



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

Carrera Psicología

*La cultura alimentaria a través de creencias y autoimagen
en adolescentes con normo peso y sobrepeso*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO

DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N:

SHARONE MONTSERRAT ANDRADE

SORIA

LIZBETH

CASTRO

AMARO

Directora de tesis:

Maestra Raquel Del Socorro Guillen Riebeling



MÉXICO D .F. 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Capítulo 1.....	9
Cultura Alimentaria.....	9
1.1 Cultura de México.....	12
1.2 Cultura alimentaria.....	14
1.1.2 Conducta Alimentaria.....	23
1.3 Trastornos alimentarios.....	28
1.2.1 Anorexia.....	30
1.2.2 Bulimia.....	34
1.2.3 Obesidad y Sobrepeso.....	37
Capítulo 2.....	44
Adolescencia.....	44
2.1 Cultura y Adolescencia.....	45
2.2 Perspectivas en el estudio de la adolescencia.....	47
2.3 Desarrollo físico.....	50
2.4 Desarrollo psicológico.....	53
Capítulo 3.....	57
Autoimagen.....	57
3.1 La estructura de la imagen corporal.....	59
3.2 Teorías de la autoimagen.....	63
3.3 Satisfacción/ insatisfacción corporal.....	65
Capítulo 4.....	68
Método.....	68
4.1 Planteamiento del Problema.....	68
4.2 Objetivos.....	68
4.3 Hipótesis.....	68
4.4 Tipo de Estudio.....	68
4.5 Diseño.....	69
4.6 Población.....	69

4.7 Muestra.....	69
4.8 Situación experimental.....	69
4.9 Variables.....	69
4.10 Instrumentos.....	72
4.11 Procedimiento.....	72
4.12 Análisis Estadístico.....	73
Capitulo 5.....	74
Resultados.....	74
5.1 Descripción de la muestra.....	74
5.2 Creencias de Alimentación.....	75
5.3 Comparación de medias de Satisfacción de Imagen Corporal de las adolescentes con normo peso y sobrepeso.....	84
Capitulo 6.....	85
Discusión y Conclusiones.....	85
6.1 Discusión.....	85
Sugerencias y Limitaciones.....	92
6.2 Conclusiones.....	93
Aportaciones.....	95
Bibliografía.....	99

Resumen

La fuerte influencia que existe en la cultura alimentaria ha provocado que dentro de población de los adolescentes, principalmente mujeres, tengan una preocupación excesiva por el mantener o cuidar el peso corporal considerado con el ideal, al no cubrir este requisito, se presentan entonces los trastornos de alimentación. Por lo que el objetivo de la presente fue conocer si las adolescentes con normo peso y sobrepeso tienen satisfacción o insatisfacción con su autoimagen y cuáles son sus creencias de alimentación con lo cual se analizó su cultura alimentaria. Esta investigación es de tipo descriptivo, con un diseño cuasi-experimental, en el que participaron 50 mujeres adolescentes con normo peso y 50 con sobrepeso, del Municipio de Chalco, para lo cual se ocupó un muestreo no probabilístico intencional. La diferencia entre una muestra y otra no fue estadísticamente significativa ya que en ambos casos hay una preferencia por tener una silueta delgada, mostrando tener insatisfacción con su imagen corporal.

Introducción

La cultura es la capacidad superior del hombre para adquirir conocimientos mediante la experiencia y para comunicar lo aprendido por medio de símbolos, el principal de los cuales; es el lenguaje. El descubrimiento y la invención forman el contenido del aprendizaje del hombre y la acumulación y transmisión de ellos mediante procesos de enseñanzas y aprendizaje lo cual da como resultado el desarrollo de la cultura, característica de cada grupo humano. La parte esencial de la cultura consiste, al parecer, en proporcionar determinados juicios de valor en relación con las condiciones de vida.

Los seres humanos poseen estructuras biológicas altamente similares, tienen estructuras sociales muy semejantes y viven en ambientes físicos muy parecidos, lo cual ocasiona que las maneras en que se han formado las diferentes culturas sean muy semejantes.

La cultura incrementa el sentido de control sobre el medio ambiente, ya que ofrecen a sus miembros costumbres, mitos, normas, valores, etc., que les permite sentirse dentro de un sistema organizado y por lo tanto sentirse bien.

La cultura mexicana, ha recibido en muchos aspectos influencia de otras culturas desde la conquista de los Españoles, hasta hoy en día, principalmente de los países vecinos, se ha ido moldeando y trasformando la identidad nacional,

Esta mezcla ha tenido repercusiones en muchos sentidos, las costumbres se transforman y las tradiciones se afianzan, de tal manera que van cambiando los modismos, la ropa, los festejos, la comida, etc.

En las costumbres de alimentación, no ha sido la excepción, por lo que esta se ha ido modificando y adaptando al ritmo de vida que se lleva en una de las ciudades más grandes del mundo, México, actualmente es más fácil comprar una sopa instantánea que buscar un lugar donde comer una comida de tres tiempos, o es más sencillo comprar unas galletas y un refresco en la “*tiendita*”, que preparar en casa un alimento más rico en nutrientes. Muchas ocasiones esta circunstancia parte de la necesidad que se tiene de realizar las actividades en el menor tiempo posible y no queda tiempo para disfrutar una comida, ya que de hacerlo el trabajo se acumula y no se termina en los tiempos establecidos.

Sin embargo, todos estos cambios traen consigo ventajas y desventajas las cuales pueden afectar no solo a nivel social o económico, sino también a un nivel de salud.

La cultura alimentaria ha provocado que dentro de la población principalmente en los adolescentes, exista un descuido impresionante en sus costumbres y hábitos de alimentación, no sólo por la falta de tiempo que implican las obligaciones, sino por la preocupación excesiva por mantener o cuidar el peso corporal considerado como el ideal. Este tipo de problemática se presenta tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, dados los estereotipos sociales, es más común ver a una mujer preocupada por su peso que a un hombre.

La búsqueda de pertenecer al estereotipo de la mujer delgada, alta, de piel blanca, que aunque no son características que corresponden a nuestra cultura, han sido impulsados a través de los diferentes medios de comunicación y que traen, entre muchas repercusiones, la discrepancia entre lo que se es y lo que se desea ser, es decir, una distorsión entre la imagen corporal que se tiene y la que se desea, ya que al no cubrir los requisitos que establece la sociedad, las adolescentes sufren una insatisfacción hacia su imagen corporal, al no sentirse a gusto con su mismo cuerpo, están dispuestas a realizar “lo que sea”, con tal de encontrar en el espejo la imagen de la *mujer ideal*.

Este “*lo que sea*”, incluye desde dejar de comer tortilla, preferir el pan de fibra en lugar del blanco, o tomar productos que garantizan ser bajos en grasa o “*Light*”, e incluso realizar dietas que perjudican su salud o ayunos prolongados que finalmente tendrán una repercusión en todas sus esferas de desarrollo, tanto físico, psicológico y social.

Por tal razón, dentro del presente trabajo lo que se pretendió fue conocer si las adolescentes se sienten satisfechas o insatisfechas con su imagen corporal, y hasta que punto está es afectada por sus creencias y costumbres de alimentación, tratando en primer lugar, conocer, ¿cuáles y cómo son estas costumbres de alimentación? Y si existe una diferencia entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso en ambos aspectos.

Para ello, en primer lugar se presentan los capítulos teóricos, el primer capítulo abarca lo que es la cultura, posteriormente se explica como es la cultura de México y su cultura alimentaria, considerando la influencia que se ha recibido de otros países, finalmente se consideran lo que son los trastornos de conducta alimentaria entre los que se destacan la anorexia, bulimia; sobrepeso y obesidad, estas últimas no son consideradas plenamente como trastornos alimentarios, sin embargo, es importante destacar que tienen sus

repercusiones y principios psicológicos por lo que es de gran ayuda entender como se presentan estas problemáticas, al ser uno de nuestros grupos, mujeres con sobrepeso.

En el segundo capítulo se hace referencia a la adolescencia, al ser la etapa del desarrollo en la que se encuentran las mujeres que participaron en la presente investigación, se explican los cambios físicos y psicológicos que se viven en esta etapa, así como las diferentes perspectivas de estudio de la misma, y para concluir, lo que es la cultura de la adolescencia.

En el capítulo tres se retoman el concepto de autoimagen así como la formación de la misma, e identidad en la etapa de adolescencia, que les permitirá formar su propia personalidad para el futuro, y se explica en que consiste la insatisfacción y la satisfacción de la autoimagen y como es entendida esta.

En el capítulo cuarto se presenta el marco metodológico por medio del cual se trabajó la presente investigación, la que es de tipo descriptiva, con un diseño cuasi-experimental, en el que participaron 100 mujeres adolescentes entre 14 y 15 años de edad, del Municipio de Chalco, para lo cual se ocupó un muestreo no probabilístico intencional, el resto de los puntos metodológicos se detallan en este capítulo.

Finalmente, resulta de gran importancia conocer cuál es la situación en que se encuentran las adolescentes sobre su esfera psico-fisiológica, ya que las mujeres al no tener un cuidado de su salud en esas áreas, presentarán problemas graves en la edad adulta, cabe señalar que al conocer las creencias de alimentación que este grupo maneja será posible considerar diferentes alternativas de intervención que como psicólogos nos corresponde, al buscar estrategias que permitan una mejor calidad de vida, en la que se enseñen nuevos hábitos del comer, para cambiar las creencias que se tienen hasta ahora y que han hecho padecer a muchas adolescentes trastornos como la anorexia y la bulimia.

Capítulo 1

Cultura Alimentaria

Para iniciar este capítulo es necesario mencionar qué es la cultura. Definir cultura no es cosa sencilla, pues a lo largo de la historia se han dado varias definiciones las cuales varían conforme a los acontecimientos.

Entre los elementos que influyen en la integración de los seres humanos en la sociedad, la cultura es sin duda, el más significativo, en cuanto proporcionar los factores sociales y espirituales para que el hombre se entienda con sus semejantes (Bejar, 1994).

El término cultura apareció en la lengua escrita hacia 1515 según el diccionario de la Lengua Castellana de Joan Corominas y significaba la acción de cultivar o practicar algo, aunque la acepción científica del término se define como el complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, costumbres y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por el hombre como miembro de una sociedad.

Para Ellwood (1944) la cultura se origina, como rasgo humano, es la superior capacidad del hombre para adquirir conocimientos mediante la experiencia y para comunicar lo aprendido por medio de símbolos, el principal de los cuales es el lenguaje. El descubrimiento y la invención forman el contenido del aprendizaje del hombre y la acumulación y transmisión de ellos mediante procesos de enseñanzas de aprendizaje lo cual, da como resultado el desarrollo de la cultura, característica de cada grupo humano. La parte ostensible de la cultura se encuentra en la conducta efectiva del grupo. La parte esencial de la cultura consiste, al parecer, en determinados juicios de valor en relación con las condiciones de vida. Una definición completa debe comprender tanto los aspectos objetivos de la cultura como los subjetivos.

Por su parte, los investigadores de las ciencias sociales la han definido en innumerables ocasiones. Para Herskovis (1955) es aquella parte del medio ambiente creada por el hombre; Kluckhohn (1951) consideraba que la cultura es a la sociedad lo que la memoria es al individuo; Hofstede (1991) la comparó con un programa computacional (software) que controla la conducta; Skinner (1981) la concibió como una serie de patrones de reforzamiento (citados en Díaz-Guerrero, 1967).

Triadis (1994) la define como un conjunto de elementos objetivos (herramientas, carreras, etc.) y subjetivos (categorización, asociaciones, normas, valores, roles) que en el pasado incrementó la probabilidad de supervivencia de la especie humana, los resultados fueron satisfactorios para los participantes de un nicho ecológico en particular y fueron compartidos entre aquellos que podían comunicarse debido a la presencia de un lenguaje común y que vivían en el mismo lugar durante el mismo periodo de tiempo. El mismo autor, la define como Sociocultural, es decir, un sistema de premisas socioculturales interrelacionados que norman o gobiernan los sentimientos, las ideas y la jerarquización de las relaciones interpersonales.

A pesar de las múltiples definiciones de cultura, existen ciertos aspectos que han sido considerados, por todos los investigadores, como sus principales características: primero, la cultura emerge dentro de interacciones adaptativas, segundo, la cultura consiste en un conjunto de elementos compartidos y tercero, la cultura es transmitida a través del tiempo y de una generación a otra (Triadis, 1994).

Las tradiciones informan a las personas acerca de lo que ha resultado eficaz en el pasado, permitiéndoles adoptar conductas que pudieran ser útiles en el presente. Las costumbres hacen que el ambiente social sea más predecible. Los mitos explican qué sucedió en el pasado y por qué. La magia ofrece un sentido de control sobre el pasado y el futuro. Las normas o ideas acerca de lo que se debería de hacer en una determinada situación social indican que conductas resultaron útiles en el pasado y aseguran que aún en el futuro seguirán siendo eficaces. Los valores guían a las personas hacia aquellos aspectos del medio que resultan importantes y hacia las metas que se deben alcanzar y ofrecen estándares que pueden ser usados para evaluar la conducta propia y de los demás. La cultura influye en las maneras que los seres humanos seleccionan, interpretan, procesan y usan la información (Triadis, 1994)

Los elementos culturales incluyen; formas de vestir, innovaciones, tecnologías específicas, métodos de obtención y consumo de alimentos, actividades económicas, patrones de interacción social, patrones de crianza, la educación de los jóvenes, formas de tomar decisiones, modos de solución al conflicto, universo, preferencias estéticas, conductas que incrementan la comprensión del mundo, patrones de comunicación, etc., concretamente la cultura es multifactorial (Triadis, 1994).

Considerando a la cultura como conjunto coordinado y sintetizado de respuestas adaptativas que requieren de un esfuerzo social y personal, entonces la heterogeneidad de las condiciones ambientales, geográficas e históricas generan un sin número de respuestas y éstas a su vez irán creando formas culturales similares y distintas; semejantes y opuestas llamada subcultura. Este concepto debe entenderse como la comunidad que se basa en los valores de la cultura a la que pertenece y que se define más bien por aspectos secundarios (Béjar, 1994) Así por ejemplo, la subcultura yucateca comparte los valores esenciales de la cultura mexicana, sin embargo, por su localización geográfica, que la mantuvo casi al margen del resto de la nación por mucho tiempo, así como por su historia y por su población e idioma mestizos (Maya-española) entre otras características, se le confiere valores muy particulares que la hacen diferente.

En las ciencias sociales como es la psicología, no se toma en cuenta los aspectos estéticos e intelectuales en el uso del término cultural, el interés hacia ésta dentro de la psicología, es que un gran número de estudios han reportado que sí influye sobre una amplia gama de procesos psicológicos, tales como la percepción (Jahoda, 1966); la memoria (Cole y Gay, 1972); la inteligencia y el pensamiento (Berstein, 1970); el lenguaje (Whorf, 1956), el desarrollo psicológico (Anguas, 2000)

Es importante realizar la distinción, de cómo se considerará el concepto de cultura en el presente trabajo, se entenderá como la herencia social de un pueblo, que incluye a toda conducta humana que se aprende socialmente, no de manera biológica y que además es compartida por un grupo determinado de personas (Mack y Paease, 1980).

Por último se mencionara que la cultura tal y como aquí se ha abordado reúne las siguientes características:

- ψ es compartida por los miembros de un grupo, o por lo menos por la mayoría de estos
- ψ es aprendida, se trasmite de generación en generación
- ψ es creada en base a las características del entorno en que se desarrolla un grupo
- ψ se ve transformada a lo largo de la historia de una sociedad
- ψ confluye de manera determinante en el comportamiento del hombre.

1.1 Cultura de México

Para hablar de lo que es la cultura de México es importante mencionar que la República Mexicana posee una amplia diversidad cultural, debido a su riqueza en ecosistemas, a la presencia de numerosos e importantes grupos étnicos, a la variada influencia del viejo mundo sobre cada región, al desarrollo de diferentes lenguajes, costumbres, etc. Así, se han creado diferentes subculturas, que en su conjunto, obviamente, forman un todo llamado cultura mexicana con sus correspondientes características comunes (étnic) y parciales (émic) (Pike 1967, citado en McLaren, 1983).

Por otra parte, en Psicología como en cualquier otra ciencia que estudia al ser humano, el conocimiento de las condiciones económicas y sociales que caracterizan a los habitantes de las áreas geográficas de donde son tomadas las muestras, para realizar las investigaciones es importante, ya que permite realizar diferentes estudios, debido a que, muchas veces dichos fenómenos son unicasuales, en especial por aquellos aspectos esenciales del desarrollo de un país como educación, ocupación, vivienda etc.

La construcción de la Cultura” es el resultado de un proceso histórico que implica relaciones de poder, intercambios pacíficos, asimilaciones de elementos culturales exógenos y reinterpretaciones de los elementos culturales preexistentes. Los primeros intentos de caracterización del mexicano en un modo particular de comportarse se encuentran en la época del dominio español. Durante ese periodo en los informes de encomenderos y virreyes, se describe el “modo de ser” de los indios, mestizos y criollos, comparando con lo específicamente español (Bejar, 1994).

A principios del periodo colonial los frailes eran las únicas personas encargadas de conocer y registrar lenguas, historias, costumbres, conocimientos y tradiciones de “indios”. José Joaquín Blanco escritor mexicano de ese periodo narra como esas crónicas empezaron a considerarse “como algo subversivo y herético en tanto rescataban la cultura de los vencidos, por lo que hubo prohibiciones de no escribir acerca de las “supersticiones de estos indios” (Puga, Peschard y Castro, 1992).

Como es el caso de todos los países de América Latina, cuando México se liberó del dominio español, sus habitantes carecían de lo que es identidad nacional. Quizá lo único que la mayor parte de los mexicanos compartían al momento de la independencia era el haber nacido en un territorio que pretendía ser un Estado, y la religión católica. Fuera de

eso, los vínculos interregionales eran escasos y las identidades comunitarias y étnicas estaban muy arraigadas.

La nación en sus primeros años aspiraba a ser una nación criolla y blanca. Desde Francisco Xavier Clavijero hasta Pimentel, los criollos apelaban a la América para diferenciarse de los españoles. Lo extraño en el discurso de muchos criollos es que sus reivindicaciones estaban apoyadas en la adopción del pasado indígena mesoamericano como el elemento que definía la diferencia entre México y Europa. Al mismo tiempo, los criollos rechazaban a los indígenas sobrevivientes a la Conquista, pues consideraban que habían sido degradados y no tenían demasiado qué ver con aquella raza de grandes señores, portadores de la gran civilización prehispánica. Por ello, intentaron por muchos caminos eliminar a los indios del bello paisaje del México moderno: exterminio físico, aculturación (que entre otras cosas comprendía la castellanización y la supresión de las lenguas indígenas, la erradicación de las formas vernáculas de expresión cultural, de vestimenta...). En otras palabras, concebían que los indios podían incorporarse en el seno de la nación mexicana sólo si dejaban de ser lo que eran: indios.

Asociados al triunfo de la Revolución, aparecen nuevas maneras de concebir la identidad nacional. Uno de los pensadores clave en esta nueva etapa de la reflexión sobre lo mexicano es José Vasconcelos. Para este abogado, México era una suerte de "crisol" en el que confluían todas las razas. A la construcción de la cultura y de la historia del país habían contribuido lo mismo los europeos que los indígenas, los africanos que los asiáticos. Por lo tanto, los mexicanos por definición eran (y son) mestizos, tanto biológica como culturalmente. Vasconcelos llamaba raza cósmica a la mestiza, aquella en que confluiría lo mejor de todos los pueblos del orbe. Si tenemos en cuenta que por aquella época afluían en otras partes del mundo los movimientos de la pureza étnica, el pensamiento de Vasconcelos era sumamente revolucionario. Su influencia se hizo sentir inmediatamente en todo el país a través de la labor de la Secretaría de Educación Pública. Desde 1920 hasta 1940, la educación en México fue empleada como uno de los mecanismos por los cuales se difundió la tesis del México mestizo.

La escuela se dio a la labor de construir un pasado compartido, que se reforzaba por los medios de comunicación. En especial, el cine contribuyó a la formación de ciertos estereotipos de lo mexicano, que fueron sumamente criticados en años posteriores. En este

proceso de no más de tres décadas, la identidad mexicana era la del charro y la china poblana. Jalisco se convirtió por antonomasia en México. El mole y el tequila fueron elevados a la categoría de platillo y bebida nacionales. Se creó lo que Harris (1996) llama el santoral laico, en el cuál estaban incluidos ciertos personajes de la historia como héroes, y otros tantos como villanos (Cuauhtémoc, Cortés, Hidalgo, Iturbide, Juárez, Maximiliano...). El papel del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) también fue importante: a éste correspondió el rescate del pasado de las grandes culturas prehispánicas, que el discurso oficial mexicano reclama como propio.

1.2 Cultura alimentaria

El impacto de la cultura en la sociedad es tan natural y tan enraizado que su influencia en el comportamiento es notable. La cultura ofrece orden, dirección y guía a los miembros de una sociedad en todas las fases de su resolución de problemas humanos. Es dinámica y gradual y continuamente se transforma para adecuarse a las necesidades de la sociedad, se aprende como parte de la experiencia social. Desde niño se adquiere del entorno de una serie de creencias, valores y costumbres que contribuyen a su cultura. Ellos se adquieren a través del aprendizaje formal, informal y técnico (Recalde, 2003).

El desarrollo alimentario está condicionado en la sociedad por factores económicos, religiosos, políticos, sociales y biológicos. Dicho desarrollo es importante en la historia del hombre, no sólo por constituirse en una expresión acentuada de la vida cultural de cada pueblo, sino por contribuir al desarrollo biológico de los distintos grupos étnicos que han poblado y habitan el mundo (Cámara, 1989).

En la prehistoria el hombre fue cazador y recolector, obteniendo alimento del medio ambiente sin cultivar la tierra o domesticar a los animales, lo cual redundaba en un abastecimiento de comestibles incidental e irregular. En un periodo posterior, alrededor del año 8000 a. de C., el hombre descubrió la agricultura, actividad que le amplió no solamente el panorama alimentario, permitiéndole incorporar o introducir alguna variedad de alimentos en su dieta, sino que además le proporcionó la oportunidad de construir sociedades más estructuradas.

En tal sentido, se ha escrito que "a medida que las culturas se desarrollaron, se van adaptando a nuevos alimentos de diverso origen y distintos grados de complicación en su

preparación" (Broom & Selznick, 1976, pp. 15). Cada grupo ha creado un patrón particular de alimentación, utilizando en realidad y como base un número relativamente limitado de especies animales y vegetales. Se calcula, por ejemplo, que de los 2 millones de especies animales conocidas, tan solo aproximadamente 50 de ellas se han domesticado y empleado como alimento humano.

Para comprender la respuesta del hombre a su medio ambiente en cuanto a selección y consumo de alimentos, es conveniente examinar su comportamiento dentro de su contexto cultural. Así, puede aseverarse que la tradición cumple una función específica en la creación y mantenimiento de la cultura alimentaria, dado que la alimentación de un pueblo forma parte de sus hábitos, creencias y costumbres (Duran, 2005).

Por otra parte, es importante mencionar que la gastronomía de México es muy variada, pero puede unificarse en torno a dos elementos muy presentes: el chile y el maíz. Otros elementos a menudo empleados son la cebolla, el ajo, el jitomate, el tomatillo, el limón, los frijoles, el arroz, la carne de res o de puerco, el pollo, el guajolote, las grasas vegetales o animales, verduras para acompañar (calabaza, nopal, aguacate, repollo, rábano), y muchas especias.

En el centro y sur del país, la gastronomía prehispánica ha sido desplazada por una peculiar gastronomía mexicana mestiza, que incorpora ingredientes del viejo y del nuevo mundo, mezclas en ocasiones muy heterogéneas. Ejemplos muy claros de esta heterogeneidad son el mole, los chiles en nogada, el pozole y los tamales. En el norte del país, zona de praderas, predomina la carne en la alimentación y es frecuente la utilización de las tortillas de trigo. En la costa la gastronomía es rica en mariscos y pescado, situación que no se da en el resto del país, donde el consumo de pescado es muy restringido.

Muy comunes en México son los antojitos; en esta denominación entran platos generalmente preparados de manera rápida, entre los que se encuentran los populares tacos, las quesadillas, los sopos, las tostadas, las enchiladas, las tortas. Los antojitos mexicanos son en su mayoría preparados a base de maíz, muchas veces fritos en aceite y siempre acompañados de una salsa picante. Son sin embargo comida informal, rica en grasas y carbohidratos. Desde el punto de vista de la comida informal, son también muy populares las frituras.

Existe toda una cultura en torno al dulce. Los dulces generalmente lo son en exceso, entre ellos se pueden encontrar algunos hechos casi exclusivamente de azúcar, como las calaveras o los entierros típicos del Día de Muertos y los algodones de azúcar; otros incorporan leche, como los jamoncillos, las cocadas y los chongos, y algunos más son fruta con azúcar, es el caso de la conserva de higo, calabaza o chilacayote, o los ates. Otros dulces típicos son los dulces de tamarindo, los acitrones (cuyo ingrediente principal es el tejido de un cactus), las alegrías hechas de amaranto, la fruta curada en alcohol o cristalizada, la colación (caramelos con almendra). Muy recurridos son también los helados, las nieves y los raspados, con todas sus variedades. La combinación de dulce con chile también es patente; los casos más sencillos son la fruta con sal y chile, pero también existen los tamarindos con chile, los caramelos con chile, el chamoy, y las nieves y paletas enchiladas. Toda una variedad de pan dulce refleja el gusto de los mexicanos hacia lo azucarado.

Las aguas frescas también son básicas en la gastronomía mexicana, generalmente para acompañar la comida, o como golosina, y las hay de infinidad de sabores. Es por esta afición a las bebidas saborizadas que México es uno de los países de mayor consumo de bebidas gaseosas (refrescos), cuyo mercado es dominado por compañías estadounidenses, pero es abundante en marcas locales.

Entre las gastronomías extranjeras, una de las más recurridas es la española. Los embutidos como el chorizo o la longaniza es un elemento muy utilizado en la comida mexicana. También es común en las ciudades la preparación de paella, fabada o tortilla española. En un país muy aficionado a la comida rápida, hay platos muy populares procedentes de la fast food estadounidense, como las hamburguesas, las papas fritas con salsa cátsup, los hot-dogs y las pizzas. También la cocina china ha hecho su entrada exitosa, principalmente en las ciudades medianas y grandes, en la frontera norte y en la Ciudad de México; los platos orientales son preparados muy a la manera de México.

Por otra parte, debe destacarse que los avances tecnológicos han propiciado cambios en la conducta humana; con mayor rapidez que en tiempos pasados, se han alterado las costumbres y las tradiciones y se han reemplazado por otras nuevas; asimismo la rapidez de los cambios ha impedido probar si tales costumbres se arraigaron en varias generaciones, y sin embargo, los nuevos hábitos se establecen rápidamente debido a las condiciones de vida

constantemente cambiantes. Desde luego, los cambios culturales alimentarios también están inmersos en ese mismo proceso de transformación acelerada (Cámara, 1989).

En el mismo momento en que sucedió el encuentro de dos mundos, de dos culturas, se inició el proceso de transculturación indígena-europeo, dando origen a nuestra cultura alimentaria, que ha sufrido las transformaciones propias de toda cultura nacional. Como ya se mencionó, la cultura alimentaria no sólo se refiere a los alimentos que consume el pueblo, sino también a los métodos y técnicas de preparación, así como a la producción y el consumo de ellos. Durante el mestizaje alimentario español-indígena más acentuado en la cultura mexicana, se trajeron a México alimentos como la res, cerdo, cabra, carnero, olivo, caña de azúcar, ciruela, trigo, entre otros. Por su parte la cultura indígena aportó maíz, frijol, guajolote, chachalaca, cacao, cacahuate, chile, yuca, papa, jitomate, por mencionar algunos. Asimismo, se introdujeron en México técnicas de preparación de alimentos como lo es la fritura, tan común en la actualidad, pero totalmente ajena en ese entonces a nuestras civilizaciones indígenas.

Duran (2005) en su artículo “*La identidad nacional a través del fortalecimiento de la cultura alimentaria*”, menciona que la influencia de España en la cocina mexicana fue definitiva. Sin embargo, en medio de una mezcla de costumbres, comidas y bebidas, las creaciones mexicanas fueron alcanzando primacía sobre las españolas. En el siglo XVIII, la cocina mexicana toma influencia del barroco y se crean gran cantidad de platillos ahora nacionales; entre ellos, destacan los moles, tamales, atoles y morcillas.

Al término del siglo XIX se dio un gran impulso a la creación culinaria, recibiendo influencia no sólo de la cocina española sino también de la oriental, africana y caribeña.

Con la Independencia y la separación de España, Francia se acercó a México, los productos franceses comenzaron a influir en la cultura alimentaria de la nueva nación, también empezó a notarse cierto influjo de los Estados Unidos; apareció en México el horario norteamericano, las nevarías, los cafés, los dulces y los postres (Cámara 1989).

La influencia de los Estados Unidos se acentúa por medio del cine, la publicidad y la moda. Cambian los hábitos de la población mexicana; se adquiere, por ejemplo, el hábito del almuerzo rápido (lunch).

Al paso del tiempo, la cultura alimentaria en México a ido cambiando y la influencia de otros países a sido una de las causas, en la actualidad encontramos que, el fenómeno de la transformación de los hábitos alimentarios ocurre a menudo debido al deseo de consumir "alimentos de mayor prestigio social" pan blanco en sustitución de tortillas; café soluble en lugar de atole, té en sustitución de leche, productos bajos en grasas pero con mayor fermentación; tales variaciones son perjudiciales, pues no corresponden a nuestra cultura alimentaria y con frecuencia agregan una pesada e innecesaria carga al ingreso familiar.(Duran, 2005)

Actualmente el uso indiscriminado de los alimentos industrializados de poco valor nutritivo está modificando la dieta de los distintos grupos de la población mexicana. Donde las grandes empresas alimentarias llevan a cabo fuertes inversiones de publicidad. La mayoría de ella controla la producción de alimentos para niños y adolescentes, por lo que vende una variada cantidad de productos light, bebidas gaseosas, comida rápida etc. De tal suerte, estas empresas han monopolizado la producción y elaboración de algunos productos, los han difundido entre la población mexicana y han ocurrido desplazamientos de otros alimentos propios de la región, más nutritivos y de menor costo. Por mencionar un caso, se deja de comer bolillo por comer pan rebanado; se olvidan las salsas caseras y se prefiere la salsa de jitomate (catsup); y el maíz se ingiere no en tortillas o elotes sino en forma de hojuelas (Cámara, 1989).

La cultura alimentaria, resulta del crecimiento y del desarrollo no selectivo de la industria alimentaria del país. Duran (2005) menciona que este crecimiento incluye la producción de alimentos industrializados y está caracterizado por un modelo agrícola que privilegia los cultivos destinados a la exportación y al consumo de los sectores de la población de más altos ingresos. La publicidad alimentaria induce fuertemente a la formación de nuevos patrones de consumo. Sus efectos más dañinos son: modificación indiscriminada de los hábitos de consumo, encarecimiento de los alimentos, desorientación del gasto alimentario familiar y frecuentemente contribuye al deterioro de la calidad nutritiva de la ingesta. Esto se debe principalmente a la sustitución de alimentos tradicionales de alto contenido nutritivo, por productos llamados "llenadores", de costos muy elevados, justificados por el valor "agregado" de "estatus y prestigio" que le imprimen

las firmas publicitarias. Pero esta situación lleva mas allá del consumir o no los productos de publicidad, a un problema mayor de alimentación.

Pocos temas despiertan tanto interés académico y han llegado a producir publicaciones científicas en los últimos años como el tema de la cultura alimentaría. Las publicaciones e investigación en este tema, permiten ubicarse en un contexto para profundizar y reflexionar, no sobre un concepto en lo particular como lo es el de la cultura, mas bien invita al hecho de formular preguntas y revisar las percepciones para entender todas aquellas expresiones tan diversas dadas en los planos de lo material y conductas de los sujetos. Es un hecho que los individuos que conforman un grupo o sociedad demuestran la existencia de un intercambio en sus formas de expresión y selección, medio por el cual se definen valores mediante la percepción que se convierte en un determinante del actuar del individuo y el campo de la alimentación es un área en el que se encuentran valores y expresiones culturales tan diversas.

Es muy valida la afirmación que menciona Pilcher (2001), cuando señala que las vinculaciones entre lo que la gente es y lo que come, tiene profundas raíces en su historia destacando las influencias manifiestas de género, raza y clase sobre ciertas preferencias en materia de comida desde épocas prehispánicas hasta la actualidad, y que incluso como grupo o comunidad se configura en la evolución de la cocina y su relación con la identidad nacional.

Kuper (1974) menciona que el hombre, a diferencia de cualquier otro ser vivo se ha visto en la necesidad de hacer cultura para asegurar su existencia, controlar y dominar su entorno físico y social. Esta observación no es única ni reciente ya en diferentes tiempos lo han visualizado filósofos, naturistas, exploradores, antropólogos, sociólogos, misioneros, y biólogos que por medio de un acercamiento y de ciertas habilidades, han podido incorporarse y hacer participativa sus acciones para la consecución de sus intereses

Como ya bien se ha mencionado la cultura abarca tanto aspectos objetivos como subjetivos del hombre, y la civilización aspectos concretos, objetivos, cuantificables para identificar mejor los avances tecnológicos de la cultura. Posiblemente es aquí donde radica mucha o en mayor parte la confusión por definir en los estudios de carácter científico que es cuantificable en la apreciación de la cultura y que debe ser considerado como un valor categórico, que distingue a cierto grupo por sus manifestaciones y el orden de organización.

Beattie, (1974, 24), señala en su texto *Otras Culturas* lo siguiente: "Han ocurrido y continúan ocurriendo graves malentendidos por que la gente ha intentado medir las instituciones de otras sociedades diferentes y poco conocidas en términos de las categorías conocidas e incuestionables de sus propias culturas. Mientras más grandes sean las diferencias entre los intereses de las sociedades y menos completo el contacto ya establecido entre ellas mayor será el peligro de serias equivocaciones".

En el campo de la alimentación: comida, dieta y cultura son dimensionados a diferentes campos para su análisis; el histórico, biológico, económico, político y social. El hecho radica en que la humanidad por tener una relación con la alimentación se convierte en el actor principal y es ahí donde la comida, dieta y cultura ocupan un lugar relevante por la función que desempeña y que mucho tiene que ver con el conocimiento y el equilibrio de una sociedad o comunidad saludable en toda la extensión de sus instituciones.

Hablar de cultura es llegar a estudiar y conocer al hombre, despojándose de un etnocentrismo que no conduzca a la discriminación y tampoco se aparte de razonamientos en la búsqueda de imponer nuestra propia cultura. La cultura es una experiencia propia del ser humano para resolver los problemas de su existencia, por lo tanto donde haya hombres, habrá cultura para sobrevivir. Las variantes regionales o locales son algo lógico ya que están en íntima relación con la diversidad de recursos naturales que hay en su hábitat y con la inventiva creatividad del hombre: modas de vestir, modos de elaborar platillos y su cocina, formas de expresión artística, tecnología, etc. (Beattie, 1974). Apreciar una cultura estable no significa que se encuentre estática o sin dinamismo, no es tampoco sinónimo de atraso; de hecho cabe la posibilidad de descubrir que aprovecha y controla su entorno, situación que le permite su equilibrio y permanencia.

Foster (1980), ha descrito como una cultura de ser estática, al pasar a una dinámica de cambio planeado presenta resistencias. Innumerables son las experiencias en este campo en el cual las comunidades o grupos sociales perciben el desplazamiento, modificación o la ruptura de lo tradicional por fuerzas que están a favor de modificar componentes de la cultura como lo es el alimenticio o de la alimentación. Sin embargo, desde la plataforma de análisis que tiene la teoría de la cultura siempre será interesante el saber si se trabaja sobre necesidades sentidas por parte de la comunidad, lo cual puede hacer del cambio planeado

un éxito una vez que se haya respondido y participado conforme a los lineamientos que exigen trabajar e identificar junto con ellos, o en forma practica y operativa con su cultura

Son diversos los conceptos y las definiciones de lo que es la alimentación, estos se han diversificado por la percepciones, simbolismos, aspectos, variedades, propiedades y experimentos, que realizados por el hombre en el transcurrir de la historia, le han permitido el haber experimentando en su mismo cuerpo, para posteriormente y sobre la premisa de reconocer sus propiedades ha considerado que alimento pudiese ser cualquier sustancia natural o sintética que contenga uno o varios de los principios de la química o catalogado como hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y sales orgánicas. Alimento entonces se ha definido como cualquier sustancia que introducida a la sangre, nutre, repara al desgaste, da energía y calor al organismo, sin perjudicarlo ni provocarle pérdida de su actividad funcional (Contreras, 2002).

Según el Código Alimentario Español "Alimento" es toda sustancia o producto de cualquier naturaleza, sólido o líquido, natural o transformado, que por sus características, aplicaciones, componentes, preparación y estado de conservación sean susceptibles de ser habitual e idóneamente utilizados a alguno de los fines siguientes:

- a) Para la normal nutrición humana o como fruitivos.
- b) Como productos dietéticos, en casos especiales de la alimentación humana.

Para los países miembros de la Unión Europea un concepto jurídico publicado en Enero del 2002 en el reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo ha establecido que por alimento o producto alimenticio; será cualquier sustancia o producto destinado a ser ingerido por los seres humanos o con probabilidad de serlo, tanto si han sido procesados entera o parcialmente, como sino. El concepto de alimento se extiende a todas aquellas sustancias, ingredientes, materias primas, aditivas y nutrientes ingeridas por el ser humano a través del tracto gastrointestinal. En su nueva definición se consideran alimentos a las bebidas, la goma de mascar, el agua, así como cualquier sustancia incorporada voluntariamente al alimento durante su fabricación, preparación o tratamiento (aditivos, grasas y vitaminas) además de aquellos residuos derivados de la producción y el procesamiento de alimentos, como son los residuos de medicamentos veterinarios y de plaguicidas.

Esta vigilancia por establecer jurídicamente lo que es alimento denota la unión y relación nuevamente de los alimentos con el hombre, pero con una nueva perspectiva en la que han evolucionado y se han transformado los nuevos escenarios y contextos de donde provienen los nuevos alimentos que son accesibles para el consumo del ser humano, por lo tanto, de la conformación de su nueva Cultura Alimentaria. (Lowenberg, Todhunter, Wilson, Feeney & Savage, 1985)

Cuando se hace referencia al alimento como parte de la cultura lo posicionamos en contextos que tienen que ver con el hombre en lo social, lo psicológico, lo económico, lo simbólico, lo religioso, destacando nuevamente la función que tiene la alimentación en el hombre y en los grupos sociales, también es un hecho el que la alimentación dentro de la conceptualización y su evaluación orgánico-biológica demuestra los efectos devastadores o generadores de lo nutricional que estos poseen para desarrollar el cuerpo y organismo además de ciertas actividades físicas y sociales a la vez. Sin embargo, la alimentación en su relación con las actividades sociales – culturales denotan las prácticas por tradición, costumbres y creencias sobre lo que puede ser bueno y malo en su consumo alimenticio para la salud. Es así como una serie de actividades y conocimientos reflejados por conductas en el hombre describen como las personas, se han adaptado a nuestra cultura alimentaria (Lara & Mateos, 1994)

El alimento bajo ciertos enfoques teóricos coloca a la nutrición actualmente como una disciplina mucho más valiosa en el plano científico cuando precisamente incorpora los aspectos bio – psico – social en esa perspectiva que no solo es de práctica determinista, sino contemplando los análisis de las teorías funcionalistas, estructuralistas, evolucionistas y ecológico cultural para fundamentar como la alimentación lleva implícita cuestiones morales, de prestigio, de poder y de orden social, como en la sociedad y la comunidad el alimento se ha convertido en parte de la imagen por sus efectos y no solo eso sino como también brinda placer, status y es apreciado como un arte. En si la cultura alimentaria no solo es un reflejo con diversidad de características banales que pueden ser enumeradas para ser identificadas como en un determinado momento pudieran tomarse las características citadas por Herscovici, (1990), con respecto a lo que es la cultura sin haberlas analizado y comprendido.

1.1.2 Conducta alimentaria.

Los seres vivos para mantener y desarrollar su existencia necesitan captar del medio que les rodea, es decir aquellos elementos que les son precisos, las conductas alimentarias están reguladas por mecanismos automáticos mediados por el sistema central. El individuo normal, en situaciones de no precariedad, presenta unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y sed, con respuestas hacia la saciedad correctas. Desde hace tiempo se reconoce al hipotálamo como el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismo mucho más complejos relacionados con la alimentación. Es indudable el valor de la alimentación en el desarrollo psicológico, ya que desde el pecho materno el niño aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto, la relación de la comida con estos sentimientos se mantendrá a lo largo de toda la vida ya que es un hecho evidente que algunos estados emocionales, como la ansiedad, la depresión o la alegría, influirán decisivamente en los procesos de la alimentación (Contreras, 2002)

Pero esto no es todo, desde el alba de la humanidad el acto de comer ha sido un acto eminentemente social y cultural. Todo ser vivo, para mantenerse como tal, necesita alimentarse. Por lo que la imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer, pero la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente superviviente se ve obligado a practicar miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida (los alimentos) y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión. Es decir aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas, desde el nacimiento comer es un acto social y esta socialización del comer se mantiene a lo largo de toda la vida (Lore & Mateos, 2002).

Toro (1999) enlista diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente los distintos significados que se les pueden atribuir.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño

6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional
10. Significar status social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza

Evidentemente, mucho de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez. Pero, al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la historia de la humanidad parecen mantener su vigencia. Históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus de los modos de alimentarse constituye un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigios. El deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos y de manera de mesa inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar a constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Toro, 1999).

De acuerdo con Chinchilla (2003), el comportamiento alimentario en condiciones normales suele tener poca incertidumbre a lo largo de la vida y éstas están en función de mantener un peso estable que asegure la salud y la calidad de vida. Para ello, el organismo tiene todo un complejo e increíble sistema que asegure, mediante la ingestión de los alimentos, los aportes nutricionales a todos y cada uno de los órganos y sistemas que garantizan la vida:

- ψ Estructuras o áreas nerviosas centrales.
- ψ Neuromediadores.
- ψ Receptores.
- ψ Monomanías.
- ψ Señales digestivas y metabólicas.
- ψ Señales sensoriales.
- ψ Factores cognitivos.
- ψ Estados emocionales

La regulación es la ingestión de alimentos el cual es un proceso muy complejo en el se encuentra la influencia psicológica y cultural, las cuales desempeñan sus funciones en los mecanismos fisiológicos básicos se mencionan posteriormente. El hambre conjunto de sensaciones experimentales por los cambios en el estado fisiológico del organismo, que el hombre y en los mamíferos superiores conduce a la ingestión de alimento. La saciedad es la sensación de haber abolido el hambre y se relaciona con el sistema digestivo. El apetito es el deseo de alimento y un estado afectivo, y la saciedad es el estado afectivo correspondiente en relación con la saciedad y significa el deseo de no comer. Al parecer, la regulación del consumo de alimentos se dirige principalmente a la ingestión de energía, que se ajusta al equilibrio y requerimientos de energía. No es claro el mecanismo de ajuste a corto plazo. No se sabe exactamente por qué se deja de comer. Cuando la actividad se modifica en forma abrupta no hay un cambio correspondiente inmediato en la ingestión de alimentos, pero después de algunas semanas el apetito parece controlarla y el peso corporal se conserva constantemente (Mclaren, 1983).

Por otra parte, cabe mencionar que la conducta alimentaría puede definirse como una conducta psicosocial por excelencia ya que es en la familia donde se aprenden gustos, aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaría puede resultar influida posteriormente por los padres, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores. El acto de comer no sólo representa la ingestión de alimento como ya se menciono anteriormente. Desde nuestros primeros días de vida, el acto de comer se separa de la función de sobrevivencia, de tal manera que al mismo tiempo que

la contiene la rebasa, incluida la identificación de su origen, lo que implica un proceso más complejo que el de la sola nutrición (Gómez Pérez-Mitré, Unikel & Saucedo 2001).

Es importante mencionar que las conductas alimentarias pueden tomarse como conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, entre otras) directamente relacionadas con el estado de salud/enfermedad de un sujeto individual o colectivo. Los desordenes alimentarios se caracterizan por severas alteraciones en la conducta alimentaria. La incidencia de los mismos se ha ido incrementando dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil; estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak & Crago, 1997, citado en Saucedo, 1996).

Algunas investigaciones han provisto de información acerca de problemas de salud de gente joven, basadas en el desarrollo de información de problemas de adolescencia que empezaron en los años 60s. Bernal (2002), reportó una larga variedad de “necesidades” de salud personal expresadas por los adolescente. En el campo del estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran cuatro principales entidades: sobrepeso, obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Son fenómenos complejos, íntimamente relacionados que en realidad difícilmente se encuentran en forma pura. En lo que respecta a lo biológico subyace a los tres el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y es en el manejo de este balance donde pueden encontrarse la confluencia y la interrelación de diferentes factores, pues aunque el origen biológico influye en la habilidad individual para un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social.

Otro estudio respecto a los trastornos alimenticios, realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997) cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (anorexia, bulimia y obesidad) en una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado; los resultados mostraron que dentro de la población estudiada: la existencia del problema de obesidad en un 2%, y el problema de sobrepeso con una prevalencia del 41%. Se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios entre las cuales se encontraron: las purgas, acceso bulímico o binge eating y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

El ser humano durante su existencia, pero en particular entre la infancia y adolescencia, está rodeado de factores culturales, sociales y psicológicos que no sólo inciden en su maduración sino que al mismo tiempo influyen en su manera de ser. Dentro de esta última está su comportamiento frente al alimento, el cual se relaciona con una amplia serie de necesidades y apetencias que tendrá que satisfacerse mediante mecanismos de selección, aceptación o rechazo. Después de la adolescencia, tener una adecuada alimentación continúa siendo la fuente de energía y bienestar, que son básicos para la consecución de una vida equilibrada y productiva en lo individual y social. Los factores psicológicos tienen gran importancia tanto en la conducta o manera de ser frente al alimento, como en la creación de los hábitos alimentarios. Si en un principio éstos se dan, particularmente por la interacción madre e hijo, a medida que transcurren las etapas básicas del desarrollo humano, tales factores psicológicos se irán ampliando como consecuencia no sólo de la interacción interfamiliar y escolar, sino también con sus padres y adultos extrafamiliares. Los gustos y la apetencia por sabores, olores y colores relacionados con la comida cambian durante el proceso de maduración y, sin quitar importancia a la influencia social o la presencia de determinantes psicológicos, la preferencia es el factor que predispone para la formación de hábitos alimentarios y la selección o rechazo de los alimentos que se tiene a disposición (carnes, legumbres, frutas) (Dulanto, 2000).

En la actualidad se tiene un concepto equivocado sobre cómo y porqué de la alimentación provocando otro tipo de trastornos como la bulimia, anorexia y obesidad, a lo largo de la historia se ha observado la metamorfosis de la apariencia, principalmente la femenil. El siglo XX fue testigo de un cambio rotundo en la apreciación de la estética corporal femenina, los medios de comunicación visuales y de la moda han sido cómplices de liberar un culto al cuerpo de dimensiones andróginas (Toro, 1999).

Por lo que esto lleva hablar de trastornos alimentarios lo cual día a día son más comunes en la sociedad mexicana, basta con abrir los periódicos o prender el televisor y ver los casos que en él se mencionan sobre adolescentes que han muerto por este tipo de trastornos.

En un artículo publicado por la revista *psiquiatria.com*. 2001; 5(4) “Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA): ¿Unidades específicas?” Se menciona que los trastornos del comer son enfermedades conductuales devastadoras producidas por

una compleja interacción de factores, que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez. Los trastornos del comer generalmente se refieren como anorexia nerviosa, bulimia y sobrepeso y obesidad.

1.3 Trastornos alimentarios.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) responden a una etiología multifactorial, esto es, obedecen a múltiples causas o determinantes. Los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos; el temor a aumentar de peso y el temor a perder el control sobre el comer. Tanto la anorexia como la bulimia son motivadas por el deseo de estar delgado y el temor a estar gordo, independientemente del peso real de la persona. El miedo a las consecuencias de comer alimentos “prohibidos”, generalmente con alto contenido calórico, lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación (Unikel & Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Se entiende por trastorno de la alimentación como un nombre genérico que abarca tres principales enfermedades: Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad. Se le dice “nerviosa” para distinguir que la anorexia o la bulimia pudieran ser de origen biológico, fisiológico. Así, por ejemplo, anorexia quiere decir sin hambre; y nerviosa señala que su origen es nervioso, emocional, psicológico. Una cuestión de orden mental (Gómez Pérez-Mitré, 2002).

Para Alemany (1995) los trastornos alimenticios constituyen una auténtica epidemia, ya que aparecen más síntomas relacionados con la presencia de dichos trastornos en la población normal.

Hasta antes de los años 60s los trastornos de la conducta alimentaria eran considerados como enfermedades raras, sin embargo, a partir de que las estadísticas sugieren que el diagnóstico está siendo cada vez más frecuente, y su relación con otros factores socioculturales, ha ocurrido en muchos países con relación al rol y a las metas femeninas y específicamente en relación con las expectativas ideales de delgadez, que en la práctica han venido a representar uno de los criterios para ser considerada y/o considerarse

atractiva o no, y por los cambios que ha habido, en consecuencia, con respecto a las actitudes hacia la obesidad (Unikel & Gómez Pérez-Mitre, en revisión editorial)

En 1987 Yager & Landsverk observaron como efecto de influencias culturales que las mujeres con desordenes alimentarios se preocupaban por su peso. El primer artículo popular sobre los desórdenes de la alimentación fue publicado el 21 de agosto de 1926 en el periódico norteamericano "The Saturday Evening Post", titulado "Gordura y Moda" (citado en Holtz, 1995).

Holtz (1995) menciona que los principales factores de riesgo de los desordenes de la conducta alimentaria son el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, ya que se presenta más en mujeres (95%) que en hombres, en adolescentes y jóvenes (dentro de un aproximado de 13 a 22 años) en clase media y alta. Pope y cols. (1987) hallaron que son más comunes estos desórdenes en el nivel socioeconómico alto, por lo que se puede concluir que no hay una clase socioeconómica que no tenga este tipo de trastornos.

Unikel (1998) encontró que la presencia de síndromes parciales de los desórdenes del comer, aparecían en su mayoría en las estudiantes con el peso corporal normal (57.4%)

Rivera (1997) informó que los factores de riesgo alimentario son independientes del nivel socioeconómico, aunque el peso corporal si se relacionaba, ya que muestra que la mayoría de los adolescentes de peso normal realizaba dieta.

Los trastornos de la conducta alimentaria son problemas conductuales resultantes de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales (Zukeffid, 1998). En el último Manual de Diagnósticos, el DSM-IV, de 1994, se consideran 3 tipos: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y un tercer grupo denominado "No Especificado" en este grupo se pueden incluir el Sobrepeso y la Obesidad. (American Psychiatric Association, 1994)

La influencia sociocultural es evidente y poderosa, habiendo una difusión comercial intensa y totalmente contradictoria de comida abundante y mal balanceada pero provocativa (comida "chatarra") y, a la vez, de un estímulo hacia la delgadez como indicador de elegancia, belleza y buena salud. Este doble mensaje, muy difundido por la sociedad, es factor de influencia importante en el incremento mundial de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, sobrepeso y obesidad (Brown, Witherspoon, Hargreaves & Tiggemann, 2002).

Como ya se mencionó anteriormente, los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dentro de la categoría de trastornos del comportamiento alimentario se agrupa una serie de alteraciones conductuales que varían en las manifestaciones y gravedad de su sintomatología. De los tipos de trastornos más comunes que afectan tanto a niños y adolescente como adultos, se encuentran tres principales entidades: anorexia, bulimia y obesidad; aunque Saldaña (1994) incluye también a la sobreingesta compulsiva. Para la presente investigación solo se tomara en cuenta los tres trastornos principales.

1.2.1 Anorexia

El termino griego anorexis se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de “falta de deseo”. Si bien el “Padre de la Medicina”, el famoso médico griego Hipócrates (460-377 A d. C) no utilizó esta palabra, su colega y compatriota Galeno (129-209 D de C) al comentar el libro “Epidemias del Corpus Hippocraticum”, dice que los griegos llaman anorektous y asitous a los que rechazan los alimentos, mientras que llaman apositous a los que ingieren y luego sienten repulsión por un alimento. El término anorexia continuó siendo usado con los médicos a lo largo del siglo, adjudicándola a diversas etiologías, según la época: factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas, desequilibrio entre los “humores”, factores neurológicos o psíquicos. Durante los primeros mil años de su existencia, la religión católicas sostenía que muchos enfermos, incluso algunos que practicaban el ayuno prolongado, estaban poseídos por el demonio (Holtz, 1995).

La anorexia nerviosa puede entenderse como un trastorno bio-psico-socio-cultural severo caracterizado por el rechazo voluntario de la ingesta de alimentos y por una importante pérdida de peso corporal, así mismo el estudio de la anorexia nerviosa se inicia en 1950 en la época moderna (Gómez Pérez-Mitré, 2001)

Las personas que padecen esta enfermedad, presentan una obsesión por no comer, una compulsión reforzada fisiológicamente por una euforia biológica, producida por la misma inanición y psicológicamente, por el sentimiento de autocontrol, así como una percepción distorsionada, sobre-estimación del propio cuerpo y una actitud tendiente a la sobre valoración de la delgadez, son aspectos que parecen motivar este trastorno

alimentario, donde tales preocupaciones constituyen la psicología central de la anorexia (Dukei, 1992).

La mayoría de pacientes con trastornos alimentarios y en particular los anoréxicos, se caracterizan por su resistencia a aceptar o a demandar toda forma de intervención terapéutica; niegan con frecuencia la existencia de la enfermedad y son hospitalizados cuando su condición somática se ha deteriorado y la sintomatología se ha vuelto crónica (Serrano, Van, Roelandts & Cornu, 1992).

Por otra parte Riobó, (2001) define a la anorexia como una enfermedad psiquiátrica, en la cual existe un medio obsesivo a ganar peso y un placer en la pérdida constante del mismo. Se podría decir una “fobia al peso”, lo que implica el rechazo del cuerpo, el aspecto más llamativo es esa “lucha por mantenerse delgada”. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50% de las personas que lo padecen usan también el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o antidiuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso, aparece en jóvenes adolescentes y es una enfermedad muy grave. Riobó, considera dos subtipos de anorexia nerviosa:

Subtipo bulímico: Durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

Subtipo restrictivo: Durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.

Saldaña (1994) define a la anorexia nerviosa como un trastorno complejo; en su génesis y mantenimiento, juegan un papel importante la interacción de diversos factores, tales como genético, psicológico, cognitivos socioculturales etc. Afecta básicamente a las mujeres, sobre todo jóvenes adolescentes, de nivel sociocultural medio alto y alto.

Definición y diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV

De acuerdo con los principios que se establecen en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), del cual se tomara la definición para realizar esta investigación, define a la anorexia como el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. Ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable). Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso

estando por debajo del peso normal. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. Ej., con la administración de estrógenos).

Por otra parte se considera que existen dos tipos de anorexia:

1. Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).
2. Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

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. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea (suspensión de la menstruación) (Toro, 1999) .

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por 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. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo (Saldaña, 1994).

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales. Algunas personas se encuentran “obesas”, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula. La medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas “obesas”. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves (Riobó, 2001).

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo - compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o poner fuera de sí por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realiza el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo - compulsivo. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento intolerante, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996)

Por otra parte es importante mencionar que la anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres, los estudios sobre influencia realizados entre chicas adolescentes y

jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0.5 al 1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo (trastorno de la conducta alimentaria no especificado). Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones, aunque en los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado (Roma, 2001).

1.2.2 Bulimia

La palabra Bulimia viene del griego “bulimy” que se traduce como hambre de buey o hambre excesiva. La bulimia es un trastorno alimentario que presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de grandes cantidades de alimento, falta de control sobre éste, provocación de vómito, utilización de fármacos y/o diuréticos. Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados comían grandes cantidades de alimento, para luego estimular su garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar y reincidir en su glotonería (Raimbault & Eliacheff, 1991).

En el Talmut, (400-500 a. C.) se utilizaba el termino boomut para describir un síndrome en el cual una persona está tan agobiada por el hambre, que su juicio y conciencia respecto a eventos extremos se hallaban disminuidos, síndrome considerado como mortal. En los diccionarios médicos del S. XVIII-XIX la bulimia fue descrita como una curiosidad médica o un síntoma de otras enfermedades. Jeims, en 1743, empleó el término “boulimus” en asociación con “caninus y synorexia” para designar un apetito voraz seguido de vomito (Ortiz, 2003 citado en Belmont & Campos, 2005)

Al sobrevolar los factores socioculturales. “la bulimia nerviosa”, “caos dietético”, “síndrome anormal-normal de control de peso” son términos cada vez mas usados para clasificar aquellos individuos que, sin tener un peso normal, están literalmente obsesionados por el temor a volverse gordos. Alternan dietas hiper- restrictivas e incontrolables excesos alimenticios seguidos de vómitos provocados y una abusiva ingestión de laxantes (Raimbault & Eliacheff, 1991).

Guelar & Crispo, (2001) mencionan que es un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan frecuentes

episodios de voracidad, vomitan habitualmente o más raramente, toman laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso. El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día. La bulimia va acompañada de un miedo enfermizo a engordar. La mayoría de las mujeres que presentan bulimia nerviosa tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. Generalmente se presenta en mujeres más mayores que las que tienen anorexia. La media de edad de aparición está situada alrededor de los 17 años. Al ser un comportamiento secreto y no presentar una pérdida de peso tan acusada como la anorexia, suele pasar desapercibida durante mucho tiempo.

La bulimia, o más técnicamente, 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. Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimento- con frecuencia, alimentos altos en calorías. Por lo general, se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que está sucediendo. La purga ocurre con frecuencia por medio del vomito autoinducido pero también excesivo (Sherman & Thompson, 1999).

Billet (1995) menciona que la bulimia nerviosa es una enfermedad que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta desproporcionada de alimentos y por una preocupación excesiva por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para compensar el aumento de peso. El término bulimia significa ingesta voraz y se añade nerviosa porque esta enfermedad, al igual que la anorexia, implica una serie de alteraciones psíquicas.

La persona bulímica tiene una imagen corporal de sí misma totalmente errónea, (distorsión cognitiva), y una autoestima muy baja que intenta compensar adelgazando y controlando lo que come: no se acepta y busca una solución inmediata a sus conflictos dejando de comer para adelgazar de inmediato. Hambre y ansiedad la llevan a una ingestión desmedida de alimentos lo que genera, a su vez, sentimientos de culpabilidad y descontrol que la conducen al vómito, los laxantes y diuréticos, y a una nueva restricción de alimentos, así comienza, una y otra vez, este círculo vicioso (Aceituno, 2001)

Durante los últimos años, la bulimia ha ido aumentando de forma considerable. Los estudios realizados en Europa señalan entre un 1 y 3% de bulímicos de edades comprendidas entre 15 y 30 años. En Estados Unidos la frecuencia es mayor, entre un 5 y

un 10% en estas mismas edades. Estos datos pueden ser más elevados debido a que este trastorno puede pasar inadvertido. Las mujeres en edades comprendidas entre los 15 y los 24 años son las más afectadas; los varones pueden padecer bulimia nerviosa, pero no parece ser tan frecuente como en el caso de las jóvenes. La proporción es un varón por cada nueve o diez mujeres (Crispo, Figueroa & Guelar, 1994). La sintomatología general de la bulimia consiste en:

- ψ Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de alimentos en un período corto de tiempo)
- ψ Sensación de pérdida de control sobre lo que se come (no poder parar de comer ni controlar qué se come)
- ψ Conducta compensatoria para no ganar peso (vómitos, uso de laxantes y de diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos o realizar mucho ejercicio). La alternancia de atracones y conductas compensatorias se produce, como promedio, al menos dos veces a la semana y durante tres meses como mínimo.
- ψ Preocupación desmesurada por la figura y el peso.
- ψ Los atracones se realizan a escondidas por vergüenza ante los demás.

Definición y diagnóstico de acuerdo al DSM-IV

El DSM-IV define la bulimia nerviosa por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, y menciona que existen dos tipos de Bulimia nerviosa:

1. Tipo "Purgativo": la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
2. Tipo "No purgativo": la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.

Se considera la bulimia como un trastorno de la alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos, en el que se instaura un ciclo de ingesta vómito-ingesta, con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella. Algunas de las causas atribuidas a la bulimia nerviosa es que las mujeres bulímicas suelen ser muy

sensibles al rechazo y la fracaso, son muy exigentes y con frecuencia tiene problemas de control de impulsos. El entorno familiar del paciente bulímico muchas veces es conflicto y desorganizado, siendo difícil de comunicación entre sus miembros e impidiendo la conducta autónoma e independiente. Al igual que la anorexia nerviosa la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de estos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer puede favorecer la aparición de conflictos y pulsiones alimentarias patológicas. (Gómez Pérez-Mitré, 2001)

1.2.3 Obesidad y Sobrepeso

Es elemental establecer una diferencia clara entre sobrepeso y obesidad, por lo que Rodes (1997), menciona que el sobrepeso implica exclusivamente un aumento del peso corporal sobre un valor estándar que generalmente se correlaciona con la talla, es decir que cuando la gente habla de tener sobrepeso quiere decir que alguien tiene más grasa en el cuerpo que lo que sería saludable tener. Todos tenemos algo de grasa en el cuerpo, pero cuando una persona tiene exceso de grasa, ese exceso puede afectar su salud y su capacidad para caminar, correr y desenvolverse normalmente. Las implicaciones del sobrepeso para la vida de relación de los adolescentes son muchas y provocan por lo general una gran dosis de sufrimiento.

A veces con el sobrenombre más o menos cariñoso que se le puede adjudicar en la familia otras con el más tajante rechazo o descalificación de su grupo de pares, lo cierto es que el niño o adolescente que excede su peso normal sufre lesiones en su autoestima y enfrenta dificultades para integrarse socialmente. Por ello, convendría de antemano a estas reflexiones comenzar por desmitificar el estereotipo del “gordito feliz” y prestar más atención a las necesidades de este sector de nuestra población juvenil.

Unos pocos kilos de más no es un indicativo de un problema de obesidad, pero sí puede estar señalando que hay una tendencia en el niño a aumentar de peso y que es necesaria regular su dieta o involucrarlo en algo más de actividad física (Fuentes, 1992 citado en Vázquez & Álvarez, 1994). Mientras que la obesidad puede definirse como un síndrome clínico caracterizado por un aumento de la proporción del tejido adiposo en relación con el peso corporal total.

La palabra obesidad deriva del latín “*obesus*” que quiere decir "persona que tiene gordura en demasía". Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa, principalmente en el tejido adiposo. Se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20 % del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo. Estos factores tienen que ser cuidadosamente comparados cuando se analiza la obesidad en los niños y adolescentes.

La obesidad en sí se constituye precozmente en más de la mitad de los casos durante la primera infancia, es decir, antes de los dos años. Las encuestas realizadas, sobre todo en los países industrializados, indican que la frecuencia de la obesidad infantil ha aumentado notablemente en los dos últimos decenios. Este aumento de la obesidad se debe a factores socioeconómicos que facilitan el acceso a alimentos abundantes y variados que constituyen una sollicitación permanente a la fuente de placer. Los factores socioculturales tienden, por la modificación de los cánones estéticos y éticos, a atribuirle un valor negativo. La delgadez se convierte en un criterio de distinción, así, el niño obeso se enfrenta a referencias normativas fluctuantes y a menudo incoherentes. Ese mismo niño, que era el orgullo de la familia por su salud floreciente y su buen apetito, se convierte, poco tiempo después, y a veces, mediante un cambio brutal, en objeto de preocupación y vergüenza por su exceso de peso y su glotonería. (Gavino, 1991, citado en Vázquez & Álvarez, 1994).

La obesidad es un problema multifactorial y heterogéneo. La mayoría de los autores que se han centrado en el estudio de la obesidad parecen estar de acuerdo en que se trata de una acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria. Por eso se considera a un sujeto como obeso o no en función del porcentaje de peso excedido, esto se acepta como una referencia válida tanto en poblaciones adultas como infantiles. Partiendo de que la definición de obesidad acaba siendo arbitraria, algunos autores distinguen entre obesidad y sobrepeso. El sobrepeso debería aplicarse cuando el peso del cuerpo es superior al 10 o 15 por ciento del ideal, por cuanto que si dicho porcentaje supera el equivalente a un 20 por ciento, la probabilidad de acumular grasa corporal se incrementa considerablemente. Es por ello que, de acuerdo con este planteamiento, el sobrepeso no hace referencia a la acumulación de grasa corporal sino al exceso de peso corporal. Para la medición del grado o nivel de obesidad a partir del peso relativo, existen medidas estandarizadas para poblaciones adultas, sin embargo, no resulta adecuada la utilización de estas medidas en poblaciones infantiles dado el proceso de crecimiento continuo que les caracteriza. Por ello,

algunos autores como Epstein y Wing, 1987 (citados por Johnston, 1998) consideran que en poblaciones infantiles deberían usarse de forma conjunta medidas de peso relativo (considerando la altura y el sexo) y de acumulación de grasa (realizando mediciones del grosor del pliegue subcutáneo de los tríceps), a partir de algunos de los resultados que obtienen en los estudios que han llevado a cabo, tomados conjuntamente, sus datos apuntan hacia que la consideración del peso relativo, como única medida, tiende a sobrestimar el grado de obesidad, si se considera que la masa muscular también pesa, en tanto que la estimación en exclusividad del pliegue subcutáneo provoca, igualmente, una sobrestimación, particularmente pronunciada en el caso de los niños varones. En lo que a su clasificación se refiere, y siguiendo a Saldaña y Rossell (1988), dentro de la obesidad existen categorías en función de cuatro factores: a) de acuerdo a los rasgos morfológicos del tejido adiposo, se distingue entre obesidad hipertrófica (debida a un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo) y obesidad hiperplásica (caracterizada por un incremento del número de células adiposas, con mayor o menor contenido lipídico), siendo la última más frecuente en la población infantil, que en casos de ser obesa, presenta el doble de células adiposas en comparación a sus iguales con normó peso, b) la distribución anatómica del tejido adiposo conlleva la distinción de dos tipos de obesidad. De un lado, la obesidad androide (característica de sujetos varones), con mayor acumulación de grasa en la mitad superior del cuerpo; del otro, la obesidad ginoide (típica de las mujeres), en cuyo caso la grasa se acumula fundamentalmente en la mitad inferior, c) hay diversos tipos de obesidad, en función de su etiología, que pueden organizarse en cinco grandes apartados: obesidad como trastorno secundario de enfermedades endocrinas o de lesiones hipotalámicas; obesidad asociada a síndromes genéticos; obesidad con posible origen genético (síndrome de Down y obesidad familiar) y obesidad de origen metabólico (secundaria a una ingesta excesiva o a un desequilibrio energético) y d) finalmente, la obesidad puede distinguirse en función del nivel de sobrepeso. El sistema ofrecido por Saldaña (1994), distingue tres categorías (leve, moderada y severa, en función del porcentaje total de peso excedido). En cualquier caso, éste tipo de clasificaciones tiene relevancia, fundamentalmente, por dos aspectos: factores de riesgo para la salud que puede acarrear el grado de obesidad y necesidad de prescribir dietas más o menos hipocalóricas, como uno de los aspectos de la intervención.

Definición y diagnóstico.

De acuerdo al DSM-IV, la obesidad no se clasifica como un trastorno alimenticio, posiblemente porque no se asocia genéricamente, con ningún síndrome psicológico ni alteración conductual concreta. No obstante, se constituye en un problema ciertamente relevante en lo que a la salud física y mental del individuo se refiere. Cuando se revisa la literatura al uso, lo frecuente es encontrar continuas referencias en torno al papel que desempeña la obesidad como factor de riesgo de una elevada morbilidad. Además, se asocia con alteraciones de la salud tan importantes como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las infecciones respiratorias, la apoplejía, la gota, diversos trastornos endocrinos y problemas ortopédicos. Además, los sujetos obesos pueden ver potenciada la aparición de riesgos anestésicos durante las intervenciones quirúrgicas. Desde luego, la obesidad contribuye de forma sustancial al incremento del coste sanitario. No obstante, algunos autores se cuestionan si lo que ocurre, en ocasiones, es que las dietas estrictas e inapropiadas a las que se ven frecuentemente sometidos los obesos, tomando en consideración las graves repercusiones que ello acarrea, pueden contribuir al riesgo aparente del desorden subyacente. Este hecho resultaría ciertamente relevante en poblaciones infantiles, donde los riesgos de una dieta "heroica" podrían llegar a ser serios. En relación con los aspectos psicológicos, los sujetos obesos presentan con mayor frecuencia síntomas depresivos, un nivel de ansiedad elevado y baja autoestima, en este sentido, parece existir un acuerdo generalizado en torno a la influencia de los valores culturales en la explicación de dichos aspectos; si bien los trabajos centrados en el estudio de los grupos de referencia normativamente significativos para el sujeto obeso no apuntan en una misma línea, a excepción de aquellos que toman en consideración el sexo como variable independiente, cuyos hallazgos tienden a señalar que las mujeres y adolescentes se ven más afectadas que los varones. No deja de ser paradójico y contradictorio el hecho de que en las sociedades occidentales impere un modelo de delgadez cuando la mayoría de las celebraciones y actos sociales se realizan en torno a la comida. Se establece así una pugna entre la cultura festiva y el valor cultural de la estética. Si a esto se le suma el conocimiento acerca de los factores de riesgo para la salud que conlleva la obesidad, y el hecho de que un porcentaje importante de padres consideran saludable un cierto sobrepeso en su hijo, la disonancia es absoluta y la prevención, ciertamente complicada. El intervalo de tiempo que

transcurre desde el primer año hasta los tres o cuatro, es especialmente vulnerable para la aparición de problemas alimenticios. Los padres, acostumbrados a que su hijo coma de forma consistente y gane peso con frecuencia, se encuentran ahora con un niño que comienza a rechazar determinados tipos de alimentos y que no siempre tiene apetito, lo que puede dar lugar a una preocupación y ansiedad excesivas. La preocupación de los padres puede transformarse en una instigación al niño para que coma, lo que podría provocar no sólo problemas de interacción en las comidas, sino también hábitos de ingesta alimenticia inapropiados. Éstos se deben, en su mayor medida, a los mensajes y órdenes emitidos por los padres a sus hijos más que al tipo de alimento más a menos apetitoso. Cuando el niño tiene de cinco a seis años, su apetito vuelve a incrementarse, pero ahora existen ciertos hábitos alimenticios instaurados que no siempre son los adecuados. Si a esto se le suma que tiene una mayor libertad y una menor supervisión para elegir alimentos en determinados contextos, la probabilidad de que llegue a convertirse en un adulto obeso se ve incrementada.

La obesidad está asociada a 300 mil muertes por año, aproximadamente un 80 por ciento de los adolescentes obesos lo seguirán siendo durante el resto de su vida, menos del cinco por ciento de los adultos que pierden peso son capaces de mantenerse en su peso ideal durante cinco años después del tratamiento y seis por ciento recupera el peso perdido en los primeros seis a doce meses. La obesidad contribuye entre otras causas a incrementar la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, alteraciones esqueléticas, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e inadaptación psicosocial.

Factores de riesgo físicos.

Según los factores nutricionales, la obesidad es el resultado de la ingestión de más calorías de las necesarias. La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier época de la vida, pero es de gran importancia su inicio en estados precoces. La obesidad puede iniciarse como un aumento del número de adipositos en las primeras épocas de la vida debido a sobrealimentación. Este número se mantiene constante durante el resto de la vida a pesar de las dietas, las que únicamente reducen el tamaño, más no el número de dichas células. (Rodes, 1997)

Cualquiera que sean los factores biológicos involucrados en la obesidad, son importantes los hábitos de alimentación debidos a influencias ambientales, el grado de

actividad física y los aspectos psicológicos. La obesidad ordinaria sin complicaciones por desordenes metabólicos, endocrinos o neurológicos, es generalmente considerada el resultado de comer en exceso.

La ley de la conservación de la energía es aplicable a las personas obesas: "Si la grasa ha de ser removida del cuerpo, deben ingresar menos calorías de las que salen, o deben ser usadas mas calorías de las que ingresan (Rodes, 1997, pp 21)."

La obesidad se asocia con trastornos médicos como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, también es un trastorno que produce rechazo social y que deteriora el autoconcepto e inhibe el funcionamiento en un amplio conjunto de ambientes sociales. (Phares, 1996, citado en Johnston, 1998)

Factores de riesgo psicológicos.

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sinnúmero de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben. Así por ejemplo, dentro de la corriente psicoanalítica se atribuye que el acto de comer posee un "significado simbólico"; o bien es posible considerar la obesidad como una manifestación de neurosis, con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa.

También se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad mental subyacente. En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la atención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera). Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrásico y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso deben cumplir con apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos por parte del paciente. Esto último principalmente porque en el paciente obeso se presentan comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva,

como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro.

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, que le ayude a obtener resultados óptimos (en este caso, la reducción de peso) y también algunos "bastones" que, al igual que cualquier paciente dependiente de sustancias, le otorguen la seguridad y confianza para enfrentar posibles situaciones de "recaída" (ingesta excesiva de alimentos entre otros). Dentro de este último punto se pueden mencionar, por ejemplo, el uso de técnicas de discriminación de emociones y estados internos, técnicas para el manejo de ansiedad y las técnicas conductuales de desfocalización.

Un aspecto importante, es considerar que en general los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica real en comparación con las personas normales (mecanismo de minimización bastante frecuente en las adicciones) por lo que los controles deben ser más acuciosos, incluyendo los registros cotidianos de ingesta. El ayudar al paciente a llenar los registros en la misma consulta puede ser de utilidad para mostrarle como su ingesta es mayor que lo que pensaban.

Los criterios de éxito terapéutico deben contemplar no sólo la reducción de peso como producto final, sino como un proceso continuo con resultados positivos en la calidad de vida, estilo de vida menos sedentario, integrando activamente el ejercicio, una mayor aceptación de su imagen corporal y un cambio de hábitos de alimentación, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en este proceso, pero que no significan obligatoriamente un fracaso absoluto del tratamiento.

Capítulo 2

Adolescencia

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, en la mayoría de las culturas. Tanto en la conversación vulgar como en las obras novelistas, los autores dramáticos y los poetas han abundado las referencias a los “años tormentosos” comprendidos entre el final de la niñez y la edad adulta nominal. Los que han estudiado científicamente la conducta han señalado que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en la sociedad. Algunos, especialmente los de mayor ámbito biológico, han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos enfocados a la pubertad, sin exceptuar los aumentos de las hormonas sexuales y los cambios en la estructura y a la función del cuerpo. Otros se han encaminado a descubrir en la cultura la causa primordial de los problemas de los adolescentes, y han hecho hincapié en las demandas numerosas, y grandemente concentradas, que nuestra sociedad ha hecho tradicionalmente a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de una filosofía de la vida fundamental y normativa.

Aunque existen diferencias de opinión en lo tocante a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en la sociedad y en el caso de la sociedad mexicana no es la excepción.

Adolescencia, es un término que se deriva de la palabra latina *adolescere* que significa “madurar”, crecer, desarrollarse hacia la madurez, y se refiere a la etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad. A pesar de ser una etapa que marca el paso de la niñez a la vida adulta, no cuenta con manifestaciones concretas que anuncien con precisión su principio y final. Es un proceso que ocurre en lapsos variables de tiempo y que se caracteriza por cambios en la forma, el tamaño, las proporciones y funcionamiento del organismo. Se inicia, transcurre y termina en forma diferente según géneros y los diferentes grupos humanos (Mc Kinney, 1999).

Cada sociedad define la adolescencia de manera distinta, por ejemplo, en la sociedad mexicana, depende en primer lugar del tipo de comunidad en la que se encuentre, en el caso del campo una niña puede contraer matrimonio e iniciar su vida adulta antes de haber terminado su crecimiento y su maduración sexual. En cambio, en la ciudad los adolescentes obtienen su independencia económica después de haber cursado una licenciatura o tener un empleo que les permita sostenerse por sí solos, es decir, mucho tiempo después de concluida la etapa de crecimiento y maduración del aparato genital.

2.1 Cultura y Adolescencia

Recientemente, se afirma que cada una de las cuatro edades principales del ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez y vejez) comporta un modo diferencial de cultura. Toda organización grupal necesita, para su persistencia con tal, una cultura organizacional, a partir de la identificación de los adolescentes como un grupo psicosocial, se puede hablar también de una cultura propia de los adolescentes. En efecto, contrastaba hasta ahora, la riqueza del registro cultural infantil (cantos, cuentos, juegos, etc.), con la pobre y casi inexistente propuesta cultural adolescente. Pero, es a partir de los años setenta, cuando, a través de la música, comienza a patentizarse el nacimiento de una nueva cultura adolescente.

Esta cultura se constituye, sobre todo, como expresión y comunicación grupal, propios de una edad en la que el acceso al mundo afectivo (objetal) es fundamental. Por lo que en este mundo cultural del adolescente se retoman de la expresión de éste, tres rangos importantes:

Culto a la corporalidad

Se refleja en la preparación para el deporte (chicos) y en la defensa a la delgadez (chicas). Esta actitud ante el propio cuerpo, que se refuerza mediante la afirmación de la moda o la expresión de la desnudez. La ética corporal es para el adolescente una racionalización de valores sobre su identidad corporal, en la que, lo obeso es sentido como impuro. La estética corporal crea modelos publicitarios, basados en la fuerza para el chico y en la delgadez para la chica (él quiere ser como un toro y ella no quiere ser como una vaca).

Pero, sobre todo el *yo* es presentado no como un *yo pensante* cartesiano, sino como un *yo corporal*, pasando a prevalecer la *exteriorización* sobre la *interiorización*.

El culto del deporte está especialmente presente en la adolescencia masculina, donde los chicos intentan demostrar su masculinidad a través de la forma física, del juego guerrero del deporte de competición, siendo el deporte de alto rendimiento (profesional) básicamente, una cultura adolescente.

Frente a este exceso del cuerpo, de la cultura adolescente masculina, se encuentra el culto femenino a la delgadez, a la silueta, ...cuya forma patológica vendría expresada por el síndrome anorexia-bulimia, ya que las modelos femeninas adolescentes son delgadas casi hasta la carencia de cuerpo (Aguirre 1994 pp. 36-37)

Culto a la sensorialidad

Aguirre (1994) menciona que el cuerpo es vivenciado como sensorialidad y no como pensamiento, en la más pura inversión del planteamiento cartesiano.

La música es la primera realidad cultural de la adolescencia, una discoteca es como un *claro de bosque*, a cuyo plató convergen los rayos (focos) de sol que traspasan las copas de los árboles en movimiento. Allí, al son de una música cada vez más maquinizada y rítmica, mueven frenéticamente sus cuerpos los adolescentes. En este delirio de movimiento rítmico, se vive el presente-presente, la *eterna juventud*, lejos del rechazo que provoca la infancia y de la angustia que produce el futuro, y si es posible, lejos del espacio y el tiempo paternos: espacios, nuevos *rutras*, bares, discotecas y tiempos de la noche, lejanos del mundo febril y diurno de los adultos (Aguirre 1994 pp 37-38).

Por lo que el culto a la sensorialidad es dividido como hedonismo, inmediatez, narcisismo y hasta egoísmo. En este sentido, W. Reich y, sobre todo, H. Marcuse, representantes de un freudmarxismo, dieron una sistemática a este hedonismo adolescente (Aguirre 1994 pp 38).

Así Marcuse, en su obra programática *Eros y Civilización* (1955) se enfrenta a la represión de la cultura occidental (Freud había dicho: *cultura es represión*) y afirma que la vida está sobre todo y que el trabajo debe dejar de ser un castigo bíblico para llegar a hacer un juego (con placer incorporado). Esta erotización de la cultura lleva a afirmar la libertad total de todas las formas de sexualidad y, en ataque frontal contra la dominación *patriarcal*

de la moral sexual, se llegará a afirmar la homosexualidad como contracultura, tal como lo propugna G. Hocquemhen (citados en Aguirre 1994 pp 38).

Culto a la imagen

La imagen del adolescente es la de un cuerpo en *eterno presente*, en *eterna juventud* que no necesita del pasado (tradicción), ni del fruto (ligado a la experiencia) para llegar a ser, sino intenso presente (presentismo), como la que se revela en el póster triunfante de un joven cantante, deportista o aventurero, que ha llegado a conquistarlo todo (salud, dinero y amor) y en plena juventud.

En este culto a la imagen, el cine es la nueva literatura, el comic suple a la lectura y la síntesis del mensaje es el videoclip. No sólo una imagen vale más que mil palabras, sino que es la única palabra. Paradójicamente, en el mundo de la imagen no hay un mundo de imaginación y de creatividad, sino de inmediatez y de oralidad consumista que lleva a la destrucción y a la insaciable insatisfacción.

En la conciencia ahistórica de la actual adolescencia, se tiene por viejo lo que *hace* más de veinte años que sucedió, porque miden la historia por la sola dimensión de su propia edad (generacional) el héroe, paradigma del ideal del yo, es siempre un ser de imagen y formas estables, cuyo talón de Aquiles es el *discurso* del tiempo. Por eso, cuando un héroe envejece (se pasa de moda), es sustituido por otro héroe *actual* (presente). En el presentismo de la imagen todo cambia (la moda) para que nada cambie, para que no se esfume la *eterna juventud*. De esta manera, la adolescencia ha sido considerada por los adultos como la *imagen de la vida*, como un *tipo de vida*, como un *estilo de vida*, como una forma de *imaginarse la vida* (Aguirre 1994 pp 39).

2.2 Perspectivas en el estudio de la adolescencia

Los tres enfoques más importantes en la explicación del estudio de la adolescencia son: el psicoanalítico, el psicosocial y el cognitivo.

El enfoque psicoanalítico. Los psicoanalistas han minimizado e, incluso, negado la existencia de la adolescencia, por lo que difícilmente se presenta a elaborar fases, ni a dar a la adolescencia un estatuto reorganizador de la personalidad. Los psicoanalistas en general mantienen que la adolescencia es, en parte un invento de la envidia de los adultos, un

adultocentrismo, ya que la adolescencia es un valor en alza en la sociedad actual (Aguirre 1994).

Afirman, que los acontecimientos estudiados en la adolescencia están profundamente ligadas a la vida infantil y que la adolescencia es más un estado de la personalidad que un estadio del desarrollo del individuo. Es decir, en general, los psicoanalistas no creen en la adolescencia y mucho menos en sus fases (Aguirre 1994).

El enfoque psicosocial. A. Davis en su trabajo “*Socialization and Adolescent Personality*” (1944 citado en Aguirre, 1994) influenciado por las corrientes antropológicas de la época, la socialización es una suerte de enculturación mediante la cual el individuo aprende y adopta normas de enculturación mediante la cual el individuo aprende y adopta normas, creencias, valores y cultura formal, para incorporarlos a su personalidad.

La organización de la adolescencia y sus fases depende de la forma de casa cultura (particularismo histórico). En ese proceso, el individuo experimenta una coacción cultural, a la que Davis llama *ansiedad socializada*, que en cada cultura tiene por objetivo la integración social del adolescente (citado en Aguirre 1994).

Para Havighurst en *Developmental Tasks and Education* (1951 citado en Aguirre, 1994) las motivaciones sociales son las que guían el desarrollo del adolescente ya que toda tarea de desarrollo se halla a la mitad del camino entre la necesidad individual y la exigencia social. Ambos autores mantienen un cierto determinismo biológico cuando afirman que las tareas educativas descansan en una base (etapas) biológicas, por lo que la enseñanza debe adaptarse a ellas, es decir, el momento pedagógico es una resultante de la madurez física y de las exigencias sociales.

Por otra parte Aguirre (1994) menciona, que todos los psico-sociólogos que trabajan sobre la adolescencia afirman que el origen de los cambios adolescentes es, fundamentalmente, imputable a determinaciones externas, es decir, a interacciones sociales y a la necesidad de adaptarse a los nuevos roles.

La socialización adolescente (relaciones interindividuales, normas, valores actividades sociales) se realiza en determinados *espacios* (comunicación, relaciones, etc.) (Aguirre 1994).

Robert y Lascoumes (1974 citado por Aguirre, 1994) menciona cuatro tipos de agrupamiento en la adolescencia que se manifiestan como un *continuum*:

- a) Los grupos de base institucional (escuela, organizaciones juveniles, etc.), agrupados por edades y que bajo apariencia de grupos institucionales, albergan otros grupos espontáneos.
- b) Los grupos espontáneos o concentraciones, contruidos por la homogeneidad de edad, nivel cultural y origen social, que llegan a formar camarillas y hasta bandas.
- c) Los cuasigrupos o concentraciones, son amalgamas de jóvenes que se agrupan o yuxtaponen con escaso vínculo afectivo y bajo una manifestación social puntual.
- d) Las bandas o grupos espontáneos que se estructuran a medida que organizan acciones exteriores, algunas veces de tipo delictivo o marginal.

Los grupos de pares, son muy importantes para el desarrollo de la personalidad adolescente nunca llegan a suplantar del todo al grupo familiar, de tal manera que el grupo familiar, sobre todo al principio de la adolescencia, es casi siempre más fuerte para el adolescente que el grupo de pares (Aguirre 1994).

El enfoque cognitivo. La psicología cognitiva sobre la adolescencia se ha desarrollado, siguiendo a Piaget, en dos direcciones principales: el desarrollo cognitivo y el de la conducta moral.

Piaget (1969) centra el estudio de los estadios del desarrollo infanto-juvenil a través de los progresos del pensamiento: sensoriomotor (0-2 años), preoperacional (2-7 años), operaciones concretas (7- 11 años) y operaciones formales (11-15 años).

Para Piaget, hacia los 11 años, el pensamiento se hace formal, se puede empezar a prescindir de la sujeción a lo real y directamente percibido, para situarse en lo abstracto y en lo posible: el mundo real no es más que una porción de lo posible, su razonamiento se hace hipotético-deductivo, lo que dota al adolescente de nuevas posibilidades mentales, como el pensamiento proporcional y el uso de la combinatoria.

La cognición humana que da la capacidad de entender los datos que a través de los sentidos llegan del medio, por medio de la organización de esos datos y la adaptación de conducta a esos datos, lo que caracteriza al desarrollo cognitivo son las sucesivas y más complejas formas de organización y adaptación que hacen que cada periodo de edad tengan una forma cualitativa diferencial de cognición (Piaget, 1969).

Las etapas cognitivas de la adolescencia se han reducido a una: el estadio de las operaciones formales (11-15 años), sin haberse realizado investigaciones sobre las otras

etapas de la adolescencia. En un fenómeno de *resistencia* que ha atenazado a muchos autores, entre ellos a Freud y a Piaget. Anclados en la infancia, han realizado escasas incursiones más allá de los 14 años, como si se tratara de una zona de extramuros.

Hablar del pensamiento formal supone hablar de pensamiento adulto, de pensamientos científicos, como si el adolescente, a partir de los once años hubiera determinado su desarrollo cognitivo (Piaget, 1969).

2.3 Desarrollo físico

Al hablar de adolescencia, hay que distinguir que ésta es un proceso biológico, psicológico y sociocultural, mientras que la pubertad, se refiere exclusivamente a las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital. Algunos autores la consideran ésta última, como una etapa distinta y separada de la adolescencia mientras que otros consideran que es la fase inicial de la adolescencia, lo que es cierto es que es un concepto que no se debe de dejar de lado cuando se hace referencia a la adolescencia, en el caso del presente, se considerará como parte de ella ya que todos los cambios que ocurren en ella se continúan casi instantáneamente en la adolescencia y su corte entre una y otra no está totalmente definido (Kagan, 1974). La pubertad comprende los siguientes cambios fundamentales:

1. La aceleración y posterior desaceleración del crecimiento del esqueleto que se conoce como “estirón de la adolescencia”.
2. La aparición de cambio en la composición del cuerpo, como resultado del aumento de la masa del esqueleto, del desarrollo de la musculatura y de cambios en la calidad y distribución de la grasa.
3. El desarrollo de los aparatos cardiovascular y respiratorio, que ocasiona, particularmente en los varones, aumento de la fuerza y de la resistencia del organismo durante la actividad física.
4. El desarrollo de las glándulas del aparato reproductor: ovarios o testículos, que producen las hormonas. Estas, a su vez, son las responsables de las características sexuales secundarias de hombres y mujeres.
5. Cambios en la organización corporal que modulan y coordinan al organismo, modificando su estructura y función. Sin duda, el cambio más evidente es el

aumento de tamaño y la adquisición de las proporciones del esqueleto y del cuerpo en su totalidad. En esta etapa se crece a un ritmo acelerado, similar al de los primeros años de vida.

Los cambios físicos del adolescente siguen una secuencia que es mucho más consistente, que su aparición real, aunque este orden varíe en cierta forma de una persona a otra. La pubertad comienza cuando, biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulando aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001). Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina con las hormonas y puede predominar. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de las hormonas testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que sus amigos hacen, que lo que sus glándulas producen.

Dentro de los cambios ocurridos en este periodo se encuentra el aumento evidente en la estatura y peso que por lo general comienza en las niñas entre los 9 y 14 años. En general dura cerca de 2 años y poco después que el crecimiento repentino termina, el joven alcanza su madurez sexual. En ambos géneros, el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares, incluso los ojos crecen produciendo un aumento en la miopía durante este período. Estos cambios son mayores en los varones que en las niñas y siguen su propio cronograma, de modo que las partes del cuerpo están fuera de proporción por un tiempo (Papalia y cols, 2001).

Cabe destacar que las mujeres suelen iniciar y terminar su crecimiento antes que los hombres. Las diferencias entre ambos géneros son importantes y se traducen en tamaños y siluetas distintas, por ejemplo. Las mujeres tienen las caderas proporcionalmente más anchas y los hombros más estrechos que los varones. Dados los objetivos del presente trabajo, así como la población con la que se trabajó, se revisarán solamente los cambios físicos de las mujeres.

2.1.1 Cambios físicos en la mujer

Para la mujer, los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de venus y el vestíbulo, cabe mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El monte de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, así como cierta aceleración a partir de los ocho años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario. Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer (Papalia y cols, 2001).

Finalmente, la menarquia es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; es la primera menstruación. La menarquia se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino. Aunque en muchas culturas la menarquia se toma como una señal del paso de niña a mujer, los primeros períodos menstruales no incluyen la ovulación; sin embargo como en ocasiones la ovulación y la concepción se puede presentar en los

primeros meses, las niñas que han comenzado a menstruar y si mantienen relaciones sexuales pueden quedar embarazadas.

2.4 Desarrollo psicológico

Psicológicamente, la adolescencia es el periodo en el cual el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a sus derechos, y muy frecuente por encima de él. Esta integración en la sociedad adulta tiene muchos aspectos afectivos asociados a la pubertad (Caplan & Leovici, 1973).

También involucra cambios intelectuales muy profundos. De acuerdo con Caplan & Leovici, (1973), el pensamiento adolescente comienza a manifestarse alrededor de los 11 o 12 años, pero llega a su equilibrio a los 14 o 15 años, consiste en la desvinculación de la lógica concreta de los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas.

El adolescente es un individuo capaz de elaborar o comprender teorías y conceptos ideales o abstractos, así como es capaz de hacer proyectos para el futuro, concebir intereses no inmediatos y de apasionarse por las ideas, los ideales o las ideologías.

La adolescencia es también una época de transición o de cambio, en esta etapa el joven enfrenta a su modo sus conflictos intelectuales y morales. Lo hace con reglas propias, que no son necesariamente generales y muy poco tienen que ver con las que él mismo empleaba durante la infancia. Mientras el adolescente adquiere la capacidad para abstraerse y buscar soluciones a sus problemas en el mundo real, el niño resuelve sus problemas de manera mecánica, usando como modelo el mundo físico que lo rodea. En esta etapa se aprende que un mismo efecto puede tener varias causas: esto es particularmente importante en las relaciones humanas (Mc Kinney, 1999). Por ejemplo, si se encuentra con personas enojadas, interpreta su enfado de múltiples maneras y no necesariamente causado por él mismo en ese momento: sabe que este estado de ánimo puede deberse a un conjunto de circunstancias: a algo ocurrido en el pasado o a la acumulación de hechos. Así, el adolescente comienza a manejar relaciones con los demás en función de la realidad y lejos de la perspectiva que tenía durante la niñez.

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras.

A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas, la mayoría de las veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas (Kagan, 1974).

El grupo adolescente se inicia sólo con dos: el adolescente y el amigo, precisamente el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo social.

Algunos psicólogos se refieren a ésta etapa como una de la más críticas del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderazgo y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo social.

La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, el adulto o los padres no llenan esos requisitos. La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos, fiesta y de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimientos imprecisos y son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos (Kagan, 1974).

En ocasiones, las amistades en la adolescencia son pasajeras esto se debe como anteriormente se menciona a que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por el mismo estado psíquico. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva

con el mundo es grave, el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de trasgresión que llamaremos conducta antisocial.

En lo que respecta a la transferencia imitativa de la personalidad, esta conducta se da cuando la pareja de amigos busca y tiene su modelo en una personalidad superior y esto sucede cuando la pareja de amigos no está satisfecha con la igualdad o polaridad de sus tipos; sus modelos a imitar son por lo general gente del medio artístico. Se ha hablado de la formación de la personalidad, que el resentimiento de los muchachos proviene de la lucha con la sociedad y los padres. También se ha mencionado que hay algo más hondo que el resentimiento, que es el afán de encontrar categorías al yo, esto es, la sustancia de sí mismo. Pero el resentimiento es un lazo de unión grupal. Esto lo saben bien los líderes juveniles (Mc Kinney, 1999), el resentimiento puede ser explotado para arrojar a los jóvenes a cualquier tipo de lucha.

Las actividades del adolescente tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma de los pubertos se carga de sentimientos dolorosos, triste, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor, mediante sus tramitaciones en placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre en consecuencia el adolescente gusta de estos placeres como bailar, asistir a paseos, ir al cine para mantenerse alegre pero cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

2.2.1 Cambios psicológicos en la mujer

En el caso específico de las mujeres los sentimientos acerca de la primera menstruación, provoca reacciones fuertes, que en los adolescentes varones cuando presentan sus primeros sueños húmedos. Las niñas tienden a sentirse más infelices por su aspecto que los chicos de su misma edad, ellas esperan ser lindas, delgadas pero torneadas, con piel y cabellos hermosos (Tobis-Richard, 1984 citado en Papalia, Wendkos & Duskin, 2002), aunque cabe mencionar que a ambos sexos les preocupa su peso, complexión y rasgos faciales.

Es importante señalar, que las mujeres reflejan un mayor énfasis cultural sobre los atributos físico, las niñas, en especial quienes están en una época avanzada de su desarrollo

en la pubertad, tienden a pensar que son demasiado obesas cuando en realidad no es así, y esta imagen negativa puede llevarlas a problemas de alimentación (Papalia y cols, 2002).

A las jóvenes no les gusta madurar pronto; por lo general son más felices si no maduran rápido ni después que sus compañeras, las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más extrovertidas, tímidas y tienen una expresión negativa sobre la menarquia. En general los efectos de la maduración temprana o tardía tienen mejor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros sea porque están mucho o menos desarrollados que las otras. Quizá debido a que se sienten obligadas a afrontar las presiones de la adolescencia antes de estar listas, son más vulnerables a la presión psicológica y mantienen esta condición hasta cerca de los 25 años de edad. Es más probable que se asocien con compañeros antisociales y sean especialmente sensibles a un padre hostil o irritable (Papalia y cols, 2002).

Una niña que madura pronto puede sentirse menos atractiva si sus nuevas curvas chocan con los patrones culturales que equiparan belleza con delgadez, pueden sentirse desmayar si se ve que está cambiando para empeorar, no para mejorar.

Resulta difícil generalizar los efectos psicológicos de la época de la pubertad porque éstos dependen en gran medida de la manera en que el adolescente y las demás personas de sumando interpretan los cambios que la acompañan.

Capítulo 3

Autoimagen

Sólo hay que observar cuánto tiempo pasa una persona delante de un espejo tratando de imitar la imagen de alguna figura importante o famosa, escogiendo la ropa adecuada para la temporada y por supuesto, que se ajuste a las tendencias de moda. Toda esta preocupación por la apariencia está relacionada con la aprobación social y es que la moda hoy en día es determinada socialmente. La ropa y el calzado ya no son sólo artículos de primera necesidad, son facilitadores junto con los accesorios y productos de belleza, que permiten proyectar la imagen deseada aun cuando ésta no tenga mucho que ver con la persona que realmente se es.

El concepto de autoimagen ha sido abordado por diferentes autores entre los que se encuentran:

Bruchon-Schweitzer (1992), la define como la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

Schilder (1989 citado en Hernández, 2000), menciona que es la representación mental que la persona elabora de su propio cuerpo. Una estructura psicológica y fisiológica resultado de la vida en sociedad. Los elementos para la construcción de la autoimagen no proceden solamente de sus percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean.

Así, a lo largo de su existencia el individuo elabora a través de su experiencia un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes con respecto a su cuerpo; es decir, elabora una autoimagen, percepción que hace referencia a normas de belleza y roles (Bruchon-Schwetzer, 1992).

La definición más clásica de imagen corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramático de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: miembro fantasma, anosognocia... El “miembro fantasma” es el fenómeno psicológico que aparece en

personas a las que se les ha amputado una parte de su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestias precisamente en esa parte de su cuerpo (Johnston, 1998). Una concepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo; algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Algunos autores notaron que la gente variaba respecto a la definición que describían sus límites corporales. También en esta línea de trabajo aparecen unas aportaciones importantes en cuanto a que se destacan dos hechos:

- ψ El cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto perceptor.
- ψ La percepción del sujetos es intensa y diferente en cuanto percibe cualquier objeto externo, implicándose en sus sentimientos todo su yo (Raich, 2000, pp 21-24).

La autoimagen es fundamental para tener conciencia de que se es. Sin embargo, la preocupación del individuo por su cuerpo lo atrapa en una sociedad en la que éste último ha adquirido demasiada importancia y donde el aspecto se ha convertido en algo esencial. De esta manera, se introduce en una doble trampa; los cuerpos importan y es necesario cuidarlos, pero la preocupación obsesiva por los mismos, una reacción al principio normal se lleva al extremo en una sociedad donde se ha enfatizado en demasía el aspecto físico. A medida que la persona crece y evoluciona, desde la infancia hasta la vejez, el cuerpo es el centro de gratificación, pero también a través de él se sienten más intensas frustraciones cuando las necesidades básicas no se satisfacen (Dulanto, 2000).

La autoimagen es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas (de belleza, de rol, etc.), y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. Se han definido dos tipos de percepción del cuerpo: una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial), llamada imagen “espacial”

del cuerpo. La segunda engloba las percepciones, representaciones y efectos elaborados a partir del cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo “subjetivo”, identidad corporal percibida...), es decir, una imagen “afectiva” del cuerpo. La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como “propio”, lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como “objeto” y “sujeto” (Baichon-Schweitzer, 1992).

Thompson (1990, citado en Rice, 1997), menciona que hay tres componentes básicos de la imagen corporal:

1. Componente perceptual: Se refiere a la precisión con que la persona percibe o estima partes de su cuerpo o a la totalidad de él.
2. Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): incluye las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca la percepción del cuerpo.
3. Componente conductual: lo que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos relacionados con el mismo.

3.1 La estructura de la imagen corporal

Es característico de los seres humanos tener un concepto del yo físico con inclusión de una imagen corporal. La idea de una imagen corporal, creada por Sheirder (1935) y elaborada por Kalb (1959), citados por Caplan & Leovici (1973), postula que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y su capacidad funcional. Cuando ocurren cambios o adiciones físicas que requieren de una revisión radical en el propio concepto del yo físico, suele ser difícil ajustarse a la realidad física, así como a los nuevos conceptos del yo físico que implica en verdad. Un adulto que descubre que sube de peso, que se le cae el pelo, que pierde apariencia juvenil o que acumula incapacidades físicas, se encuentra en cierta forma en la misma situación del adolescente que también experimenta cambios físicos que también parecen estar fuera de control.

A los adolescentes le resulta más difícil ajustarse a los cambios físicos que al adulto, ya que es menos probable que el joven esté preparado para los cambios o para reconocer el verdadero significado de esto, habría que agregar los valores del adolescente, que éstos pueden ser tales, que sobrestime la importancia de las cosas físicas y que tenga menos deseos que un adulto de aceptar los cambios.

Para comprender porque resulta tan difícil adaptarse a los cambios físicos que implican la imagen corporal se revisara la estructura de la misma.

La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional. Ordinariamente, la imagen cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia. Las alteraciones graduales de la apariencia y el peso son fácilmente asimilados dentro de la imagen dominante que tiene el niño de su propio cuerpo. Al sobrevenir la adolescencia el ritmo se acelera enormemente.

Curran y Frosch (1942, citados por Caplan & Leovici 1973) llaman la atención sobre la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal durante la adolescencia normal debida a los rápidos cambios que se dan durante la pubertad, en cuanto al tamaño, proporciones y características sexuales primarias y secundarias. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anormalidades que ya estaban presentes en la niñez asumen un nuevo significado. Durante la pubertad el crecimiento tiende a ser discordante, es decir, los cambios físicos asociados con el desarrollo sexual no tienen lugar siempre al mismo tiempo.

La obesidad y defectos menores en el aspecto físico, tales como el tamaño o la forma de la nariz o las orejas, la textura del cabello y particularidades cutáneas pueden convertirse en factores importantes en el equilibrio de la personalidad. Los adolescentes piensan que ser diferentes equivale a ser inferiores, incongruencias notorias en el desarrollo sexual, como la ginecomastia o el eunuquismo o defectos congénitos, tiene como consecuencias particularmente nocivas.

Factores psicológicos internalizados. Los adolescentes que carecieron de una relativa estabilidad cuando niños como resultado de perturbaciones de la relación con los padres y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tiene dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares o vocacionales de la adolescencia. Cuanto más

ineficaces fueron sus inadaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia y a las desviaciones reales o imaginarias en la maduración o la configuración corporal. Se debe tener en cuenta que es la personalidad quien experimenta las percepciones y crea los conceptos que constituyen la imagen corporal. Las experiencias afectivas anteriores influyen sobre las observaciones y las interpretaciones que hace el sujeto. La imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales e imaginarias (Caplan & Leovici, 1973).

Algunos de los componentes que se deben considerar como parte de la personalidad son el concepto que tiene el individuo de su propia importancia, sus aspiraciones de mejoramiento personal, las fuerzas de las que desea obtener “status”, el grado de independencia que caracteriza sus relaciones con los demás, su método para asimilar nuevos valores, su idea de la propia capacidad para hacer cosas por sí mismo, su autoconcepto y sentimientos de seguridad, capacidad para tolerar frustraciones, capacidad para juzgarse de un modo realista, su necesidad de una gratificación placentera e inmediata, su sentido de la obligación moral y la responsabilidad y el tipo de defensa que utiliza cuando esta amenazada su seguridad o su autoconcepto.

Factores sociológicos. En el curso del desarrollo de un individuo, se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su ambiente y aprende a adaptarse a ellas. Tanto las presiones como la adaptación tienen lugar en un medio social, de manera que la persona es objeto a la vez de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones, sobre cuya base puede alterar su conducta o reafirmarla. En ocasiones, la presión del ambiente desencadena “un mecanismo de retroalimentación”, por obra del cual las tensiones primarias son estimuladas por otras secundarias, lo que conduce a menudo a un círculo vicioso de repercusiones.

La actitud de los padres o sus sustitutos deja una huella indeleble en el concepto que tiene el niño de sí mismo, de su cuerpo y de las funciones de éste. Desde la primera infancia, la madre expresa su actitud hacia el niño en la manera en que lo sostiene, lo alimenta, lo toca y lo cuida; más tarde expresa también verbalmente su aprobación o desaprobación.

Según Caplan & Leovici, (1973) la forma en que el niño evalúa su cuerpo refleja los valores de quienes lo atienden. Los niños aceptados por sus familias, habitualmente no

sobreestiman ni subestiman a sus cuerpos, en cambio, cuando el niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes le rodean con frecuencia llega a menospreciarse. A su vez, las familias que tienden a enfatizar la significación del aspecto y el funcionamiento del físico les inculcan a los hijos a menudo una sobrevaloración de la seguridad que ofrecen la “belleza física” o la “musculatura”. Los adolescentes que cimientan de ese modo se sensación de seguridad están dispuestos a aceptar cualquier desviación en la configuración corporal o adaptarse a ella, que aquellos q quienes sus familias les han enseñado a respetar el carácter único de cada individuo.

Comúnmente, los padres suscitan la ansiedad inicial del adolescente a raíz de su aspecto y adecuación sexual con una mirada, una frase, o un persistente interés por el desarrollo genital o la estura del hijo o por la demora en la menarca o el peso excesivo de la hija, transfiriéndoles a sus hijos su preocupación por la propia insuficiencia. Muchos padres, dentro de un grupo estudiado, rechazaban abierta y encubiertamente a sus hijos por diversas razones. En ocasiones, sus ataques, inconscientemente malignos, tiene el fin de satisfacer sus propias necesidades psicopáticas. Se debe de recordar que las motivaciones inconscientes de la conducta de los padres respecto del hijo pueden ser opuestas a las conscientes, suscitando así mayor confusión tanto en el adolescente como en los progenitores.

Los adolescentes se muestran extraordinariamente sensibles a su concepto del yo, reaccionan instantáneamente ante lo que piensan de si mismos y lo que los demás piensan de ellos, dado que su imagen de la propia persona se halla en constante fluidez, son especialmente vulnerables ante los juicios de los demás, la aprobación o la desaprobación de los otros asume una importancia enorme.

Imagen corporal ideal. De acuerdo con Caplan & Leovici (1973) el adolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. A lo largo de su niñez, se había comparado con otros respecto a su altura, el peso y su inteligencia, ahora adolescente se compara sin darse cuenta con sus pares. Los medios de comunicación contribuyen a esto con el énfasis excesivo en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando al que se aparta de él.

Un aspecto que aumenta su confusión, es que el adolescente descubre, que el ideal de la imagen corporal, que el concepto abstracto de la persona que se esforzó por ser en el curso de la niñez, basado habitualmente en identificaciones con el padre del mismo sexo o en la conceptualización del ideal por el padre del otro sexo, no es parte como modelo de lo que él quiere ser, para alcanzar la individualidad tiene que ser diferente, creándose así un concepto amorfo de sí mismo.

La pandilla o el grupo de amigos, es uno de los muchos ejemplos del esfuerzo que los adolescentes hacen por hallar una imagen satisfactoria de sí mismos a través del intercambio con otros que luchan por conseguir el mismo objetivo

3.2. Teorías de la autoimagen

Existen diferentes teorías para explicar cómo es que se da esta estructuración de la autoimagen, que menciona Raich, (2000) las cuales se mencionan a continuación.

Teorías socioculturales. Estas teorías definen que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, y difundido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura, debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico en las mujeres. El ideal estético corporal imperante en la actualidad cae dentro del peso muy bajo: “ser bella es igual a ser delgada”, y es biogenéticamente difícil de conseguir. Cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va a intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada por poco que engorde. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivando en satisfacción corporal.

En la sociedad occidental, a pesar de que paradójicamente se ha producido un aumento importante del peso corporal en algunos sectores de la población, existe una marcada preferencia por la esbeltez, que parece que predomina en las clases socioeconómicamente altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comidas, aunque hay autores que ya han encontrado también en países subdesarrollados altos niveles de preferencia por la delgadez Garner, Garfinkel, Swarts & Thompson 1990 (citado en Raich, 2000), llevaron a cabo un estudio en el que revisaron el peso y la altura de los modelos de play boy y de las concursantes y ganadoras del concurso Miss América desde 1959 hasta 1978, y no sólo encontraron una disminución de peso de 34

kg, sino también las medidas de pecho y caderas (Wisman, Gray, Mosiman & Abrens 1992), han replicado este estudio y han deducido que los pesos de las representantes de belleza en estos concursos no sólo han disminuido (entre 1979 y 1988), sino que están entre un 13 y un 19 por ciento por debajo del peso normativo.

Toro, Cervera & Pérez (1989, citados en Raich, 2000), hicieron un análisis de la publicidad “pro esbeltez” incluida en las diez revistas “femeninas” con más de 100,000 ejemplares editados, que se publican en España, y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba, directa o indirectamente, a perder peso. En muchos estudios se observa que una gran mayoría de las mujeres quisieran pesar menos aunque representen un peso absolutamente normativo.

Además en la sociedad mexicana se publican muy a menudo medidas de modelos de alta costura. Los ya míticos 90-60-90 lo siguen siendo, pero con la característica que se atribuyen a mujeres que miden 20 ó 30 centímetros más que sus antecesoras (lo cual conforma un modelo muchísimo más delgado y casi imposible de tener de una manera natural). Las muchachas que aspiran a convertirse en modelos de alta costura suelen disminuir sus medidas sobre el papel, ya que es una costumbre generalizada. La revista “del corazón” publica unas medidas que pueden variar dramáticamente de una a otra (en la misma modelo), pero las lectoras de la revista no lo tienen en cuenta y desconocen estas manipulaciones; cuanto más jóvenes son, más pueden compararse a las medidas y tallas propuestas, y más indefensas se encuentran ante lo desfavorable de una comparación imposible (Raich, 2000).

Teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal. Esta teoría y la anterior son complementarias: la presión sociocultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso. Esto conduce a un buen número de mujeres, a compararse con el ideal socialmente sancionado. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera satisfacción corporal. La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha abocado por la presión cultural) genera una enorme insatisfacción que no se reduce sólo a la apariencia física, sino que se generaliza a otras importantes áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar o subestime cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal. Por ejemplo, una mujer, al pesarse y ver que ha engordado dos kilos cree que ha perdido todo su atractivo, no le importan las

otras cualidades físicas que pueda tener y ni siquiera le importa que sea una buena profesional. En estudios controlados, se ha observado que existe relación entre la discrepancia del ideal y depresión, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios. También se ha encontrado que la tendencia a compararse a otras personas en cuanto al peso se relaciona directamente con sentirse “gorda” y esto a sentimientos depresivos y malestar (Raich, 2000).

Teoría del desajuste adaptativo. Esta teoría implica que la imagen corporal está detallada de cierta estabilidad, de manera que los cambios recientes en el tamaño corporal no se incorporan de forma inmediata, persistiendo durante cierto tiempo la representación mental anterior. Por ejemplo, sabemos que hay personas con sobrepeso que han adelgazado, pero siguen durante un tiempo pensando que su cuerpo no ha cambiado y considerándose gruesas. Parece necesaria cierta dosis de conexiones sensoriales de los cambios para la incorporación de éstos en la representación corporal. Durante este intervalo, prevalecerá el esquema del tamaño corporal anterior. La sobreestimación observada en anorexicas se explicaría fácilmente: la pérdida de peso y el tamaño corporal disminuido, no se habrían integrado todavía en la imagen corporal, persistiendo en la representación de las dimensiones corporales previas a la pérdida de peso (Raich, 2000).

3.3 Satisfacción / insatisfacción corporal

La satisfacción corporal es definida por Secord & Jourard (1953, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) como percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo. Es una especie de *gestalt* percibida de un cuerpo globalmente conforme o no con más normas ideales, y del que se obtiene más o menos placer o sufrimiento. Es una de las variables moderadoras más importantes que modulan las relaciones entre unas realidades externas más o menos objetivas (cuerpo “real”, comportamientos y percepciones de los otros) y unas relaciones internas totalmente subjetivas (percepción de sí), y explicaría ciertos desajustes entre estos dos órdenes de realidad.

Bruchon Schweitzer (1992) ha estudiado y definido en trabajos anteriores dos tipos de percepción del cuerpo; uno se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distintas y proporciones, orientación espacial) y la ha llamado imagen

“espacial del cuerpo”. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectivos, elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a una norma (satisfacción corporal, atractivo “subjetivo”, identidad corporal percibida...) es decir, a una imagen “afectiva” del cuerpo.

El excesivo énfasis en el estilo, formas e imágenes, del cuerpo ideal ha provocado en los adolescentes un incremento en la preocupación por su apariencia física, que surge de la necesidad por identificarse a sí mismo y sentirse aceptado en un determinado grupo.

Tal preocupación ha ocasionado afectaciones en sus estados de salud, tanto fisiológica como emocional, un ejemplo claro es el incremento de adolescentes que presentan algún trastorno alimenticio, especialmente la anorexia y la bulimia.

Una revisión de las publicaciones sobre dietas alimentarias publicadas entre 1967 y 1993 resulta muy significativa (French & Jeffery, 1994). Dentro de los trabajos presentados en estas publicaciones se concluyó que alrededor del 40% de las mujeres y que el 23% de los varones estaban intentando perder peso. En estas mismas circunstancias el 26% de las mujeres y el 14% de los hombres estaban haciendo régimen para adelgazar, aun cuando no presentaban ningún problema de sobrepeso, es decir, se les podría considerar como personas propensas a caer en el trastorno alimenticio de la anorexia. Los porcentajes más altos se referían a chicas que estaban en Colleges donde del 50% al 61% practicaban dietas. También concluyeron en que había más personas de peso normal siguiendo dietas que personas con sobrepeso (Toro, 1999).

Pero lo más grave es que en 1985 y 1990 creció el porcentaje de personas que considerándose a sí mismas delgadas trataban de adelgazar, ya consideradas por lo tanto, como anoréxicas. Del 0.7% se pasó al 4% y en adolescentes las cifras aún eran más preocupantes. El 20% de chicas adolescentes con infrapeso estaban siguiendo dietas adelgazantes.

En 1993 Phelps, realizó un estudio, en el que evaluó a las chicas adolescentes del distrito escolar de Búfalo. Se les pasó una encuesta a todas las alumnas situadas en Middle School, de 12 a 14 años, los resultados fueron que en esta escuela, el porcentaje de niñas que se medicaban para adelgazar (anoréxicas) había pasado del 0.8% al 6% y de niñas vomitadoras (bulímicas) había pasado del 3.8% al 11.4% (citado en Toro, 1999).

Éste es el panorama descrito con algunas pinceladas ilustrativas que hacen patente la preocupación por el cuerpo y sus medidas supuestamente excesivas. Es como si la gente aceptara la presión social y haya llegado a convencerse de que este prejuicio es intentar adelgazar, reducir las dimensiones y de manera competitiva.

Las mujeres tienden a ser más idealistas con respecto a los temas de relaciones y con mentalidad abierta acerca de los sentimientos; no obstante cuando se llega a la adolescencia, aceptan los estereotipos de cómo deberán ser y reprimen los verdaderos sentimientos en áreas de ser “lindas” (Brown & Gilligan, 1990 citados en Martínez & Pérez, 1998) cuando reconocen que están perdiendo parte de sí mismas, lo cual significa que ya no puede tener relaciones auténticas, su confianza se resquebraja.

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atléticos; las niñas quieren ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que los muchachos atraigan al sexo opuesto.

Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso; anorexia, bulimia, e incluso problemas de sobrepeso u obesidad y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios.

Capítulo 4

Método

4.1 Planteamiento del Problema:

¿Cómo influyen las creencias de alimentación y la autoimagen de las adolescentes con normo peso y sobrepeso en su cultura alimentaria?

4.2 Objetivos

Objetivo General:

Conocer de que manera las creencias y la autoimagen de las adolescentes con normo peso y sobrepeso influyen en su cultura alimentaria.

Objetivos Particulares:

Conocer de qué manera influyen las creencias de alimentación sobre la cultura alimentaria.

Conocer si las adolescentes con normo peso y sobrepeso tienen satisfacción o insatisfacción con su autoimagen.

4.3 Hipótesis:

H₁: La cultura alimentaria es diferente entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso dadas las creencias de alimentación y la satisfacción o insatisfacción con su autoimagen.

H₂: La autoimagen de las adolescentes es más satisfactoria en las normo peso que en las sobrepeso.

4.4 Tipo de Estudio:

Se realizó una investigación cuasi-experimental de tipo descriptivo, con dos muestras independientes (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

4.5 Diseño:

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, de tipo descriptivo ya que sólo se realizó una recolección de los datos en un momento y tiempo único (Hernández y cols, 2003)

4.6 Población:

Mujeres adolescentes de entre 14 y 15 años de edad, de la zona oriente, Municipio de Chalco, Estado de México.

4.7 Muestra:

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional el cual fue integrado por 100 mujeres adolescentes, que se encontraban cursando entre segundo y tercer año de secundaria. Dicha muestra se dividió en dos grupos mediante el IMC: quedando 50 mujeres de normo peso y 50 con sobrepeso.

4.8 Situación experimental:

La investigación se llevó a cabo en la secundaria donde asistían las adolescentes, específicamente en los salones de clases, los cuales tienen una medida aproximada de 3.5 m. de ancho por 5 m., de largo.

4.9 Variables

Variable Independiente: Cultura Alimentaria.

Definición conceptual: A medida que las culturas se desarrollaron, se van adoptando a nuevos alimentos de diverso origen y distintos grados de complicación en su preparación. Cada grupo ha creado un patrón particular de alimentación, utilizando un número limitado de especies animales y vegetales. Para comprender la respuesta del hombre a su medio ambiente en cuanto a selección y consumo de alimentos, es conveniente examinar su comportamiento dentro de su contexto cultural. Así, puede aseverarse que la cultura alimentaria es un concepto que se comprende de patrones aprendidos en la sociedad en que vive cada individuo, donde la tradición cumple una función específica en la creación

y mantenimiento de la cultura alimentaria, y de la autoimagen corporal de cada individuo (Cámara, 1989).

Definición operacional: El cuestionario sobre las creencias cuenta con 10 preguntas abiertas que hacen referencia a cuales son las creencias que las adolescentes tienen sobre si mismas y sobre algunas de las creencias que se tienen sobre la alimentación mexicana. Para este cuestionario se realizó, primeramente un estudio piloto el cual estuvo compuesto por 25 mujeres adolescentes de entre 13 y 15 años, elegidas al azar cuando salían de la escuela secundaria donde realizan sus estudios, esto fue en la Delegación Iztapalapa, en la Colonia Ermita Zaragoza, con el fin de obtener la confiabilidad y validez del cuestionario.

Variable Independiente: Índice de Masa Corporal

Definición conceptual: El antropólogo belga Adolph Quetelet propuso este índice desde el siglo pasado y se le emplea cada vez más, ya que ha demostrado ser un buen indicador de la masa corporal de un individuo. Se entiende como Índice de Masa Corporal (IMC) (Saldaña, 1994).

Definición operacional: Para los fines del presente estudio se define operacionalmente el IMC (peso/talla²), en donde peso y talla se miden con báscula y cinta métrica. Para efectos de clasificación del peso corporal como sigue:

IMC	PESO
15	Peso muy por abajo del normal
15.1 – 18.9	Peso por abajo del normal
19.0 – 22.9	Peso normal
23.0 – 27.0	Sobrepeso
27.1 – 30.9	Obesidad
31.0 - >	Obesidad mórbida

Clasificación del peso corporal de acuerdo al IMC para adolescentes.

Estos criterios o puntos de corte para clasificar el peso corporal se derivan de la primera validación diagnóstica del uso del IMC para adolescentes mexicanos (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Variable Dependiente: Autoimagen de las adolescentes.

Definición conceptual: La autoimagen es la representación mental que la persona elabora de su propio cuerpo. Es una estructura psicológica y fisiológica resultado de la vida en sociedad. Los elementos para la construcción de la imagen corporal no proceden solamente de sus percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean Schilder (1989, citado en Hernández, 2000).

La satisfacción / insatisfacción de la autoimagen se refiere a la autoevaluación, sentimientos y actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo y/o partes del mismo (Gómez Pérez-Mitré, 1999 citado en Gil, 2003).

Definición operacional: La Escala de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré cuenta con dos escalas visuales que hacen referencia a la autoimagen, son seis siluetas humanas que van desde una muy delgada hasta una muy obesa. Una de ellas corresponde a la figura ideal. En ella las adolescentes eligen la figura que refleja como les gustaría que luciera su cuerpo (sección G), y la otra se refiere a la figura actual, en donde las adolescentes eligen aquella figura que refleje cómo se ve su cuerpo (sección C). La satisfacción / insatisfacción con la autoimagen resulta de la discrepancia que hay entre la puntuación de la imagen actual, menos la puntuación de la imagen ideal. Los puntajes positivos indican que la imagen actual es más gruesa que la deseada, es decir, se anhela una silueta más esbelta a la actual, a esto se le llama insatisfacción positiva; mientras que si los puntajes negativos indican que la imagen actual es más delgada que la deseada, se anhela una silueta más gruesa, y es una insatisfacción negativa. Los puntajes iguales a cero significan que hay una satisfacción con la autoimagen, es decir la imagen actual y la deseada son la misma (Gil, 2003). Dentro de esta misma escala hay una sección más que hace referencia a la manera en que ellas se perciben cuyas preguntas se presentan como una escala tipo Liker.

Estos criterios para evaluar la autoimagen corporal se derivan de la fundamentación psicométrica del uso de la Escala de Salud y Alimentación en su versión computarizada y de papel y lápiz realizada por Gómez Pérez-Mitré y cols., (2000) en su versión para adolescentes.

4.10 Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizaron se describen a continuación:

1. Lápices, gomas, sacapuntas, butacas con paleta.
2. Bascula, cinta métrica.
3. Cuestionario sobre creencias de autoimagen y cultura alimentaria (Anexo 1).
4. Escala de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré en su versión para adolescentes que cuenta con dos secciones la C y G; que hacen referencia a la imagen corporal; son escalas visuales de seis siluetas humanas de figura ideal y la actual (Anexo 2).

4.11 Procedimiento:

Fase 1. Se pidió el permiso correspondiente en la escuela secundaria donde se llevo a cabo el presente trabajo.

Fase 2. Otorgado el permiso, se pidió a las autoridades correspondientes se asignará el espacio y los grupos con los que se podía trabajar, que cubrían el requisito de la edad (que tuvieran entre 14 y 15 años de edad cumplidos).

Fase 3. Con los grupos asignados se eligió a las mujeres adolescentes de los grupos hasta cubrir el número deseado de la muestra. A las cuales se les dio a conocer, la procedencia de las investigadoras, el objetivo de la investigación, así como las instrucciones para contestar los cuestionarios.

Con el fin de obtener el IMC, se pesó y midió a las participantes antes de que se les entregaran los cuestionarios a contestar.

Fase 4. Se dio un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para que respondieran el primer cuestionario relacionado con sus creencias de alimentación, el cual se aplicó de manera colectiva. Conforme iban terminando se recogieron los cuestionarios yendo hasta el lugar donde se encontraban sentadas las adolescentes.

Fase 5. Seguido del primer cuestionario se dieron las indicaciones para que contestaran la Escala de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré de manera colectiva y supervisada con una duración aproximada de 30 minutos.

Fase 6. Finalmente conforme fueron terminando se les dio las gracias por su participación y se recogieron los cuestionarios.

4.12 Análisis Estadístico:

En caso del cuestionario sobre creencias se realizó un análisis de contenido de las respuestas que se obtuvieron, se presentan las tablas de frecuencias donde se encuentran los diez primeros conceptos que fueron relacionados en cada una de las preguntas.

Para el análisis sobre la satisfacción / insatisfacción de la autoimagen de las adolescentes se llevó a cabo por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 11.0. Primeramente se realizó un análisis de distribución de frecuencias. Se elaboró una tabla cruzada para observar la manera en que se encuentran relacionados la satisfacción e insatisfacción con las categorías de normo peso y sobrepeso, de esta manera analizar y conocer cual es su incidencia y sus características, también se presenta de manera gráfica. Se realizó un análisis paramétrico con la prueba *T de Student* para dos muestras independientes, realizando la comparación de medias de autoimagen entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso, con un nivel de significancia del 0.05

Al realizar la prueba de Kolmogorov- Smirnov para verificar si los datos se encuentran distribuidos normalmente, éstos cumplen con tal requisito al tener un nivel de significancia de .150 (mayor a 0.05). En el caso de la aleatoriedad de los datos se realizó la prueba de Runs en la cual el nivel de z es -.991 y el nivel de significancia fue de 0.322; lo cual indica, que los datos fueron tomados aleatoriamente y con la prueba de Levene para comprobar si las varianzas son iguales el valor de significancia es de 0.905 (mayor de 0.05), por lo que las varianzas son iguales.

Capítulo 5

Resultados

La presente investigación tuvo como propósito conocer cómo influyen las creencias de alimentación y la autoimagen de las adolescentes con normo peso y sobrepeso en su cultura alimentaria, así mismo conocer la satisfacción e insatisfacción que sentían las mismas con respecto a su autoimagen corporal y de este modo determinar si existe una diferencia entre una muestra y otra.

Para este efecto, se realizó un análisis de contenido y frecuencias referente a las creencias de alimentación que tienen las adolescentes, en lo que respecta a la satisfacción de autoimagen de las adolescentes normo peso y sobrepeso se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión 11 para Windows); las primeras para conocer las diferencias entre las muestras y las segundas para establecer si existe relación entre las variables.

5.1 Descripción de la muestra

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional en el que participaron 100 mujeres adolescentes de las cuales 49 tenían 14 años y 51 tenían 15 años cumplidos hasta el momento de la aplicación de cuestionarios.

La muestra de adolescentes mujeres se dividió en dos grupos mediante el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$), para adolescentes mexicanos establecido por Saucedos de Molina (1997); quedando 50 mujeres de normo peso y 50 con sobrepeso, que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Promedio del Índice de Masa Corporal de las adolescentes.

Categoría de IMC	Número de mujeres	Media del IMC
Normo Peso	50	21.9173
Sobre peso	50	24.4212

5.2 Creencias de Alimentación

Mediante el cuestionario uno (ver anexo 1), el cual hace referencia a cuales son las creencias que las adolescentes tienen sobre si mismas y sobre su alimentación. Se realizo un análisis de contenido de las respuestas que dieron las adolescentes sobre dicho tema. Los resultados se presentan mediante tablas de frecuencia de sus respuestas, donde se presentan las creencias de las adolescentes con normo peso y sobrepeso.

¿Cómo crees que deben ser las mujeres?

Dentro del concepto de mujer las adolescentes con normo peso, la describieron con adjetivos como inteligente con un 96% de aparición, sinceras 92%, bonito cuerpo 88%; en la tabla 2 se presentan los diez adjetivos más mencionados con su frecuencia de aparición y su porcentaje correspondiente dentro de la muestra.

Tabla 2. Cómo debe ser la mujer para las adolescentes normo peso.

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Inteligente	48	96
Sinceras	46	92
Bonito cuerpo	44	88
Bien vestidas	38	76
Buenas	33	66
Alegres	26	52
Honestas	25	50
Ordenadas	18	36
Paciente	15	30
Sensible	09	18

Para las adolescentes de sobre peso los adjetivos que mencionaron se repiten en su mayoría a los que mencionaron las adolescentes normo peso, entre los primeros lugares se encuentra que la mujer debe ser respetuosa con un 92%, en segundo lugar deben ser buenas 88% e inteligentes 76%; en la tabla 3 se muestran los 10 adjetivos principales con sus porcentajes y frecuencias correspondientes a cada uno de ellos.

Tabla 3. Cómo debe ser la mujer para las adolescentes sobrepeso.

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Respetuosas	46	92
Buenas	44	88
Inteligentes	38	76
Bonito cuerpo	28	56
Buenas	23	46
Coquetas	18	36
Dulces	16	32
Comprensivas	15	30
Sensibles	13	26
Honestas	10	20

¿Cuáles son las características físicas que tu consideras debe tener una mujer?

En el caso de las normo peso, en la tabla 4 se presentan las diez características mencionadas con mayor frecuencia con cada uno de sus porcentajes, entre las primeras se encuentra que una mujer debe tener bonito cuerpo, la cual se presentó en un 98%, altas con un 96% y delgadas con un 94%.

Tabla 4. Características físicas de una mujer de acuerdo con las adolescentes normo peso.

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Bonito cuerpo	49	98%
Altas	48	96%
Delgadas	47	94%
Blancas	35	70%
Bonita cara	33	66%
Femeninas	29	58%
Güeras	19	38%
Peinadas	17	34%
Como sea	14	28%
Simpáticas	13	26%

Para las adolescentes con sobrepeso las características son similares a las de las de normo peso, entre las principales se encuentra una mujer con un bonito cuerpo que representa el 98%, altas con el mismo porcentaje y delgadas con el 46%. Las diez características mencionadas con mayor frecuencia se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Características físicas de una mujer de acuerdo con las adolescentes sobrepeso.

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Bonito cuerpo	48	96%
Altas	48	96%
Delgadas	46	92%
Bonita cara	44	88%
Ojos claros	40	80%
Simpáticas	37	74%
Piel clara	28	56%
Arregladas	26	52%
Blancas	25	50%
Femeninas	20	40%

¿Cuáles son las características emocionales que tu consideras debe tener una mujer?

En lo que respecta a las características emocionales con las que debe de contar una mujer las adolescentes con normo peso mencionaron que debe ser amorosa con un porcentaje de aparición del 90%, alegres en un 86%, fuertes con un 84%; en la tabla 6 se presentan las diez características mencionadas con mayor frecuencia y su respectivo porcentaje.

Tabla 6. Características emocionales de una mujer de acuerdo con las adolescentes normo peso.

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Amorosas	45	90%
Alegres	43	86%
Fuertes	42	84%
Sinceras	41	82%
Tierna	33	66%
Sentimentales	25	50%
Agresivas	19	38%
Voluble	14	28%
Fieles	12	24%
Buenas	11	22%

En el caso de las adolescentes con sobre peso en lo que respecta a las características emocionales que deben tener las mujeres, las principales fueron que deben ser decididas con un 92%, en segundo lugar amorosas que tuvo una frecuencia de 44 con un porcentaje del 88%, y sentimentales en tercer lugar con un porcentaje del 70%, en la tabla 7, se presentan los diez adjetivos con mayor frecuencia así como su porcentaje correspondiente.

Tabla 7. Características emocionales de una mujer de acuerdo con las adolescentes sobrepeso

Características	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Decididas	46	92%
Amorosas	44	88%
Sentimentales	35	70%
Agresivas	33	66%
Alegres	32	64%
Sinceras	31	62%
Fieles	22	44%
Tierna	19	38%
Comprensiva	14	28%
Cariñosa	11	22%

¿Qué crees que debes tener tú?

De acuerdo a las características que las adolescentes creen que deben tener ellas mismas se encontró en el caso de las adolescentes con normo peso, en primer lugar, creen que deben tener menor peso, con un porcentaje del 92%, seguido de ser mujeres amorosas con un 88%, mientras que en tercer lugar se encuentra se sensibles con un 70%; en la tabla 8 se muestran los diez adjetivos principales que mencionaron las adolescentes con normo peso.

Tabla 8. Creencias sobre lo que deben tener ellas mismas las adolescentes normo peso

Qué debes tener tú	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Menos peso	46	92%
Amorosas	44	88%
Sensibles	35	70%
Bonitas	33	66%
Delgadas	32	64%
Altas	31	62%
Fieles	22	44%
Creativas	19	38%
Cariñosas	14	28%
Simpáticas	11	22%

Para las adolescentes con sobre peso lo que consideran deben tener en primer lugar es la belleza con una frecuencia de aparición de 50 en un 100%, seguido de salud e inteligencia, ambas con un porcentaje del 98%, en tercer lugar, delgadez con un 96% de aparición, en la tabla 9 se encuentran las diez características que fueron mencionadas.

Tabla 9. Creencias sobre lo que deben tener ellas mismas las adolescentes con sobrepeso

Qué debes tener tú	Frecuencia de Aparición	Porcentaje
Belleza	50	100%
Salud	49	98%
Inteligencia	49	98%
Delgadez	48	96%
Menos peso	45	90%
Alta / estatura	36	72%
Estudios	35	70%
Amor	29	58%
Simpatía	18	36%
Voluntad	15	30%

¿Por qué crees tú que comes lo que te sirven en casa?

Referente a las creencias sobre la comida, se les preguntó por qué se comen lo que les sirven en casa, las adolescentes con normo peso, entre las primeras razones que mencionaron fue que lo comen por nutritivo, con un 90%; saludable (86%), delicioso con un 82%, por hambre con un 80%, por alimentarse bien (68%), porque su mamá lo sirve en un quinto lugar con un 60%; las razones se presentan en la tabla 10 con su respectiva frecuencia de aparición y porcentaje.

Tabla 10. Razones por las cuáles se comen lo que sirven en casa las adolescentes normo peso

Razón que dieron	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Nutritivo	45	90%
Saludable	43	86%
Delicioso	41	82%
Hambre	40	80%
Alimentarse bien	34	68%
Mamá lo sirve	30	60%
Me obligan	28	56%
Mamá sabe lo que cocina	15	30%
No hay dinero	12	24%
Limpio	10	20%

Para las adolescentes con sobrepeso su primer razón para comer lo que sirven en su casa es por hambre con un 92%, por que las obligan (90%), no hay otra cosa (86%), es nutritivo (74%), saludable (62%), no lo comen (50%), las diez razones más mencionadas se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Razones por las cuáles se comen lo que sirven en casa las adolescentes con sobrepeso

Razón que dieron	Frecuencia de aparición	Porcentaje
Hambre	46	92%
Me obligan	45	90%
No hay otra cosa	42	84%
Nutritivo	37	74%
Saludable	31	62%
No lo como, ayuno	25	50%
Alimentarme bien	22	44%
Esta limpio	14	28%
Si no me castigan	13	26%
No sé por qué	8	16%

¿Crees que comer tortilla y/o pan engorda o hace subir de peso?

Sobre la creencia de que el pan y/o tortilla engordan; en esta pregunta la respuesta, se limito a un sí o no, en el caso de las adolescentes con normo peso el 64% dijeron que sí, (32 adolescentes) mientras que las adolescentes con sobrepeso el porcentaje con la misma respuesta fue del 86%, (43 adolescentes) en la tabla 12 se presentan ambas muestras con las respuestas si y no con su porcentaje correspondiente.

Tabla 12. Creencia sobre la tortilla y/o pan engorda en ambas muestras

	Normo peso	Sobrepeso
SI	64%	86%
NO	36%	14%

¿Tú crees que el no comer ayuda a adelgazar o bajar de peso?

En lo que respecta a, si el no comer ayuda a adelgazar o bajar de peso, las adolescentes con normo peso el 58% mencionaron que sí, es decir, 29 de ellas y de las adolescentes de sobrepeso el 68% coincidieron con la misma respuesta, es decir, 34 mujeres, la tabla 13, presenta las respuestas de ambas muestras con su porcentaje correspondiente a las respuestas si y no.

Tabla 13. Creencia de que no comer ayuda a adelgazar en ambas muestras

	Normo peso	Sobrepeso
SI	58%	68%
NO	42%	32%

¿Crees que es necesario hacer dietas rígidas para mantener o bajar el peso corporal?

En el caso de la pregunta sobre si creen que es necesario hacer dietas para mantener o bajar de peso 18 de las adolescentes con normo peso mencionaron que si (36%), mientras que en el caso de las adolescentes con sobrepeso 36 de ellas (72%) mencionaron que si, en la tabla 14 se presentan las respuestas con el porcentaje correspondiente a cada una.

Tabla 14. Creencia de si es necesario hacer dietas en ambas muestras

	Normo peso	Sobrepeso
SI	36%	72%
NO	64%	28%

¿Tú crees que lo que comes se refleja en tu cuerpo?

Sobre la creencia de que lo que comes se refleja en su cuerpo 34 de las adolescentes con normo peso (68%) y 34 de las adolescentes con sobrepeso (68%) dijeron que si, mientras que el resto 16 adolescentes de cada muestra su respuesta fue negativa, equivalente al 32% de cada muestra, en la tabla 15, se muestran los porcentajes correspondientes a cada respuesta dividido por ambas muestras.

Tabla 15. Creencia de que lo que comes se refleja en tú cuerpo en ambas muestras

	Normo peso	Sobrepeso
SI	68%	68%
NO	32%	32%

5.2.10 Lo que comes, ¿crees que te afecta en tu estado de ánimo?

Finalmente, cuando se pregunto sobre si creen que lo que comen afecta su estado de ánimo, el 34% de las mujeres con normo peso dijeron que no, es decir 17 de ellas, las 33 restantes (66%) su respuesta fue que no afectaba en su estado de ánimo. En el caso de las adolescentes con sobrepeso el 84%, es decir, 42 de ellas mencionaron que lo que comen si afecta en su estado de ánimo, mientras que las 8 más (16%), dijeron que su comida no les afectaba en su estado de ánimo. La tabla 16 contiene los porcentajes correspondientes a cada respuesta dividido por muestras.

Tabla 16. Lo que comes afecta tú estado de ánimo, en ambas muestras

	Normo peso	Sobrepeso
SI	34%	84%
NO	66%	16%

5.3 Satisfacción de La Imagen Corporal de las adolescentes

Con la Escala de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré (ver anexo 2), que hace referencia a la autoimagen por medio de las seis siluetas humanas que van desde una muy delgada hasta una muy obesa y el cuestionario con escala de tipo Liker.

Se realizó la prueba de satisfacción e insatisfacción de la autoimagen de las adolescentes con normo peso y sobrepeso, donde por medio de una tabla de frecuencias se presentan los tres valores posibles de obtener, la satisfacción de la autoimagen, es decir que están a gusto con su autoimagen, la imagen actual y la imagen deseada son la misma, en ambas muestras cuatro de ellas, están satisfechas con su imagen corporal, ocho de un total de cien adolescentes.

En el caso de la insatisfacción negativa que indica que la imagen actual es más delgada que la deseada; las adolescentes con normo peso dieciocho de ellas se encontraron en este caso, mientras que de las adolescentes con sobrepeso fueron sólo tres, haciendo un total de veintiún adolescentes.

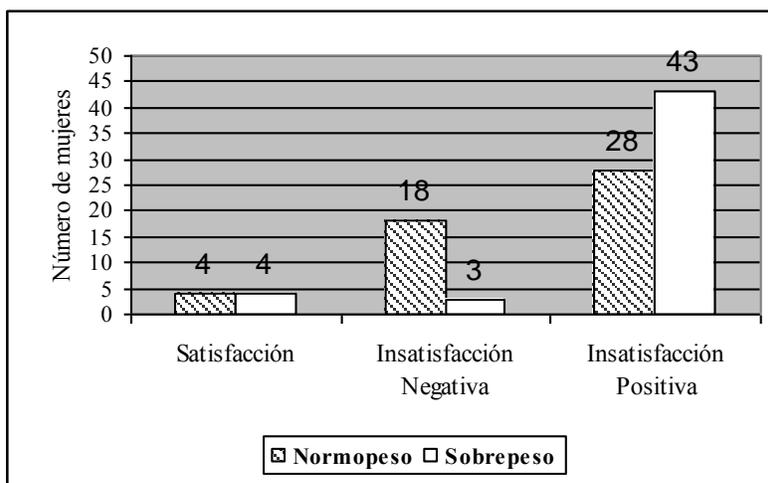
Finalmente en el caso de la insatisfacción positiva, que se refiere a que la imagen actual es más gruesa que la deseada veintiocho de las mujeres con normo peso hicieron referencia este tipo de insatisfacción, mientras que de las adolescentes con sobrepeso, cuarenta y tres de ellas se encontraron en este tipo de insatisfacción positiva. En la tabla 17, se presentan las frecuencias correspondientes sobre la satisfacción e insatisfacción negativa y positiva en las mujeres con normo peso y sobrepeso.

Tabla 17. Frecuencias correspondientes a la satisfacción / insatisfacción positiva y negativa de la imagen corporal de las adolescentes con normo peso y sobrepeso.

	Satisfacción	Insatisfacción Negativa	Insatisfacción Positiva	Total
Normo peso	4	18	28	50
Sobrepeso	4	3	43	50
Total	8	21	71	100

A continuación se presentan de manera gráfica los mismos datos.

Gráfica 1. Presenta la satisfacción/insatisfacción de las adolescentes con normo peso y sobrepeso



5.4 Comparación de medias de Satisfacción de Imagen Corporal de las adolescentes con normo peso y sobrepeso

Se realizó un análisis paramétrico con la prueba *T de Student* para dos muestras independientes, realizando la comparación de medias de autoimagen entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso, con un nivel de significancia del 0.05

Por medio de dicha prueba se obtuvo la media satisfacción /insatisfacción de autoimagen, la media de las adolescentes con normo peso fue de 22.94 con una desviación estándar de 7.49, mientras que en el caso de las adolescentes con sobrepeso la media fue de 22.62, con una desviación estándar de 6.60, los datos se presentan en la tabla 18.

Tabla 18 Que presenta la media y desviación estándar de las muestras independientes.

Categoría de IMC	N	Media	Desviación Estándar
Normo Peso	50	22.94	7.49
Sobrepeso	50	22.62	6.60

Capítulo 6

Discusión y Conclusiones

6.1 *Discusión*

Para conocer cuales son las **creencias de alimentación** en las mujeres adolescentes, se realizo un análisis de contenido del cuestionario 1 (ver anexo 1), por medio del cual se obtuvieron las creencias que tienen respecto a dos aspectos específicos, el primero sobre cuales son las características físicas y emocionales que consideran deben tener las mujeres, y un segundo que se refiere a las creencias que tienen sobre la comida que ingieren. Para examinar las respuestas que las adolescentes dieron se realizaron tablas de frecuencia con las respuestas que habían dado, presentando los diez adjetivos principales en el caso de las creencias sobre la mujer y sobre sus razones por lo que comen lo que se les da en casa y sobre algunos alimentos específicos como fue la tortilla, el pan e incluso la realización de dietas para controlar o bajar de peso.

Los datos fueron separados de acuerdo al I.M.C. de las jóvenes que participaron en la presente investigación, quedando dos muestras independientes; normo peso (con un Índice de Masa corporal entre 19.0 y 22.9 kg/m²) y sobrepeso (Índice de Masa Corporal entre 23 y 27 kg/m²).

En primer lugar, lo que respecta a las creencias sobre *cómo debe ser una mujer* es necesario, tomar como referencia los estudios realizados por Gil (2003) donde menciona que las características de las mujeres tanto en el aspecto físico como psicológico son determinados por el juego los estereotipos que han sido establecidos dentro de la sociedad, donde estas características no corresponden a los patrones culturales de los países pobres, sino de los países desarrollados del occidente: mujer blanca, joven, atractiva, esbelta, de alta estatura, sexy, elegante..., psicológicamente es una mujer dócil, feliz de su sumisión y dependencia siempre que esto le otorgue dinero, prestigio, vida cómoda..., generalmente es de clase media alta, sin notables cualidades intelectuales.

Este manejo de las características que debe tener la mujer, son las que se encuentran presenten en las adolescentes, ya que cuando se les pregunto sobre este aspecto, en un alto porcentaje corresponden sus respuestas con los estereotipos

establecidos, tanto para las mujeres con sobrepeso como para las adolescentes con normo peso, sus respuestas son muy similares, ya que mencionan casi las mismas características haciendo principal énfasis en los aspectos físicos que en los psicológicos.

Ocurrió lo mismo cuando se hace referencia de manera particular sobre sus *creencias sobre las características físicas* que deben tener las mujeres, en este caso nuevamente hacen referencia a características estereotipadas que no corresponden a la cultura mexicana, donde el deseo de las mujeres es ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso; mujer blanca, joven, atractiva, esbelta, de alta estatura, elegante cualquier cosa que haga que atraigan al sexo opuesto (Gil, 2003) Dichas características están presentes en el estereotipo que manejan las adolescentes de la presente investigación, donde de igual manera que en las investigaciones realizadas por Gil (2003) y Raich (2000), la manera en que se da preferencia a la esbeltez, a la mujer con delgadez, medidas ya no de 90-60-90, sino ya menores, son la imagen de la mujer ideal, la que obtiene éxito en todos los sentidos, y es el tipo de mujer que se presenta en la mayor cantidad de los medios publicitarios, por tal razón será la imagen a desear, tal como se menciona en la *teoría sociocultural* que busca dar explicación al uso de la autoimagen, en la que ésta se utiliza, para obtener el estatus que la imagen proporciona, por lo que será la imagen que las adolescentes anhelarán tener, para obtener con ello el beneficio social que proporciona.

En relación a las *creencias sobre cómo debe ser de manera emocional la mujer*, es necesario retomar un poco la historia desde la antigüedad, donde se observa que la mujer se ha encontrado inmersa en una situación de subordinación con respecto al hombre, donde se le ha sometido y custodiado (Duby & Perrot, 2001), dando lugar a una *imagen tradicional*, la cual tiene como características el ser fiel, y mártir, siempre al servicio del varón, donde es una compañera sublimada, dedicada a las tareas del hogar, venerada y divinizada por la maternidad, se exaltan su dependencia y las muestran obsesivas por comprar y ser bellas, llenas de saberes acerca de belleza, de dietas y de medios y que se mueve de una pura apariencia en el mundo. Situación que es vista en las respuestas dadas por ambas muestras, sin que haya una diferencia significativa entre las respuestas de una y otra, al hacer mención de estas características que mencionan Duby & Perrot (2001), son las que consideran debe tener la mujer.

En cuanto se refiere a lo que consideran *debían tener ellas mismas*, en los dos grupos de adolescentes se hizo mención de características que no corresponden de

manera cultural a las características de la mujer mexicana, sino se hace mención de todas aquellas características que tiene el estereotipo de mujer que se presenta principalmente en los medios publicitarios, alta, delgada, de bajo peso, de piel blanca, simpática, etc., aspectos que se mencionan en otras investigaciones como las que se han referido hasta este momento, donde, la imagen de la mujer que está presente es aquella que cubre con los requisitos por lo establecido por la sociedad, que confirma lo que se menciona dentro de la *teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal* donde se explica que hay una notable discrepancia entre el modelo que una persona elige y la real, por lo que se genera una insatisfacción que no se reduce sólo a la apariencia física, sino que se generaliza a aspectos personales, haciendo que se deje de valorar o subestimarse por cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal.

En lo que respecta a las **creencias de alimentación**, se encontró lo siguiente:

El excesivo énfasis en el estilo, formas e imágenes, del cuerpo ideal ha provocado en los adolescentes un incremento en la preocupación por su apariencia física, que surge de la necesidad por identificarse a sí mismo y sentirse aceptado en un determinado grupo.

Tal preocupación ha ocasionado afectaciones en sus estados de salud, tanto fisiológica como emocional, un ejemplo claro es el incremento de adolescentes que presentan algún trastorno alimenticio, especialmente de anorexia y bulimia.

Los adolescentes dan mayor valor a la comida rápida, en la que se encuentran platos muy populares procedentes de la *fast food* estadounidense, como son las hamburguesas, las papas fritas con salsa cátsup, los hot-dogs, las pizzas y las sopas instantáneas (Cámara 1989).

Es una situación que es confirmada en la presente investigación, ya que en la mayor parte de las ocasiones las adolescentes hacen referencia a comer más por obligación que por la creencia de que es necesario el alimento para su cuerpo, e incluso llegaron a mencionar que no comían lo que se les servía en casa, que preferían pasar por ayunos prolongados que les ayudará a mantener o bajar su peso, es decir tienen la creencia que el no comer les ayudará a bajar o mantener su peso.

Es de su preferencia consumir alimentos que pueden conseguir fácilmente en la *tienda*, dentro de los cuales se encuentran principalmente aquellos que mencionan ser productos *Light o bajos en grasas* (Duran, 2005), que aquellos alimentos que les son servidos en casa incluyendo, dentro de sus hábitos alimenticios la costumbre

estadounidense del *lunch*, que realizan principalmente en horario escolar, en el que incluyen los alimentos de la comida rápida (*fast food*).

Otro aspecto que vale la pena rescatar, es la creencia de *que el pan y/o tortilla engordan*, en su gran mayoría tanto las adolescentes con normo peso y sobrepeso, mencionaron no incluir ambos productos dentro de su alimentación por ser un alimento que provoca que suban de peso, y que en un momento dado preferían incluir en su dieta pan blanco o de fibra *de caja* en sustitución de tortillas, alimentos que de acuerdo a la investigación de Duran (2005) son de “mayor prestigio social”.

El uso indiscriminado de los alimentos industrializados de poco valor nutritivo está modificando la dieta de los distintos grupos de la población mexicana. Donde las grandes empresas alimentarias llevan a cabo fuertes inversiones de publicidad. La mayoría de ella controla la producción de alimentos para niños y adolescentes, por lo que vende una variada cantidad de productos light, bebidas gaseosas, comida rápida, etc. De tal suerte, estas empresas han monopolizado la producción y elaboración de algunos productos, los han difundido entre la población mexicana y han ocurrido desplazamientos de otros alimentos propios de la región, más nutritivos y de menor costo. Por mencionar un caso, se deja de comer bolillo por comer pan rebanado; se olvidan las salsas caseras y se prefiere la salsa de jitomate (catsup); y el maíz se ingiere no en tortillas o elotes sino en forma de hojuelas (Cámara, 1989).

Sobre la *relación que puede haber entre lo que comen y el como se sienten* así como la importancia de realizar dietas *para bajar de peso*, mencionaron que en definitiva los alimentos que ingieren afectan de manera relevante en su peso, por lo que es necesario estar “a dieta” constantemente, de igual manera deben consumir productos bajos en grasas, o productos light que les permita continuar con su intento de *mantener la figura o llegar a la figura ideal*, esta búsqueda se da de igual manera con las adolescentes con normo peso como con las de sobrepeso, situación que es referida por las publicaciones sobre dietas alimentarias publicadas entre 1967 y 1993 (Bernal, 2002). Concluyen que alrededor del 40% de las mujeres y que el 23% de los varones estaban intentando perder peso. En estas mismas circunstancias el 26% de las mujeres estaban haciendo régimen para adelgazar, aun cuando no presentaban ningún problema de sobrepeso, es decir, se les podría considerar como personas propensas a caer en el trastorno alimenticio de la anorexia lo que permitió concluir que había más personas de normo peso siguiendo dietas que personas con sobrepeso (Toro, 1999).

Si bien, las mujeres mencionan que lo que comen se manifiesta en su cuerpo es de considerar, que históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus de los modos de alimentarse, lo que constituye un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigios. El deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar a instituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Toro, 1999).

En lo que corresponde a la **satisfacción con la autoimagen** en esta investigación se presentó:

Es necesario retomar lo investigado por Bruchon Schweitzer (1992) quien hace referencia a dos tipos de percepción del cuerpo; uno se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distintas y proporciones, orientación espacial) y la ha llamado *imagen espacial del cuerpo*. Una segunda engloba las percepciones, representaciones y afectivos, elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a una norma (satisfacción corporal, atractivo “subjetivo”, identidad corporal percibida...) es decir, a una *imagen afectiva del cuerpo*, en otras palabras, es el sentirse a gusto con su propio cuerpo sin que se desee cambiarlo, lo cual, se observó en la presente investigación, ya que, en lo que se refiere a la imagen espacial como a la afectiva del cuerpo las adolescentes, manifestaron tener inconformidad con esta, es decir con su autoimagen corporal, ya que sólo ocho de las cien participantes manifestaron sentirse satisfechas con su autoimagen.

En el caso de las adolescentes con normo peso y su satisfacción corporal, aun cuando de acuerdo al I.M.C., no tienen un problema de sobrepeso, el cincuenta y seis por ciento de esta muestra, mencionaron tener una insatisfacción positiva (anhelar una silueta más esbelta a la actual) de su autoimagen, lo cual indicaría que estas chicas tienen una tendencia a desarrollar algún tipo de trastorno de conducta alimentaria, de acuerdo a las investigaciones realizadas por Phelps (1993), en las que evaluó a las chicas adolescentes del distrito escolar de Búfalo. Se les pasó una encuesta a todas las alumnas situadas en Middle School, de 12 a 14 años, Los resultados fueron que en esta escuela, el porcentaje de niñas que se medicaban para adelgazar (anoréxicas) había pasado del 0.8% al 6% y de niñas vomitadoras (bulímicas) había pasado del 3.8% al 11.4% y reafirma que las adolescentes con normo peso son más dadas a seguir dietas para buscar controlar y bajar su peso (Toro, 1999) ya que sólo el treinta y seis por ciento

tuvieron una insatisfacción negativa, es decir, desean una silueta más gruesa que la que tienen actualmente, y solo el ocho por ciento de estas menciona tener satisfacción con su autoimagen.

Dentro de este panorama que hacen patente la preocupación por el cuerpo y sus medidas supuestamente excesivas. Es como si la gente aceptara la presión social y haya llegado a convencerse de que este prejuicio es intentar adelgazar, reducir las dimensiones y de manera competitiva.

En lo que respecta a las adolescentes con sobrepeso, se observó que en su mayoría, el ochenta y seis por ciento de la muestra, siente insatisfacción con su autoimagen, como la llama Gómez Pérez-Mitré y cols. (2000), insatisfacción positiva (anhela una silueta más esbelta a la actual), esto es por que, dado que presentan un problema de sobrepeso, que es denominado un problema de salud, que trae consigo otras implicaciones tanto física como psicológica, es adecuado que deseen una silueta más esbelta que la que tienen, ya que esto les permitirá mejorar su condición de vida y su bienestar en salud.

Esto permite reafirmar lo que menciona Brown y cols (2002) sobre el hecho de que las mujeres cuando llegan a la adolescencia, aceptan los estereotipos de cómo deberán ser y reprimen los verdaderos sentimientos en áreas de ser *lindas* cuando reconocen que están perdiendo parte de sí mismas, lo cual significa que ya no puede tener relaciones auténticas, su confianza se resquebraja.

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae consecuencias biológicas y hasta trastornos psicológicos como es la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso; anorexia, bulimia.

Por medio de la comparación de medias entre los grupos de mujeres con sobrepeso y normo peso que se realizó por medio de la *T de Student* no se encontró una diferencia significativa entre las dos muestras, ya que hay una insatisfacción con la autoimagen corporal en ambos casos, principalmente de tipo positiva como la define Gómez Pérez-Mitré (1997). Hay un deseo por tener una figura más delgada de la que se tiene actualmente, lo que principalmente han relacionado las adolescentes con una pérdida de peso, más que por obtener el peso ideal de acuerdo a la estatura y/o factores biológicos o genéticos.

Es importante destacar que si bien se trata de una *insatisfacción positiva de la autoimagen*, habrá que considerar las características de cada una de las muestras por separado.

Si se habla de las normo peso no se puede considerar que se trate una insatisfacción positiva puesto que ellas no tienen un problema de peso corporal extra y el deseo de tener una silueta más delgada de la que tienen actualmente habla de una latente alarma a que este tipo de adolescentes presenten con mayor seguridad algún tipo de trastorno alimenticio, llámese anorexia, bulimia u otro tipo de trastorno, ya que el deseo de tener una figura delgada cuando ya se tiene, habla de una autopercepción distorsionada del cuerpo, lo que da pie regularmente a los trastornos ya mencionados.

En el caso de las adolescentes con sobrepeso, si bien en ellas si hay un peso que no es el más adecuado, no sólo por la imagen corporal que represente, sino por todos los factores de riesgo que se desencadenan con un peso excesivo (hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia venosa periférica, colesterol elevado, entre otras), por lo cual es considerado que *positivo* que tengan insatisfacción con su imagen corporal, ya que de este modo buscaran bajar de peso, no es la cuestión de bienestar físico lo que hace que las adolescentes busquen tener una imagen más delgada, sino el deseo de pertenecer a la imagen de la mujer estereotipada por la sociedad, de tal manera que no tienen conciencia del bienestar que les puede traer en su salud, y de este modo presentarán problemas con el especto psicológico, ya que al no tener lo “deseado” su autoconcepto es de rechazo, de sentimientos negativos hacia ellas mismas, por lo que de igual manera, podrían presentar trastornos de conducta alimentaria, que repercuten en todas las esferas bio-psico-sociales.

Sugerencias y Limitaciones

Se puede abordar este tipo de estudios en diversas poblaciones, ya que sería relevante conocer si las creencias de alimentación son modificadas por los niveles socioeconómicos de las diferentes poblaciones o por las tradiciones de alimentación que tienen las diferentes regiones del país. Lo cual, permitiría conocer en que regiones del país se presentan con mayor frecuencia los trastornos de conducta alimentaria y con ello hacer el planteamiento de estrategias preventivas como apoyo en la formación del auto concepto de los y las adolescentes.

La situación socioeconómica de la zona donde se trabajo, se considera de nivel bajo, por lo que se llegó a considerar que por este motivo las adolescentes ingieren sus alimentos por una cuestión de satisfacer su necesidad básica de alimentación, sin embargo, se observo que este nivel no impide que no deseen la comida que tienen en sus hogares, de igual manera tienen el deseo de tener la imagen ideal de la mujer e incluso los trastornos alimentarios se han observado principalmente en niveles socioeconómicos bajos. Por lo tanto, se podría considerar que si se presentan casos de desnutrición en éste tipo de poblaciones, no necesariamente tiene que relacionarse con la falta de sustento económico, si no probablemente al rechazo del alimento por la búsqueda de la pérdida de peso.

La obesidad y el sobrepeso no se han considerado como trastornos de conducta alimentaria, por considerar que su desarrollo tiene que ver más con repercusiones a nivel fisiológico, de carácter hereditario, hormonal, metabólico, etc., sin embargo, sería importante considerar que este problema de salud, que actualmente afecta a una gran cantidad de la población mexicana, tiene su origen en muchas ocasiones en aspectos psicológicos, como es el estrés, la depresión, la ansiedad, entre otros, que finalmente tienen repercusiones conductuales que desencadenan el consumir alimentos como sustituto de..., una determinada necesidad que tiene la persona.

Tal como lo menciona Toro (1999), que el alimento cumple diferentes significados socialmente no solo es el que satisface la necesidad del hambre, sino que se convierte en un símbolo de relaciones personales, de muestra de afecto etc., por lo que su relación con los aspectos psicológicos es inevitable.

6.2 Conclusiones

De acuerdo a los objetivos que se pretendían alcanzar con la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones

- ψ Las creencias de alimentación se han ido modificando a lo largo de la historia, ha recibido influencias principalmente de las culturas estadounidense y la china, que hasta hace poco tiempo ha logrado un éxito impresionante en las costumbres de alimentación de los mexicanos.
- ψ Los alimentos tradicionales como la tortilla, el chile, el jitomate, principalmente las verduras producidas en nuestro país han sido sustituidas por las comidas *fast food*, así como los productos industrializados que han

tenido un gran impacto en las costumbres de alimentación, debido al ritmo de vida tan acelerado de la ciudad.

- ψ Las creencias de alimentación de las adolescentes recae principalmente en eliminar de sus dietas aquellos productos que consideran las hará subir de peso o “engordar”, de tal manera que ha tenido un efecto importante en su cultura de alimentación.
- ψ Consideran tanto las adolescentes con normo peso como de sobrepeso que los alimentos que consumen se reflejan en su cuerpo por lo que prefieren consumir productos que brindan un mejor *estatus*, no importando su valor nutricional.
- ψ Tanto las adolescentes con normo peso y sobrepeso tienen una preocupación excesiva por la imagen corporal, manifiestan una idealización hacia la “*imagen delgada*” que es manejada dentro de los estereotipos de la mujer en la sociedad.
- ψ Las adolescentes con normo peso son las que realizan con mayor frecuencia *dietas* para bajar o mantener su peso corporal, convirtiéndose esta situación en una tendencia a presentar trastornos de conducta alimentaria.
- ψ Las adolescentes con sobrepeso tienden a preocuparse más por tener una figura más delgada para así lograr la *figura ideal* que por los factores de riesgo que se manifiestan pueden provocar que padezcan trastornos de conducta alimentaria como la anorexia o bulimia por sus intentos de disminuir su peso corporal.
- ψ Las adolescentes con normo peso y sobrepeso tienen insatisfacción con su autoimagen corporal de manera positiva, es decir, desean tener un cuerpo más delgado.

De acuerdo a las hipótesis planteadas, lo que se observó fue lo siguiente:

En la hipótesis de “la cultura alimentaria es diferente entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso dadas las creencias de alimentación y la satisfacción o insatisfacción con su autoimagen”

- ψ La cultura alimentaria no es diferente entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso, ya que ambas desean perder peso.
- ψ Las creencias de alimentación no varían de una manera significativa entre las adolescentes con normo peso y sobrepeso, en ambos casos eliminan los

productos que consideran les hará subir de peso (pan, tortilla entre otros) y creen que el hacer *dietas* o realizar ayunos prolongados les permitirá mantener o disminuir el peso corporal.

Con respecto a la hipótesis de “la autoimagen de las adolescentes es más satisfactoria en las normo peso que en las sobrepeso”

- ψ La hipótesis no se acepta, ya que no se puede considerar que haya diferencia entre ambos grupos estadísticamente, la satisfacción o insatisfacción en las mujeres no se ve afectado por su índice de masa corporal, es decir no importa si son de normo peso o sobrepeso, ambas desean perder peso. Esta prueba se realizó con un nivel de significancia de 0.05.
- ψ La diferencia principal a considerar es que las adolescentes con normo peso no tienen una necesidad de perder peso y sin embargo, su insatisfacción establece que desean tener una figura más esbelta, por lo que tienen una tendencia más alta de presentar trastornos alimentarios.
- ψ Las adolescentes con normo peso no tienen satisfacción con su imagen corporal, desean ser más delgadas.
- ψ En el caso de las adolescentes con sobrepeso, tienen una necesidad de bajar de peso, ya que son muchos los factores de riesgo que se presentan en las personas con sobrepeso u obesidad entre los que se encuentran la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia venosa periférica, colesterol elevado, entre otras.
- ψ Las mujeres con sobrepeso desean principalmente tener una figura delgada no importando lo que tengan que hacer para ello, (dietas, ayunos prolongados, dejar de comer algunos alimentos) por lo que superocupación no es por una cuestión de salud, sino por estar dentro del estereotipo de la mujer ideal, por lo que de igual manera pueden presentar trastornos alimentarios.

Aportaciones

La presente investigación:

Plantea una vinculación entre la psicología social y la psicología clínica, ya que desde el planteamiento de la importancia de que las adolescentes acepten su imagen corporal se hace una relación con la participación de la cultura en las costumbres de alimentación, que finalmente tienen una repercusión en su estado de salud, ya que al irse

modificando por las necesidades de vida, se promueve la ingesta de alimentos de poco valor nutricional y que trae como consecuencia en algunos casos el aumento del peso corporal (el sobrepeso u obesidad).

Los trastornos de conducta alimentaria como la anorexia, y bulimia, tienen su origen no sólo en la insatisfacción con la autoimagen corporal, o por buscar la imagen estereotipada de la mujer delgada que maneja la sociedad, sino que también repercuten las tradiciones y creencias de alimentación, ya que se tienen ideas erróneas de algunos alimentos tradicionales, como por ejemplo el maíz, el trigo, las leguminosas que actualmente se cree que “hacen engordar” sin considerar los beneficios que traen para el organismo y se le da socialmente mayor estatus el ingerir alimentos industrializados, productos light, o bajos en grasas.

A pesar de que la imagen de la mujer a cambiado con el paso del tiempo y con los movimientos sociales que se han dado a lo largo de la historia, donde el papel de la mujer a pasado a ser individualista, seductora, con trabajo fuera de casa, que busca lo nuevo, es suspicaz, es experta, generalmente soltera, que a logrado ocupar un lugar a nivel público dentro de la sociedad, no deja de jugar el papel histórico tradicional que ha llevado desde la antigüedad, ya que a pesar de lo que haga o sea, continua siendo la ama de casa, entregada, sacrificada, discreta, resignada, con una sexualidad controlada, hogareña, ingenua, que tiene que jugar los roles de madre, esposa, ama de casa, hija, etc., donde de cualquier modo debe anteponer a los demás a ella misma.

Finalmente, podría considerarse la posibilidad de manejar talleres dentro de las instituciones educativas donde pasan la mayor parte del tiempo los adolescentes (secundarias).

En primer lugar, se podría realizar actividades por las cuales identifiquen la importancia de tener una buena alimentación, romper con los mitos que se han formulado acerca de algunos productos que pertenecen a la canasta básica como es la tortilla, el pan o las leguminosas (*frijol, lenteja, arroz, etc.*) presentando los beneficios que otorga cada alimento, considerando cuales son los términos reales de su familia, es decir, muchas ocasiones se presentan “dietas para cuidar el peso” pero algunos de los productos que se mencionan en ellas no es posible para todas las familias consumirlos, porque no todos los alimentos corresponden a sus posibilidades, puede ser por cuestiones económicas o porque no se acostumbre en su casa determinado alimento, de tal manera que se realicen las dietas de acuerdo con lo que está refrigerador, retomando el concepto de dieta, que hace referencia al régimen alimenticio que regularmente se

ingere como alimento, es decir, se tiene que redefinir el concepto con los jóvenes, donde éste no habla de dejar de comer, hacer ayunos prolongados, sustituir alimentos o eliminarlos de la comida, sino de equilibrar el consumo de cada producto, considerando la actividad física que se lleve a cabo, desde la práctica de algún deporte o hasta no hacer nada.

Trabajar con los hábitos de alimentación que ya se tienen no es una tarea fácil, considerando que quienes se encargan de su alimentación principalmente son los padres de familia, específicamente la mujer, al ser ella la que prepara los alimentos en casa, surge la necesidad de presentar con los padres diferentes alternativas para cuidar la salud de sus hijos, lo cual lleva a la búsqueda de un trabajo multidisciplinario con los especialistas en nutrición, que les puedan transmitir estrategias para preparar los alimentos de una manera más atractiva para sus hijos, sin dejar de considerar lo que ya se había mencionado, sus posibilidades reales de cada comunidad.

Dado que el *lunch* se consume dentro de la escuela, es importante trabajar en las cooperativas escolares en las que solamente se encuentran productos altos en azúcares, (golosinas, refrescos, galletas, etc.) comida rápida, (sopas, hot dogs, tortas con pocos ingredientes nutritivos, etc.) y sustituirlos por alimentos que bien se puedan comer en poco tiempo.

Dentro de los talleres a considerar debe trabajarse con el concepto de la imagen corporal de las y los adolescentes, ya que si bien, se ha detectado que en esta etapa se tienen grandes problemas para aceptar su cuerpo tal como es, no sólo por los cambios físicos, sino incluso por llegar a tener la imagen ideal, de ahí que se desee la silueta más delgada posible, por lo que se debe impulsar el trabajo en el autoconcepto de los adolescentes, es cierto que en algunas asignaturas ellos conocen lo que es la adolescencia, así como los cambios que se dan en ella, sin embargo, es importante el apoyo psicológico en la búsqueda de lo que se desea ser y lo que se es. De tal manera, que el adolescente al formarse su identidad, es lógico que tendrá ideales a seguir, pero se buscará por medio de los talleres concientizar a que este ideal sea de acuerdo a los rasgos culturales mexicanos.

Es importante señalar, que mucho se ha hablado del autoconcepto en la adolescencia, sin embargo, en la zona donde se llevó a cabo la presente investigación, la escuela tiene deficiencias dentro de su infraestructura, por lo que no cuentan con los servicios de salud necesarios (médicos, psicólogos, etc.,) para una mejor orientación para sus estudiantes, se trabajó en una escuela que no cuenta con el apoyo total del

estado, la zona en la que se encuentra la institución, su nivel económico es muy bajo, lo que trae consigo repercusiones en todos los aspectos del desarrollo, psicológico, físico y social.

En un aspecto preventivo, debería de buscarse el espacio para trabajar en las primarias, con los padres de familia, para promover la mejora en los hábitos alimenticios, así como evitar la formación de mitos sobre los alimentos que forman la dieta del mexicano desde la etapa infantil, de tal modo que cuando lleguen sus hijos a la adolescencia, tengan una visión diferente de la alimentación.

Con lo que respecta a la imagen corporal, realizar talleres con los niños principalmente con los alumnos de 5to y 6to grado, en los que el objetivo sea impulsar la auto-aceptación de su cuerpo, al estar en la etapa previa de que empiecen los cambios de la adolescencia, brindándoles herramientas que les ayuden a tener confianza, seguridad, etc., en ellos mismos.

Por último, cabe la posibilidad de trabajar con los adolescentes hombres, que con respecto a su imagen corporal teóricamente no se ha dicho que tengan problemas con este aspecto, sin embargo, esta creencia a llevado a pensar que no hay necesidad de cuidar la imagen, por lo que actualmente, el problema en los hombres principalmente es de sobrepeso que en una edad adulta puede convertirse en obesidad en México la prevalencia de obesidad en adolescentes mujeres se estima en un 6% y en adolescentes hombres alrededor del 10%, tal vez ellos tengan menos posibilidad de presentar trastornos como la anorexia o bulimia, pero si de obesidad y sobrepeso, y sería interesante conocer el por qué de esta diferencia.

El trabajar con adolescentes, implica mejorar la calidad de vida de las personas que forman la sociedad del futuro, brindarles las herramientas necesarias para un mejor cuidado de su salud, la cual implica el perfecto equilibrio consigo mismo y su entorno, en lo cual participan, no sólo los médicos, odontólogos, etc., sino también los psicólogos.

Bibliografía

- Aceituno, R. (2001, Junio) Anorexia y Locura. *Revista Psicoanálisis y Hospital*. 15
- Aguirre, B. A. (1994) *psicología de la adolescencia*. México: Alfaomega.
- Anguas, P. A. (2000) *El bienestar subjetivo en la cultura mexicana* Tesis de Doctorado Facultad de Psicología. División de estudios de posgrado UNAM: México
- Alemany, M. (1995). *Enciclopedia de las dietas y la nutrición*. España: Planeta.
- Allenf. Harold, A, Pincus, D. Michael B. (1995) *DSM-IV Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales* Comisiones de Trabajo. Masson, S. A: Barcelona, España.
- Beattie, J. H. (1974). *Otras culturas*. Fondo de Cultura Económica: México
- Bejar N. R. (1994) *El mexicano: Aspectos culturales y psicosociales*. UNAM: México
- Belmot O. M. & Campos V. A. (2005) *Imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes*. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Bernal, A. I. N. L. (2002). *Ansiedad y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios*. Tesis de licenciatura Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Billet, L. (1995 Agosto) Bulimia y Anorexia en la actualidad. *Revista de Asociación Argentina de Psiquiatría*. 1, 2, 160-169.
- Broom, L. & Selznick, P. (1976) *Sociología: Un texto con lecturas adaptadas*. Continental. S. A. de C.V: México. (15- 17)
- Brown, J., Witherspoon, H., Hargreaves, R. & Tiggemann, (2002). Los medios de comunicación y salud de los adolescentes. *Revista de la salud adolescente*, 31, 6, 153-170.
- Bruchon –Schweitzer, M. (1992) *Psicología del cuerpo*. Hender: Barcelona
- Cámara, F. (1989) *Culturas contemporáneas en México*. América indígena. Recuperado:<http://www.anuies.mx/principal/servicios/publicaciones/revsup/res054/txt9.htm>. (Mayo, 05, 2005)
- Caplan, G. & Leovici, S. (1973) *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela enfermedad y salud mental*. Paidós: Buenos Aires

- Contreras, J. (2002). *Alimentación y Cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Alfa Omega: México. 380- 389
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Masson: Barcelona.
- Chinoy, E. (1986). *Introducción a la Sociología*. Paidós Mexicana S.A. de C.V: México.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1994) *Trastornos del comer. Terapia estrategia e intervención para el cambio*. Herder: Barcelona.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996) *Anorexia y Bulimia lo que hay que saber. Divulgación y Ayuda*. Gedisa: España.
- Díaz-Guerrero R., (1967) Una escala factorial de premisas histórico socio culturales de la familia mexicana. *Revista Interamericana de Psicología*. 8, 2, 79-87.
- Duby G. & Perrot M. (2001) *Historia de las mujeres* Ed. Taurus: España
- Dulanto, G, E. (2000). *El Adolescente*. Mc. Graw- Hill Interamericana: México.
- Duran, V. (2005) *La identidad nacional a través del fortalecimiento de la cultura alimentaria*. Recuperado:<http://www.anuies.mx/principal/servicios/publicaciones/revsup/res054/txt9.htm>. (Mayo, 05,2005)
- Duker, S. (1992) *Anorexia Nerviosa y Bulimia un tratamiento integrado*. Limusa: México.
- Ellwood. C. A. (1994) Cultura. *Diccionario de Sociología*. Fondo de Cultura Económica: México. 75-78.
- Foster, G. M. (1980). Las culturas tradicionales y los cambios técnicos. Fondo de Cultura Económica: México. 111-289.
- Gil, G. (2003) Estereotipos de género masculino y femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 14,1, 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999) Preadolescentes Mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 16,1, 153-165.
- Gómez-Pérez-Mitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en nuestras mexicanas*. Ponencia 450 UNAM. División de investigación y de estudios de posgrado. Facultad de Psicología. UNAM: México.

- Gómez-Pérez-Mitré, G. (2002). Trastornos de la alimentación anorexia, bulimia y obesidad. Recuperado: <http://tucomunidad.unam/files%20HTML/anorexia.htm> (Mayo, 05,2005)
- Gómez-Pérez-Mitré, G. Unikel, C. y Saucedo, M. (2001). *Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud*. En N. Calleja y G. Gómez-Pérez-Mitré. (Comps.) *Psicología social: Investigaciones y aplicaciones en México*. México: Fondo de Cultura Económica: México.
- Guelar, D. & Crispo, R. (2001) *Adolescencia y trastornos del comer Psicología*. Gedisa: España
- Harris, M. (1996). *Antropología Cultural* Alianza: Madrid.
- Hernández, S. (2000) Trastornos de alimentación: percepción de la relación materna y la imagen corporal en las adolescentes mexicanas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología: UNAM: México.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª ed. McGraw-Hill: México.
- Herscovici, C. R. (1990). *Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la anatomía*. Paídos: México.
- Holtz, V. (1995 Junio). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. *Revista de Psicología Iberoamericana*. 3,2, 5-1: México.
- Holtzman, W.H. Díaz Guerrero, R., Swatz, J.D.(1975). *Desarrollo de la personalidad en dos culturas: México- Estados-Unidos*. Trillas: México.
- Horton, P. & Hunt, Ch. (1986). *Sociología*. México: Libro McGraw Hill S.A. de C.V de México.
- Jahoda (1993) *Bueno para comer: Enigmas de la Alimentación*. Editorial Alianza: Madrid
- Johnston, T. V. (1998) *Atribución e imagen corporal en adolescentes obeso y no obesos*. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Kagan, J (1974) *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Trillas S. A.: México.
- Kuper, J. (1984). *La cocina de los antropólogos*. . Tusquets Editores: Barcelona, España. 1^{er}. Edición.11-281
- Lara y Mateos, R: M: (1994) *Medicina y Culturas. Hacia una formación integral del profesional de la Salud*. Plaza y Valdés: Mexico. 130-137
- Lowenberg, M. N., Todhunter, E. D., Wilson, M. C., Feeney & Savage, J. R. (1985). *Los alimentos y el hombre*. Luminosa: México. 13-327
- Mack, R & Pease, J, (1980) *Sociología y vida social*. UTEHA: México.

Mc Kinney, J. P. (1999) *Psicología del desarrollo edad adolescente*. El Manual Moderno: México.

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

Martínez, H. M. & Pérez, O. L. (1998) *Relación entre peso corporal y conducta alimentaria de riesgo en mujeres*. Tesis Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Palacios, D. H (2000) *Adolescencia*. Instituto Pedagógico de Caracas: Venezuela.

Papalia, D. E., Wendkos, S. O. & Duskin, R. F. (2001) *Desarrollo Humano*. 8ª Ed. Mc Graw Hill: Colombia.

Papalia, D. E., Wendkos, S. O. & Duskin, R. F. (2002) *Psicología del Desarrollo*. Mc Graw Hill: Colombia.

Pedreira, M. (2001 Junio) Asistencia en los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) ¿Unidades específicas? *Revista psiquiatría.com*. Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario niño Jesús de Madrid: España 1,3, 140-150.

Piaget, J. (1969) *psicología del niño*. Madrid: Morata.

Pilcher, JM (2001). *¡Vivan los tamales! la comida y la construcción de la identidad mexicana*. CONACULTA: México. Pp. 13-251

Pope, H., Champoux, R. Y Hudson, J. (1987). Eating Disorder and Socioeconomic Class. Anorexia Nervosa and Bulimia in Nine Communities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 175 ,10, 620-623

Puga, C., Peschard, J. & Castro, T. (1992) *Hacia la sociología*. Alambra Mexicana: México

Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal*. Pirámide: España

Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figures de la anorexia*. Nueva España: Argentina.

Riobó, P. (2001) *La alimentación y sus trastornos Cooperación*. España

Rivera, M. L. (1997) *Relación que existe entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM: México,

Rodes, F. (1997) *Desarrollo Humano, estudios del ciclo vital*. Trillas: México.

Roma, F. (2001). *Derecho de las mujeres a su imagen los trastornos del comportamiento alimentario Anorexia y bulimia*. EUDEBA: Junio 1998. 2da. Edición: Universidad de España.

Saldaña, C. (1994). *Trastorno del comportamiento alimentario.*: Groupe Donograph: Madrid.

Saldaña, C y Rossell G. (1988), *Obesidad.*: Martínez Roca: España

Saucedo, M T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar. Predoctorales de trastornos alimentarios.* Tesis de Maestría en psicología educativa. Facultad de Psicología. UNAM: México.

Saucedo, M. T. & Gómez Pérez-Mitre, G. (1997). *Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos.* Acta pediátrica de México 18, 9-27.

Serrano, J. A., Van, M., Roelandts, A. y Cornu, A, (1992). *La hospitalización del pre-adolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica.* Psicopatología. 47-53

Shepard, J., Southard, & Taylor, B. (1998) *Sociología.* Limusa: México.

Sherman, T.R. y Thompson, R.A. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigo.* Trillas: México.

Taylor S. B. (1993). *El multiculturalismo y "la política del reconocimiento".* Fondo de Cultura Económica: México. 08-10

Triadis H. C. (1994). *Cultura y Sociedad.* McGraw-Hill: Nueva York.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito; anorexia, bulimia, cultura y sociedad.* Ariel S. A. Barcelona.

Unikel S. C. (1998) *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet.* Tesis de Maestría Clínica. Facultad de Psicología UNAM: México. Recuperado: http://www.cnice.mecd.es/recursos2/e_padres/html/bulimia.htm (Mayo, 05,2005)

Unikel, S. C. & Gómez-Pérez-Mitré, G. (1999). *Trastornos de la conducta alimentaria; Formas indiferenciadas y conducta alimentaria patológica en mujeres mexicanas.* Psicología Conductual.

Unikel, S. C. & Gómez-Pérez-Mitré, G. (en revisión editorial) *Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza.* *Revista Salud Pública de México.* 125-135.

Vázquez, R., Álvarez, G. (1994) *Una aproximación sistémica de la obesidad.* *Revista cubana de alimentación y nutrición.* 5,1, 33-38.

Zukerfeld, (1998) *Trastornos en la alimentación* Ediciones Buenos Aires.

ANEXOS

1 Y 2

Anexo 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

El objetivo de esta investigación es conocer cuales son las creencias que tienes sobre ti misma y de la alimentación que llevas.

INSTRUCCIONES: Contesta las siguientes preguntas lo más sincero que puedas, te pedimos que no lo pienses demasiado, para las cuales no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Edad _____ Año escolar _____ Fecha ____/____/____

1. ¿Cómo crees que deben ser las mujeres?

2. ¿Cuáles son las características físicas que tu consideras debe tener una mujer?

3. ¿Cuáles son las características emocionales que tu consideras debe tener una mujer?

4. ¿Qué crees que debes tener tu?

5. ¿Por qué crees tu que comes lo que te sirven en casa?

6. ¿Crees que comer tortilla o pan engorda o hace subir de peso?

7. ¿Tu crees que el no comer ayuda a adelgazar o bajar de peso?

8. ¿Crees que es necesario hacer dietas rígidas para mantener o bajar el peso corporal?

9. ¿Tu crees que lo que comes se refleja en tu cuerpo?

10. Lo que comes, ¿crees que te afecta en tu estado de ánimo?

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA ADOLESCENTES MUJERES

El propósito de esta investigación es conocer los distintos factores asociados a la salud de las adolescentes. El éxito de esta investigación depende sobre todo de ti, contestando este cuestionario de la manera más sincera y cuidadosa posible. La información que nos proporciones se mantendrá con absoluta confidencialidad.

Edad _____ Escuela: _____ Año escolar: _____

1. ¿Cuánto pesas? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ Kg.
2. ¿Cuánto mides? _____ m. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ m.
3. ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?
Un mes o menos () Más o menos 6 meses () Un año o más ()
Nunca () No me acuerdo ()
4. ¿Con quien vives?
() Papá y mamá () Papá () Mamá () Papá, mamá y hermanos (as)
() Papá, mamá y hermanos (as), y abuelo y/o abuela
() Abuelos
() Otros ¿Quiénes? _____
5. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos (as)?
Mas grande () De en medio () Más chica () Hijos única ()
6. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hay o ha habido:
 - a. Sobrepeso
 - b. Tabaquismo
 - c. Obesidad
 - d. Alcoholismo
 - e. Delgadez extrema
 - f. Ninguno de los anteriores
 - g. Todos los anteriores
7. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido:
 - a. Actitud negativa hacia la obesidad
 - b. Preocupación por el peso corporal
 - c. Preocupación por la forma de comer
 - d. Preocupación por la apariencia física
 - e. Insatisfacción con la figura
 - f. Ninguno de los anteriores
 - g. Todos los anteriores
8. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho:
 - a. Dietas para control de peso
 - b. Ejercicio excesivo 10 hrs. o más a la semana
 - c. Ninguno de los anteriores
 - d. Todos los anteriores

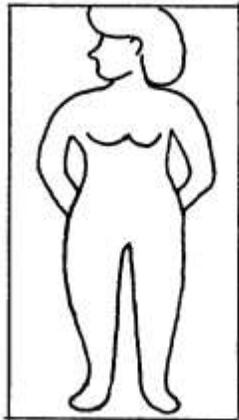
En el siguiente se proporcionan atributos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo, lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica qué tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A = No me describe nada**
- B = Me describe un poco**
- C = Me describe regular**
- D = Me describe bien**
- E = Me describe exactamente**

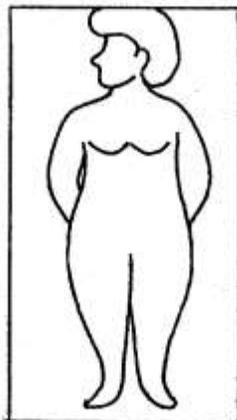
Soy una persona:	A	B	C	D	E
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Independiente	()	()	()	()	()
2. Triste	()	()	()	()	()
3. Insegura	()	()	()	()	()
4. Agresiva	()	()	()	()	()
5. Atractiva	()	()	()	()	()
6. Controladora	()	()	()	()	()
7. Dominante	()	()	()	()	()
8. Ágil	()	()	()	()	()
9. Responsable	()	()	()	()	()
10. Agradable	()	()	()	()	()
11. Incompetente	()	()	()	()	()
12. Rígida	()	()	()	()	()
13. Comprensiva	()	()	()	()	()
14. Eficiente	()	()	()	()	()
15. Sociable	()	()	()	()	()
16. Fuerte	()	()	()	()	()
17. Pesimista	()	()	()	()	()
18. Desconfiada	()	()	()	()	()
19. Trabajadora	()	()	()	()	()
20. Falsa	()	()	()	()	()
21. Triunfadora	()	()	()	()	()
22. Torpe	()	()	()	()	()
23. Exitosa	()	()	()	()	()
24. Inteligente	()	()	()	()	()
25. Estudiosa	()	()	()	()	()
26. Optimista	()	()	()	()	()
27. Fracasada	()	()	()	()	()
28. Ansiosa	()	()	()	()	()
29. Inestable	()	()	()	()	()
30. Productiva	()	()	()	()	()

SECCIÓN G

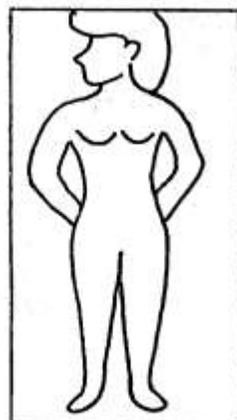
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener. Enciérrala con un círculo.



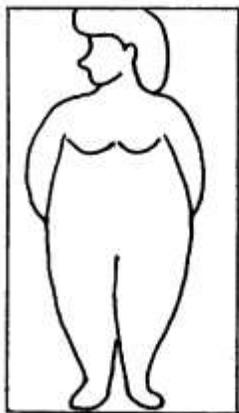
A



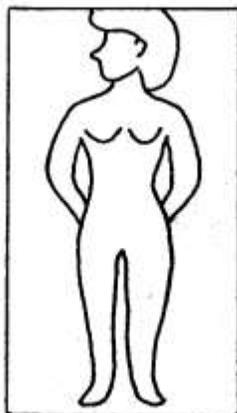
B



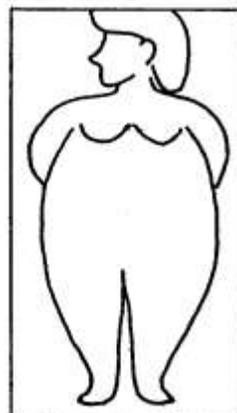
C



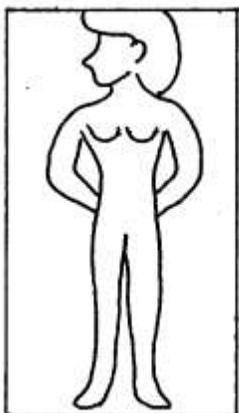
D



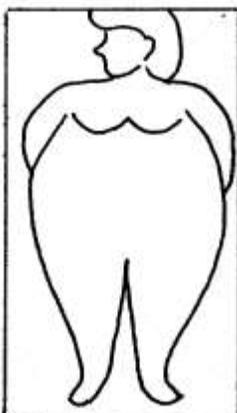
E



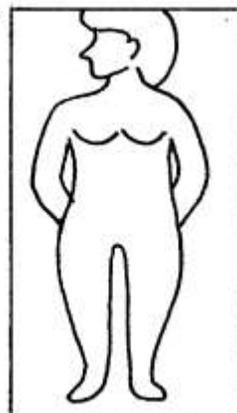
F



G



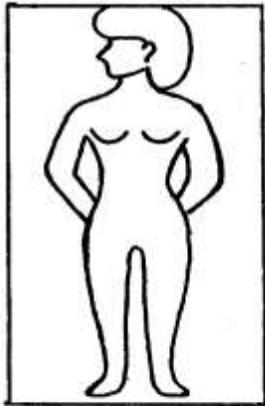
H



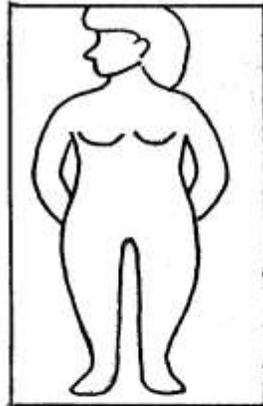
I

SECCIÓN C

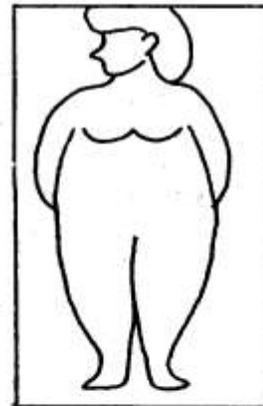
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



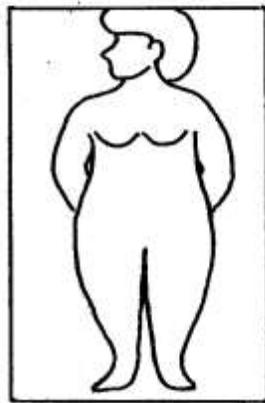
A



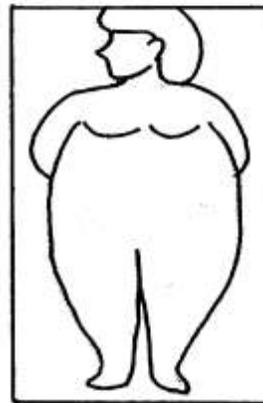
B



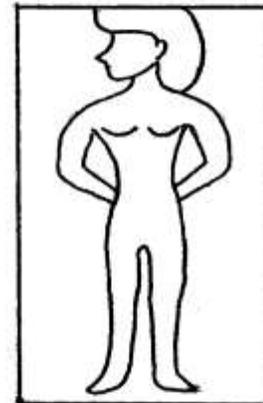
C



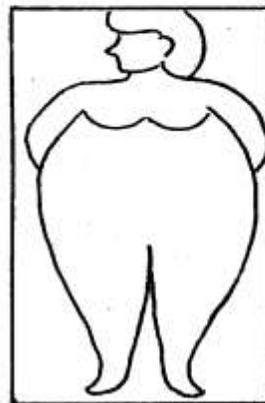
D



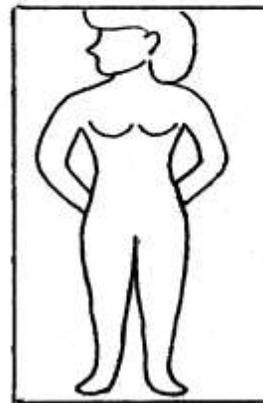
E



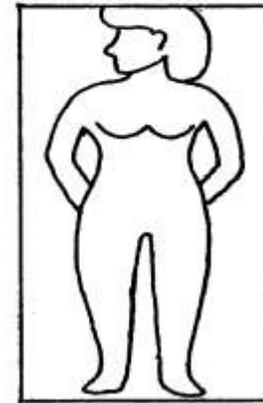
F



G



H



I

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?
 - a. Mucho menor del que actualmente tengo
 - b. Menor del que actualmente tengo
 - c. El mismo que tengo
 - d. Más alto del que actualmente tengo
 - e. Mucho más del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?
 - a. Muy satisfecha
 - b. Satisfecha
 - c. Indiferente
 - d. Insatisfecha
 - e. Muy insatisfecha

3. Con respecto a tu peso actual dirías que te encuentras:
 - a. Muy por debajo de él
 - b. Por debajo de él
 - c. Estás en tu peso ideal
 - d. Por arriba de él
 - e. Muy por arriba de él

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

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

5. Llegar a estar gorda:
 - a. Me preocupa mucho
 - b. Me preocupa
 - c. Me preocupa de manera regular
 - d. Me preocupa poco
 - e. No me preocupa

6. Como me ven los demás:
 - a. Me preocupa mucho
 - b. Me preocupa
 - c. Me preocupa de manera regular
 - d. Me preocupa poco
 - e. No me preocupa

7. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:
 - a. Muy de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Indecisa

- d. En desacuerdo
- e. Muy en desacuerdo

8. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN