mental, esta a su vez se divide en dos tipos de pruebas, las primeras de ellas son las de medición de rendimiento que evalúan el conocimiento de algún tema u ocupación académica y se centran en el comportamiento pasado del examinado, es decir, en lo que ya ha aprendido o logrado y el segundo tipo de pruebas son las de aprovechamiento, las cuales se enfocan en el comportamiento futuro, esto se refiere, a lo que la persona es capaz de aprender con la capacitación apropiada.

Según Moreno (1949) considera, que el tipo de prueba más importante relacionado con la medición de la inteligencia o funcionamiento intelectual es el test instrumental, que pretende estudiar si un fenómeno preciso está bien circunscrito como la atención y la memoria. Los test de desarrollo

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

analizan la evolución de las competencias y de las aptitudes y por último los test de personalidad que se dividen en test objetivos como los inventarios de personalidad y en métodos proyectivos, en los cuales su finalidad es hacer aparecer lo que en las entrevistas no se pudo llegar a detectar como la producción de información inaccesible, proporcionar resultados válidos y objetivos, es decir, que no están sometidos a la subjetividad del psicólogo, (Cortada,2000.)

Las pruebas psicológicas pueden diferir en diversas variables como contenido, formato, procedimientos de administración, procedimientos de calificación e interpretación y calidad psicométrica o técnica. El contenido de la prueba variará con el objetivo de la prueba en particular. El término formato se relaciona con la forma, plan, estructura, arreglo y disposición de los reactivos de la prueba al igual que las consideraciones relacionadas como los límites de tiempo, también se usa la palabra formato para referirse a la forma en que se administra una prueba ya sea por medio de papel y lápiz o en alguna otra forma. La calificación, es el proceso de asignar códigos y afirmaciones de evaluación a la ejecución en pruebas, (Jay y Swerdlik,2000.)

De acuerdo con Aiken (2003), las pruebas pueden ser clasificadas en pruebas estandarizadas, las cuales, posee normas, esto es, a partir de las puntuaciones crudas obtenidas en las muestras de estandarización, se calculan varios tipos de calificaciones transformadas. Las normas sirven como base para interpretar los resultados de las personas que se someten a la prueba después.

Por lo cual, una buena prueba es aquella que contiene normas adecuadas, estas también son conocidas como datos normativos, los cuales proporcionan un estándar con los que puede compararse los resultados de la medición, estos tipos de prueba se denominan con referencia a la norma y una meta común de éstas es producir información sobre la clasificación de quien responde la prueba con relación al grupo de comparación de personas que la han respondido. Entre más estrecha sea la correspondencia entre la norma de grupo y los examinados, puede ser más apropiada la prueba psicológica para un propósito determinado, (Cohen y Swerdlik, 2000.)

Según Gregory (2000), aunque las pruebas son variadas en sus formas y aplicaciones, la mayor parte poseen características que las definen como:

- 1) Procedimiento estandarizado: es cuando los procedimientos de aplicación son uniformes de un examinador a otro y de un ambiente a otro.
- 2) Muestra de Conducta: una prueba es sólo una muestra de conducta y es de interés en la medida que permita que el examinador realice inferencias acerca del dominio de conductas relacionadas.
- 3) Puntuaciones o Categorías: las puntuaciones proporcionan la evidencia que se pertenece a una categoría, es decir, se miden las diferencias individuales en cuanto a rasgos o características
- 4) Normas o estándares: indican la frecuencia con la que se obtienen diferentes puntuaciones altas y bajas y al mismo tiempo determinan el grado en que se desvía una puntuación con respecto a las expectativas.
- 5) Predicción de Conducta fuera de la Prueba: se pronostican conductas adicionales diferentes de aquellas que se muestran de manera directa en la prueba.

Así, de esta manera, podemos decir que las pruebas psicológicas funcionan de acuerdo al objetivo que estén persiguiendo, ya que su contenido estará dirigido a la búsqueda de un fin específico para poder clasificar a las personas de acuerdo a sus características, sus actitudes y habilidades y poder establecer un punto de comparación, así de esta manera se podrán conocer e interpretar las diferencias individuales de cada persona.

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o variables que se pretenden estudiar y cuyo instrumento mide las variables contenidas en las hipótesis, (Sampieri,1999.) Para poder entender el concepto de medición es importante mencionar que la medición es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, este proceso se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar los datos disponibles en términos del concepto de lo que se pretende estudiar, (Baptista, Fernández Y Hernández,1999.)



Baptista, Fernández Y Hernández (1999) opinan, que este proceso incluye dos consideraciones:

- 1) El centro de atención es la respuesta observable.
- 2) El interés se sitúa en el concepto subyacente no observable, es decir, que es representado por la respuesta.

Una de las primeras cosas que es necesario determinar acerca de las pruebas psicológicas es si resulta lo suficientemente confiable para medir lo que fue diseñada para medir, (Aiken, 2003.)

Por lo cual, una buena prueba es aquella que mide lo que pretende medir y los resultados del procedimiento de evaluación conducirán a una mejora en la calidad de vida de quien responde las pruebas, (Cohen y Swerdlik, 2000.)

Todos las pruebas afirman medir una amplia diversidad de capacidades por lo cual es importante conocer la confiabilidad y validez en la que se basan.

Existe criterios técnicos para estimar la calidad de las pruebas psicológicas, dicho criterio está relacionado con la psicometría que es la ciencia de la medición psicológica, la cual toma en cuenta aspectos como la confiabilidad y la validez que se explicarán a continuación, (Prieto,2005.)

Morris (1992) considera, que el término de confiabilidad se refiere a la coherencia de las calificaciones derivadas de una prueba determinada donde las respuestas deben de ser constantes para poder considerar a la prueba como confiable.

Según Thompson (1994), la confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas, (Aiken, 2003.)

Por su parte Baptista, Fernández y Hernández (1999) opinan, que la confiabilidad es el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto produce iguales resultados.

El criterio de confiabilidad esta relacionado con la consistencia de la herramienta de medición, esto es, la precisión con la que mide la prueba proporciona resultados consistentes. Cuando se utiliza una prueba psicológica está debe producir la misma medición numérica cada vez que se

observe lo mismo bajo las mismas condiciones., (Cohen y Swerdlik, 2000.)

Una manera de comprobar la confiabilidad de las pruebas psicológicas es por medio del método de división por mitades que consiste en dividir una prueba en dos partes, la primera parte consiste en asignar reactivos de números impares y la segunda parte con reactivos de números pares, si en ambas mitades las calificaciones concuerdan, se puede deducir que la prueba tiene una confiabilidad por división en mitades, (Morris, 1992.) Esta forma de comprobación requiere sólo una aplicación, si el instrumento es confiable las puntuaciones de ambas mitades deben estar correlacionadas, (Sampieri, 1999). Otra manera de comprobación se expresa como coeficientes de correlación, que mide el grado de asociación existente entre dos variables, (Morris, 1992.)

Baptista, Fernández y Hernández (1999) proponen, dos procedimientos para calcular la confiabilidad de una prueba:

- 1) Medida de estabilidad: que es cuando un mismo instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto periodo de tiempo.
- 2) Método de formas alternativas o paralelas: en este procedimiento no se administra la misma prueba psicológica, sino dos o más versiones equivalentes en cuanto a contenido, instrucciones, duración y otras características. La aplicación se realiza en un mismo grupo de personas dentro de un periodo de tiempo corto. La prueba es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones son significativamente positivas.

Magnusson en 1867, propuso otro procedimiento para calcular la confiabilidad a la cual le llamó test-retest, que consistía en aplicar el mismo instrumento de medición al mismo grupo de personas, en dos ocasiones diferentes. Donde se elige un intervalo de tiempo entre ambas aplicaciones, para que haya suficiente disminución del recuerdo con respecto a las respuestas. (Kerlinger, 2001.)

También es importante considerar a la validez, ya que esta es uno de los principios básicos de la medición psicológica, (Garfield, 1979.) Para Garret (1937), la validez es el grado en que un test o un conjunto de operaciones mide lo que dice medir, (Prieto, 2005.)

La validez para Morris (1992), es la capacidad de un test para medir aquello para lo cual ha sido creado.

Baptista, Fernández y Hernpandez (1999) mencionan, que la validez es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir.

De acuerdo con Aiken (2003), la validez es definida como el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir.

En la validez existen diferentes tipos: la validez de contenido en donde la prueba contiene o no una muestra adecuada de las destrezas o conocimientos que se supone debe cuantificar y un ejemplo de esto es proporcionado por Alfred Binet quien en 1916, diseñó de manera específica una prueba para evaluar cualidades como el razonamiento, el juicio y la comprensión, pero este autor sintió que dicha prueba no medía sólo una entidad llamada inteligencia, sino más bien tomaba muestras de diferentes operaciones mentales que formaban parte de la inteligencia, (Morris, 1992.) Por lo tanto, este tipo de validez produce un rango de respuestas que son representativas del dominio entero o del universo de habilidades, entendimientos y otras conductas que supuestamente debe medir la prueba, (Aiken, 2003.)

Baptista, Fernández Y Hernández (1999) manejan, tres tipos de validez:

- 1) Validez de contenido: refiriéndose a esta como el grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide y considera que es aquí donde la medición representa el concepto medido.
- 2) Validez de criterio, que es la que establece la validez de un instrumento de medición, lo cual, se logra por medio de la comparación con algún criterio externo, este criterio es un estándar con el que se juzga dicha validez del instrumento. Aiken (2003) opina, que la validez de criterio hacer referencia a procedimientos en los cuales las calificaciones en las pruebas se comparan con las puntuaciones, clasificaciones u otras medidas de desempeño.  
Dentro de este tipo de validez existe la validez predictiva, la cual involucra el uso de

desempeños del criterio futuro y la validez concurrente que mide el criterio casi al mismo tiempo y se utiliza para validar pruebas nuevas. (Kerlinger, 2001.)

- 3) Validez de constructo, la cual se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos que están siendo medidos. Esta validez Incluye tres etapas:
  - a) Establecimiento y especificación de la relación teórica entre los conceptos
  - b) Correlación de ambos conceptos y se analizan cuidadosamente la reciprocidad entre las variables.
  - c) Interpretación de la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en que clarifica la validez de constructo de una medición en particular

Este tipo de validez se refiere al grado en que el instrumento mide un constructo particular, o concepto psicológico como la ansiedad, la motivación para el logro, la extroversión o la introversión, (Aiken, 2003.)

Baptista, Fernández y Hernández (1999) y Aiken(2003), también hacen mención de la validez concurrente, el primer autor menciona, que cuando el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente, ya que los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto del tiempo y el segundo autor considera que, cuando se dispone de una medida de criterio puede determinarse la validez concurrente, en donde las personas se clasifican por categorías con el propósito de determinar si las puntuaciones de una prueba son significativamente diferentes de las otras puntuaciones que se encuentran en diferentes categorías.

En la Validez Concurrente, se pueden comparar las calificaciones obtenidas en las pruebas con alguna otra medida directa e independiente de aquello que la prueba debe predecir a fin de determinar dicha validez, (Morris, 1992.)

Existen varios factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez de las pruebas psicológicas. El primer factor es la improvisación, la cual genera casi siempre instrumentos poco válidos o confiables. El segundo factor es que en ocasiones se utilizan instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados a nuestro contexto en cuanto a la cultura y tiempo. El tercer factor es cuando la prueba resulta inadecuada para algunas personas, esto es, en cuanto a empatía y el cuarto factor está constituido por las condiciones en las que se aplica el instrumento de medición, es decir, que factores ambientales como el frío o el calor, el lugar o el ruido pueden influir en dicha aplicación, (Baptista, Fernández y Hernández, 1999.)

De esta manera, la evaluación de cualquier rasgo se debe llevar a cabo con la debida precaución, ya que cuando se piensa en la aplicación de una prueba psicológica se debe considerar a la validez, la confiabilidad y las normas de calificación como los factores que marcan la consistencia en los resultados, lo cual, determinaran la interpretación de las pruebas psicológicas que ayudarán a dar soluciones a los problemas de las personas.

## M É T O D O

Una de las finalidades de la creación de pruebas Psicológicas es que por medio de ellas se realizan diagnósticos y predicciones, pues permiten ver las fuerzas y debilidades con respecto a las habilidades, el funcionamiento intelectual, las actitudes, los intereses, las aptitudes, los logros, las preferencias, los valores y los rasgos de personalidad de las sujetos. De esta manera se recopilan y analizan los datos obtenidos que sirven como una pista acerca de las causas de alguna conducta, y así poder tomar decisiones en cuanto al seguimiento de algún tratamiento.

Es importante mencionar que dentro de la diversidad de las evaluaciones, que se pueden realizar por medio de las pruebas psicológicas se encuentran los trastornos de la conducta alimentaria. Los cuales afectan a la juventud y van en aumento día a día. Se calcula que se presenta en 1 de cada 1000 personas, encontrándose inicialmente con más frecuencia en las familias de clase media y alta, pero en la actualidad se presenta en todos los grupos socioeconómicos (Nava, 2005.) Por tal motivo es importante considerar el empleo de técnicas como las pruebas psicológicas que nos permitan detectar el problema con el fin de intervenir de manera oportuna para poder reducir la gravedad de los síntomas, estimular el crecimiento y el desarrollo normal del individuo para mejorar la calidad de vida de las personas que presenten algún trastorno de la conducta alimentaria y de esta manera alentar los hábitos alimenticios sanos y las actitudes razonables en cuanto al peso y a la dieta.

El crecimiento de los trastornos de la Conducta Alimentaria se debe a la presión social que se ejerce sobre los individuos para alcanzar modelos estéticos basados en una delgadez extremada. La delgadez y el control de peso son aceptados en forma general y en un grado tan extremo que las actitudes y conductas requeridas para un diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria no son consideradas por la mayoría de la gente como algo anormal, (Garner, 1998.) En la juventud existe un mayor grado de padecimiento de los trastornos de la conducta alimentaria ya que en esta etapa se le da un gran peso a la imagen corporal de las personas debido a los valores socioculturales que se manejan en donde se tiene la creencia que para obtener éxito y perfección

será por medio de un cuerpo delgado, lo cual provocará en esta etapa de desarrollo que se fije la atención en alcanzar ideales sobre la estética corporal.

Garner (1998) menciona, que para comprender los trastornos de la conducta alimentaria hay que considerar los factores predisponentes como: la incursión al ámbito laboral; las variables que favorecen la permanencia del problema como las biológicas, psicológicas, familiares e interpersonales, y las variaciones de cómo se van presentando los síntomas. Así como la influencia social al dar importancia al aspecto estético provocan en las personas el deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazadas, a sentir ansiedad y depresión, modificar hábitos de alimentación y control de peso por el intento de seguir una dieta rígida y restrictiva, y con ello tener pensamientos ilógicos sobre nutrición, peso y apariencia física.

Debido a la importancia que la sociedad le ha dado al aspecto estético es importante conocer las causas y consecuencias que llevan a una persona a tener un cambio de actitud que desemboca en un trastorno de la conducta alimentaria. Por lo tanto se plantea el siguiente problema.

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En la presente investigación se realizó un estudio de tipo exploratorio para saber, si existían y cómo se manifestaban los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de educación media superior de ambos sexos con un rango de edad entre 17 y 23 años.

#### **• JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

Esta investigación fue importante para conocer de qué manera se manifiestan o no, los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de educación media superior, lo cual puede provocar un desajuste en los intereses, hábitos y estilo de vida de los sujetos.

#### **OBJETIVO GENERAL.**

Elaborar, confiabilizar, validar y crear normas de calificación del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos jóvenes a las características de una muestra de la población mexicana.

- **OBJETIVOS PARTICULARES.**

- a. Crear normas de calificación para Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos jóvenes.
- b. Establecer la validez de contenido y factorial del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos jóvenes.
- c. Obtener la confiabilidad del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos jóvenes.
- d. Distinguir si existen diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes en cuanto sexo, edad y IMC.

- **HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

Los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción y los factores de tipo personal, social y corporal, participan en la manifestación de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes educación media superior.

- **HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.**

**Ho:** No existen diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de educación media superior de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, sexo, edad, en el índice de masa corporal, en el nivel socioeconómico, y estado civil de los padres .

**Hi:** Si existen diferencias estadísticamente significativas en la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de educación media superior de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, sexo, edad, en el índice de masa corporal, en el nivel socioeconómico y estado civil de los padres.

- **VARIABLES.**

**VARIABLE INDEPENDIENTE.**

- Antecedentes Familiares
- Intereses personales
- Hábitos
- Autopercepción



#### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

Trastornos de la conducta alimentaria

#### **VARIABLES ATRIBUTIVAS.**

-Sexo

-Edad

-Índice de Masa Corporal

-Estado Civil de los Padres

-Nivel socioeconómico

#### **• DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Antecedentes Familiares: Acción, dicho o circunstancia anterior, de tipo familiar, que sirve para juzgar hechos posteriores, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Intereses Personales: Conveniencia o necesidad de carácter personal, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Hábitos: Modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas, (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1990.)

Autopercepción: Percepción que una persona tiene de su propia imagen, (Russek, 2005.)

#### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios que se clasifican de acuerdo con las conductas, con las consecuencias que éstas conductas producen sobre las esferas física, emocional, social y con el resultado final, que es la adaptación o muerte, (Palma, 1997.)

Anorexia Nerviosa: Las características esenciales 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. La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total; a pesar de que los individuos empiezan a excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico,

la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. También recurren a otras formas de perder peso como la utilización de purgas (vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio físico, (DSM-IV, 1996.)

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, existiendo una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales, (DSM-IV, 1996.)

Bulimia Nerviosa: Consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, (DSM-IV, 1996.)

Obesidad: No es conveniente definir la obesidad como un trastorno de la conducta alimentaria porque no existen pruebas concluyentes de que los obesos coman mucho más que los que no lo son. Además la obesidad no está considerada como un trastorno de la conducta alimentaria por la APA (American Psychiatric Association, 1987), sin embargo, es cierto que algunos obesos adoptan modelos de conducta consistentes en hacer dietas muy estrictas mezcladas con algunos atracones de comida esporádicos, (Garner, 1998.) La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal, (Saldaña y Rossell, 1988.)

Sobrealimentación Compulsiva: Este término se utiliza para identificar los casos en los que se come de forma exagerada pero sin que se produzcan vómitos voluntarios ni abuso de las purgas, (Garner, 1998.)

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Específicos: Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, (DSM-IV, 1996.)

- a) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- b) 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.

- c) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
- d) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- e) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- f) Trastorno Compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

#### **VARIABLES ATRIBUTIVAS.**

Sexo: División biológica de los animales y los organismos humanos con base en su papel reproductivo, (Wolman, 1993.)

Edad: Desarrollo mental o atómico de una persona que se mide por el número de años, (Wolman, 1993.)

Índice de Masa Corporal: Índice de constitución física que agrupa a los individuos de acuerdo con el valor obtenido al multiplicar cien veces su altura y dividirlo entre seis veces su diámetro torácico transversal, (Wolman, 1993.)

Estado civil de los Padres: Atributo de la personalidad que se refiere a la posición que ocupa una persona en relación con la familia, (Trujillo, 2005.)

Nivel Socioeconómico: Índice estimado que evalúa la posición social de una persona, para que esta pase así a formar parte de una categoría dentro de un grupo o sociedad, (Sánchez y Mojica, 1998.)

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Antecedentes familiares, Intereses personales, Hábitos y Autopercepción: Son las respuestas al Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE.**

Trastornos de la Conducta Alimentaria: Es la presencia o no de rasgos de trastornos alimenticios en estudiantes de teatro.

## VARIABLES ATRIBUTIVAS.

Sexo: Femenino y Masculino.

Edad: De 17 a 23 años.

Índice de Masa Corporal.

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

Los rangos establecidos para el IMC son:<sup>1</sup>

IMC	TIPO
15 – 18.9	BAJO PESO
19 – 22.9	PESO NORMAL
23 – 27	SOBREPESO
> 27	OBESIDAD

Estado Civil: Madre Soltera, Casado, Unión Libre, Separado y Viudo.

Nivel Socioeconómico: nivel bajo de 1, 000 a 5,200, nivel medio de 5,201 a 25,000, y nivel muy alto de 25,001 a 60,000 o más.

- **POBLACIÓN. REHACER DE ACUERDO AL TIPO DE POBLACIÓN ESTUDIADA**

De una población de 150,000 estudiantes de educación medio superior a nivel nacional (ANUIES, 2002), se obtuvo una muestra de estudiantes de ambos sexos con edades de 17 a 23 años.

- **TIPO DE MUESTRA.**

El tipo de muestra fue no probabilística, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se buscaron para esta investigación puesto que los sujetos seleccionados para la aplicación del instrumento debieron nivel escolar y tener una edad entre 17 y 23 años, (Hernández, 1991.)

- **TIPO DE ESTUDIO.**

Estudio Exploratorio: Descubre las variables significativas en escenarios de campo, descubre relaciones entre variables y establece la base para una prueba de hipótesis posterior, más sistemática y rigurosa, (Kerlinger, 1994.)

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

<sup>1</sup> Poblano A. Cecilia y Trigueros V. Perla Alicia. (2000.) Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de población adolescente masculina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM. p. 88.

Es transeccional descriptivo ya que el estudio tuvo como objetivo indagar la incidencia y valores que se manifiesten en una o más variables. Por lo tanto en el estudio evaluó si existían trastornos de la conducta alimentaria y el procedimiento consistió en medir entre los subgrupos dados, este diseño permitió observar, y analizar la incidencia e interrelación en un momento dado. (Sampieri, 1998).

- **SUJETOS.**

Estudiantes de educación media superior con una edad de 17 a 23 años, tanto de sexo femenino como masculino hasta completar un número de 63 aplicaciones de las cuáles se omitieron 3 debido a que no fueron llenados sus datos adecuadamente, quedando un total de 60 aplicaciones para la investigación final.

- **INSTRUMENTO.**

**El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria está integrado por dos Subescalas, la de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la de Hábitos y Auto percepción.**

Nombre: Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, (Ver Anexo 1.)

Autores: Cadenas Esponda Y Mercado Márquez, (2003.)

Objetivo: Conocer antecedentes e influencia familiar y social que le proporcionen a las personas estilos alimenticios e intereses sobre temas relacionados con la figura corporal, con el fin de mantener un ideal de peso, para sentir que cumplen con las exigencias impuestas por la sociedad con respecto a dicha imagen y sentirse aceptado por los demás.

Aplicación: Colectiva.

Tiempo de Aplicación: 15 minutos aproximadamente.

Edad de Aplicación: De 17 a 23 años.

Significado: El Cuestionario se divide en dos partes.

- 1) Ficha de Identificación: Que trata de recabar información con respecto a los datos personales del sujeto. Las variables que se utilizan son: Nombre, Fecha, Sexo, Edad, Peso y Estatura, Tipo de Institución, Estado civil de los padres e Ingreso mensual.
- 2) Preguntas: Son 15 relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, los cuáles son: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad, Sobrealimentación Compulsiva y Trastornos

de la Conducta Alimentaria no Específicos y además, evalúa 2 Subescalas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, las cuales son: Subescala 1: Antecedentes Familiares e Intereses Personales que consta de los reactivos, 1, 2, 3, 4, 7, 9 y 10; la Subescala 2: de Hábitos y Autopercepción, que consta de los reactivos: 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14 y 15.

Forma de Calificación de la Prueba: Los sujetos encerraron en un círculo la opción elegida de acuerdo a lo que indicó cada pregunta.

Los valores de las puntuaciones otorgadas fueron del 1 al 6.

El valor que tuvo la opción a) en todos los reactivos excepto en el 7, 9, 12, 14 y 15 fue de 2; para la b) fue de 3, excepto en los reactivos 2 y 9; para la c) fue de 4, excepto en los reactivos 2, 5, 12, 14 y 15; para la d) fue 5 excepto en los reactivos 2, 3, 5 y 7; para la e) fue de 6 en los reactivos 6 y 10 y valor 1 en los reactivos 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 15 y para la opción f) fue de 1 en los reactivos 6 y 10.

Las opciones estuvieron asignadas de acuerdo con el tipo de trastorno alimentario que evaluaban como la anorexia nerviosa (a) en los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, y 13, (b) en el reactivo 9, (c) en los reactivos 12, 14 y 15 y (d) en el reactivo 7, la bulimia nerviosa (b) en los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, (c) en el reactivo 2 y (a) en el reactivo 9, la obesidad (c) en los reactivos 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 13, (d) en los reactivos 2 y 5, (a) en los reactivos 12, 14 y 15, la sobrealimentación compulsiva (d) en los reactivos 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15, (b) en los reactivos 2 y 3, (c) en el reactivo 5 y (a) en el reactivo 7, los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (a) ó (b) en los reactivos 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 y 13, (a) ó (c) en el reactivo 2, (d) ó (b) en el reactivo 7 y (c) ó (b) en los reactivos 12, 14 y 15 y sin rasgos de trastorno alimentario (e) en los reactivos 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 y (f) en los reactivos 6 y 10.

Debido a que los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Específicos no tienen un patrón de conducta determinado, su respuesta osciló entre las opciones a, b, c y d es decir, que estos presentan trastornos de la conducta alimentaria tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa.

Las opciones (e) y (f) determinaron que no existía ningún trastorno de la conducta alimentaria, la cuales estuvieron presentes en los siguientes reactivos: 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 y 15.

En la tabla 1 se muestra la forma en que se distribuyeron las opciones de acuerdo a cada trastorno, así como el valor que se le otorgó a cada una de ellas.

Reactivos	Anorexia Nerviosa		Bulimia Nerviosa		Obesidad		Sobrealimentación Compulsiva		TCA No Específicos				Ninguno	
1	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
2	a	2	c	3	d	4	b	5	a	c	2	3	e	1
3	a	2	b	3	c	1	b	3	a	b	2	3	c	1
4	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
5	a	2	b	3	d	4	c	5	a	b	2	3	e	1
6	a	2	b	3	c	4	d	5	e	6	6	f	1	1
7	d	2	b	3	c	4	a	5	d	b	2	3	e	1
8	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
9	b	2	a	3	c	4	d	5	b	a	2	3	e	1
10	a	2	b	3	c	4	d	5	e	6	6	f	1	1
11	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
12	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1
13	a	2	b	3	c	4	d	5	a	b	2	3	e	1
14	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1
15	c	2	b	3	a	4	d	5	c	b	2	3	e	1

TABLA 1

Las Subescalas que se diseñaron son:

**Subescala 1. Antecedentes Familiares e Intereses Personales.**

Objetivo. Evaluar los antecedentes e influencias familiares que determinan los trastornos de la conducta alimentaria, así como los intereses y deseos inherentes a temas relacionados con el peso y figura.

Actualmente la sociedad mantiene ideales de estereotipos físicos extremadamente irreales que se pueden observar a través de la imposición de las modas con respecto a tener un cuerpo delgado y bien proporcionado lo cual, causa frustración al no alcanzarse; además de que se asocia la imagen física con el éxito personal. Esto se relaciona con lo que planteo Maslow (1954), respecto a la necesidad de autorrealización que tienen los individuos, los cuales buscan tener una estabilidad personal que los haga sentir satisfechos con sus metas alcanzadas. Dichas metas están basadas en las creencias que cada persona desarrolla a lo largo de su vida, por lo tanto, difieren entre un individuo y otro, (Johnmarshall, 1995.)

Para llegar a una autorrealización las personas deben satisfacer otras necesidades que secuencialmente van de abajo hacia arriba, por lo tanto, antes de que una persona busque la

valoración y la autorrealización, deberá tener antes las necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia y valoración satisfechas, (Johnmarshall, 1995.)

Se debe iniciar por la satisfacción de las necesidades fisiológicas como el hambre, sed y sexo ya que son necesarias para la supervivencia y son las más fuertes y urgentes de satisfacer ya que si sólo una de ellas permanece sin satisfacer puede dominar a las demás.

Una vez que se han satisfecho las necesidades fisiológicas humanas, se hacen aparentes las necesidades de sentirse protegido, libres de peligro y de seguridad; así, los adultos desean empleos estables, cuentas de ahorro, seguros y pueden adoptar religiones para organizar sus vidas que les proporcione sensación de seguridad. Cuando se logran las necesidades de seguridad surgen las de afecto, intimidad y pertenencia; la gente busca amar y ser amada y si se han satisfecho las necesidades de afecto dominan las necesidades de ser querido por uno mismo y por otros. Los individuos quieren ser valorados en su comunidad, en su trabajo y en su hogar y desean respetarse a sí mismos.

Por último, cuando estas necesidades son satisfechas las personas buscan la autorrealización; luchan por desarrollar sus potenciales y alcanzar sus ideales, (Johnmarshall, 1995.)

En algunas personas puede existir una creencia influida por la sociedad en la que se vive, acerca de que la belleza física esta determinada por un peso bajo y que el ideal físico es el de una figura muy delgada, por lo tanto, el triunfo en la vida se ve compensado al presentar ese ideal de peso y figura.

Dichas creencias se desarrollan en las personas como resultado de la influencia de los hábitos alimenticios e ideas inculcadas por la familia dirigidas a la idea de tener una figura corporal delgada, relacionándola con el éxito; también pueden influir el grupo social al que pertenecen estas personas que le dan demasiada importancia al aspecto físico basado en la delgadez, es muy probable que para pertenecer a un grupo se debe cumplir con características físicas impuestas para no sentirse rechazado. Otras causas que pueden provocar dichas creencias son los medios de comunicación al relacionar la delgadez con la belleza y la influencia de la sociedad que participa por medio del



rechazo a la obesidad y el reforzamiento positivo al tema de la delgadez; lo cual trae como consecuencia que para poder alcanzar el ideal corporal, la realización de dietas y ejercicio y la utilización de productos adelgazantes se conviertan en los temas de interés primordial de algunas personas.

El entorno familiar es de vital importancia para el desarrollo del individuo porque influye en la formación de su personalidad y en la forma de adquirir los conocimientos como hábitos, modelos de vida, valores, etc. Esto puede influir en los individuos para que adopten conductas normales o anormales para controlar o descontrolar su forma de comer y percibir su imagen corporal considerados como modelos de la familia. Por ejemplo, si los integrantes de dicha familia le dan demasiada importancia a conductas relacionadas con la alimentación. Por este motivo, es necesario evaluar las características que se presentan en la dinámica familiar, ya que esta influye no sólo en el desarrollo del individuo si no también puede desencadenar una variedad amplia de síntomas a nivel conductual e ideacional.

#### **Subescala 2. Hábitos y Autopercepción.**

Objetivo: Conocer hábitos personales alimenticios relacionados con el interés por la figura corporal, así como saber el concepto que tienen las personas de su imagen corporal.

Las personas pueden modificar sus estilos de vida a causa de las modas que implican un tipo de vestimenta y un tipo de formas con respecto al cuerpo con el fin de cumplir con lo que está establecido en ese momento; por lo cual pueden adquirir nuevos hábitos relacionados con métodos que les ayuden a reducir de peso y a lograr tener la figura corporal que anhelan. Dichos hábitos pueden ser las dietas, el ayuno, el ejercicio físico, colección de artículos de dietas, utilización de productos adelgazantes y consumo de productos light. Así, la delgadez se transforma en un modelo social que a la vez es vendido con gran insistencia por los medios de comunicación. De este modo, si una persona percibe que no tienen una figura corporal delgada o no cumple con lo establecido por la moda recurre al cambio de hábitos extremos y de todo aquello que le ayude a obtener la figura corporal que busca a pesar de poder atentar contra su propia salud pudiendo surgir con esto un trastorno de la conducta alimentaria (Ver Tabla 3).

Reactivos	Anorexia Nerviosa	Bulimia Nerviosa	Obesidad	Sobrealimentación compulsiva	Trastornos no específicos
1,4, 6,8,10,11,13	a	b	c	d	a o b
2	a	c	d	b	a o c
3	a	b	c	b	a o b
5	a	b	d	c	a o b
7	d	b	c	a	d o b
9	b	a	c	d	a o b
12,14,15	c	b	a	d	c o b

**TABLA 3**

- **ESCENARIO.**

Las aplicaciones se llevaron a cabo en las instalaciones de la Preparatoria Regional de Huixquilucan Estado de México y en la Vocacional Número 2 "Miguel Bernal Perales". Dichas aplicaciones se realizaron dentro de las aulas de clases de cada grupo dependiendo del semestre que cursaban y de la materia que se estaba impartiendo en ese momento.

- **PROCEDIMIENTO.**

Se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes en las Instituciones convenientes: para la aplicación del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Una vez obtenido el permiso se procedió a realizar las aplicaciones a los estudiantes de forma colectiva, dentro de su salón de clases.

Se inició estableciendo un pequeño rapport con los estudiantes, el cual consistió en saludarlos cordialmente y explicarles el propósito de la investigación, el cual fue: "saber si existen trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de preparatoria"; así mismo se les explicó qué es un trastorno de la conducta alimentaria y se les invitó a preguntar sobre el tema para resolver sus dudas.

Una vez aclaradas las dudas se procedió a repartir las pruebas a cada sujeto. El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria incluyó una hoja con preguntas y las instrucciones que se dieron a los alumnos para contestar los Cuestionarios fueron las siguientes:

- 1.- Utilizar lápiz.

- 2.- Anotar todos sus datos personales.
- 3.- Leer cuidadosamente las preguntas y contestarlas lo más sinceramente posible sin consultar a nadie.
- 4.- Si tenían alguna duda preguntar en ese momento, levantando la mano para que el aplicador se dirigiera a su lugar y aclarara ésta.
- 5.- Contestar todas las preguntas.

"Se les informó que no había respuestas correctas ni incorrectas y que la prueba no tenía un tiempo de aplicación limitado, y se les pidió que era importante que contestaran todas las preguntas".

Una vez aplicados los Cuestionarios se procedió a revisar cada uno de éstos con el fin de que no faltara ningún dato.

Posteriormente a las aplicaciones se codificó cada uno de los Cuestionarios para procesar estadísticamente la información.

#### **ANÁLISIS DE DATOS.**

Este fue procesado mediante SPSS versión 12 y se realizaron los siguientes análisis:

1. Análisis de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de variabilidad.
2. Alpha de Cronbach para obtener confiabilidad.
3. Rotación Varimax para la validez factorial.
4. Obtención de normas a través de percentiles

## R E S U L T A D O S

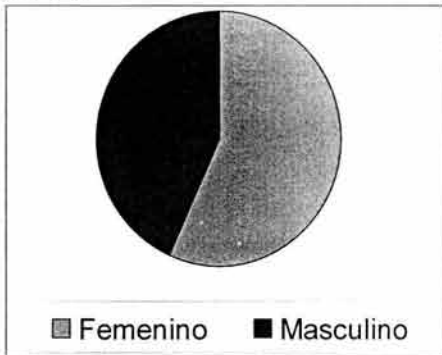
La presente investigación trabajó con una muestra no probabilística en el Distrito Federal, se trabajo con una escuela de nivel medio superior donde se realizó un estudio exploratorio de los trastornos de la conducta alimentaria.

En cuanto a la muestra se clasificó por Sexo y se distribuyó de la siguiente manera: 34 sujetos del sexo femenino y 26 sujetos del sexo masculino.

Ver Gráfica 1.

En cuanto a la Edad la muestra se dividió en dos grupos: 55 sujetos de 17 a 20 años que se encuentran en el periodo final de la adolescencia y 5 sujetos de 21 a 23 años que se ubican en la etapa de edad adulta temprana, como se representa en la Gráfica 2.

S E X O



Gráfica 1

1

E T A P A D E D E S A R R O L L O



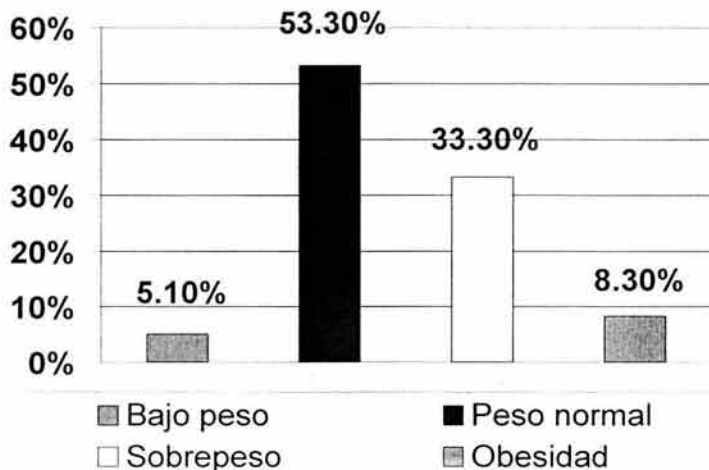
Gráfica 2

2

La media de edad de la muestra fue de 21.72 años para el primer grupo la media fue de 19.05 y para el segundo de 23.68 años.

Para el Índice de Masa Corporal (IMC) la muestra se dividió en cuatro grupos, los cuáles son: 3 sujetos con bajo peso de (15 a 18.9 de IMC), 32 sujetos con peso normal, (19 a 22.9 de IMC), 20 sujetos con sobrepeso de (23 a 27 de IMC) y 5 sujetos con obesidad (mayor de 27 de IMC). Ver Gráfica 3.

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL



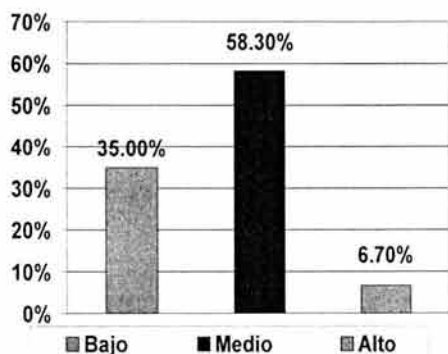
Gráfica

3

Con relación al Nivel Socioeconómico se distribuyó: 21 sujetos de nivel bajo, 35 sujetos de nivel medio y 4 sujetos de nivel alto. Ver Gráfica 4.

Con respecto al Estado Civil de los Padres se manifestó de la siguiente forma: 4 sujetos con madre soltera, 47 sujetos con padres casados, 3 sujetos con padres en unión libre, 3 sujetos con padres separados o divorciados y 3 sujetos con padres viudos. Ver Gráfica 5.

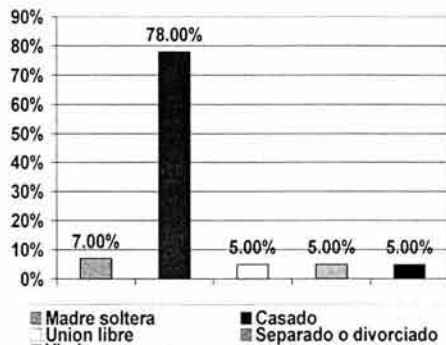
### NIVEL SOCIOECONÓMICO



Gráfica

4

### ESTADO CIVIL DE LOS PADRES



Gráfica

5

Para Año Escolar, 30 estudiantes fueron de primer año y 30 estudiantes de segundo año.

## **ANÁLISIS TÉCNICO DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Para conocer los antecedentes e influencia familiar y social que repercuten en las personas en el desarrollo de sus estilos alimenticios e intereses relacionados con la figura corporal delgada y con respecto a la imagen corporal que son aceptadas por los demás se elaboró el Cuestionario Para Trastornos de la Conducta Alimentaria, ya que los parámetros que incluye fueron de interés para dicha investigación.

De acuerdo a los elementos mencionados se realizó una revisión teórica de las características más importantes de cada trastorno alimentario como: la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos, en cuanto a antecedentes e influencia familiar y social; en autores como: Braguinsky y cols. (1996), Creff y Herschberg, (1981), French (1999), García (1993), Goldman (1994), Hales, Yudofsky y Talbott (2000), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), Ortiz (2002), Palma (1997), Saldaña (1994), Saldaña y Rossell (1988), Sánchez y Mojica (1998), Saucedo (1996), Sherman y Thompson (1999), Spangler (1999), Szmukler, Dare, Treasure (1995), Tannenhau (1999), Toro y Vilardell (1989), Toro (1999), y Turón (1997.)

Se elaboraron 31 reactivos, los cuales se sometieron a una validez interjueces conformada por 15 psicólogos expertos en el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, donde se les pedía que analizaran cada ítem para conocer el grado de relación que tenían con antecedentes e influencia familiar y social en trastornos de la conducta alimentaria.

De dicho análisis se eliminaron 16 reactivos, pues no contaban con las características necesarias para la investigación, ya que no evaluaban lo que se pretendía, es decir, carecían de validez de contenido.

El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria está diseñado con ítems que se relacionan con situaciones directas como antecedentes familiares, intereses, hábitos y percepciones conectadas con trastornos de la conducta alimentaria. El objetivo del cuestionario es averiguar las características familiares, intereses, hábitos y percepción de su alimentación de los estudiantes de Preparatoria.

Esto se explica por medio de la importancia que se da a la familia, no sólo en los antecedentes heredofamiliares, si no las conductas alimenticias aprendidas así como la conceptualización de la alimentación.

Una vez analizados los 15 reactivos resultantes, se clasificaron en dos Subescalas: a) Antecedentes Familiares e Intereses Personales y b) Hábitos y Autopercepción. Se procedió a pilotear los reactivos en una muestra de 20 sujetos, para ver como discriminaban cada una de las respuestas en dichos reactivos, es decir, que los reactivos no fueron tendenciosos o que no cayeran en los extremos como siempre o nunca, sino que se distribuyeran dentro de cada una de las opciones de respuesta.

Una vez piloteados los reactivos se procedió a la aplicación final del instrumento con el propósito de obtener su análisis técnico como: confiabilidad, validez y normalización.

Al realizar el análisis técnico se determina que el instrumento cuenta con una confiabilidad positiva alta por escala y por subescalas la confiabilidad obtenida se considera positiva media. La confiabilidad, se obtuvo a través de método de Cronbach.

La obtención de validez no sólo fue de contenido, sino también por análisis factorial. En la tabla se muestran los resultados obtenidos del análisis factorial por el método Varimax que explica los factores interpretados.

A continuación se muestran los valores en la tabla de dicho instrumento para validez y confiabilidad.

<b>Características Técnicas del Instrumento</b>		
<b>Instrumento</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Validez</b>
Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria	0.745	0.795
Antecedentes Familiares e Intereses Personales	0.553	0.835
Hábitos y Autopercepción	0.600	0.999

Tabla 1

Así mismo de manejo, la validez de contenido y de constructo. La validez de contenido en este Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria, se basó en el diseño y análisis de los

ítems estudiando su grado de relación con el objeto del estudio en una muestra de 60 sujetos, esto nos permitió modificar, eliminar, sustituir o reordenar los ítems, corroborando que su contenido fuera acorde a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de acuerdo con la correlación empírica, del juicio de 15 psicólogos expertos en trastornos de la conducta alimentaria. Este cuestionario es válido para evaluar los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los reactivos se elaboraron con base en la revisión teórica de autores como: Braguinsky y cols. (1996), Creff y Herschberg, (1981), French (1999), García (1993), Goldman (1994), Hales, Yudofsky y Talbott (2000), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1996), Ortiz (2002), Palma (1997), Saldaña (1994), Saldaña y Rossell (1988), Sánchez y Mojica (1998), Saucedo (1996), Sherman y Thompson (1999), Spangler (1999), Szmukler, Dare, Treasure (1995), Tannenhaus (1999), Toro y Vilardell (1989), Toro (1999), y Turón (1997), no considerados en el EDI-2.

En cuanto a la validez de constructo se puede decir que es el concepto unificador ya que integra consideraciones de contenido y de criterio, en un marco general para aprobar hipótesis racionales teóricamente relevantes con los Trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y los trastornos no específicos, (Prieto, 2005.)

Por lo cual, este cuestionario está diseñado con ítems que se relacionan con situaciones directas como antecedentes familiares, intereses, hábitos y percepciones conectadas con trastornos de la conducta alimentaria. El material es adecuado con los objetivos de estudio de la presente investigación, que es conocer las características actuales de los estudiantes de Educación Media Superior en cuanto trastornos de la conducta alimentaria. Cada uno de los reactivos discrimina entre cada uno de los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos, así como entre las características de la muestra como son: sexo, edad, año 4escolar, estado civil e los padres y nivel socioeconómico. Hablamos en este caso de validez concurrente debido a que mide criterios casi al



mismo tiempo y valida al instrumento del cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria, (Kerlinger, 2001.)

Esto se explica por medio de la importancia que le puede dar la familia al aspecto físico teniendo este una tendencia hacia la delgadez, lo cual es reforzado con los ideales de figura marcados por la sociedad ocasionando un cambio en los valores de la persona con respecto a sus ideales primordiales y después de que ésta ha interiorizado las creencias que la sociedad y la familia manejan relacionados con la delgadez puede empezar a percibirse con una figura corporal contraria a la que es aceptada por los demás, provocando esto una búsqueda de medios que le ayuden a conseguir la figura anhelada sin importar el cambio de sus hábitos alimenticios para sentirse aceptada.

A continuación se presentan en la tabla, las normas de interpretación por medio de percentiles para el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, por grupo, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal.

<b>Normas Grupales</b>				
<b>Percentil</b>	<b>Escala</b>			<b>Percentil</b>
	<b>Antecedentes familiares e Intereses personales</b>	<b>Hábitos y Auto percepción</b>	<b>Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria</b>	
1	7	8	15-17	1
5	8	9	18-20	5
10	9	11	21-22	10
15	10	12	23	15
20	11	13-15	24-27	20
25	12	16	28-29	25
30	12	16	30	30
35	13	17	31	35
40	13	18	32-33	40
45	14	18-19	34	45
50	15	20	35-36	50
55	16	20	37	55
60	17	21	38	60
70	19	24	41	70
75	20	25	42	75
80	21	26	45	80
85	22	27	48	85
90	23	28	49-53	90
95	24-28	29-36	54-65	95
99	29-33	37-40	66-73	99
N	60	60	60	N
Media	27.32	31.97	59.29	Media
Sin trastorno	7 - 11	8 - 12	15 - 23	Sin trastorno
Anorexia	12 - 17	13 - 20	24 - 37	Anorexia
T. C. A. No Esp.	18 - 24	20 - 27	38 - 51	T. C. A. No Esp.
Bulimia	18 - 23	21 - 28	38 - 48	Bulimia
Obesidad	24 - 28	29 - 36	49 - 65	Obesidad
Sobrealimentación	29 - 33	37 - 40	66 - 73	Sobrealimentación

Normas por Sexo							
Percentil	Escala						Percentil
	Antecedentes familiares e Intereses personales		Hábitos y Auto percepción		Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria		
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
5	19	18	20	19	41	38	5
10	20	21	22	25	45	49	10
20	23	24	29	32	53	55	20
25	24	25	29	33	54	57	25
30	25	25	31	34	55	59	30
40	26	28	33	35	59	63	40
50	28	29	33	37	62	64	50
60	30	30	34	37	64	67	60
70	31	32	35	37	65	70	70
75	31	33	35	39	66	71	75
80	31	33	36	39	67	72	80
90	32	33	38	40	70	72	90
95	33	34	40	41	71	74	95
99	34	34	41	41	72	75	99
N	34	26	34	26	34	26	N
Media	27.32	28.19	31.97	34.5	59.29	62.69	Media
Sin trastorno	19-23	18-24	20-22	19-25	41-45	38-49	Sin trastorno
Anorexia	24-30	25-30	29-33	32-37	53-62	55-64	Anorexia
T. C. A. No Esp.	30-33	32-34	33-36	37-39	64-70	67-72	T. C. A. No Esp.
Bulimia	31-32	30-33	34-38	37-40	64-67	67-72	Bulimia
Obesidad	33	34	40	41	70-71	72-74	Obesidad
Sobrealimentación	34	34	41	41	72	75	Sobrealimentación

Normas por Año Escolar							
Percentil	Escala						Percentil
	Antecedentes familiares e Intereses personales		Hábitos y Auto percepción		Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria		
	Primero	Segundo	Primero	Segundo	Primero	Segundo	
5	20	18	21	18	42	36	5
10	22	19	22	22	48	43	10
20	24	23	29	29	54	53	20
25	25	24	31	30	55	54	25
30	26	25	32	33	56	57	30
40	26	27	33	33	60	61	40
50	28	28	34	34	63	64	50
60	30	30	34	35	63	65	60
70	31	32	36	37	67	67	70
75	31	32	37	37	68	67	75
80	31.8	32	39	37	69	70	80
90	33	33	40	39	72	71	90
95	34	33	41	39	74	72	95
99	34	34	41	40	75	72	99
N	30	30	30	30	30	30	N
Media	27.9	27.5	33.2	32.93	61.1	60.43	Media
Sin trastorno	20-24	18-23	21-22	18-22	42-48	36-43	Sin trastorno
Anorexia	25-30	24-30	29-34	29-34	54-63	53-64	Anorexia
T. C. A. No Esp.	31-34	32-33	34-39	35-37	63-72	65-71	T. C. A. No Esp.
Bulimia	30-33	30-33	34-40	35-39	63-69	65-70	Bulimia
Obesidad	34	33	41	39	72-74	71-72	Obesidad
Sobrealimentación	34	34	41	40	72	72	Sobrealimentación

Normas por Nivel Socioeconómico										
Percentil	Escala									Percentil
	Antecedentes familiares e Intereses			Hábitos y Auto percepción			Cuestionario para trastornos de la conducta			
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	
5	19	18	22	17	21	21	37	41	43	5
10	20	21	22	21	28	21	43	49	43	10
20	24	24	22	27	29	21	51	54	43	20
25	25	24	23	30	33	23	54	56	46	25
30	26	25	23	32	33	24	57	57	49	30
40	28	27	24	33	34	28	60	62	54	40
50	28	30	25	33	35	30	63	64	55	50
60	30	31	26	34	36	33	64	67	57	60
70	31	31	26	34	37	35	65	68	60	70
75	32	32	26	35	37	36	66	70	61	75
80	32	32	26	36	38	37	67	70	63	80
90	33	33	26	39	39	37	71	72	63	90
95	33	34	26	39	41	37	72	73	63	95
99	33	34	26	40	41	37	72	75	63	99
N	21	35	4	21	35	4	21	35	4	N
Media	28	28	24	32	34	30	60	62	54	Media
Sin tras	19-24	18-24	22	17-21	21-28	21	37-43	41-49	43	Sin tras
Anorexia	25-30	24-31	23-26	27-33	29-35	21-30	51-63	54-64	43-55	Anorexia
T. C. A. No Esp.	31-33	31-34	26	33-36	35-38	30-37	64-71	67-72	57-63	T. C. A. No Esp.
Bulimia	30-33	31-33	26	34-39	36-39	33-37	64-67	67-70	57-63	Bulimia
Obesidad	33	34	26	39	41	37	71-72	72-73	63	Obesidad
Sobrealimentación	33	34	26	40	41	37	72	75	63	Sobrealimentación

Normas por Índice de Masa Corporal													
Percentil	Escala											Percentil	
	Antecedentes familiares e Intereses personales				Hábitos y Auto percepción				Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria				
	Bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Bajo	Normal	Sobrepeso		Obesidad
5	21	21	17	19	21	24	18	17	42	46	35	36	5
10	21	22	18	19	21	28	27	17	42	53	46	36	10
20	21	25	23	19	21	32	29	18	42	54	54	37	20
25	21	26	24	20	21	33	32	19	42	57	54	39	25
30	22	26	25	21	21	33	33	21	44	61	57	42	30
40	24	28	26	22	22	34	33	24.8	47	63	61	47	40
50	26	30	28	24	22	34	34	29	50	64	63	53	50
60	27	31	30	25	26	36	35	37	54	67	65	57	60
70	28	32	31	27	31	37	37	33	57	68	66	60	70
75	28	32	32	28	33	38	37	34	59	70	67	62	75
80	28	32	32	29	33	39	37	34	59	72	69	64	80
90	28	33	33	30	33	40	38	35	59	72	70	65	90
95	28	34	34	30	33	41	39	35	59	74	71	65	95
99	28	34	34	30	33	41	39	35	59	75	71	65	99
N	3	32	20	5	3	32	20	5	3	32	20	5	N
Media	25	28.78	27.3	24	25	34.56	33.3	27.2	50	63.34	60.6	51.2	Media
Sin tras	21	21-25	17-23	19-20	21	24-28	18-27	17	42	46-53	35-46	36	Sin tras
Anorexia	21-27	25-31	23-30	19-25	21-22	32-34	29-34	18-29	42-50	54-64	54-63	37-53	Anorexia
T. C. A. No Esp.	28	31-34	31-34	27-30	26-33	36-39	35-37	31-34	54-59	67-72	65-70	57-65	T. C. A. No Esp.
Bulimia	28	32-33	31-33	27-30	26-33	36-40	35-38	31-35	54-59	62-72	65-69	57-64	Bulimia
Obesidad	28	34	34	30	33	41	39	35	59	72-74	70-71	65	Obesidad
Sobrealimentación	28	34	34	30	33	41	39	35	59	75	71	65	Sobrealimentación

## DIFERENCIA ENTRE GRUPOS

### 1) PRUEBA "t" DE STUDENT.

La prueba t se utilizó para obtener diferencias significativas por Institución, Sexo y Etapa de desarrollo.

De acuerdo con el sexo y la escolaridad se observa que en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus Subescalas de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y en la Subescala de Hábitos y Auto percepción, los valores de t obtenida no exceden los valores de t tabla (1.671), con base a los valores críticos para  $p < 0.05$ . Por lo tanto la probabilidad es nula de que existan diferencias significativas entre sexos y grado escolar.

ESCALA TOTAL						
Sexo	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Femenino	34	59.29	8.96	58	-1.401	1.671
Masculino	26	62.69	9.74			

ESCALA TOTAL						
Escolaridad	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
1	30	61.10	8.747	58	.273	1.671
2	30	60.43	10.11			

ANTECEDENTES FAMILIARES E INTERESES PERSONALES						
Sexo	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Femenino	34	27.32	4.38	58	-.739	1.671
Masculino	26	28.19	4.67			

ANTECEDENTES FAMILIARES E INTERESES PERSONALES						
Escolaridad	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
1	30	27.90	4.08	58	.342	1.671
2	30	27.50	4.93			

HÁBITOS Y AUTOPERCEPCIÓN						
Sexo	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
Femenino	34	31.97	5.32	58	-1.775	1.671
Masculino	26	34.50	5.65			

HÁBITOS Y AUTOPERCEPCIÓN						
Escolaridad	N	Medias	DS	GL	t Obtenida	t Tabla
1	30	33.20	8.96	58	.184	1.671
2	30	32.93	9.74			

### 2) PRUEBA TUKEY.

Esta prueba fue utilizada para comparar los grupos de Índice de Masa Corporal, Nivel Socioeconómico y Estado Civil de los Padres.

En la Subescala de Hábitos y Auto percepción del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en los índices de masa corporal de bajo peso con peso normal y peso normal con obesidad. Por lo cual existen diferencias significativas entre estos dos grupos.

En la Escala total del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se encontraron diferencias significativas en el índice de masa corporal de peso normal con obesidad.\*

Con relación al nivel socioeconómico y estado civil de padres, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.\*\* El grupo significativo es el de sujetos con bajo peso.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL, HÁBITOS Y AUTOPERCEPCIÓN			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-9.229(*)	3.025
N=3	Sobrepeso	-7.967	3.102
$\bar{x}$ =25.33	Obesidad	-1.867	3.659
Peso Normal	Bajo peso	9.229(*)	3.025
N=32	Sobrepeso	1.263	1.428
$\bar{x}$ =34.56	Obesidad	7.363(*)	2.409
Sobrepeso	Bajo Peso	7.967	3.102
N=20	Peso Normal	-1.263	1.428
$\bar{x}$ =33.30	Obesidad	6.100	2.505
Obesidad	Bajo Peso	1.867	3.659
N=5	Peso Normal	-7.363(*)	2.409
$\bar{x}$ =27.20	Sobrepeso	-6.100	2.505

ÍNDICE DE MASA CORPORAL, ESCALA TOTAL			
IMC (I)	IMC (J)	Diferencia de Medias	Error Estándar
Bajo Peso	Peso normal	-13.010	5.228
N=3	Sobrepeso	-10.267	5.360
$\bar{x}$ =50.33	Obesidad	-.867	6.323
Peso Normal	Bajo peso	13.010	5.228
N=32	Sobrepeso	2.744	2.468
$\bar{x}$ =63.34	Obesidad	12.144(*)	4.163
Sobrepeso	Bajo Peso	10.267	5.360
N=20	Peso Normal	-2.744	2.468
$\bar{x}$ =60.60	Obesidad	9.400	4.329
Obesidad	Bajo Peso	.867	6.323
N=5	Peso Normal	-12.144(*)	4.163
$\bar{x}$ =51.20	Sobrepeso	-9.400	4.329

\*\* No se presentan datos al no encontrarse diferencias significativas en estos casos.

## INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se utilizó una muestra de tipo accidental, representada por 60 sujetos considerando las características de sexo, edad, estado civil de los padres, nivel socioeconómico e índice de masa corporal, para crear el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes de nivel medio superior.

La interpretación de resultados se presentara de la siguiente manera:

1. Análisis técnico del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante A) la confiabilidad, B) la validez y C) normas de calificación.
2. Desglose de resultados, con la explicación teórica de los resultados obtenidos en el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria
3. Diferencias entre grupos, las cuales se obtuvieron a través de: A) la prueba "t" de Student y B) la prueba Tukey.

### 1. ANÁLISIS TÉCNICO DEL CUESTIONARIO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

El análisis técnico del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria se basó en las tres características básicas psicométricas que todo instrumento psicológico debe poseer como: A) confiabilidad, B) validez, y C) normalización.

A) La confiabilidad se determinó mediante el coeficiente alpha de Cronbach y fue de **0.745** para el Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria. La confiabilidad obtenida en la Subescala de Antecedente Familiares e Intereses Personales es de **0.553** y en la Subescala de Hábitos y Autopercepción de **0.600**. Estos valores indican que el instrumento y las subescalas son precisas y consistentes en sus mediciones, debido a que cada uno de ellos averiguaba con exactitud los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva o trastornos de la conducta alimentaria no específicos para los cuales fueron elaborados, (Kerlinger, 2001.)

---

\* Se presentan diferencias estadísticamente significativas en estos casos.

- B) Con respecto a la validez, se obtuvo a) la aparente, b) la de contenido y c) la factorial.
- a. La validez aparente demuestra que tanto la Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales como la Subescala de Hábitos y Autopercepción miden las características relacionadas con los antecedentes familiares y deseos relacionados con una figura corporal delgada los cuales pueden desembocar en un trastorno de la conducta alimentaria.
- b. La validez de contenido por estudio de interjueces, nos dice que la prueba es eficaz debido a que es válida a partir de la hipótesis teórica que se elaboró relacionada con la existencia de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de educación media superior de acuerdo a los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos, autopercepción, sexo, edad, índice de masa corporal, nivel socioeconómico y estado civil de los padres, ya que esta fue apropiada, significativa y útil, (Prieto, 2005.) Mientras el análisis factorial determina los elementos de los antecedentes e influencia familiar, los hábitos y la autopercepción que presuntamente subyacen a los reactivos que se interrelacionan entre sus escalas, (Kerlinger, 2001.)
- c. La validez factorial se utilizó para demostrar que dicha prueba tiene una buena aproximación a la estructura simple, es decir, que el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus subescalas es una prueba bien planeada con las características descritas y ejecutada en razón de la muestra representativa de los reactivos, (Kerlinger, 2001.)
- B) La importancia de contar con normas, es que a través de ellas se establecen rangos de valores de las puntuaciones brutas en percentiles con el objeto de evitar confusiones y dar una interpretación a las posibles aplicaciones posteriores del instrumento y por sus escalas de este, (Cruz Jiménez, 2005.) El uso de percentiles en este estudio permite encontrar la posición del sujeto evaluado con respecto al grupo de investigación. Estos valores permitirán reflejar las variaciones que se pueden obtener desde resultados estables e inestables en función de la manifestación los trastornos de la conducta alimentaria o no. Las normas permiten detectar la presencia de cinco trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no

C) específicos, relacionados con los Antecedentes Familiares e Intereses Personales, así como a los Hábitos y Autopercepción. En esta investigación se logró obtener normas por grupo, sexo, escolaridad, ingreso económico, estado civil de los padres e índice de masa corporal para determinar las características de los antecedentes familiares, intereses, hábitos y autopercepción que se manifiestan en los trastornos de la conducta alimentaria como en la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos no específicos en los jóvenes. Este instrumento es adecuado para conocer los antecedentes e influencia familiar y social que le proporcionan a las personas estilos alimenticios e intereses sobre temas relacionados con la figura corporal con el fin de mantener un ideal de peso, para sentir que cumplen con las exigencias impuestas por la sociedad con respecto a dicha imagen y sentirse aceptado por los demás. La Subescala de Antecedentes Familiares e Intereses Personales permitió extraer información con respecto a las características heredo familiares que determinan los trastornos de la anorexia nerviosa, bulimia nervios, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos, así como la importancia y anhelos inherentes a temas relacionados con el peso y figura. Mientras que, la Subescala de Hábitos y Autopercepción permiten conocer costumbres personales relacionadas con el interés por la figura corporal, así como saber el concepto que tienen los jóvenes de su imagen corporal.

## **2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.**

Se encontró en los estudiantes de nivel medio superior, signos y síntomas de anorexia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no específicos, los cuales están relacionados con el hábito de tratar temas relacionados con la talla y peso corporal, el llevar a cabo dietas, el comprar artículos para lograr la disminución de peso, el consumir productos light y el realizar ejercicio de manera exagerada, y con la percepción de que la belleza y éxito depende del peso corporal, en estas personas predomina un deseo de poseer una figura corporal delgada. Esto tiene relación con lo propuesto por Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) que plantean que las alteraciones en de la



anorexia nerviosa, se caracterizan por comportamientos inusuales para lograr su objetivo. Mientras Toro (1999) considera, que el hecho de evitar el alimento es con el propósito de cambiar la imagen corporal, lo cual, provoca cambios en el comportamiento, pensamiento y hábitos de las personas.

Con respecto al **sexo** los sujetos masculinos demostraron tener antecedentes familiares e intereses personales y hábitos relacionados con la anorexia nerviosa. Esto se puede explicar el punto de vista propuesto por Rice (1997) el cual, indica que en los hombres existe conflicto entre el deseo de reconocer y el deseo de comprometerse, por lo que hay una necesidad creciente de cambio antes de verse atrapado en los estigmas familiares. Según García-Camba (2002), el origen de la anorexia nerviosa se debe al proceso de búsqueda de una identidad personal y profesional propia. Así, la dimensión emocional de la comida se complementa con la presión social que se ejerce sobre el individuo para que se mantenga delgado, por lo cual, la identidad personal se basa cada vez más en la apariencia externa de modo que imagen externa, identidad personal y éxito social han pasado a ser una misma cosa.

En cuanto al sexo femenino están latentes rasgos que indican la presencia de anorexia nerviosa, por lo tanto, se hacen presentes hábitos e intereses propios de este trastorno.

En las mujeres, las relaciones intrafamiliares van promoviendo el desarrollo y alteración del estado mental, presentándose la distorsión de la imagen corporal y la negación de esta. A lo largo del desarrollo de las mujeres se observa como la familia influye a crear un miedo intenso a engordar, la negación de un interés desmedido por la delgadez, y la distorsión de la imagen corporal; por lo que se determina una influencia familiar que le atribuye un alto valor a la delgadez la cual es generada por la presión social que está a favor de este prototipo, repercutiendo en un cambio de actitudes personales en los hábitos alimenticios (Garfinker, Garner, Kaplan y Darby, 1983)

Streigel-Moore (1986) menciona, que los miembros de la familia amplifican la importancia sociocultural del atractivo físico, pero para ambos sexos representa aceptación y éxito personal; considerando que el peso está bajo el control de la voluntad individual, modelan la preocupación por el peso y las dietas y animan los intentos de perder peso, así que se aumenta la probabilidad

de que se practiquen regímenes alimentarios restrictivos y se sitúen en un significativo peligro de padecer anorexia nerviosa, lo cual ocasionará que la dinámica familiar presente cambios desadaptativos ya que su interacción va a girar en torno al trastorno de la conducta alimentaria que la familia provocó en gran medida. William Withey Gull (1873) consideran que el padecer el trastorno de la anorexia nerviosa puede llegar a un estado de inanición siendo la causa de esta la falta de apetito, señalando la presencia de este trastorno en ambos sexos.

En cuanto al **año escolar** los sujetos de el segundo año, reflejan características ligadas con la anorexia nerviosa, manifestando antecedentes, intereses y hábitos relacionados con el peso y la figura corporal. Estos jóvenes experimentan una emotividad que causa el deseo de tener un cuerpo delgado y la popularización de la moda de la delgadez (John Alfred Ryle, 1939).

En los estudiantes de primer año también se presentan características relacionadas con el trastorno de la conducta alimentaria de la anorexia nerviosa, esto es, que sus hábitos e intereses son los mismos que presentan los alumnos de segundo año (Sánchez y Mojica, 1998; Ortiz, 2002). En esta edad se busca una identidad y comienzan a revalorarse lo aprendido por los padres, buscando la autonomía, aunque a veces sus elecciones no sean del todo acertadas. La manifestación de trastornos alimenticios en estos jóvenes se considera como la búsqueda de mecanismos de adaptación para la consolidación de la satisfacción personal con las diversas actividades que realizan, su fortalecimiento va depender de que tanto éxito tengan estos mecanismos.

En cuanto al **nivel socioeconómico** los grupos de niveles bajo y medio, tienden a manifestar características propias de la anorexia nerviosa. A esto hace referencia, Mara Selvini Palazzoli (1974), ya que atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa al consumismo, el cual obliga a los sujetos a tener más atención sobre lo que consume, buscando la aceptación ante lo impuesto socialmente. En los patrones de comportamiento de la anorexia nerviosa está el consumo de alimentos light, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado y consumo de diuréticos que además están determinados por la moda social el uso o no de dichos productos y actividades.

Con respecto al **índice de masa corporal normal** se encontró la existencia de características

relacionadas con la anorexia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no específicos en el cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria es decir que no cumplen los criterios para determinar un trastorno alimentario determinado; mientras que para índice de masa corporal normal se cumplen los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, el peso de los individuos se encuentra dentro de los límites de índice de masa corporal normal, (Poblano y Trigueros, 2000.) Gilles de la Tourette describe que las personas declaran tener falta de apetito causado por la alteración de la imagen corporal, ya que se perciben obesos.

En la escala de hábitos y autopercepción en el caso de los sujetos que presentan bajo peso y sobrepeso, se observó también la presencia de rasgos de la anorexia nerviosa. Así, de acuerdo con Rundell y Wise (2001) algunas personas que padecen anorexia nerviosa presentan miedo intenso al aumento de peso, alteración de la imagen corporal, significativa, lo que los lleva a conductas inapropiadas y ambivalentes como los vómitos o purgas al creer o haber consumido grandes cantidades de comida.

### 3. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS

#### A) Prueba *t* de Student

En cuanto a las diferencias entre **Sexos**, los resultados indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aparición de Antecedentes e Intereses Personales, Hábitos y Autopercepción y en la Escala Total del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Por esto, se puede concluir que los trastornos de la conducta alimentaria, en este caso anorexia nerviosa se están manifestando en el mismo grado en ambos grupos. Yager, Landsverk y Edelstein (1995) refieren, que la anorexia nerviosa es generada en ambos sexos por las exigencias sociales ya que genera una preocupación excesiva por obtener o mantener un peso corporal, (Poblano y Trigueros, 2000.)

En lo referente a la **Etapas de desarrollo**, no se encontraron diferencias significativas en las subescalas y en la Escala Total del Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, por lo cual, se considera que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan de la misma

forma en cada uno de los grupos. La evitación del alimento presenta diferentes significados en las personas en donde uno de estos está relacionado con lo que experimentan en su vida y con ellas mismas y con la imagen corporal socialmente impuesta. En estas etapas de desarrollo, ambas se enfrentan a la lucha del concepto que tienen de sí mismos, con cambios físicos y emocionales, y con las nuevas exigencias de la madurez y tienen la creencia de que su valor depende de poseer un cuerpo delgado propiciando esto el ambiente para la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, (Toro, 1999.)

#### **B) Prueba Tukey**

Con respecto al Índice de Masa Corporal se observa que en la Subescala de Hábitos y autopercepción existen diferencias significativas en los sujetos que presentan bajo peso con respecto al peso normal y obesidad. Debido a que las personas con bajo peso habitualmente utilizan diversos métodos que actúan como reforzadores para deshacerse de los alimentos que pueden ocasionar el aumento de peso el cual debe evitarse, este comportamiento se relaciona con la falta de control que tienen las personas de sí mismas generando conductas repetitivas en cuanto a los hábitos alimenticios, (French, 1999, y Mateos y Solano, 1997.)

En cuanto al **índice de masa corporal** en la Escala total del Cuestionario para Trastornos de la Conducta alimentaria existen diferencias significativas entre los sujetos que presentaron peso normal y obesidad, esto se relaciona con lo que refieren Slade (1982), Szmuklen y Tantam (1984), y Garner, Garfinkel y Goldberg en cuanto a que la manifestación de trastornos alimenticios se determina por el miedo excesivo al aumento de peso, haciendo uso de métodos compensatorios que facilitan la reducción de peso y la desnutrición excesiva, así estos métodos se convierten en reforzadores positivos para conseguir una figura corporal delgada, (Vilardell, 1989.)

Con respecto al **Nivel Socioeconómico y Estado Civil de los Padres** no se encontraron diferencias significativas en las Subescalas y Escala del Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria debido a que los trastornos alimentarios se están presentando de la misma forma en cada grupo.

Por lo tanto, existe la probabilidad de que los Trastornos de la conducta alimentaria surgan dentro todos los niveles socioeconómicos, debido a que la vulnerabilidad hacia el consumismo se da en la misma proporción, pero repercute en diferentes padecimientos alimenticios en cada uno de los grupos socioeconómicos (Cruz Jiménez, 2005)

De acuerdo con Goldman (1994) la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria tiene influencia familiar debido a que los miembros de esta emplean el alimento como un medio para relacionarse, manifestar amor y cariño por lo cual, se aprende dentro de la familia que el alimento es un medio para satisfacer las necesidades afectivas y de aceptación familiar y social.

## C O N C L U S I O N E S

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, se establece que se cumplieron los objetivos y se comprobaron las hipótesis planteadas, como:

1. La muestra utilizada en el presente estudio es no probabilística, pero representativa debido a que las características como: sexo, edad, índice de masa corporal, estado civil de los padres y nivel socioeconómico son uniformes.
2. En base al objetivo general, se realizó un instrumento para evaluar los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los Antecedentes Familiares e Intereses Personales y Hábitos y Autopercepción en estudiantes de educación media superior de ambos sexos con edades entre 17 y 23 años, de nivel medio superior, considerando el índice de masa corporal, el estado civil de los padres y nivel socioeconómico.
3. Se determina que los objetivos particulares se cumplieron a partir de:
  - Se crearon normas de calificación para el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria en jóvenes por instrumento y para sus subescalas de Antecedentes Familiares e Intereses Personales y la de Hábitos y Autopercepción, por grupo, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal.
  - Se estableció la validez de contenido y factorial para el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria y sus subescalas.
  - El instrumento cuenta con confiabilidad entre las subescalas y el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, es apropiado para evaluar aspectos que detectan a los trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, sobrealimentación compulsiva y trastornos de la conducta alimentaria no específicos; además de que este instrumento cuenta con el análisis técnico como: confiabilidad, validez y normas de calificación.

- Se buscaron diferencias de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes en cuanto sexo, edad y IMC.

- Con respecto al **sexo** los sujetos masculinos y femeninos demostraron tener antecedentes familiares e intereses personales y hábitos relacionados con la anorexia nerviosa, aunque la diferencia se distingue en las mujeres de que estas las relaciones familiares van promoviendo el desarrollo de este padecimiento. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria entre los estudiantes de nivel media superior con relación a los antecedentes familiares e intereses personales y los hábitos y autopercepción conforme al etapa de desarrollo.

En cuanto al **año escolar** en ambos grupos se reflejan características ligadas con la anorexia nerviosa, manifestando antecedentes, intereses y hábitos relacionados con el peso y la figura corporal. En estas edades se busca una identidad y se comienza a revalorar su historia familiar, buscando la identidad. Para el **nivel socioeconómico** los grupos de niveles bajo y medio, tienden a manifestar características propias de la anorexia nerviosa.

Con respecto al **índice de masa corporal** se encontraron diferencias en cuanto al tipo de padecimiento, para el índice de masa corporal normal se encontró la existencia de características relacionadas con la anorexia nerviosa y los trastornos de la conducta alimentaria no específico en cuanto el cuestionario; en la escala de hábitos y autopercepción en el caso de los sujetos que presentan bajo peso y sobrepeso, se observó también la presencia de rasgos de anorexia nerviosa. Con respecto al Índice de Masa Corporal se observa que en la Subescala de Hábitos y autopercepción existen diferencia significativas en los sujetos que presentan bajo peso con respecto al peso normal y obesidad.

Es importante considerar que los antecedentes familiares, intereses y hábitos están relacionados con el valor que las personas le dan a su imagen corporal, ya que estos aspectos pueden actuar como factores que den inicio a los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que a las experiencias vividas en el núcleo familiar se les atribuyen diferentes significados, las cuales cuando

son vivencias que no satisfacen necesidades relacionadas con la aceptación se recurre a la búsqueda de alimento como un sustituto, lo cual provoca a su vez la adopción de nuevos intereses y hábitos.

La población joven es influida por el interés corporal – estético debido a que en esta etapa se experimenta la sensación de rechazo y la necesidad de pertenencia. Por lo cual las personas copian modelos corporales que son exigidos por la sociedad y medios de comunicación como un requisito que se debe de poseer para formar parte de algún círculo social en específico.



## A P O R T A C I O N E S

- Construir un Cuestionario para Trastornos Alimentarios, con características técnicas como: confiabilidad, validez aparente, de contenido y de constructo y normas de calificación por sexo, escolaridad, etapa de desarrollo, índice de masa corporal, estado civil de los padres y nivel socioeconómico para la población mexicana.
- Conocer los antecedentes familiares, intereses personales, hábitos y autopercepción representativos para la unificación de particularidades significativas, determinados por el Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- El instrumento proporciona la detección oportuna de los trastornos de la conducta alimentaria con el fin de intervenir en sujetos que manifiesten dichos trastornos.
- Se identificó que los Trastornos de la Conducta Alimentaria no son exclusivos de algún sexo determinado.
- Se encontró que nivel socioeconómico es el más vulnerable a padecer los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en especial estas diferencias se dan en el nivel bajo y medio.
- Se reconoce que el estado civil de los padres no influyen para padecer algún Trastorno de la Conducta Alimentaria.

## SUGERENCIAS

Las sugerencias que se dan con relación a los resultados del estudio son:

1. Utilizar para posteriores investigaciones El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria con una muestra mayor y obtener datos representativos para la población mexicana.
2. Aumentar el rango de edad para comparar los diversos periodos de la adolescencia, así como comparar los niveles de educación media superior y superior.
3. Realizar la confiabilidad de pruebas paralelas, es decir comparar los resultados del cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria con otro instrumento que evalúe los trastornos de la conducta alimentaria.
4. Emplear El Cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, en grupos diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria y comparar datos con muestras de grupos diagnosticados sin algún trastorno alimentario, así como establecer perfiles de cada trastorno con dicho cuestionario.
5. Utilizar el cuestionario para Trastornos de la Conducta Alimentaria, para detectar grupos vulnerables e implementar programas de prevención oportuna del padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria.
6. Realizar más investigaciones con respecto a la sobrealimentación compulsiva y los trastornos no específicos con el cuestionario diseñado, ya que la mayoría de los estudios se centran más en la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y la obesidad.

## LIMITACIONES

A continuación se presentan las limitaciones del estudio.

- El tiempo de construcción del Cuestionario para trastornos de la conducta alimentaria, así como la dificultad para encontrar espacios para el piloteo y la aplicación final del instrumento.
- Dificultad para obtener una muestra representativa por la falta de empatía por parte de algunas Instituciones al efectuar este tipo de investigación
- Debido a que la población en este estudio fue pequeña no se puede generalizar a amplio margen de edad.
- Deficiencia y falta de investigaciones que reflejen información de la población mexicana, para contar con parámetros de comparación.

## A N E X O S

### ANEXO 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Área: \_\_\_\_\_ Edo. Civil de tus padres: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual en tu familia: \$ \_\_\_\_\_

Encierra en un círculo la opción elegida

- ¿ Quien de tu familia padece de sobrepeso?  
a) Mamá      b) Alguno de los padres      c) Padres y hermanos      d) Ambos padres      e) Ninguno
- Hablar del peso y la talla es uno de mis temas favoritos de conversación.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- La figura corporal que me gustaría tener es:  
a) Muy delgada      b) Delgada      c) Normal
- En mi familia pensamos que la belleza depende mucho del peso  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Uno de mis hábitos es ayunar.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Considero que soy una persona.  
a) Dependiente y perfeccionista      b) Impulsiva intolerante      c) Tímida y pasiva      d) Incontrolable y ansiosa      e) Dependiente intolerante      f) Independiente y segura
- Mis padres influyen en mi manera de comer.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Estoy a dieta para bajar de peso.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Pienso que estar delgado me ayudará a tener triunfo en mi carrera.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Considero que mi familia es:  
a) Rígida y estricta      b) Conflictiva      c) Aislada y retraída      d) Sobreprotectora      e) Rígida conflictiva      f) Comunicativa y unida
- Me molesta que mis actividades no me permitan hacer ejercicio.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Compro las revistas que contienen artículos de dietas.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- En las actividades que realizo habitualmente, mi capacidad de concentración ha disminuido.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Compro productos para adelgazar.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca
- Prefiero consumir productos light que los comunes.  
a) Siempre      b) Casi siempre      c) A veces      d) Pocas veces      e) Nunca

## REFERENCIAS

- Alexander Theron, Roodin Paul y Gorman Bernard (1988). Psicología Evolutiva. Madrid: Pirámide.
- Álvarez Rayón Georgina Leticia (2000). Validación en México de dos instrumentos para detectar trastornos alimentarios. Tesis. Licenciatura de Psicología.
- Asociación Nacional de Universidades e Intituciones de Educación Superior. ANUIES. (2002). Anuario Estadístico 2002. Población Escolar de Educación Media Superior. México,D.f. Dirección de Servicios Editoriales.
- Berryman Julian C. (1994). Psicología del Desarrollo. México: Manual Moderno.
- Braguinsky Jorge y cols. (1996). Obesidad. Patogenia, Clínica y Tratamiento. Buenos Aires: El Ateneo.
- Buela-Casal Gualberto, Caballo E. Vicente y Sierra J. Carlos. (1996). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo Veintiuno.
- Caballero B. (2001). Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona: Doyma,S.L.
- Carretero Maro, Palacios Jesús y Marchesi álvaro. (1995). Psicología Evolutiva 3. Adolescencia, Madurez y Senectud. España: Alianza.
- CIE-10. (1993). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor.
- Craig Grace J. (2001). Desarrollo Psicológico. México: Pearson.
- Creff Albert-Francois y Herschberg Alexandre-D. (1981). Manual de la Obesidad. Toraymasson.
- Crispo Rosina, Figueroa Eduardo y Guelar Diana. (1998). Anorexia-Bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado (1990). Barcelona, España:Océano.
- Duker Marilyn y Slade Roger. (1995). Anorexia y Bulimia. Un tratamiento Integrado. México:Limusa.
- Erikson Erik. (1981). La Adultez. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fenichel Otto (2000). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.
- Flavell John H. (1993). La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. México: Paidós.
- French Bárbara. (1999). La Bulimia. España: Oniro.
- Freud Anna. (1997). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- García- Camba Eduardo. (2002). Avance en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Obesidad. Barcelona: Masson.
- García Rodríguez Fernando. (1993). Las Adoradoras de la Delgadez. Anorexia Nerviosa. Madrid, España: Días de Santos S.A.

- Garfield Sol L. (1994). Psicología Clínica. México: Manual Moderno.
- Garner David M. (1998). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: TEA Ediciones.
- Goldman Howard H. (1994). Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
- Gómez Pérez -Mitre G. (1993). Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria de Riesgo en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10(1): 17-27.
- Hales Robert E., Yudofsky Stuart C. Talbott John A. (2000). DSM-IV. Tratado de Psiquiatría Tomo I. Barcelona: Masson.
- Harré Ram y Lamb Roger.(1986). Diccionario de Psicología Fisiológica y Clínica. Barcelona:Paidós.
- Hernández Sampieri Roberto, Frenández Collado Carlkos y Baptista Lucio Pilar. (1991). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.
- Hoffman Lois, Paros Scott y Hall Elizabeth. (1996). Psicología del Desarrollo Hoy. España: Mc Graw Hill.
- Horrocks John E. (2001). Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.
- Johnmarshall Revé. (1995). Motivación y Emoción. Madrid: Mc Graw Hill.
- Kaplan I. Harold y Sadock Benjamín. (1992). Tratado de Psiquiatría Tommo II. Barcelona, España: Masson-Salvat.
- Kerlinger Fred N. (1994). Investigación del Comportamiento. México: Mc Graw Hill.
- Manual Moderno y Estadístico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. DSM IV. (1996). Barcelona:Masson S.A.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV TR. (2000). Barcelona: Masson S.A.
- Martínez Fornés Santiago. (1995). La obsesión por la delgadez. México:Espasa Calpe.
- Monedero Carmelo. (1986). Psicología Evolutiva del Ciclo de Vida. España: Biblioteca Nueva.
- Moraleda Mariano. (1995). Psicología de Desarrollo. Infancia, Madurez y Senectud. España: Boixareu
- Morandé Gonzalo. (1999). La Anorexia. Cómo combatir y prevenir el miedo a engordar de los adolescentes. España. Temas de hoy.
- Moreno B., Monereo S y Álvarez J. (1998). Obesidad. Presente y Futuro. España: Aula Médica.
- Neugarten Berenice L. (1999). Los significados de la edad. España:Herder.
- Ortiz Jiménez Guadalupe. (2002). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

- Palma Escandón Marcela. (1997). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Cuadernos de Nutrición. V. 20 Núm.5 p.p. 21-28.
- Papalia Diane E. Y Wendkos Olds Sally. (1998). Desarrollo Humano. Colombia:Mc Graw Hill
- Papalia Diane E. Y Wendkos Olds Sally. (2001). Fundamentos de Desarrollo Humano. México:Mc Graw Hill.
- Pedrosa Ciriaco. (1976). La Psicología Evolutiva. Desarrollo del Individuo por Etapas. Madrid: Marova.
- Piaget Jean. (1999). La Psicología de la Inteligencia. Barcelona: Crítica.
- Poblano Arellano Cecilia y Trigueros Vega Perla Alicia. (2000). Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria en una Muestra de Población Adolescente Masculina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Rice Philip F. (1997). Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital. México: Prentice -Hall.
- Rundell R. James Y Wise G. Michael. (2001). Fundamentos de la Psiquiatría de Enlace. Barcelona: Ars Médica.
- Saldaña Carmina Y Rosell Rosa. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Saldaña García Carmina. (1994). Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Fundación Universidad.
- Sánchez Salgado Gabriel Y Mojica Miranda Verónica. (1998). Relación entre Conductas Alimentarias de Riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Saucedo Molina Teresita de Jesús. (1996). Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis. Licenciatura de Psicología.
- Sheehy Gail. (1978). La crisis de la edad adulta. España: Pomaire.
- Sherman Roberta T. Y Thompson Ron A. (1999). Bulimia. Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- Stassen Berger Kathleen y Thompson Ross A. (2001). Psicología del Desarrollo: Adulthood y Vejez. España: Médica Panamericana.
- StradaGraciela. (2002). El desafío de la anorexia. España: Síntesis.
- Tannenhouse Nora.(1999). Anorexia y Bulimia. Una guía práctica para superar los trastornos psicológicos que afectan los hábitos alimentarios. Barcelona, España:Plaza and Janes.
- Toro Josep. (1999). El cuerpo cómo delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona:Ariel Ciencia.
- Toro Josep Y Vilardell Enric. (1989). Anorexia Nerviosa. España: Martínez Roca.

Turón Gil Vicente José. (1997). Trastornos de la alimentación. Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad. Barcelona: Masson.

Wolman Benjamín B. (1993). Diccionario de ciencias de la conducta. México: Trillas.

Worchel Stephen y Shebilske Wayne. (1998). Psicología. Fundamentos y aplicaciones. España: Prentice Hall.