



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MIRIAM OLIVARES DÍAZ
GISELA JANET ORTEGA GRANADOS



DIRECTOR DE TESIS: DRA. GILDA L. GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISOR: LIC. CORINA CUEVAS RENAUD

MÉXICO, DF

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En toda la experiencia Universitaria y la culminación de este proyecto, han habido muchas personas que merecen las gracias por que sin su valiosa aportación no hubiera sido posible este trabajo y también hay quienes la merecen por haber plasmado su huella en mi camino.

A mi mamá por todo su apoyo, comprensión, confianza, cariño pero sobre todo por su fortaleza y por pensar siempre en lo mejor para nosotros.

A mi papá por todo su amor y por que aunque ya no esta conmigo siempre creyó en mi capacidad para lograr todas mis metas y siempre estará en mi corazón.

A mis hermanos por todos los malos pero sobre todo los buenos momentos que hemos compartido.

A Juan Antonio quien me conoce tal cual soy, por su amor, comprensión, por escucharme y por sus consejos, pero sobre todo gracias por siempre ser un impulso en mi vida y por permitirme compartirla con el. Te amo

A mis amigas Karina, Diana y Vanesa por todos estos años que compartieron tantas experiencias conmigo, por demostrarme siempre su amistad, por su apoyo y cariño y sobre todo por hacer que mi estancia en la Facultad fuera muy divertida.

A Gisela mi compañera de tesis y gran amiga por su paciencia, apoyo, por que sin su colaboración no hubiera sido posible esta tesis y por hacer que todo este tiempo fuera muy ameno.

A mi directora de Tesis la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre por su disposición, su dirección y asesoría en la realización de este proyecto.

A las personas que contribuyeron para la realización de este proyecto, a mi facultad, a los profesores que me enriquecieron con sus conocimientos.

A TODOS, MUCHAS GRACIAS.



AGRADECIMIENTOS

A mi mamá por brindarme su apoyo, cariño y consejos, de manera incondicional. Por hacerme saber que siempre estará allí si la necesito.

A mi papá que me ha brindado su apoyo y cariño aún en tiempos difíciles.

A mi hermano que con su sentido del humor, siempre cambia mi manera de ver las cosas.

A mis amigas, Karina, Diana, Vane y Magali, por compartir conmigo su alegría, sus ocurrencias, apoyo y comprensión. A mis amigos, con los que compartí excelentes experiencias de vida, y que a pesar de la distancia, nuestra amistad ha ido creciendo más.

A mi compañera de tesis Miriam, por realizar este proyecto conmigo y aún más importante por ofrecerme su amistad; por hacerme saber que puedo contar ella y ser yo misma, sin juzgarme .

A toda mi familia, abuelos, tíos, tías, a mis primas, que siempre creyeron en mí, gracias por las sonrisas, los abrazos, las palabras de apoyo y esperanza.

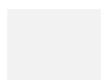
A Silvia por apoyarnos en la revisión de nuestra tesis, además de brindarnos su amistad sincera.

A la directora de Tesis la Dra. Gilda Gómez Pérez Mitré por compartir su experiencia y conocimientos con nosotras.

A todas las personas que colaboraron y participaron en esta tesis, a todos los profesores, a mi facultad y a mi querida Universidad.

Cuando pienso en todas las personas con las que he tenido la fortuna de compartir algún momento de mi vida, aun que no sea perfecto, agradezco profundamente por enriquecerla, esperando que se hayan llevado de mi tanto como yo de ellas. Aun que no lo crean están en mi corazón.

GRACIAS A TODOS



RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
1. PROCESO DESALUD-ENFERMEDAD.....	3
1.1 Promoción de la salud.....	9
1.2 Prevención de la enfermedad.....	11
1.3 Estilos de vida.....	16
2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARÍA.....	21
2.1 Antecedentes históricos.....	22
2.2 Anorexia.....	26
2.2.1 Sintomatología.....	27
2.2.2 Criterios diagnósticos.....	28
2.3 Bulimia.....	30
2.3.1 Sintomatología.....	31
2.3.2 Criterios diagnósticos.....	33
2.4 Trastornos de la conducta alimentaria no especificada.....	35
2.5 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.....	35
2.6 Vigorexia.....	38
2.6.1 Sintomatología.....	39
2.6.2 Complicaciones.....	39
2.6.3 Tratamiento.....	40
2.7 Ortorexia Nerviosa.....	41
2.7.1 Síntomas.....	41
2.7.2 Características Conductuales.....	42
2.7.3 Características Psicológicas.....	42
2.7.4 Complicaciones.....	42
2.7.5 Tratamiento.....	43
3. ADOLESCENCIA.....	44
3.1 Cambios físicos del adolescente.....	47
3.2 Cambios cognoscitivos del adolescente.....	50
3.3 Desarrollo social.....	52
3.4 Desarrollo afectivo.....	54
3.5 Desarrollo sexual.....	56
3.6 Problemas en la adolescencia.....	59
4. FACTORES DE RIESGO.....	62
4.1 Etiopatogenia de la anorexia nervosa.....	63
4.1.1 Factores predisponentes.....	63
4.1.2 Factores precipitantes.....	66
4.1.3 Factores de mantenimiento.....	66
4.2 Etiopatogenia de la bulimia nervosa.....	67
4.2.1 Factores predisponentes.....	68

4.2.2 Factores precipitantes.....	70
4.2.3 Factores de mantenimiento.....	70
4.3 Factores de riesgo asociados a la imagen corporal.....	71
4.4 Factores de riesgo de la conducta alimentaria.....	77
5.LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE CRIANZA.....	81
5.1 Socialización en la familia.....	81
5.2 Definición de prácticas de crianza.....	84
5.3. El papel de la familia.....	90
6. PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	97
6.1 Objetivo general.....	97
6.2 Objetivos específicos.....	97
6.3 Problema de investigación.....	97
6.4 Hipótesis de trabajo.....	97
6.5 Definición de variables.....	98
6.6 Método.....	101
6.6.1. Diseño.....	101
6.6.2. Muestra.....	101
6.6.3. Instrumentos, aparatos y mediciones.....	101
6.7 Procedimiento.....	103
6.8 Análisis de los resultados.....	103
7. RESULTADOS.....	104
7.1 Descripción de la muestra.....	104
7.2 Descripción de la variables de estudio.....	108
7.2.1 Variables relacionadas con los factores de riesgo.....	108
7.2.2 Variables asociadas a los estilos de crianza.....	111
7.3 Correlaciones.....	114
8. DISCUSIÓN Y CONCLUCIONES.....	116
REFERENCIAS.....	121
ANEXOS	



RESUMEN

Actualmente se ha observado en nuestro país un incremento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Algunos estudios se han concentrado en los factores de riesgo de la conducta alimentaria y sus relaciones con otras variables importantes para el desarrollo del individuo. Este estudio¹ explora la relación entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria y los estilos de crianza que perciben las adolescentes en sus hogares. Se trabajó con una muestra de 149 adolescentes, mujeres del Distrito Federal estudiantes de secundaria. Para medir los estilos de crianza se aplicó la Escala de estilos parentales percibidos (EMBU), mientras que para medir los factores de riesgo de la conducta alimentaria se aplicó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA). Se realizó un análisis descriptivo de los datos para observar la distribución de la variable dependiente. Se encontró que en general las adolescentes emitieron respuestas en un sentido muy positivo a la mayoría de las variables, excepto en el caso de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, ya que la mayoría reportó sentirse insatisfecha con su imagen corporal. Otro hallazgo interesante fue que las adolescentes que reportaron un estilo de crianza cálido mostraron una disminución en los factores de riesgo de la conducta alimentaria, de forma contraria en las adolescentes que reportaron un estilo de crianza rechazante o controlador se incrementaron los factores de riesgo de la conducta alimentaria.

¹ Este estudio forma parte de una investigación mayor denominada Un Programa de Realidad Virtual Promoción del Bien Comer. Prevención de Factores de Riesgo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. No. IN308608 financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).¹

INTRODUCCION

Es un hecho que los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han incrementado de manera alarmante no solo en los países del mundo desarrollado, si no también en los que están en proceso de desarrollo, como el nuestro en el que cada día se conoce mas sobre esta problemática. Si tomamos en cuenta que entre los factores de los Trastornos de Conducta Alimentaria se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social, entonces puede decirse que los Trastornos de Conducta Alimentaria independientemente del desarrollo del país, de la raza y del nivel socioeconómico, son primero que nada, característicos, de nuestros tiempos. Las investigaciones realizadas en México han permitido detectar y determinar la prevalencia de los principales factores de riesgo, lo que también ha permitido fundamentar la instrumentación de programas de intervención. (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Por otro lado considerando el impacto que ejerce la familia durante la primera infancia y aun en etapas posteriores en la adquisición de conocimientos, reglas de comportamiento, etc. Se dice que los patrones de crianza son vitales en la formación de la personalidad. Se conceptúa la crianza, basándola en el papel de los padres como agentes de socialización, es decir, la forma en que estos guían o desalientan a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. La percepción que tienen los hijos sobre las prácticas de crianza en sus hogares afecta otros aspectos de su desarrollo como la formación de su autoconcepto, su autoestima, o incluso aquellos que tienen que ver con su conducta alimentaria.

En el presente estudio se explorará la relación que existe entre algunos de los principales factores de riesgo de la conducta alimentaria y los estilos de crianza que las adolescentes perciben en sus hogares.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. SALUD Y PREVENCIÓN.

1. PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

El vocablo "salud" (del latín salus-salutis) significa un estado del organismo que no está enfermo y el vocablo "enfermedad" (del latín infirmitas-atris) se relaciona con alteraciones del organismo que perturba su funcionamiento normal. Esta definición enciclopédica de salud y enfermedad por exclusión (es decir salud es la ausencia de enfermedad; y enfermedad la ausencia de salud), constituye la perspectiva que hoy en día debería contar con pocos adeptos, pero que en la práctica de salud cotidiana es la que más sustenta sus acciones (FEPAFEM, 2001)

La Organización Mundial de la Salud, es el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó el 7 de abril de 1948, actualmente 193 Estados Miembros de la OMS gobiernan la Organización por conducto de la Asamblea Mundial de la Salud. La Asamblea está compuesta por representantes de los Estados Miembros de la OMS. Los principales cometidos de la Asamblea Mundial de la Salud son aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para el siguiente bienio y decidir las principales cuestiones relativas a las políticas sanitarias. Tal y como establece su Constitución, el objetivo de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (OMS, 1997).

En su Declaración de Principios estableció que "el goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político, constitución económica y social" y que la salud depende de la cooperación entre los individuos y las naciones. El 3 de Febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación un decreto por el que se adiciona el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo siguiente "toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". Con esta publicación se elevó a rango constitucional la protección de la salud y la asignación de los recursos necesarios para la acción sanitaria (Higashida, 1995).

La Constitución de la OMS define la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social*", y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición, que es utilizada con frecuencia, supone un estado de "completo bienestar" utópico y describe la salud como un valor muy general de difícil operacionalización para su reconocimiento y promoción. En el caso del concepto de enfermedad, ni siquiera se dispone de una definición comúnmente aceptada; es entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, es un desequilibrio biológico, ecológico y social o una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción de los estímulos exteriores a los que se está expuesto; una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo (Morales, 1999)

Tripp-Remier (1984, citado en Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997) agrupa las definiciones de salud en tres categorías:

- a) El primer grupo de definiciones considera la salud como "algo discontinuo", es decir, afirma que un determinado individuo se halla o bien sano, o bien enfermo y ambas alternativas son mutuamente exclusivas.
- b) Otro grupo de definiciones considera la salud como "algo continuo" o "dinámico" lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo, es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro.
- c) Un tercer grupo considera la salud como un estado "utópico" de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. En este apartado se incluye la definición de la OMS.

Terris (citado en San Martín, 1992) modifica la definición de la OMS en la siguiente forma: "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no solo la ausencia de enfermedad o de invalidez". (p.12)

Si entendemos la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido, y es todavía, el imperante dentro de éstas. Taylor (citado en Latorre, 1994) señala que:

- Biológicamente, es necesario conocer la estructura y el funcionamiento del organismo.

- Psicológicamente, cada individuo es un ser único, tiene su propia personalidad, que es conjunto de características psíquicas heredadas y adquiridas con las cuales se manifiesta. Las características heredadas determinan el temperamento, que lo hacen reaccionar a los estímulos de determinada manera. El carácter en cambio resulta de la interacción del individuo con el ambiente que lo rodea.
- Socialmente, el hombre es un ser que nace dentro de un grupo social, es decir, un grupo de personas que interactúan entre si y que comparten ideas y costumbres. La familia es el grupo primario, la estructura básica de la sociedad donde se establece una relación estrecha entre sus miembros, que influye en el desarrollo de la personalidad. El hombre debe de convivir con sus semejantes y formar parte de una sociedad; puede contribuir a mantener la estructura en que se desenvuelve o modificarla de acuerdo con sus necesidades y aspiraciones, así como con las de su grupo o comunidad. La salud mental se manifiesta cuando el hombre tiene un rendimiento óptimo en relación consigo mismo y con el grupo social y se expresa de manera correcta y creadora, es decir, cuando lucha frente a los conflictos, busca resolverlos y cuando lo ha logrado continua buscando nuevas soluciones a los nuevos problemas a los que ha de enfrentarse. Latorre (1994, pp.27-28)

Hace algunos años se pensaba que la enfermedad provenía del exterior y que era producida por una sola causa; este concepto se ha modificado por que la enfermedad puede presentarse como resultado de imperfecciones biológicas intrínsecas, es decir, la enfermedad puede generarse internamente o puede presentarse debido a la existencia de factores adversos en el medio ambiente ante los cuales el organismo tiene dificultades para adaptarse (Morales, 1999).

Para San Martín (1992) la salud es —un estado variable fisiológico de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades humanas. Y la enfermedad es definida como —un desequilibrio biológico, ecológico y social o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se esta expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo”.El concepto ecológico que domina el punto de vista de este autor define la salud como el equilibrio dinámico con el ambiente, que ofrece las mejores posibilidades para el desenvolvimiento pleno de las capacidades. El término bienestar puede considerarse como equivalente a adaptación dinámica. Nos sentimos bien cuando estamos adaptados al medio físico, biológico y social; sin embargo , el hombre se encuentra en un medio dinámico , por lo que acepta lo favorable y rechaza lo desfavorable; un hombre normal, se encuentra luchando, ajustándose para mantener un equilibrio , lucha que puede ser para

contrarrestar condiciones desfavorables del medio, o para modificarlo, así pues el estado normal del individuo es aquella situación que le permite tener el máximo de dicho equilibrio en su composición, estructura y función.

A los continuos ajustes que realiza el hombre para mantener el equilibrio dinámico se le llama homeostasis, que es la tendencia de los organismos para constante su medio interno. Todos los órganos del cuerpo participan en la homeostasis y por medio de finos sistemas de control todas las estructuras funcionales trabajan en armonía. La homeostasis se altera con frecuencia por que el individuo esta sujeto a estímulos constantes que hacen que su organismo caiga en estrés o esfuerzo de adaptación. Así la enfermedad seria cualquier estado que perturba el funcionamiento físico y mental de una persona y afecta su bienestar, dicho en otras palabras , es la perdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura o función del organismo (Higashida, 1995).

Otro enfoque sobre salud y enfermedad , no necesariamente reñido totalmente con lo que se ha expuesto , es el de Pérez Lovelle (1989, citado en Morales, 1999), quien destaca la necesidad de que la aproximación a este problema se haga partiendo del principio de que la salud es un conjunto de cualidades sistémicas complejas, por lo tanto, difícilmente la definición de una sola de dichas cualidades podrá conducir a una dilucidación completa del fenómeno, sino que el conjunto de tales cualidades le ha de corresponder un conjunto de definiciones parciales.

Para este autor, la salud seria al mismo tiempo:

- Ausencia de daño morfológico;
- Ausencia de limitaciones funcionales;
- Determinado nivel de bienestar subjetivo;
- Determinado nivel de bienestar social, o sea, de posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.;
- Determinado nivel de desarrollo de la personalidad, referido a la autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y autodominio.

Así, señala, para cada una de estas cualidades existe una línea de continuidad con un umbral, por encima del cual se puede hablar de salud y por debajo del cual se puede hablar de enfermedad. Denomina entonces proceso de salud-enfermedad a la dinámica del paso de los umbrales de estas cualidades de acuerdo con determinadas condiciones. El nivel del estado de salud individual depende de las complejas interrelaciones de este conjunto de cualidades (Morales, 1999).

Por otro lado, en algunos intentos por conceptualizar la salud en función de diferentes dimensiones, Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997) exponen las siguientes definiciones con sus respectivas críticas:

- Offer Y Sabsin (1974; 1984; 1991), conceptualizan salud como normalidad, hacen referencia a funcionamiento razonable, más que optimo. Pero a ello se le argumenta que la normalidad varia con el tiempo y según el lugar, es difícil de establecer el límite de la normalidad, una baja frecuencia no indica necesariamente una patología.
- Un parámetro relevante en la definición de salud es la adaptación, considerada desde las perspectivas ontogenéticas (congruencia persona-ambiente) y biológica-evolutiva o filogenética (el individuo bien adaptado tiene una alta probabilidad de transmitir sus genes a las generaciones futuras). En el primer caso se cuestiona el significado real de la adaptación a una dinámica social calificada por algunos autores como “patológica” o “enferma”, y en el caso de la adaptación filogenética, su escaso valor practico inmediato.
- Se puede definir la salud, desde la perspectiva de las funciones como: “el estado de capacidad optima de un individuo para la ejecución efectiva de las funciones y tareas para las que el ha sido socializado. Sin embargo, esta orientación puede implicar el desempeño de papeles sociales calificados como enfermos. Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997,pp. 69)

Ware, Davies-Avery y Brook (1980) distinguen entre salud física conceptualizada en términos de estado funcional, en donde este se refiere a una variedad de actividades que son “normales” para el individuo sano, como andar, trabajar, ocio, etc, y salud mental que hace referencia no solo a la ausencia de estrés psicológico, si no también a un estado de bienestar psicológico y salud social que se refiere a las interacciones interpersonales efectivas, participación social adecuada, etc. Minsel, Becker y Korchin (1991) reconocen que las características generales de la salud mental positivas son: actitudes positivas hacia los otros, optimismo, habilidades sociales para solucionar los problemas de una forma correcta, autonomía y responsabilidad (citados en Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco ,1997).

Jahoda (1958), Maslow (1979), Taylor (1991) y Warr (1978), citados en Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco (1997), desde una perspectiva más inclinada hacia la salud mental, incluyen en el concepto de salud: a) logro o aspiración, es decir, la capacidad e establecer metas realistas y efectuar esfuerzos para conseguirlos; b) funciones cognoscitivas, que se refiere a la percepción

realista el mundo; c) balance o bienestar afectivo; ajuste social, o sea, competencia y autonomía adecuada al contexto sociocultural; e) autoestima, que implica percibirse saludable, atractivo, inteligente, etc; y f) ilusiones que se refiere a una versión positiva del yo.

Hablar de salud mental, nos remite a considerar la existencia de termino denominado psicología de la salud. Morales (1999), la define como una rama aplicada a la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso de salud-enfermedad y de la atención de salud. Destaca que la psicología de la salud no es una nueva psicología, es una rama aplicada de una psicología mas general que le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas

Como hemos visto, salud y enfermedad no son estados opuestos si no diferentes grados de adaptación (o desadaptación) del organismo al ambiente en que vive. La historia natural de la enfermedad es la relación ordenada de acontecimientos derivados de la interrelación del ser humano con su ambiente, que lo llevan del estado de salud (homeostasis) al de enfermedad, la cual se resuelve por diferentes alternativas : regreso a la salud, cronicidad, agravamiento, secuelas invalidantes o muerte. En el estudio de la historia natural, o génesis y evolución natural de la enfermedad es indispensable considerar la tríada ecológica formada por: agente causal, huésped y medio ambiente .La historia natural o la génesis y evolución de la enfermedad puede dividirse en dos periodos:

- I. Periodo de génesis o prepatogénico En este periodo interactúan el huésped, el agente y el ambiente (en muchas ocasiones el agente se encuentra en el ambiente), como factores potencialmente productores de enfermedad. El huésped (el ser humano) se encuentra sano; pero, en determinado momento, alguno de los elementos de la tríada rompe el equilibrio del sistema ecológico y cuando el desequilibrio produce a su vez la perdida de la homeostasis del individuo, se produce el estado que describimos como enfermedad.
- II. Periodo de evolución natural o patogénico: Comprende el proceso evolutivo de la enfermedad en el hombre, desde la primera interacción de los estímulos que la provocan, las respuestas o reacciones del huésped (que pueden manifestarse por cambios bioquímicos, anatómicos y fisiológicos) que lo llevan a la recuperación del equilibrio o lo conducen al estado crónico (donde se tiene que llevar a cabo una nueva

homeostasis), a la aparición de secuelas, como la invalidez y la muerte. Higashida (1995, pp.42-43).

Si las características del huésped y del ambiente son desfavorables, la enfermedad evoluciona a un estado llamado crónico que puede causar la incapacidad, esto es, limitaciones funcionales. Si el individuo no puede reintegrarse a sus labores habituales se presenta la invalidez. Si el individuo cesa en su lucha por restablecer el equilibrio, pierde la homeostasis en forma definitiva, sobreviene la muerte y, si logra restablecerlo, se produce la recuperación. Higashida (1995).

El agente patógeno dependiendo de su tipo, calidad y cantidad puede seguir dos caminos proliferar o neutralizarse. Agente es todo poder, principio o sustancia capaz de actuar en el organismo y ser nocivo si su presencia da comienzo a una enfermedad. Gordón (citado en Higashida, 1995) clasifica los agentes causales en biológicos, físicos, químicos y elementos nutritivos:

1. Agentes biológicos: Pueden ser bacterias, virus, hongos, parásitos y/o sus toxinas.
2. Agentes físicos: Esta categoría comprende, cambios de la temperatura, presión de gases o líquidos, efecto mecánico de objetos o instrumentos, electricidad y radiaciones.
3. Agentes químicos: Dentro de este grupo existe una gran variedad de compuestos, algunos de ellos tan diferentes en sus características y aplicaciones como el plomo y los medicamentos, el arsénico y los gases tóxicos
4. Elementos nutritivos: Una nutrición inadecuada puede producir anemia hipocrómica, desnutrición o por el contrario obesidad. Higashida (1995, pp. 13-18).

Resulta difícil llegar a un concepto unánime de salud y enfermedad. A nivel individual podemos hablar de "representación mental" de la salud y la enfermedad, y a nivel comunitario estos conceptos son una construcción social. Por lo tanto el concepto de salud es relativo, cada técnico de la salud tiene un concepto de salud. En tanto que el individuo se encuentra inmerso en una sociedad con una cultura y sistema socioeconómico específico, estos sistemas influyen positiva o negativamente la salud de las personas y la promoción de esta, así como la prevención de la enfermedad (Buela Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997)

PROMOCIÓN DE LA SALUD

En los últimos veinte años ha aumentado el interés por la promoción de la salud, en el mundo occidental desarrollado tomó auge a partir del documento "A New Perspective on the Health of Canadians" conocido también por el apellido del ministro de salud que lo auspició "Informe

Lalonde”, producido en 1974 por el gobierno de Canadá. Este documento definía a la promoción de la salud –como el proceso para capacitar a las personas para aumentar en control y mejorar su salud” (Morales, 1999, p.143).

En la carta de Ottawa (1986), documento final de una reunión realizada en Canadá en el mismo año, la OMS acepta que el concepto de promoción de la salud se defina como: proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual; permite a las personas incrementar el control sobre los determinantes de la salud (OMS, 1998).

En la carta de Ottawa, la OMS (1986) identifica tres categorías para la promoción de la salud: 1) la abogacía por la salud para crear condiciones sanitarias esenciales; 2) facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y 3) mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

En el mismo documento, la OMS declara que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario y promueve la participación activa en la promoción de la salud implicando las siguientes estrategias:

- a) La elaboración de una política pública sana: la salud debe de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y en todos los niveles. Sus decisiones pueden tener consecuencias para la salud.
- b) La creación de ambientes favorables: la protección y conservación de los ambientes naturales deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud. El cambio de estas formas de vida de trabajo, y de ocio afectan muy significativamente a la salud. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

- c) Reforzamiento de la acción comunitaria: las comunidades son la fuerza motriz para la participación activa de la comunidad en la fijación de las prioridades, a toma de decisiones y la elaboración de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud. Esto requiere una ayuda financiera y un total acceso a la información y a la instrucción sanitaria.
- d) El desarrollo de las aptitudes personales: la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente.
- e) La reorientación de los servicios sanitarios: el sector sanitario debe ser sensible a las necesidades culturales de los individuos, favorecer la necesidad de una vida más sana, prestar mayor atención a la investigación sanitaria, a los cambios de la educación y a la formación profesional, así como, crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos; de esta manera, la responsabilidad de la promoción de la salud no es exclusiva de los servicios sanitarios, es multisectorial; y la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios y los profesionales de la salud, es multidisciplinaria. (<http://www.who.int>)

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. Amplía la capacidad de la persona, de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los factores determinantes de la salud. Sin embargo para consolidar la infraestructura necesaria es preciso buscar nuevos mecanismos de financiamiento en las esferas local, nacional y mundial (OMS, 1997).

La promoción de la salud debe identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para alcanzar bienestar. Tres son los grandes objetos sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: El impulso, el aliento de los estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y a la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que pongan en riesgo a la salud (OPS, 1994).

1.1 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La Medicina aún no posee un concepto general, claro y adecuado de enfermedad, un concepto que se engarce dentro de una teoría general de salud-enfermedad, que haga uso de condicionantes lógicos y axiomáticos. Hoy en día, se entiende más la enfermedad como un estado en el que el

funcionamiento físico, emocional, intelectual, social, de desarrollo o espiritual de una persona está disminuido o alterado en comparación con la experiencia previa. La enfermedad tiene un efecto multidimensional que afecta múltiples niveles fisiológicos (Potter & Perry, 2002, citados en Sarafino, 2002). La Organización Mundial de la Salud hace especial hincapié en los factores emocionales y sociales, y así lo hace constar en el CIE-10.

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, si no a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida (Vega, 1987, p.8).

La prevención en Salud pública equivalía a inmunizar a la población susceptible contra las enfermedades transmisibles y adoptar medidas de saneamiento ambiental, desde ahora mismo supondrá también, y cada vez más, cambiar los comportamientos y cambiar los escenarios y contextos en aquellos tienen lugar. (Costa y López, citados en Latorre, 1996)

La prevención primaria está concebida para grupos y comunidades mediante acciones masivas organizadas, mientras que las secundarias y terciarias están orientadas a la relación bipersonal (Matarazzo, 1984 citado en Latorre, 1994).

Si individualmente se requiere una acción preventiva, esta es impredecible cuando se ejerce alguna actividad relacionada con la medicina comunitaria. Una buena parte de la salud pública tiene un carácter preventivo; Mustard y Stebbins (1965, citado en Vega, 1987) consideran esta disciplina como un cuerpo de conocimientos y prácticas que contribuyen a la salud colectiva, ya sea con medidas preventivas, curativas o con ambas.

En psicología hablar de prevención significa lo mismo que en la actualidad hablar de atención primaria de la salud dentro del campo de la medicina. Atención primaria y prevención es empezar primero por cuidar la salud de las poblaciones y de los individuos, pero ambas son tareas poco aceptadas y reconocidas, por la razón de que no son rentables ni dan brillo académico. Es necesario que estas acciones se encuentren al alcance de todos, con abordajes principalmente grupales y comunitarios (Videla, 1991).

En materia de salud y libertad, la prevención es el instrumento de lucha por la salud y no por el lucro respecto de la enfermedad. El trabajo social, tanto en las instituciones como en la comunidad, de donde surgen de manera inmediata los recursos propios que deben movilizarse, para convertir al problema en un problema de todos; el psicólogo es sólo un agente facilitador de organizaciones

naturales contribuyentes a la consciencia y organización de recursos propios en el plano de la prevención y promoción de la salud (Videla, 1991).

Buela-Casal, Frnández-Ríos y Carrasco (1997) consideran la importancia de las características socioculturales y antropológicas de la sociedad a la hora de prevenir las enfermedades y promocionar la salud y señalan que no es posible establecer unos criterios universales de prevención en salud mental, esto sólo sería posible en el marco de un sistema cultural determinado.

Gerald Caplan (1964, citado en Videla, 1991) es uno de los autores que constituyeron el punto de partida para el abordaje de la prevención en el campo de la psicología en los países de habla hispana, que e tomaba prestado del campo de la salud pública. Para este autor la prevención es una acción integral, con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos y exige ser formulada como una política en los más altos niveles de decisión, lo cual implica planificación presupuestaria y adiestramiento de los recursos.

Catalana & Dooley (1980, citados en Austin, 2000) proponen que la prevención primaria debe subdividirse en estrategias de tipo reactivo y estrategias de tipo proactivo. Ver la siguiente tabla

PREVENCIÓN PRIMARIA REACTIVA	PREVENCIÓN PRIMARIA PROACTIVA
Sus estrategias se dirigen a aumentar la resistencia del individuo a estresores potencialmente dañinos.	Sus estrategias se encaminan a eliminar agentes causales.
En el campo de a medicina se encuentra como ejemplo la vacunación de polio	Catalana & Dooley ofrecen el ejemplo de eliminar aguas estancadas de la cría de mosquitos que llevan materia.
La prevención puede ocurrir antes o después de del estresor.	Intenta evitar el estresor.
Un ejemplo en la promoción de la salud conductual son los programas diseñado para animar a los niños de educación elemental a resistir las presiones de la industria del tabaco para probar cigarros.	Un ejemplo en la promoción de la salud conductual es prohibir la venta de cigarros en lugares donde los niños tienen acceso.
Austin propone la utilización de este tipo de estrategias en la prevención de los trastornos alimentarios.	Este tipo de estrategia que anima a resistir las presiones, es frecuentemente usada en las intervenciones preventivas de los trastornos alimentarios.

Fuente: Austin (2000) pp.250-251

Cuijpers (2003) utiliza otra clasificación de prevención, según la población a la que esté designada:

- La prevención universal está destinada a la población general independiente de la condición de riesgo;
- La prevención selectiva; destinada a grupos con alto riesgo; y
- La prevención indicada está destinada a individuos que presentan algunos síntomas de un trastorno pero no cumplen todos los criterios diagnósticos (p.1387).

La prevención de la enfermedad juega un papel muy importante, en tanto que, los tratamientos resultan más costosos que la prevención, tanto en términos monetarios como en función de los esfuerzos encaminados hacia la remisión. Saracci menciona que el único modo de enfrentar simultáneamente el monto del gasto y la desigualdad de la tutela de la salud es la prevención. Para Sartorius, funcionario de la organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en materia de salud mental existen tres razones para potenciar los programas que a esta área incumben; 1) que la mayoría de los padecimientos psíquicos son prevenibles. 2) que el área de la salud mental puede mejorar la calidad de vida y 3) que los profesionales y técnicos de la salud mental tienen capacidad-saber para hacerlo (citados en Rodríguez, 1999).

Leavell y Clark (1965, citado en Vega ,1987) señala que la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y eficacia física y mental, ejercida con el fin de interceptar las enfermedades en cualquier fase de su evolución.

Para Higashida (2001) existen tres niveles principales de prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria:

Prevención Primaria. Es la mas importante, por que se aplica en el periodo prepatógeno de la enfermedad (o de génesis) con el propósito de mantener la salud, promoverla y evitar la aparición de la enfermedad. Se lleva a cabo a través de actividades de promoción a la salud y de protección específica. Entre las medidas preventivas generales dirigidas al individuo se encuentran:

- La alimentación debe ser suficiente, completa, equilibrada y adecuada.
- Debe de impartirse educación higiénica como parte de la educación general, para que el individuo conozca las reglas de higiene y pueda crear o modificar valores y actitudes que le permitan conductas favorables a la salud.

Prevención Secundaria. Se aplica cuando el individuo está enfermo porque no funcionó la prevención primaria. Consiste en 1) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, ya que muchas enfermedades se pueden detectar cuando empiezan, aunque las personas se sientan bien; y 2) Limitar la incapacidad. Es la pérdida de las facultades físicas, psíquicas o ambas que alteran el normal desempeño de las actividades durante cierto tiempo. Cuando se da el tratamiento adecuado se puede evitar que la enfermedad avance, se complique o deje secuelas, es decir, consecuencias.

Las medidas preventivas dirigidas a los individuos se basan en los exámenes médicos periódicos. Permiten el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno para evitar su avance y difusión, además de complicaciones y secuelas. Si el diagnóstico se hace tardíamente pero el tratamiento es adecuado, todavía pueden prevenirse complicaciones.

Las medidas preventivas dirigidas al agente consisten en el alejamiento, atenuación o eliminación de fuentes, condiciones y actitudes nocivas. Las medidas preventivas dirigidas al ambiente consisten en el saneamiento (ambiente físico y biológico), elevación del nivel de vida (ambiente social) y cambio de hábitos, creencias y costumbres desfavorables a la salud (ambiente cultural).

Prevención Terciaria. Se aplica cuando fracasan los niveles anteriores. Consiste en la rehabilitación, que es la readquisición de la actividad funcional permitida a causa de una incapacidad. Las medidas preventivas dirigidas hacia el individuo consisten en la práctica de exámenes médicos para:

a) Limitar el daño, diagnosticar y aplicar el tratamiento adecuado.

b) Limitar la invalidez; esto se obtiene luego de detectar el grado de invalidez física, mental o social, con un programa de rehabilitación que trate de recuperar la función y eficacia de los tejidos y órganos afectados por la enfermedad y si, es preciso, sus mecanismos de compensación para que sea independiente, se reintegre a la comunidad y pueda llevar una vida productiva. El tratamiento dependerá de ésta por lo que puede ser físico, mental y social.

Los programas de rehabilitación se basan en las capacidades que le quedan al individuo y toman en consideración su capacidad de aprendizaje, las repercusiones emocionales y sociales tratando de descubrir sus habilidades y destrezas. Se enseña al individuo a comer, vestirse utilizar los instrumentos de la vida cotidiana, los sistemas de comunicación y de escritura y, si el paciente

puede desempeñar sus actividades anteriores, se les enseña otras que le permitan tener otro tipo de ocupación compatible con sus capacidades residuales, su vacación y las fuentes de trabajo. Las medidas preventivas dirigidas al agente y al ambiente son similares a las de la prevención secundaria. Higashida (2001, p. 46-48)

1.2 ESTILO DE VIDA

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento inidentificables por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones, no siendo, por lo tanto fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales caracterizados por patrones de comportamiento identificables pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de los otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar su estilo de vida, la acción no debe ir dirigida solamente al individuo sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento (OMS, 2007).

Adler, (1978, citado en Sarafino, 2002) introdujo la noción de estilo de vida (Lebensstil) para indicar el comportamiento de un hombre que nace del último que se propuso, identificable con la obtención de la potencia, de la superioridad, del predominio sobre los demás. Este fin influye en la concepción del mundo, en la imagen de la vida, en la dinámica expresiva. Adler considera que el estilo de vida que cada individuo manifiesta desde la infancia es decisivo para el desarrollo posterior de la personalidad (Galimberti, 2002).

Cohen et al. (2003) define a los estilos de vida como "Característica de ser y actuar adquirida por el individuo que, en el proceso de su individualización, madura un sistema propio de valores a los que corresponde actitudes y caracteres distintivos de su personalidad".

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento inidentificables por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones, no siendo, por lo tanto fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales caracterizados por patrones de comportamiento identificables pueden ejercer un efecto profundo en la salud del

individuo y en la de los otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar su estilo de vida, la acción no debe ir dirigida solamente al individuo sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento (OMS, 2007).

Epidemiológicamente la conducta es la principal contribuyente al nivel de estados de salud, por lo que la labor de la Psicología consiste en lograr que el individuo y la comunidad aprendan nuevas formas de comportamiento, de manera que los lleven a una reestructuración de su estilo de vida (Latorre, 1994).

Desde hace aproximadamente ochenta años los patrones de la enfermedad han cambiado de forma sustancial en los países desarrollados. Mientras la prevalencia de las enfermedades agudo-infecciosas han disminuido de forma importante, debido a los avances en el tratamiento de estos trastornos y a los cambios en el modelo de la salud pública, se ha producido un incremento considerable de las enfermedades denominadas enfermedades prevenibles, tales como el cáncer o los trastornos cardiovasculares (Latorre, 1994). Se trata de las enfermedades en el que el papel de los factores comportamentales y los estilos de vida se han puesto cada vez más de manifiesto.

Así pues, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, parecen propiciar un riesgo más elevado de trastornos graves de salud. Podemos decir que la salud es un estado muy variable que debe estar constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos (Matarazzo, 1984 citado en Latorre, 1994). Favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar otras como factores de riesgo, que suponen un riesgo para la salud, constituye la principal tarea de la prevención primaria.

Stone (1976) señala que la conducta de la salud está regulada tanto por la educación sanitaria que una persona recibe, como su situación vital concreta e inmediata. En relación con este concepto, algunos autores establecen una diferenciación entre conductas de salud propiamente dichas y conductas reductoras de riesgos. Las conductas de salud, incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, por otro lado, las conductas reductoras de riesgo son aquellas que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades.

Las conductas de salud son importantes, no solo por que están implicadas en los procesos de salud y enfermedad, si no por que pueden fácilmente convertirse en hábitos. Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que esta firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de forma automática, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto. Los hábitos se desarrollan inicialmente en tanto que son reforzados por determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparecen con independencia de los procesos de reforzamientos, siendo mantenidos por factores ambientales con los que habitualmente se asocian, una característica crucial de los hábitos de salud es que son conductas aprendidas y por consiguiente se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de aprendizaje (Hunt, 1979 citado en Latorre, 1994).

Una cuestión importante es la de los determinantes de las conductas de la salud, es decir, aquellos factores que influyen en la práctica de dichas conductas. Podemos hablar de dos grandes grupos de factores, a su vez interrelacionados: los sociales y los interindividuales o personales.

Entre los determinantes de origen social hay que distinguir los siguientes:

- Es indudable que algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan determinados comportamientos que, paulatinamente, se convierten en verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida y que son resistentes al cambio.
- Otros factores sociales que también influyen en al practica de los hábitos de salud son los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Se trata de un cierto tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.
- Una tercera categoría de factores sociales se refiere a las influencias de grupo.
- Finalmente el acceso al sistema sanitario.

Entre los factores personales que controlan los hábitos de la salud, se encuentran las siguientes:

- La autopercepción de síntomas, se trata de un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y continúa con el establecimiento de relaciones causales entre ellos y ciertas conductas y hábitos.

- Los factores emocionales juegan un papel importante como determinantes de las conductas de salud, así muchos hábitos nocivos para la salud, como fumar, beber o comer en exceso se encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales.
- Las creencias y actitudes también determinan de forma significativa la práctica de conductas de la salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada. Latorre (1994, pp.32-33)

Epidemiológicamente la conducta es la principal contribuyente al nivel de estados de salud, por lo que la labor de la Psicología consiste en lograr que el individuo y la comunidad aprendan nuevas formas de comportamiento, de manera que los lleven a una reestructuración de su estilo de vida (Latorre, 1994).

Desde hace aproximadamente ochenta años los patrones de la enfermedad han cambiado de forma sustancial en los países desarrollados. Mientras la prevalencia de las enfermedades agudo-infecciosas han disminuido de forma importante , debido a los avances en el tratamiento de estos trastornos y a los cambios en el modelo de la salud pública , se ha producido un incremento considerable de las enfermedades denominadas enfermedades prevenibles, tales como el cáncer o los trastornos cardiovasculares (Latorre, 1994). Se trata de las enfermedades en el que el papel de los factores comportamentales y los estilos de vida se han puesto cada vez más de manifiesto.

Así pues, la presencia o ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, parecen propiciar un riesgo mas elevado de trastornos graves de salud. Podemos decir que la salud es un estado muy variable que debe estar constantemente cultivado, protegido y fomentado. El factor más importante para lograr esto es el nivel de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos. (Matarazzo, 1984 citado en Latorre, 1994).

Según Sarafino (2002), a finales del siglo XIX ante la incidencia de enfermedades infecciosas se rechazaron medidas preventivas para mejorar nutrición y la higiene personal. Estas medidas involucraron cambios en los estilos de vida de las personas, sus modelos cotidianos de conducta, por ejemplo como preparan las comidas equilibradas. Los problemas de salud principales en las sociedades tecnológicas actualmente, son las enfermedades crónicas. Las personas pueden reducir éstos problemas, haciendo cambios en sus vidas. Se llaman estilos de vida a las condiciones que están asociadas con el desarrollo de una enfermedad o lesión; que el riesgo

factoriza para ese problema de salud. Sin embargo algunos factores de riesgo son biológicos, como haber heredado ciertos genes, otros son conductuales. Tenga presente que no necesariamente la causa el problema.

Morales (1999) explica que estilo de vida es un concepto frecuente en la literatura sociomédica y epidemiológica, así como en la literatura de la psicología de la salud y lo describe como el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica de manera consistente y sostenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de la salud o, por el contrario, lo puede colocar bajo riesgo de una enfermedad.

Al reconocer la interconexión y no la identificación entre salud/enfermedad y comportamiento, en los últimos años se ha hecho hincapié en que los estilos de vida o estilos de comportamiento contribuyen a promover la salud y prevenir la enfermedad (Buela-Casal, Fernández-Ríos y Carrasco, 1997)

Al hablar de estilos de vida continuamente se hace referencia a los términos calidad de vida y condiciones de vida. La OMS (1998) define calidad de vida como la percepción del individuo (se refiere a una evaluación subjetiva sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que se vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; este concepto engloba las salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas.

La calidad de vida es el entorno cotidiano de las personas, donde viven, donde actúan y trabajan. Son el producto de las circunstancias sociales, económicas y del entorno físico, que pueden ejercer impacto en la salud, estado en gran medida fuera del control inmediato del individuo, OMS (1998).

CAPITULO 2. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico. Sin embargo, no es un proceso mecánico. A través del seno materno el bebé aprende sentimientos de seguridad, bienestar y afecto. La relación de la comida con estos afectos dura toda la vida, por esta razón ciertos estados de ánimo como ansiedad, depresión, alegría influyen en el proceso de alimentación. Además la conducta alimentaria cobra más valor si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de los desórdenes de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Los trastornos de la conducta alimentaria han sido definidos como aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, respecto de la ingestión de alimentos, cuya base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión de la percepción corporal y de un miedo intenso a la obesidad. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, Texto revisado (DSM-IV-TR, APA, 2000), dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el trastorno alimentario compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (Gómez- Pérez-Mitré, 2001).

El interés por el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado debido a la gran cantidad de población juvenil que los padece. Dichos trastornos afectan a hombres y mujeres. Hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres jóvenes. La media de edad de aparición fluctúa entre los 17 y 18 años (DSM-IV, 1995). Existe gran controversia en relación con las causas por las que se desarrollan las alteraciones del comportamiento alimentario; sin embargo, varios autores coinciden en que son trastornos de origen biopsicosocial (Gómez- Pérez-Mitré, 1997).

Lo anterior indica que las alteraciones de la conducta alimentaria son el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, emocionales, familiares, de personalidad y de vivir en una cultura en la que hay una sobreabundancia de comida y una obsesión por la delgadez (Chinchilla, 1995).

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los trastornos de la alimentación tales como la anorexia, la bulimia y la obesidad no son desórdenes nuevos debido a que se consideran un fenómeno del siglo XX. Se ha encontrado que hay factores socioculturales que han incidido fuertemente en su incremento. En los últimos 25 años, el contexto sociocultural ha ido determinando que el ideal de peso corporal atractivo sea de delgadez (Chinchilla, 1995).

La historia de la anorexia se remonta a muchos años atrás. En algunos casos las anoréxicas no se detectaban debido a la falta de información y desarrollo médico sobre esta enfermedad, o quizá algunas fueron consideradas como tales y no lo eran. Lo que si se sabe es que desde épocas anteriores existen datos sobre lo que podría haber sido el comienzo de esta enfermedad.

El estudio de la anorexia puede dividirse en periodos sucesivos, del siglo V al XVI se encontraron casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta llegar al rechazo total de alimento, en el cristianismo, el ayuno ha sido una forma de penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos por el ayunador u otras personas. En la Edad Media y durante bastante tiempo después su justificación e interpretación religiosas eran evidentes. Mantenerse sin comer era, pues, comúnmente considerado como un signo de sanidad. Por otro lado en ciertos lugares, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas: era Satán y no Dios quien las motivaba, llegaron a ser consideradas como brujas. Entre los siglos XII y XVI se encontró en Italia un número considerable de canonizaciones debido al comportamiento anoréxico que presentaban, sin embargo a partir de normas dictadas por el papa Benedicto XIV, los ayunadores pasaron a un segundo plano y descendieron drásticamente las canonizaciones y en consecuencia hubo reducción de las practicas alimentarias restrictivas. Del siglo XVI al XVIII pensaban que la causa principal del rechazo del alimento era debido a un fenómeno sobrenatural y entonces los casos eran muy pocos. No obstante estas chicas que dejaban de comer comenzaron a llamar la atención de los médicos y empezaron a dedicar mas tiempo y trabajo a este fenómeno (Toro, 1996)

De acuerdo con este mismo autor a palabra anorexia procede del griego anorektous que significa falta de apetito, aunque hoy se utiliza como rechazo al alimento. La primera descripción clínica que se realizo de la anorexia fue en el siglo XVII por Richard Morton, quien utilizo el término de la consumación nerviosa para referirse a una degeneración corporal ocasionada por una perturbación del sistema nervioso, así como a tristeza y preocupaciones ansiosas. Definió los síntomas de la anorexia actual como adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio, aparente

perdida del apetito y la no aceptación de tratamiento por parte del paciente. A finales del siglo XVIII, Pinel considera la anorexia como una neurosis gástrica y la anorexia nervosa. La primera era un trastorno del estomago y la segunda implicaba alteración de las funciones cerebrales, perdida del apetito y una gran variedad de síntomas neuróticos, mostrándose melancólicos, coléricos y asustadizos.

Lasegue en 1873 en Francia y Gull en 1874 en Inglaterra, describen por primera vez, de una manera científica, la anorexia. Lasegue le da el nombre de anorexia histérica, describiéndola como una anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario con represión de un deseo mas o menos consciente (Chinchilla, 1995). Consideraba que la edad de aparición se situaba entre los 15 y 20 años, debido a una emoción relacionada con la transición a la edad adulta. Para este autor la evolución de la anorexia se daba en tres etapas: la primera consistía en el rechazo a alimentarse, durante la segunda empeoraba el estado mental de la paciente y en la tercera se presentaban los síntomas físicos que requerían intervención médica. Para Lasegue la prolongación de la dependencia parecía sumarse a un amor paternal intenso, constituyéndose en el escenario en el que se desarrollaba la anorexia de algunas muchachas de clase media. Jean Charcot acompañó a Lasegue en el estudio de la anorexia y fue el introductor cuasi oficial de la parentectomia, es decir, del aislamiento de la paciente respecto de su familia, esto ayudaría a que los resultados fueran rápidos y buenos en la recuperación de la paciente (Toro, 1996).

Gull empleo por primera vez el término anorexia nervosa, describiéndola como un estado mental morboso creado por trastornos centrales y hereditarios. Desde la primera descripción científica que se hace de la anorexia hasta 1914 predomina la interpretación psicodinamica de la anorexia, Freud, Fenichel, Abraham y Melanie Klein, entre otros, la definen como una neurosis y la relacionan con la melancolía y la histeria, explicándola como perdida de la libido debido a algún conflicto simbiótico con los padres (Chinchilla, 1995).

De 1914 a 1937 se considero que la anorexia era una enfermedad exclusivamente endocrina, debido a que Simmonds, en 1914, descubre la caquexia hipofisaria o adelgazamiento por insuficiencia endocrina, olvidándose un poco el origen psíquico (Rammbult y Eliachef, 1991).

Mas tarde surgió la explicación neurológica con Soltaní y Lehermitte, quienes pensaban que la enfermedad se debe a una disfunción de los nervios gustativos o a un tumor del ventrículo, al mismo tiempo, trataban de combinar factores afectivos en la explicación del origen de la enfermedad (Chinchilla, 1995).

Selvini Palazzoli (1974, citado en Toro, 1996), con una visión cultural, atribuyó el desarrollo de la Anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo. Plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que ésta, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales. Sugiere que la anorexia es más común en las mujeres que en los varones porque pese a su independencia las mujeres continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los hombres. Reconoce que esta problemática sólo es posible en las sociedades opulentas, donde el alimento es abundante.

Es en 1981 cuando se plantea una perspectiva biopsicosocial, vigente hasta nuestros días, la cual considera la Anorexia Nervosa (AN) como resultado de un grupo de fuerzas en interacción, pudiendo ser factores individuales, familiares y sociales. También es considerada en el marco de las enfermedades psicosomáticas (Rambult y Eliachef, 1991).

Por otro lado la Bulimia Nervosa tiene una historia más reciente ya que se trata de un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas. Las referencias más detalladas se encuentran apenas hace 50 años pero el fenómeno ha emergido con fuerza apenas hace 10 años. Bulimia que significa hambre de buey, según su raíz griega *boulimos*, fue estudiada hasta finales del siglo XIX e inicios del XX como trastorno alimentario. Sin embargo, Jenofonte en el año 970 a.c describe por primera vez en la cultura occidental lo que hoy se considera como prácticas bulímicas (atracones y vómitos); también los griegos recurrían a los vómitos en algunas prácticas religiosas y sociales (Chinchilla, 1995).

Galeno describió la *kinos orexia* o hambre canina, para referirse a un estado de ánimo que provocaba un deseo exagerado de alimento y habituales ingestiones que podían asociarse con vómitos y copiosos movimientos de vientre. Enfatizó el aspecto de desmayo y la avidez por la comida. Hipócrates reconoció la *boulimos* como un hambre enfermiza. Aristofanes y Jenofonte la llamaron hambre voraz. Jenofonte como sentimientos de hambre, debilidad y desmayo (Chinchilla, 2003).

Las clases medias y bajas romanas establecieron e institucionalizaron la bulimia como ritual social y doméstico. El banquete y el vómito fueron auténticas instituciones. En Roma, se acostumbran grandes banquetes en las clases medias y altas, y al sentirse saciados los comensales frecuentemente llevaban a cabo el vomito en una habitación destinada para ello. Durante la Edad

Media, el vomito era una forma en que el penitente expulsaba sus pecados y al mismo tiempo constituía un medio para dominar su apetito sexual (Chinchilla, 1995).

En 1398, Trevisa utilizó por primera vez el término de bulimia para referirla como apetito inmoderado, sin mencionar vómitos. Gran parte de la historia de occidente, y especialmente de Europa en la Edad Media, alude a la práctica del vomito seguida del atracón; aunque esto no era considerado como una práctica anormal o extraña (Chinchilla, 1995).

En el siglo XVIII, los atracones y el vomito comienzan a considerarse como enfermedad. Es James en 1743 quien hace la referencia más completa del trastorno, distingue entre *boulimus* y el *caninus* apetitos. El primero se refiere a atracones que finalizan en desmayos, y el segundo a atracones que terminan en vomito (Toro, 1996).

En 1785 Motherby clasificó tres tipos de bulimia: 1) La de hambre pura, 2) Aquella en la que el hambre acaba en vómito y 3) la que asocia hambre a desmayos. Stein y Laakso encontraron que en la Enciclopedia británica (1797) se define a la bulimia como una enfermedad en que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga suele caer en accesos de desvanecimiento. James en 1743, dedicó dos páginas a describir el *Boulimus*. James observó que mientras algunos pacientes experimentaban la conducta de vomitar tras ingerir grandes cantidades de alimentos, otros no lo hacían así. Distinguió entre el *boulimus* y el *caninus* *apetitos*, el hambre canina, en la cual el paciente da fin a sus atracones vomitando; en el *boulimus* suele desmayarse (Toro, 1996).

En 1833 Descuret describió dos formas de bulimia, en ambas la comida era la principal preocupación y el hambre persistía incluso después de varias ingestas y el *torpor* seguía al atracón. En la llamada *cinorexia* el atracón era seguido por vómitos (Chinchilla, 2003)

Hasta entonces la historia de la bulimia era tomada más como un síntoma que como un síndrome. A partir de 1970, se describen más las conductas compensatorias contra los atracones; se clarifica el miedo obsesivo e irracional a la obesidad, a la preocupación por el peso y los alimentos. Door en 1972, habla de casos de hiperfagia y vómitos. En 1973 Boskind-Lodahl y White, describieron la *bulimarexia* para referirse a personas de peso normal con atracones y vómitos. En 1979 Russell en su trabajo *bulimia nervosa* estableció el diagnóstico en personas con peso normal con miedo a engordar que tenían atracones y purgas, alguna de las cuales tuvo anteriormente anorexia, describiendo la bulimia nervosa como una variante de la anorexia nervosa (Chinchilla, 2003).

Fue en el siglo XIX cuando se asocia a la AN con la sintomatología bulímica, esto provoca que se describa como simple síntoma de la anorexia y no como un trastorno independiente. Es hasta el siglo XX, en la década de los cincuenta, que Stunkard plantea la bulimia como entidad nosológica autónoma, describiendo que se presentaba en personas con peso normal u obesas. En 1979, Rusell propone el término de Bulimia Nervosa (BN) la cual se caracteriza por miedo a engordar, atracones y conductas compensatorias (vómitos, uso de purgas y laxantes). En 1987 aparece en los criterios diagnósticos del DSM-III (Toro, 1996).

2.2 ANOREXIA NERVOSA (AN)

Gómez Peresmitré (2001) define la anorexia nervosa 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. Es más habitual que se presente en mujeres que en hombres. El término nervosa que califica a la anorexia (y a la bulimia) se utiliza sustituyendo a nerviosa debido a que el primero hace alusión a la naturaleza psicológica, mental o emocional del trastorno y lo distingue de otro tipo de Anorexia que puede tener otros orígenes, por ejemplo: a) Rechazo de la ingesta de alimentos por razones fisiológicas como pueden ser malformaciones congénitas de la laringe; b) por razones comorbidas como efectos secundarios de medicamentos, o de otras enfermedades que afectan el hambre y el apetito.

Para García (2001) la anorexia nervosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal.

Toro (1996) define la anorexia nervosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%) habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico y desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. La anorexia nervosa se caracteriza esencialmente por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además de presencia de amenorrea en las mujeres que han pasado por la etapa menárquica.

2.2.1 Sintomatología

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y los 18 años de edad. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que este disminuya aleatoriamente. La alteración de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que obliga a mantener la restricción alimentaria. La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre, y suele carecerse de conciencia de enfermedad. (Toro, 1996).

Así mismo, señala este autor que la sintomatología de la anorexia nervosa es sumamente variada y compleja, siendo la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. Junto a los trastornos somáticos antes mencionados y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio etc.

Junto a este estado disfórico permanente, las preocupaciones alimentarias se hacen auténticamente obsesivas, y la alimentación y los alimentos constituyen la base de múltiples ritualizaciones. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación se distorsionan convirtiéndose en absurdos, irracionales y desadaptativos. La autoimagen y la autoestima acostumbran a ser sumamente negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y por consiguiente del comportamiento. Por regla general, la dedicación al estudio es superior a lo normal. Las relaciones interpersonales siempre están alteradas, la conflictiva familiar, en la mayor parte de los casos secundaria a la aparición del trastorno, suele ser la norma (Toro, 1996).

Además las personas con AN sufren cambios físicos primarios y secundarios. Los primeros corresponden a la pérdida de peso, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y a pérdida de interés y potencia sexuales en los varones y los segundos son los siguientes:

Sistema cardiovascular	Sistema gastrointestinal	Sistema Renal	Manifestaciones hematológicas	Otros
Arritmias	Dolores abdominales	Formación de cálculos	Anemia	Disminución de la secreción de hormonas reproductoras
Bradicardia	Estreñimiento			Resequedad de la piel
Hipotensión	Hinchazón			Lanugo
Disminución del volumen sanguíneo	Vómitos			Caída del pelo
	Flatulencias			Hipotermia
				Uñas quebradizas
				Problemas dentarios
				Desajustes de electrolitos

Fuente. Toro (1987, p. 76)

2.2.2 Criterios diagnósticos

Cuando el cuadro clínico de la AN esta bien establecido y es florido no plantea grandes dificultades diagnosticas. Sin embargo, los cuadros incipientes a veces tardan bastante tiempo en ser detectados como consecuencia de la valoración social positiva de la delgadez. Por otra parte, en ocasiones no es posible realizar una evaluación psicológica en profundidad para delimitar el cuadro hasta que se consigue una cierta normalización del peso. Los criterios en la actualidad se utilizan para el diagnostico son los que recogen al DSM-IV y el CIE-10 (García, 2001).

Los criterios diagnósticos de la AN según el DSM-IV (2002) son los siguientes:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negociación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea.

La anorexia puede dividirse en subtipos según se presenten o no atracones o purgas durante los episodios del trastorno:

Tipo restrictivo. Cuando la pérdida de peso se relaciona con dieta o ejercicio excesivo. Estas personas no presentan atracones de comida o purga.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas. DSM-IV (2002, pp.249-250)

Según el CIE-10 (1992) los Criterios diagnósticos de anorexia nervosa son:

- A. Pérdida de peso significativo (índice de masa corporal o de Quetelet inferior a 17,5)
- B. La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo, por medio de :
 1. Evitación del consumo de alimentos que engordan y por uno o más de uno de los síntomas siguientes:
 2. Vómitos autoprovocados.
 3. Purgas intestinales autoprovocadas.
 4. Ejercicio excesivo
 5. Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- C. Distorsión de la imagen corporal.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida del interés y la potencia sexual.

- E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene. (García (2001, p.12).

Así mismo este autor refiere que los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa que establecen el CIE-10 y el DSM-IV difieren en diversos aspectos. El CIE-10 (1992) requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de alimentos que engordan y señala como síntoma cardinal en el varón la pérdida del interés y de la potencia sexual (como equivalente a la amenorrea en la mujer, aunque hay que señalar que en las chicas también disminuye el deseo sexual). Además el CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia si se han dado atracones de forma regular.

2.3 BULIMIA NERVOSA

Según Chinchilla (1995) la BN es un cuadro caracterizado fundamentalmente por episodios de atracones incontrolados de cantidades variables de comida, generalmente seguidos de vómitos espontáneos o provocados, que se dan varias veces a la semana y durante varios meses, y a veces en vez de vómitos usan laxantes, diuréticos, ayunos posteriores, ejercicios o purgas variadas como compensación para evitar el aumento de peso.

Toro (1996) define la bulimia como trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la pérdida de control sobre la misma.

Sherman y Thompson (1999) definen la bulimia nervosa como un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga. La purga ocurre más frecuentemente por medio del vómito autoinducido, pero también puede incluir el abuso de laxantes. El propósito de la purga es compensar las grandes cantidades de comida ingeridas. La bulimia tiene tres componentes: a) los comportamientos reales de comer y purgarse o componente conductual; es la manera en que las bulímicas piensan acerca de sí mismas y su mundo o componente cognoscitivo; y la manera en que las bulímicas manejan sus emociones, o componente emocional. Para entender la bulimia, se necesita entender las tres partes del problema (Sherman y Thompson, 1999).

Algunas dificultades psicológicas de la bulimia nervosa son:

- Fuerte preocupación por la comida.
- Búsqueda implacable de peso y figura ideales.
- Baja sensación de autoestima.
- Baja sensación de autocontrol.
- Depresión, enojo y ansiedad.
- Pensamiento extremista.
- Dificultad para expresar la emoción en forma directa.
- Hábitos y comportamientos alimentarios raros. Sherman y Thompson (1999, pp. 19-21)

En la BN los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también mayoritarios. Estas limitaciones alimentarias constituyen una característica que emparenta la bulimia nervosa con la anorexia nervosa. Pero no solo en esto coinciden ambos trastornos; la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo, y la excesiva influencia de la misma en la determinación de la autoestima, son otras tantas coincidencias (Toro, 1996).

2.3.1 Sintomatología

La BN tiene tres componentes: el conductual; el cognoscitivo que hace referencia a la forma en que se auto percibe la persona y; el emocional que describe el manejo de las emociones (Sherman y Thompson, 1999).

Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionadas con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica en que el bulímico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, no solamente a los relativos al área alimentaria, de ahí la frecuencia en bulímicos, del consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o trabajo e incluso de robos y mentiras. En la bulimia, la comorbilidad, especialmente con trastornos por ansiedad y afectivos, también es relevante (Toro, 1996).

Existen dos componentes conductuales que caracterizan a la BN el primero es que utiliza el alimento para fines que no son ni gustativos ni nutritivos; comen de forma compulsiva, secreta y solitaria. El segundo está asociado con las conductas compensatorias, es decir, el vómito y el uso de laxantes y diuréticos (Zuckerfeld, 1992).

Con relación a sus emociones su comportamiento es inestable e impulsivo, muestran gran dificultad para mostrar expresar sus emociones en forma directa. Requieren de aprobación por lo que siempre ceden a los deseos de los otros creando un vínculo de dependencia hacia ellas, lo que les causa frustración (Sherman y Thompson, 1999).

El paciente bulímico experimenta permanentemente alteraciones del estado de ánimo, con tristeza y ansiedad en primer plano, y unos sentimientos de culpa que suelen sustituir la música de fondo del trastorno. Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entre mezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente solo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de casos la aparición de estos atracones va precedida de periodos de restricción alimentaria. En general, los vómitos y otras conductas compensatorias de los atracones suelen dar lugar prácticamente siempre a restricciones alimentarias por lo menos intermitentes. Cuando los atracones ya están establecidos, suelen precipitarse por diferentes circunstancias. Los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales. Pero también lo son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana. (Toro, 1996).

Además de estos componentes existen algunas consecuencias físicas que experimentan los pacientes bulímicos debido a su problemática, algunas de ellas son las siguientes:

SISTEMA AFECTADO	SINTOMAS
Endocrino	Irregularidades Menstruales
	Hipoglucemia
Cardiovascular	Palpitaciones
	Fallo congestivo
Gastrointestinal	Esofagitis
	Perforación Esofágica
	Dilatación gástrica
	Pancreatitis
	Alteración funcional del colon
	Dolor cólico
Oral	Gingivitis
	Erosión del esmalte dental
	Caries
	Inflamación de las glándulas salivales
Renal	Hipocaliemia inducida por diuréticos
Fluidos y Electrolitos	Deshidratación
	Hipocalemia
	Hiponatremia
	Hipocloremia
	Acidosis metabólica inducida por el abuso de laxantes.

Fuente, Bartrina (1995, p.290).

2.3.2 Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos de la BN según el DSM-IV (2002) son:

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

- 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con e fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno excesivo y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia.

En la bulimia se puede emplear dos subtipos:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. DSM-IV (2002, pp. 250-251)

Según el CIE-10 (1992) los criterios diagnósticos de bulimia nervosa son los siguientes:

- B. Preocupación continúa por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, con episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- C. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante vómitos provocados, abuso de laxantes, periodos de ayuno, anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, este puede abandonar su tratamiento con insulina.
- D. El trastorno psicopatológico básico de la bulimia consiste en un miedo morboso a engordar. El enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenia antes de la enfermedad, o al de su peso optimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz de anorexia puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada perdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

2.4 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANES) DSM-IV, 2002.

La categoría de TANES se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, algunos ejemplos son:

- A. En las mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa pero las menstruaciones son regulares.
- B. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- C. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa con la excepción de los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas, aparecen menos de dos semanas por una semana o durante menos de tres meses.
- D. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
- E. Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida.
- F. Trastornos por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (pp.215-252)

2.5 EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los trastornos de la conducta alimentaria, AN y BN, han alcanzado proporciones alarmantes entre la población. Es muy difícil precisar los datos epidemiológicos reales pues, en una gran mayoría de casos, estos trastornos no son diagnosticados debido a que las pacientes raramente revelan o comunican sus síntomas a los profesionales de la sanidad, y también es infrecuente que lo hagan en el ámbito familiar (Ressler, 1998 citado en Chinchilla, 1995).

Algunos estudios (Levine, Smolak, 1992; Jonson, Connors, 1987; Toro, 1996; Kendeler, 1991; Lameiras, 2002) coinciden en que las mujeres, adolescentes o jóvenes adultas son las más afectadas por los trastornos de la conducta alimentaria. Sin embargo es necesario investigar en otras poblaciones, ya que en los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de trastornos alimentarios en varones, que se sabe representan aproximadamente 10% de los casos femeninos (Crispo, Figueroa, Guelar, 1996)), así como la presencia de trastornos de la conducta alimentaria en niños de ambos sexos con un rango de edad de 7 a 9 años (Al-Adawi et al. 2002).

También, por otra parte, existe una serie de estudios encaminados a investigar algunas disciplinas que son consideradas de alto riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria debido a que se herramienta de trabajo es el cuerpo, enmarcado por un ambiente donde los valores estéticos de delgadez o emaciación se interiorizan y magnifican, pues se cree que un menor peso corporal ayudara a mejorar la técnica o aumentara el rendimiento físico, tal es el caso de la danza y algunos deportes (Gómez-Peresmitré, 2004) .

En los llamados pises desarrollados, el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria llevan ya variadas décadas a diferencia de lo que ocurre en los países conocidos como en vías de desarrollo, como es el caso de México, donde las investigaciones, aunque son recientes, cada vez generan mayor el numero de contribuciones en eventos académicos nacionales e internacionales. El aumento en la cantidad de publicaciones con repercusión nacional contrasta con el aun limitado número de publicaciones con impacto internacional (Gómez- Peresmitré, 2001).

En México el número de profesionales y grupos de investigación interesados en esta área de conocimiento ha ido aumentando.

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria en países desarrollados lleva ya varias décadas, y cada vez es mayor el número de reportes sobre su incidencia y prevalencia. En el pasado se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria ocurrían solo en grupos con poder adquisitivo alto en naciones occidentales (Bruch, 1973).

Si tomamos en cuenta que entre los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales, reforzados y difundidos por los medios de comunicación, podríamos decir que los trastornos de la conducta Alimentaria independientemente del desarrollo del país, de la raza y del nivel socioeconómico, son principalmente característicos de nuestro tiempo (Gómez-Peresmitré, 2001).

La globalización económica que conlleva la globalización ideológica correspondiente se manifiesta entre otras cosas, como un entorno dominado por valores, actitudes y estereotipos de culturas ajenas y hegemónicas en las que figuras femeninas tipo *barbie*, sintéticas, inalcanzables, se convierten en el modelo, en la figura ideal alcanzar (Gómez-Peresmitré y Acosta, 2000).

La proximidad o la larga frontera compartida con México con el país líder de los Trastornos de la Conducta Alimentaria tal vez contribuya, parcialmente, a que las adolescentes mexicanas compartan entre si y con mayor fuerza ese ideal femenino de delgadez. De hecho, parece ser que en Europa, existe una prevalencia relativamente menor que en Estados Unidos y Canadá (Ledox, Choquet y Flament, 1991)

Algunos autores han estudiado las tasas de coincidencia de los trastornos de la conducta alimentaria en países como Alemania (Steinhausen, 1984), Suiza (Willi, Grossman, 1983), Inglaterra (Lacey, Dolan, 1988), Escocia (Kennedy, 1973), Italia (Rathner, Messner, 1993, Dale, De Luca, Oliosi, 1997), Países Bajos (Hoek, 1991), Suecia (Norrning, Solberg, 1988, Theander, 1970) y España (Morande, Celda, Casas, 1999), encontrándose evidencias de que los trastornos de la conducta alimentaria ocurren en un amplio rango de grupos socioeconómicos, étnicos y culturales (Mancilla, et al. 2004).

Las investigaciones en países occidentales muestran un aumentó considerable del numero de individuos afectados de bulimia y anorexia, de hecho, se calcula que la prevalencia de estos trastornos oscila entre 0.5 y .4% (Carbajo et al. 1995). En el DSM-IV-TR (APA, 2002) se señala que la prevalencia de la anorexia en población adolescente y juvenil femenina se ubica entre 0.5 y 1% y la bulimia entre 1 y 3%.

En México, aunque se han realizado numerosas investigaciones acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, los trabajos encaminados a estimar su prevalencia son limitados. Sin embargo, estudios realizados en poblaciones de alto riesgo, han reportado casos de trastornos de la conducta alimentaria posterior a la entrevista diagnostica con criterios del DSM-IV. (Unikel y Gómez-Peresmitré, 2006).

Mancilla–Diaz y colaboradores (2004), con el propósito de estimar la prevalencia de dichos trastornos en mujeres mexicanas, realizaron un estudio en dos muestras comunitarias (en 1995 $n= 523$ y en 2001 $n= 881$). La media de edad de la muestra total ($n= 1404$) fue para la muestra de 1995 de 19.48 +/- 2.20 años y para la de 2001 fue de 19.0 +/- 2.53 años. A ambas muestras se les aplico el *Eating Attitudes test* (EAT) de Garner y Garfinkel (1979) y el *Bulimia Test* (BULIT) de Smith y Thelen (1984). Los resultados de este estudio revelaron que en la muestra de 1995 la prevalencia de bulimia y de Trastornos de la conducta alimentaria no especificados fue de 0.14 y 0.35% respectivamente y en el 2001 de 0.24 y 0.91%. En ninguna de las dos muestras evaluadas se encontraron casos de anorexia.

El grupo de Investigación de la Facultad de Psicología campus Ciudad Universitaria (áreas de Psicología Social y de la Salud de la División de Posgrado), por otra parte, inicia una línea de investigación (a mediados del decenio de 1990-99) dirigida a la detección de factores de riesgo en muestras de población escolar. En la actualidad y gracias al financiamiento que PAPIT y CONACYT han otorgado a los proyectos, no solo se puede afirmar la existencia de factores de riesgo en poblaciones de mujeres, si no que también se conoce la distribución y el comportamiento de los mismos (prevalencia) en muestras, de niños y niñas prepúberes, púberes y adolescentes (Gómez- Pérez-Mitré, 2001)

De acuerdo con esta misma autora una parte importante del conocimiento logrado en relación con una problemática determinada en el campo de la salud son los avances que se producen no solo en la detección y tratamiento de la misma , si no también en su predicción y prevención.

Aún cuando estos son los trastornos principales; existen algunos de los que hay poca investigación, sin embargo también empiezan a observarse

2.6 VIGOREXIA

La vigorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una preocupación obsesiva por el físico y distorsión en la imagen corporal. En un principio esta sintomatología parecía contraria a la de la anorexia nerviosa, de ahí que la llamaran, anorexia inversa (reverse anorexia). En trabajos posteriores se reconoció la necesidad clasificarlo no como un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, sino más bien un trastorno somatomorfo, de ahí que se hayan sugerido también términos como dismorfia muscular o vigorexia (Baile, 2005).

Hace más de una década, Pope et al. (1993) descubrieron, cuando exploraban los efectos secundarios del abuso de esteroides anabolizantes en personas que utilizaban gimnasios, que ciertos culturistas con largas historias de consumo de hormonas esteroideas, llegaban a mostrar comportamientos psicóticos. En estos trabajos se dieron cuenta de que otro trastorno, relacionado con la imagen corporal, estaba afectando a ciertos culturistas.

Existen dos manifestaciones: la extrema actividad del deporte o, la ingesta o comedor compulsivo para subir de peso, con la percepción de una imagen corporal más delgada de lo que la poseen, y seguir comiendo más con la finalidad de modificarla, engrosándola. Aunque los hombres son los

principales afectados por la vigorexia, es una enfermedad que también afecta a las mujeres (Baile, 2005).

2.6.1 Sintomatología

Para Baile (2005), las manifestaciones clínicas más importantes de la vigorexia son las siguientes:

- Preocupación por ser débil o poco musculoso.
- Incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, aun teniendo un cuerpo grande y musculado, que deriva en insatisfacción corporal. Permanente autoobservación en el espejo para comprobar el tamaño de los músculos.
- Pensamientos obsesivos y permanentes sobre no ser suficientemente grande, ser demasiado pequeño o sobre cómo mejorar de aspecto.
- Pobre conciencia sobre su incapacidad de verse con objetividad.
- Ansiedad o depresión por sus sentimientos negativos hacia su cuerpo.
- Autoestima afectada.
- Conductas alteradas con respecto a la imagen corporal, evitar sitios públicos donde se vea el cuerpo, llevar ropas especiales...
- Necesidad compulsiva de realizar ejercicio con pesas para incrementar el tamaño corporal.
- Afectación de la vida social, familiar y sentimental por el cuidado del cuerpo, el entrenamiento y/o la dieta.
- Consumo de sustancias peligrosas para el desarrollo muscular (el consumo de hormonas es siete veces más usual entre personas con vigorexia que entre culturistas no vigoréticos). Excesivo control de la dieta.
- Abuso de esteroides anabolizantes y suplementos alimenticios, hormonas esteroideas, productos alimenticios, complejos vitamínicos, sustancias orgánicas y sintéticas alrededor del mundo del culturismo. El nombre específico que se les ha dado es: sustancias ergogénicas o que ayudan a crecer.

2.6.2 Complicaciones

La vigorexia produce una gran cantidad de problemas físicos, metabólicos y estéticos; sin dejar de lado los problemas emocionales que son origen y consecuencia del trastorno. Se presentan alteraciones psicológicas como depresión y ansiedad porque nunca están conformes con su cuerpo. Sus relaciones sociales se deterioran a causa de los largos y exhaustivos entrenamientos;

el estudio y/o el trabajo se ven gravemente afectados, ya que son sumamente descuidados al practicar el deporte desmedidamente .

El daño que les causan estas drogas es irreversible para su salud; es muy grande el riesgo de que lleguen a padecer enfermedades del corazón, hígado y disfunción del aparato reproductor. El entrenamiento exhaustivo al que se someten les ocasiona: alteraciones del ritmo cardiaco; aumento de la presión arterial; cansancio crónico; dolor de músculos y articulaciones; temblor en las manos; nerviosismo; irritabilidad; dolor de cabeza; disminución del apetito y falta de sueño (Baile, 2005)

2.6.3 Tratamiento.

Tratamiento farmacológico

Hasta el momento algunos trabajos han encontrado eficaces ciertos tratamientos, la mayoría son los requeridos para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. En este sentido los fármacos que se han visto útiles son los inhibidores de la recaptación de serotonina, fármacos que ayudarían a controlar, sobre todo, los síntomas obsesivo-compulsivos de la vigorexia (Baile, 2005)

Los datos sobre la eficacia de estos fármacos en el tratamiento de trastornos como la vigorexia son pocos. Por ejemplo en un estudio con 130 pacientes con TDC, el 42% de los pacientes mejoró, siendo un porcentaje sensiblemente superior al de otros fármacos (Philips, 1996).

En cuanto a las sustancias utilizadas en el tratamiento del TDC, los investigadores se han decantado por la fluvoxamina y la clomipramina, inhibidor no selectivo. En un estudio, la clomipramina consiguió que respondieran un 65-70 % de los pacientes con una reducción de los síntomas dismorfofóbicos (Alonso, 2002).

Los efectos positivos que se han señalado tras el tratamiento farmacológico son:

- Visión más realista de la situación.
- Disminución del malestar.
- Reducción del tiempo dedicado a la preocupación.
- Mejora de la relación social.
- Disminución de rituales, mayor resistencia a comportamientos repetitivos.

Tratamiento psicológico.

El objetivo de la terapia cognitivo-conductual en el caso de la vigorexia, (Baile, 2005), es que el sujeto cambie la forma de relacionarse con su cuerpo, de tal forma que supere su preocupación patológica que le hace ver un defecto general en su cuerpo, que es la falta de musculación y le hace tener pensamientos, sentimientos y comportamientos incompatibles con una vida sana y feliz. Sustituyendo las conductas negativas por conductas sanas a nivel personal y social.

Siguiendo las recomendaciones de Raich (2000), una terapia cognitivo conductual aplicada al ámbito de la imagen corporal, es decir a cambiar los pensamientos y sentimientos referentes al cuerpo; así como las conductas que reafirmen estos pensamientos y que pongan en riesgo la salud física y mental del paciente.

2.7 ORTOREXIA NERVIOSA

La "ortorexia nerviosa" fue descrita en 1977 por el Dr. Steve Bratman, médico naturista que observó en sus pacientes una preocupación exagerada respecto a la calidad de la comida que ingerían, es decir que lo que comenzó como algo que podía curarlos o mejorarlos de una enfermedad, se transformó en un trastorno de la alimentación. La ortorexia, puede interferir negativamente en la vida de la persona que la padece. Quienes padecen ortorexia, comúnmente prefieren pasar hambre (incluso por largos periodos de tiempo) que comer alimentos que en su opinión son "impuros", es decir, alimentos con altos contenidos de aditivos, grasas, etc., pudiendo dejar de ir a restaurantes, comida rápida e incluso a casa de familiares y amigos por el temor a los alimentos que puedan llegar a ingerir (García, 2001).

Las personas con ortorexia, se imponen fuertes restricciones de alimentos, lo cual repercute directamente en su salud.

2.7.1 Síntomas

Según García (2001) aunque aún no se tienen claramente definidos los síntomas, ya se tienen ciertos criterios básicos para poder diagnosticar a un individuo como ortoréxico:

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta "sana".
- Preocuparse más por la "calidad" de los alimentos que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocalidad de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.

- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.
- La alimentación “sana” les aumenta su autoestima.
- Sólo se sienten seguros cuando comen comida “sana”.

La respuesta afirmativa a estas y otras cuestiones similares ayudara a diagnosticar la ortorexia nerviosa y su grado (García, 2001)

2.7.2 Características conductuales

Según Contreras (2002) los pacientes que sufren este trastorno elaboran sus propias reglas alimentarias, autoimponiéndose una dieta libre de grasas, conservadores o colorantes porque consideran que estos elementos transforman su comida en impura.

2.7.3 Características psicológicas

- Ejercen un gran autocontrol para seguir su dieta pudiendo llegar a sentirse superiores por la fuerza de voluntad que tienen para no consumir determinados alimentos.
- Sienten culpa cuando no cumplen la dieta, lo que los lleva a castigarse con una dieta mas estricta o bien con la abstinencia de alimentos.
- El consumo de grasas les produce miedo, llegando incluso a desarrollar fobias ante ciertas sustancias químicas (conservadores por ejemplo).
- Pueden tener una conducta obsesiva – compulsiva respecto al tipo de alimentos que consumen.
- También se pueden presentar dependencia al tipo de alimentos “sanos” como aparece en los adictos a las drogas (Contreras, 2002)

2.7.4 Complicaciones

Este trastorno puede tener graves consecuencias para la salud tales como:

- Hipervitaminosis, Carencias nutricionales, Anemia, Osteoporosis, Hipotensión Carencias de vitaminas, Trastorno obsesivo compulsivo relacionado con la alimentación, Depresión, Ansiedad, Agresividad a la hora de hablar del tema de la alimentación y Aislamiento social (Contreras, 2002).

De no ser atendida a tiempo puede llevar incluso a la muerte.

2.7.5 Tratamiento

Deben intervenir especialistas en trastornos alimentarios como psicólogos, nutriólogos y médico general, para ayudarlos a recuperarse en el desorden físico y emocional incorporando a su dieta todo tipo de alimentos y quitarles el miedo a consumirlos.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adoleceré*, que significa crecer o crecer hacia la madurez (Rice ,2000). La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

De acuerdo con este mismo autor se dice que la adolescencia es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez. El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

La adolescencia es ubicada como un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hasta los 19 o 20, durando casi una década. Comienza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual (Papalia, Wendkos y Duskin, 1987).

Tradicionalmente la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, en la mayoría de las culturas, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente. Los que han estudiado científicamente la conducta han señalado que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos, especialmente los de mayor espíritu 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 a los cambios en la estructura y a la función del cuerpo. Otros se han inclinado por 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 cuanto a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad (Papalia, 2001).

Etapas de desarrollo

En el proceso de desarrollo humano se puede observar cómo cambian las personas y como algunos aspectos permanecen con el correr del tiempo. De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2001) dichos cambios pueden ser de dos tipos:

1. Cambios cuantitativos. Variación en el número o cantidad de algo, como la estatura o peso.
2. Cambios cualitativos. Se presentan en el carácter, la estructura o la organización, como la naturaleza de la inteligencia de una persona en otros (p. 3).

Rice (2000) menciona que existen varios enfoques en el estudio de los adolescentes:

- El biológico que aborda los procesos de maduración sexual y el crecimiento físico que tiene lugar durante la pubertad.
- El cognitivo que se enfrenta a los cambios cualitativos que tienen lugar en la forma de pensar de los adolescentes y los cambios cuantitativos que tienen lugar en la inteligencia y procesamiento de la información.
- El psicosexual estudia el desarrollo de las emociones y el yo, incluyendo el desarrollo del autoconcepto, la autoestima, el género y la identidad.
- El social, este incluye el desarrollo social, las relaciones, las citas, el desarrollo del juicio moral, el carácter, los valores, las creencias y la conducta. Rice (2000, pp. 6-7)

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) menciona que en el desarrollo humano básicamente se estudian tres aspectos:

- Desarrollo físico: Son todos los cambios corporales, de las capacidades sensoriales y de habilidades motrices que forman parte del desarrollo físico e influyen a soberanamente en el intelecto y personalidad.
- Desarrollo intelectual o cognitivo: Cambios en las facultades mentales como el aprendizaje, la memoria, el razonamiento, pensamiento y lenguaje.
- Desarrollo social y de la personalidad: Cambios de que se refiere a la forma en que la persona se relaciona con los de más y la expresión de sus emociones. (p. 7).

Estos mismos autores afirman que existen ocho períodos que gozan de aceptación general en las sociedades industrializadas de occidente y éstos son:

1. Etapa prenatal: Desde la concepción hasta el parto.
2. Etapa de los primeros pasos a la lactancia: Del nacimiento a los 3 años.

3. Infancia temprana: Desde los 3 años hasta los 6 años.
4. Infancia intermedia: Desde los 6 años hasta los 11 años.
5. Adolescencia: De los 11 años a los 20 años.
6. Adulthood temprana: Desde los 20 hasta los 40 años.
7. Adulthood intermedia: Desde los 40 a los 65 años.
8. Adulthood tardía: 65 años en adelante. (p 7-8).

Por su parte Sorenson (citado en Hurlock 1987) la caracterizó como: "un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo. Es una despedida de las dependencias infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto. El adolescente es un viajero que ha abandonado una localidad sin haber llegado aún a la próxima... Es una suerte de entreacto entre las libertades del pasado... y las responsabilidades y compromisos que conciernen al trabajo o a amor."

En términos generales la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y termina cuando se independiza de los adultos. En ocasiones este criterio depende del país en el que ocurre el fenómeno, por ejemplo en Estados Unidos, la ley considera que un individuo es maduro a los 18 años. No queda muy claro cuando es que esta etapa inicia y termina incluso se ha llegado a decir que la adolescencia se puede dividir en dos etapas; inicial y final. (Hurlock, 1987).

Aberastury y Knobel (1988) plantean que este período de vida, como todo fenómeno humano, tiene su exteriorización característica dentro del marco cultural-social en el cual se desarrolla. Así, por una parte se debe considerar la adolescencia como un fenómeno específico dentro de toda la historia del desarrollo del ser humano, y por, otra parte, estudiar su expresión circunstancial de tipo geográfico y temporal histórico-social.

De acuerdo con Sherif y Sherif (1965 citado en Aberastury y Knobel, 1988) la adolescencia es el período en que la adolescencia está caracterizada fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo y que en las diferentes sociedades este período puede variar como varía el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo.

Para Stanley Hall (citado en Delval, 1994), la adolescencia es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el o la joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia

supone un corte profundo con la infancia, es como un nacimiento en el que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados.

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más difíciles ya que en éstas se dan cambios físicos rápidos y profundos; se inicia la madurez reproductora; se da la difícil búsqueda y consolidación de la identidad; el grupo de iguales ayuda a desarrollar y probar el autocontrol; se desarrolla el pensamiento abstracto y empleo del razonamiento científico; el egocentrismo se presenta en algunos comportamientos y; en términos generales las relaciones con los padres son buenas aun que conflictivas (Sarafino y Armstrong, 1991).

3.1 CAMBIOS FÍSICOS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un período de vida de cambio biológico rápido, el adolescente experimenta placer y dolor de observar el proceso: contempla con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Sorprendido, avergonzado e inseguro, se compara sin cesar con otros y revisa su autoimagen. (Craig, 1992)

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de rasgos sexuales secundarios como el vello corporal, el incremento de grasa y de los músculos, agrandamiento y maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios son iguales en ambos sexos- aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor-, pero en general se trata de cambios específicos de cada sexo. (Craig, 1992).

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores).

Rice (2000) señala que la pubertad se refiere a los años en que tienen lugar los cambios relativos a la maduración sexual; aquellos durante los cuales se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias. Es el proceso en el que una persona es capaz de reproducirse. La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las niñas que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 ó 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 ó 14. La edad promedio para que los chicos entren la pubertad es a los 12, alcanzando su madurez sexual a los 14.

La pubertad se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo. Las alteraciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por sustancias bioquímicas, llamadas hormonas, éstas son segregadas por las glándulas endocrinas. Las hormonas encargadas del crecimiento y cambio aun cuando están hormonas se encuentran desde el nacimiento aumenta mucho a los 10 años y medio en las mujeres y entre los 12 y 13 en los varones. Las hormonas "masculinas" y "femeninas" se encuentran en ambos sexos, pero los varones empiezan a producir una mayor cantidad de andrógenos- la más importante de las cuales es la testosterona- y las mujeres un mayor número de estrógenos y de progesterona Tanner (1978, citado en Craig, 1992).

La respuesta hormonal en una niña es que los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción llamada andrógenos. Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que el andrógeno estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción; como lo son:

- *En mujeres:* Ovarios, Trompas de Falopio, Útero y Vagina
- *En hombres:* Testículos, Pene, Escroto, Vesículas seminales y Próstata. Papalia (2001, p . 315)

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los varones, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo éste fértil tan pronto exista la evidencia de esperma

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, etc.

- *En mujeres:* Senos, Vello púbico, Vello axilar, Cambios en la voz, Cambios en la piel, Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis, Presencia de la menstruación.
- *En hombres:* Vello púbico, Vello axilar, Vello facial, Cambios en la voz, Cambios en la piel, Ensanchamiento de los hombros, Presencia del semen Papalia (2001, p. 352).

Rice (2000) menciona que la menarquía es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; es la primera menstruación. La menarquía se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino. En promedio, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años. Los primeros períodos menstruales no incluyen la ovulación; sin embargo como en ocasiones la ovulación y la concepción se pueden presentar en los primeros meses, las niñas que han comenzado a menstruar y si mantienen relaciones sexuales pueden quedar embarazadas. El ciclo menstrual puede variar en duración entre 20 y 40 días, con un periodo de 28 días.

Otro cambio físico importante es el crecimiento del adolescente, este es 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 (Rice, 2000).

Al mismo tiempo se produce también en los varones un mayor desarrollo del corazón y los pulmones, una mayor proporción sistólica, un ritmo cardíaco más lento y una mayor capacidad para transportar oxígeno en la sangre, así como más posibilidades para eliminar los productos de desecho del ejercicio muscular, tales como el ácido láctico. Tanner (citado en Delval, 1994) señala que todos estos cambios hacen al varón más capaz de realizar ejercicio físico.

En ambos sexos el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares (Rice, 2000). Delval (1994) plantea que el crecimiento que hasta ahora había sido muy parecido en varones y mujeres, se diferencia con claridad. El hecho de que se produzca el "estirón" de la adolescencia con unos dos años de adelanto en las mujeres respecto a los hombres, hace que, aun que la talla final de éstas sea menor, durante un tiempo las mujeres son más grandes que sus compañeros de la misma edad. Algo parecido sucede desde el punto de vista de la fuerza muscular. Aun que ésta es mayor en los hombres, como el desarrollo rápido empieza antes en las mujeres, éstas les aventajan en la fuerza, para luego invertirse la situación.

Ajuste a la imagen corporal

El adolescente pertenece a lo que los sociólogos llaman grupo marginal el que está situado entre dos culturas o al borde de la cultura dominante- que por lo general muestra una necesidad intensificada de ajuste al mismo. El adolescente puede ser muy intolerante ante la desviación, sea de tipo corporal (ser demasiado gordo o delgado) o en relación con el momento de maduración (si es precoz o tardía). Los medios masivos favorecen la intolerancia pues presentan imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que pasan por esa etapa de la vida sin granos, frenos, ni desgardo ni problemas de peso. Muchos adolescentes son muy sensibles a su aspecto físico; de ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los ideales que presentan los medios masivos (Craig, 1992)

La mayoría de los adolescentes se preocupan más por su apariencia física que por cualquier otro aspecto de ellos mismos, y muchos no están satisfechos con lo que ven en el espejo (Siegel, 1982). Los hombres quieren ser altos y de hombros anchos; las mujeres quieren ser delgadas pero bien formadas. Cualquier cosa que haga creer a los hombres que parecen femeninos, o a las mujeres que parecen masculinas, los hace sentirse infelices.

Las mujeres tienden a sentirse más infelices acerca de su apariencia que los chicos de la misma edad probablemente por que nuestra cultura hace más énfasis en los atributos físicos de la mujer (Cliford, 1971; Siegel, 1982 citados en Craig, 1992).

Según Dion, Berscheid & Waslter, (1972, citados en Craig, 1992) los adultos con frecuencia no ponen atención a la preocupación de los adolescentes a cerca de su apariencia. Pero en una sociedad en la que la personalidad de la gente tiende a ser juzgada por su apariencia, la autoimagen de los jóvenes puede tener efectos duraderos en sus sentimientos acerca de ellos mismos.

3.2 CAMBIOS COGNOSCITIVOS DEL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida.

En esta etapa se distinguen por un mayor pensamiento abstracto y metacognición. Ambos aspectos ejercen un profundo influjo en el alcance y el contenido de los pensamientos del adolescente y en su capacidad para emitir juicios morales. El desarrollo cognoscitivo y, por lo mismo, el crecimiento de la inteligencia, abarcan tanto la acumulación de conocimientos como el perfeccionamiento del procesamiento de la información. Son dos procesos interrelacionados (Craig, 1992).

Piaget (citado en Craig, 1992) describió el pensamiento abstracto del adolescente como la característica distintiva de la etapa final del desarrollo cognoscitivo; ésta se llama etapa del pensamiento de operacional formal. Esta nueva modalidad de procesamiento intelectual es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y de las circunstancias inmediatas. Este tipo de pensamiento exige capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Los adolescentes muestran una creciente habilidad para planear y pensar de antemano.

El pensamiento operacional formal puede ser catalogado como de segundo orden. El primer orden consiste en descubrir y examinar las relaciones entre los objetos. El segundo, en reflexionar sobre

los propios pensamientos, buscando ligas entre las relaciones y moviéndose entre realidad y posibilidad (Inhelder y Piaget, 1958 citados en Craig, 1992). Hay tres características que resultan importantes:

1. La capacidad de combinar todas las variables y hallar una solución a los problemas.
2. La habilidad para conjeturar el efecto de una variable en otra.
3. La destreza para combinar y separar variables según la formula hipotético-deductiva (“si X está presente, entonces Y ocurrirá”) Gallagher (1972 citado en Craig, 1992).

El psicólogo francés Jean Piaget (citado en Papalia, 2001) determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que pueden definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget (citado en Papalia, 2001) asumió que en esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo en los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

En los estadios de las operaciones formales el niño y la niña descubren el concepto de proporcionalidad y aprenden a operar con proporciones. Piaget (citado en Papalia, 2001) ha explicado la forma en que el niño va avanzado a través de sucesivas etapas hasta adquirir el concepto de proporcionalidad.

Las operaciones o supuestos son enunciados que se utilizan momentáneamente para presentar la realidad. Un adulto o un niño que se halla en el estadio de las operaciones formales no tienen ninguna dificultad para utilizar supuestos en sus razonamientos. En cambio, mientras el individuo permanece aun el estadio de las operaciones concretas difícilmente puede dejar de remitirse a las experiencias reales.

Una de las principales palabras favoritas para la psicología de la adolescencia es la negociación. En vez de hablar de rebelión o de la separación dolorosa de la familia, muchos investigadores prefieren ahora referirse a la adolescencia como el tiempo en que padres e hijos negocian relaciones nuevas (Flaste, 1988, citado en Craig, 1992). El joven ha de ganar más independencia para su vida, y los padres tienen que aprender a ver a su hijo más como un igual, con el derecho a una opinión diferente.

Para la mayoría de los adolescentes, la interacción de estas necesidades en competencia transita en la cercana y devota relación con los padres. Por ejemplo, en un estudio reciente, los muchachos con un fuerte sentimiento de individualidad fueron criados en familias cuyos padres ofrecían

conducción y bienestar, pero también permitían que sus hijos expresaran sus propios puntos de vista (Flaste, 1988, citado en Craig, 1992).

También durante la adolescencia, el adolescente vive inicialmente un periodo de egocentrismo intelectual durante el cual tienden a creer que sus teorías y reflexiones son poco menos que poderosas. Esta actitud tendrá no obstante poca vigencia, y desaparecerá en cuanto el individuo descubra que la razón no está para oponerse a la realidad, sino para interpretarla y transformarla (Papalia, 2001).

Según Elkind (1967, citado en Craig, 1992) la idea del adolescente de que es observado y juzgado de continuo por otras personas ha sido llamada audiencia imaginaria. Producto de la imaginación vuelta hacia sí misma, la audiencia imaginaria comparte el involucramiento del muchacho con sus propios sentimientos y pensamientos. Los adolescentes la utilizan como caja de resonancia para "practicar" diversas actitudes y comportamientos. También es una fuente de autoconciencia, siempre presente y dolorosa. Como no están seguros de su identidad, reaccionan en demasía a los puntos de vista de los demás, tratando de averiguar quiénes son en realidad.

3.3 DESARROLLO SOCIAL DEL ADOLESCENTE

La familia es la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde medios de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales. Pero lo que los adolescentes aprenden de los padres dependen en parte del tipo de persona que sean los padres.

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, esto la mayoría de las veces trae como consecuencia la mutua atracción, ya que la pubertad trae consigo la conciencia biológica y emocional del sexo opuesto, el inicio de la atracción sexual y una declinación de las actitudes negativas. Gradualmente los primeros contactos antes establecidos son remplazados por formas más maduras de conductas, intentos de establecer conversaciones y otros medios de expresar interés en un esfuerzo por comportarse de manera más madura y adecuada en las situaciones sociales. (Papalia, 2001).

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. La comprensión la

buscan fuera, en los compañeros y en los amigos. El adolescente presenta entre otras cosas una rebelión contra los padres, rechaza los ideales éticos y sociales de los adultos y, esto lo sumerge en un estado de desorden y a veces de desamparo interior. El se siente diferente tanto de lo que ha sido como de lo que lo rodea, lo que lo orilla a replegarse a si mismo en la soledad (Rice, 2002).

En las relaciones con los padres los jóvenes experimentan una constante tensión entre querer alejarse de los padres y darse cuenta de cuanto dependen de ellos. Los padres se encuentran indecisos entre el deseo de que sus hijos se independicen y el de que mantengan la dependencia por lo que es difícil que lo dejen partir. La mayoría de los adolescentes presiona tan duro como sea posible para obtener los privilegios y la libertad de que disfrutaban los adultos. Desean sentir que pueden tomar sus propias decisiones y vivir sus propias vidas sin que sus padres les digan siempre lo que deben de hacer. Los adolescentes necesitan que sus padres les vayan concediendo autonomía de manera gradual según vayan aprendiendo a usarla en forma responsable (Rice, 2002).

Según Másela (1990, citado en Rice, 2002) muchos de los problemas entre los adolescentes y sus padres pueden resolverse si ambas partes son capaces de comunicarse. Los adolescentes desean que sus padres se interesen en las cosas que hacen y que les brinden apoyo moral y emocional cuando lo necesitan.

La amistad representa para el adolescente su primer recurso contra la sociedad. Se comienzan a dar las relaciones con su grupo de iguales, aunque de manera general la formula del grupo parece convenir menos a la naturaleza femenina quien tiende a fraccionarse en grupos pequeños, mientras que a los hombres les resulta mas natural el espíritu de equipo. Los jóvenes tienden a seleccionar amigos que se les parezcan bastante; por consiguiente, la influencia de estos es reciproca, lo cual hace que sean parecidos.

Los jóvenes adolescentes empiezan a formar un pequeño grupo de amigos y a menudo eligen a uno o varios de ellos como los mejores. Al principio los mejores amigos, suelen ser del mismo sexo. Durante los primeros años escolares las actividades compartidas se hacen importantes para la amistad. Los adolescentes asisten juntos a la escuela, van juntos a encuentros deportivos y comparten actividades recreativas. Los mejores amigos se esfuerzan por vestirse de la misma manera, por tener un aspecto semejante y por comportarse igual, es común que presenten semejanzas de personalidad y conducta y después de pasar todo el día juntos, pueden llegar a casa y seguir hablando horas por teléfono (Rice, 2000).

Según Rice la amistad es mas importante en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida, puede ser un medio para aprender habilidades sociales y juega un papel central en la

búsqueda del adolescente del conocimiento del mismo y la afirmación de la identidad. Carecer de amigos o tener con estos relaciones conflictivas permite predecir posteriores problemas psicológicos.

Los amigos son una fuente importante de compañía y recreación, comparten consejo y posesiones valiosas, fungen como confidentes y críticos confiables, actúan como aliados leales y proporcionan estabilidad en tiempos de estrés o transición. La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos, fiestas, de los conflictos con los padres o depresiones. El grupo de adolescentes es muy diferente al de los niños que buscan para jugar. El adolescente busca una razón de ser, un ideal del yo, una imagen que le de seguridad. Los lazos que unen a este grupo son más profundos y más inconscientes. El adolescente se afirmara en el grupo, en medio de seres que piensan y sienten como el en donde sabe que podrá expresarse libremente sin temor a no ser comprendido. Obtener la aceptación de los grupos sociales se convierte en una poderosa motivación en la vida de los adolescentes (Rice, 2000).

Una meta principal del adolescente es ser aceptado por los miembros de un grupo por el que se siente atraído. Para ser aceptado en un grupo de pares es especialmente importante que la personalidad y las características conductuales presenten una buena igualdad con las normas de grupo de compañeros. Para ser aceptado por el grupo los adolescentes tienen que manifestar características similares exhibidas por los otros miembros. Uno de los principales medios por el que los adolescentes obtienen la aceptación del grupo consiste en desarrollar y exhibir cualidades personales que otros admiran y aprender las habilidades sociales que les aseguren aceptación. En general los jóvenes populares son aceptados por su carácter, su sociabilidad y su apariencia personal, tienen buena reputación y exhiben cualidades de carácter moral que la gente admira (Rice, 2000).

3.4 DESARROLLO AFECTIVO DEL ADOLESCENTE

En la adolescencia, los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extrafamiliares, como es propio de todo adulto. El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia a partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc. (Papalia, 2001)

Para el momento en que los niños alcanzan la adolescencia ya exhiben patrones bien desarrollados de repuestas emocionales a los hechos y las personas. Pueden ser descritos como

cálidos, afectuosos y amigables o como fríos, poco responsivos y distantes. El patrón de respuesta emocional que se muestra durante la adolescencia es solo una continuación del que ha ido apareciendo lentamente durante la niñez. Los adolescentes que se convierten en gente cálida, afectuosa y amistosa tienen algunas claras ventajas no solo obtienen mucha mayor satisfacción potencial de las relaciones humanas, si no que también emprenden relaciones sociales mas armoniosas. El amor fomenta en los demás una respuesta positiva, reduce al mínimo la conducta agresiva de los individuos, actúa como fuerza terapéutica y es un poder creativo en el logro individual y los movimientos sociales, además forma parte importante en el camino hacia la identidad que se ve reflejada en el ser amado y le ayuda a clarificar el yo (Rice, 2000).

De forma contraria se encuentran los estados hostiles en los adolescentes, que se caracterizan principalmente por sentimientos de mala voluntad, pueden manifestarse como ira, aborrecimiento, disgusto o celos. En los ataques de furia, los adolescentes desahogan su enojo atacando los muebles de su casa, las propiedades de la escuela, a un maestro o una victima indefensa. Siempre que se genera una ira excesiva e incontrolable y que no se expresa de manera socialmente constructiva, toma formas impulsivas, irracionales y destructivas, convirtiendo al adolescente en una amenaza. La ira de los adolescentes tiene muchas causas, pueden enfurecer cuando se les restringen los movimientos físicos o la actividad social; se muestran especialmente resentidos cuando se les niegan oportunidades para la vida social, les enoja cualquier ataque a su ego, estatus o posición. Las criticas, la vergüenza, el empequeñecimiento o el rechazo excitan su ira, en parte por que esos estímulos negativos suponen una amenaza real a su ya de por si sensible ego y a su precaria posición (Rice, 2000).

Los estímulos que provocan ira en los adolescentes suelen ser principalmente de tipo social, en grado menor, también las situaciones y las cosas pueden causar ira. Por lo general, los hombres se enfurecen más que las mujeres por cosas que no funcionan y en las mujeres su enojo es provocado principalmente por otras personas o por situaciones sociales. En ocasiones los adolescentes se enfurecen por su propia incapacidad para realizar una tarea o para hacer algo que desean. Existente una amplia gama de diferencias individuales en la tendencia a enfurecerse. Algunos adolescentes son muy tranquilos y no suelen enfurecerse amenos que reciban una provocación extrema, otros tienen reacciones de ira casi todos los días y una mayor tendencia a responder a las provocaciones con violencia física o verbal (Rice, 2000).

Por otro lado como ya se menciona en esta edad ocurren muchos cambios que deben ser beneficiosos y, estos pueden ser cuantitativos o cualitativos, y mientras que en los primeros se produce el fortalecimiento o debilitamiento de un rasgo ya existente, en los segundo un rasgo indeseable se elimina por completo y se sustituye por otro. Sin embargo se ha visto que hay

muchos obstáculos que se interponen en el cambio del adolescente, como por ejemplo: algunas creencias tradicionales, los estereotipos de personalidad o sociales, la complejidad del patrón de la personalidad, etc. Además de que existen muchos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto, como pueden ser condiciones físicas, emociones, inteligencia, status social, influencias familiares etc. Y se puede hablar de que existen ciertos elementos del autoconcepto: 1) Autoimagen física (cualidades como altura, obesidad, etc.), 2) Autoimagen psicológica (rasgos como la timidez, honestidad, etc.) , 3) Autoimagen real (lo que el joven cree que las personas importantes para el piensan acerca de su persona tanto física como psicológicamente) y 4) Autoimagen ideal (son las esperanzas y aspiraciones que el joven tiene acerca de lo que quiera ser , de acuerdo a lo que considera que el grupo social tiene en alta estima (Papalia,2001) .

Por otro lado de acuerdo con Hurlock (1987, citado en Papalia, 2001) en la medida en que el individuo esta dispuesto a existir con sus características personales se da la autoaceptacion o autorrechazo de el mismo, que podría relacionarse con una autoestima elevada o una baja autoestima , ya que si la evaluación que hacen de si mismos los lleva a aceptarse , a aprobarse y aun sentimiento de valor propio tendría una autoestima elevada, por otro lado si se ven de manera negativa su autoestima seria baja.

En diversos momentos los adolescentes hacen una evaluación cuidadosa de ellos mismos, comparando no solo las partes de su cuerpo, si no también sus habilidades motoras, sus capacidades intelectuales, sus talentos y habilidades sociales con las de sus compañeros y sus ideales o héroes. Si la evaluación es negativa, puede dar como resultado una conducta confusa y autoconsciente. La incapacidad para igualar su yo ideal los hace desdichados. Con suerte aprenden a aceptarse como son, a formular una visión positiva de si mismos y a integrar sus metas en su yo ideal. Con respecto a las relaciones con los demás es más probable que quienes se aceptan, acepten a los demás y sean aceptados por ellos. Los adolescentes que en sus relaciones con los demás son mas flexibles y adaptables suelen gustar mas a los otros y esas cualidades se asocian con una mayor autoestima por otro lado un autoconcepto y baja autoestima afectan de diversas maneras las relaciones sociales, los adolescentes con baja autoestima desarrollan con mayor frecuencia sentimientos de aislamiento y son afligidos por las punzadas de la soledad (Rice, 2000).

3.5 DESARROLLO SEXUAL DEL ADOLESCENTE

Los sentimientos sexuales crecen en intensidad después de la pubertad, lo que refleja la mayor cantidad de hormonas sexuales que circulan por el cuerpo tanto en los hombres como en las mujeres. El adolescente comienza por examinar su cuerpo y compararlo con los de los demás. Por lo general los muchachos se interesan por sentirse bien, sexualmente atractivos y, las muchachas

por parecer sensuales, la mayoría de los adolescentes pasa mucho tiempo frente al espejo examinando con minucioso detalle cada parte de su cuerpo.

Gradualmente los jóvenes adolescentes empiezan a mostrar interés no solo por su propio desarrollo y el de otros chicos del mismo sexo, si no también por el sexo opuesto. La curiosidad los motiva a tratar de saber tanto como sea posible acerca de las características sexuales del otro sexo y quedan fascinados con los hechos básicos de la reproducción humana. Poco a poco, tanto los chicos como las muchachas toman conciencia del desarrollo de sus propios sentimientos y pulsiones sexuales y de la forma en que estos son excitados y expresados. Durante esta etapa son típicas la masturbación, los sueños y las fantasías sexuales, los ensueños y las exploraciones tentativas de conducta sexual con otros. Son habituales las fantasías románticas, los sentimientos de estar enamorado, sentirse atraído o incomodo por las escenas amorosas de las películas o querer estar cerca de personas sexualmente atractivas (Udry y Billy, 1985 citado en Kimmel y Weiner, 1998).

Según Rice los adolescentes a menudo experimentan por accidente un orgasmo por automanipulación. A partir de este momento se incrementa el interés en el sexo como un sentimiento y expresión erótica. Después de que los adolescentes descubren que pueden excitarse sexualmente por automanipulación, la masturbación puede convertirse en una parte regular de su autoexpresión. En la actualidad prácticamente todas las autoridades en la materia consideran que la masturbación es una parte normal del proceso de crecimiento. La masturbación proporciona alivio sexual y cumple una función útil al ayudar al individuo a conocer su cuerpo, a aprender como responder sexualmente y a desarrollar una identidad sexual.

Durante esta etapa los adolescentes empiezan a comparar sus ideas con las de los demás y pasan mucho tiempo hablando del sexo, contando chistes e intercambiando literatura con contenido sexual. En ocasiones el lenguaje que utilizan y los chistes que cuentan conmocionan a los adultos y son muchos los padres que se han sentido horrorizados al descubrir libros relacionados con el sexo escondidos, sin embargo estas actividades son motivadas por el deseo de comprender la sexualidad humana y constituyen un medio de comprender la sexualidad humana y constituyen un medio de entender, expresar y obtener el control sobre los sentimientos sexuales (Rice, 2000).

Inspirándose en sus experiencias sexuales particulares de la infancia, los adolescentes empiezan a descubrir gradualmente sus propios intereses concretos. También aprenden los guiones sexuales que su entorno social les muestra. La tarea de integrar los propios sentimientos sexuales, los valores morales y los guiones sexuales en un conjunto razonable coherente de creencias y conductas sexuales personales constituye el esfuerzo principal de los adolescentes con respecto a

su sexualidad. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. (Gagnon, 1973 citado en Kimmel y Weiner, 1988).

Según Kimmel y Weiner la adquisición de la identidad sexual es uno de los cambios profundos en la vida de los adolescentes. Acercarse a las personas del otro sexo para establecer amistad y relaciones amorosas se vuelve un aspecto importante en sus vidas. La orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia, al margen de las prácticas que puedan haber existido inicialmente, puede dirigirse hacia personas del mismo sexo o hacia actividades sexuales peculiares.

Los adolescentes sienten a menudo miedo y confusión acerca de la homosexualidad, que es la atracción sexual hacia las personas del mismo género. Sin importar los orígenes de la homosexualidad, la identidad de género puede causar un gran estrés al adolescente homosexual o la lesbiana. Estos dos grupos constituyen una pequeña minoría y la presión de los compañeros para que se ajusten a la población general es muy fuerte en la adolescencia. A menudo reciben poca o nula ayuda de sus padres y compañeros, de ahí que se sientan terriblemente incomprendidos en sus emociones y quizá opten por ocultar su secreto. A menudo los que declaran su preferencia sexual son objeto de ataques e incluso físicos. Se desmorona su autoestima y la depresión es común (Kimmel y Weiner, 1988).

La relación sexual, en el ser humano, no se limita a un comportamiento encaminado a la reproducción, sino que pone en juego un profundo intercambio de deseos y peculiaridades individualidades. Al analizar la sexualidad de los jóvenes durante la adolescencia hay que referirse, casi siempre, a prácticas más que tendencias. Su verdadera definición sexual puede discurrir por causas muy distintas a determinadas conductas específicas que de forma ocasional puedan aparecer. Nada está consolidado en ellos ni nada es aún definitivo (Kimmel y Weiner, 1988).

La expresión de la sexualidad en ambos sexos depende de las normas que predominen en la sociedad. Los adolescentes continúan siendo muy activos sexualmente, a pesar de que las actitudes de la sociedad ante la conducta sexual son muy conservadoras. La edad de su primera experiencia varía según el sexo, el grupo racial y subcultural. Los varones inician antes a la actividad sexual y suelen mostrar actitudes diferentes del de las mujeres. En ellos es más probable que la iniciación sexual ocurra con una pareja informal que con una pareja estable y que reciban

mas apoyo social que la mujer por la pérdida de su virginidad. Los muchachos suelen buscar otra experiencia sexual poco después de la primera, hablan mas de su actividad y el sentimiento de culpa es menos frecuente en ellos que en las mujeres (Rice, 2000).

Varios factores influyen en la conducta sexual del adolescente: la educación, la estructura psicológica, la familia, las relaciones y la maduración biológica

- Educación: Quienes alcanzan niveles mas altos de educación es menos probable que inicien su vida sexual tempranamente.
- Factores Psicológicos: Los factores psicológicos relacionados con la experiencia sexual temprana son distintos en ambos sexos. Los adolescentes con experiencia sexual suelen tener una autoestima elevada, mientras que la autoestima de las mujeres con experiencia sexual tiende a ser baja.
- Relaciones Familiares: Varios estudios revelan que las interacciones entre progenitor e hijo influyen en la conducta sexual de este último. Tanto la crianza demasiado restrictiva como demasiado permisiva se asocian con un inicio precoz de la actividad sexual e los adolescentes. Otro factor decisivo es la comunicación del progenitor con el hijo, los adolescentes sexualmente activos suelen dar cuenta de una comunicación deficiente con sus padres.
- Factores Biológicos: Los que maduran en forma precoz suelen iniciar la actividad sexual a una edad más temprana que los que maduran tardíamente. Rice (2000, pp. 357-359).

3.6 PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

Durante esta etapa los adolescentes adoptan conductas de alto riesgo y peligro o se ven inmersos en problemas propios de la edad.

Muchos adolescentes tienen prácticas sexuales sin protección, algunas veces con muchas personas y con resultados que abarcan desde un embarazo no deseado hasta enfermedades mortales. Muchos consumen sustancias y abusan de ellas, otros conducen sin precaución, llevan una alimentación poco sana, tienen una vida sedentaria, pertenecen a pandillas y realizan otras actividades peligrosas. Solo algunos adolescentes están propensos a involucrarse en actividades de alto riesgo. El adolescente se entrega a conductas de alto riesgo por varios motivos, puede meterse en problemas por que no se percata de los riesgos que corre, tal vez disponga de muy

poca información , las advertencias que recibe del adulto no siempre son eficaces o quizá opte por ignorarlas (Rice, 2000).

Muchos investigadores creen que el adolescente que corre riesgos subestima la probabilidad de resultados negativos, se cree invulnerable. Los resultados de investigaciones de años de investigación dedicada a la aceptación de riesgos entre adolescentes indican muchas causas de esas conductas. Los factores en cuestión se dividen en cinco dominios: biología y genética, ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta concreta. Los dominios interactúan y hacen que el adolescente adopte conductas o estilos de vida con alto riesgo; una de las más importantes es el consumo de drogas y el abuso de alcohol y otras sustancias: De todas las sustancias legales e ilegales que pueden conseguirse la nicotina y el alcohol son las que más se prestan al abuso: se obtienen sin dificultad y bajo costo, y muchos adultos moderan su consumo. Prescindiendo de sus efectos y a pesar de los mensajes de los medios de comunicación muchos adolescentes consideran el tabaquismo y la ingesta de alcohol como hábitos inofensivos (Rice, 2000).

En ocasiones, la aceptación de riesgos se manifiesta en una conducta delictiva, que a menudo se acompaña del abuso de drogas. La gravedad de los actos delictivos abarca desde hurtos en tiendas y vandalismo hasta robo, violación y asesinato. La delincuencia es una forma de ajuste a las realidades sociales y psicológicas de la adolescencia, un ajuste extremo que la sociedad desaprueba. La delincuencia tal vez satisfaga la necesidad de autoestima, ofrece aceptación y estatus dentro de grupos desviados de compañeros y un sentido de autonomía o por el mero placer de la emoción.

Algunos de los problemas a los que se enfrentan los adolescentes durante esta etapa es la depresión, este trastorno se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente lo mismo que la depresión y los trastornos de conducta. Es más probable que los varones se metan en problemas cuando están deprimidos, en tanto que las mujeres suelen presentar problemas de alimentación (Rice, 2000).

La adolescencia es una época de crisis en la que los cambios físicos dan asentamiento a los cambios psicológicos, y los llevan a un proceso más lento, pues están sustentados en el primero. Los cambios bruscos que ocurren en el cuerpo del adolescente reflejan una desestructuración psíquica de esa deformación y transformación que a través de los años busca de nuevo el

equilibrio y lograra la adaptación como todo psicosomático. Se observa además que los jóvenes presentan una comunicación y expresión grupal propios de la adolescencia y se habla de tres rasgos importantes de esta expresividad: el culto a la corporabilidad, el culto a la comunicación sensorial y el culto a la imagen (Aguirre, 1994). Si ha esto se añade que en la actualidad el modelo cultural estético al que aspiran la mayoría de las jovencitas es a la delgadez, resulta que cada vez es mas frecuente en nuestro país que incluso desde la niñez ya se tenga un deseo por la delgadez y esto representa un riesgo para las jovencitas de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitre, 1997)

Los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia, también conocida como auto-inanición, es un desorden en la alimentación que se ve especialmente en las mujeres jóvenes, puede afectar a ambos sexos desde la preadolescencia hasta la edad madura, sin embargo, es mas probable que se presente en la adolescencia. La bulimia es un trastorno que afecta en primer lugar a las niñas adolescentes y alas mujeres jóvenes. La obesidad implica una medida de los pliegues de la piel en el percentil 85 y por lo general adolescentes obesos tienden a ser adultos obesos (DSM-IV).

A pesar de todo lo mencionado la adolescencia es un periodo en el que todas las cosas son posibles, los individuos comienzan a conocerse a si mismos y la gran mayoría no presentan los problemas que se acaban de mencionar. Los adolescentes cuyo comportamiento muestra que tienen problemas deben recibir ayuda de inmediato a fin de que puedan reconocerlos y confiar en si mismos para una adecuada transición a la edad adulta (Papalia, 2001)

CAPITULO 4. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Una parte importante del campo de la salud es que el conocimiento logrado en relación con una problemática se enfoque no sólo a su detección y tratamiento, si no a su prevención, es decir, a conocer los factores facilitadores para se desarrolle una enfermedad.

Aunque durante décadas la prevención primaria en salud mental se ha considerado como una tarea poco menos que imposible, sin embargo, hace relativamente pocos años para los investigadores de la salud mental la prevención ha demostrado un gran potencial en la erradicación de enfermedades de todo tipo, así como en la disminución de los costos asociados con los tratamientos que se requieren para contrarrestarlas. Además la intervención preventiva también provee una fuerte oportunidad para probar teorías causales (Hernández y Sánchez, 1991).

Las acciones de prevención fundamentalmente consisten en las posibilidades que se tienen de identificar riesgos, precisar sucesos indeseables y manipular factores que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores y, de estos condicionantes depende el nivel de clasificación al que pertenecerá la prevención que puede ir desde lo primario hasta lo terciario. Cabe señalar que los objetos y objetivos naturales de todo programa preventivo son la infancia y la adolescencia, pues generalmente las intervenciones que se aplican de manera temprana producen mejores beneficios que las se emplean de manera tardía. El impacto que tiene la familia en la calidad de los procesos de crecimiento en estas etapas es fundamental, por lo que la vida familiar se puede constituir como uno de los primeros factores de riesgo y componente social básico a considerar en todo programa de prevención (García, 2003).

Hoy en día, los trastornos de la conducta alimentaría se abordan como un fenómeno multifactorial y se han identificado un gran numero de factores de riesgo asociados con la presencia de dichos trastornos. La investigación acerca de este tema que esta dirigida hacia promover programas de intervención preventiva aun se encuentra en etapas tempranas, y la identificación de factores de riesgo es una de las tareas principales por el momento. Lemos (1996, citado en Gómez-Peresmitré, 2001) define riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado.

Gómez Peresmitré (2000) define los factores de riesgo como aquellos que inciden de manera negativa en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desequilibrio del

mismo y en la medida que lo hace vulnerable, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma

Los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia nervosa, son entidades clínicas con gran resonancia sociosanitaria, tanto por su gravedad como por su creciente incidencia así como por las dificultades que plantean en el diagnóstico y tratamiento. El aumento de la incidencia de dichos trastornos y la aparición en edades cada vez más tempranas podrían deberse a la mayor penetración de los fenómenos culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que conlleven la creación de un culto a la esbeltez y a las dietas sin una adecuada educación sanitaria al respecto. Es evidente en nuestra sociedad, la importancia que se concede al aspecto físico como distinción social, como medio de compatibilidad, de afirmación y reconocimiento, implicándose de ese modo en la génesis de dichos trastornos (García, 2003).

4.1 Etiopatogenia de la anorexia nervosa

En la actualidad, el modo etiopatogenético más aceptado es el modelo biopsicosocial, que permite explicar la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y presenta ventajas desde el punto de vista terapéutico y preventivo. Este modelo etiopatogenético mediante una integración multifactorial nos permite explicar la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria considerando la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos. Algunos de estos factores van a actuar como predisponentes o desencadenantes o bien como elementos perpetuadores en las diferentes etapas del trastorno (García, 2003).

El modelo biopsicosocial considera que la anorexia nervosa es consecuencia de la interacción de factores individuales (biológicos y psicológicos) junto con otros de tipo social, familiar y cultural (García, 2003)

4.1.1 Factores Predisponentes

Entre los considerados factores predisponentes o individuales, se redefine la posibilidad de que exista vulnerabilidad biológica; heredada o adquirida. Esta vulnerabilidad se traduciría como un déficit en la actividad noradrenérgica hipotalámica, que se correspondería con una predisposición a disminuir la ingesta de comida; o una alteración en las concentraciones de serotonina, implicada en la modulación y mediación de las respuestas de saciedad durante la ingesta, con una acción de inhibición del apetito. En las anoréxicas de bajo peso el 5-HIAA (metabolito de la serotonina) en líquido cefalorraquídeo (LCR) es bajo, mejorando tras la normalización del peso (García, 2003).

En anoréxicas de bajo peso se ha observado un aumento en la actividad opioide en el sistema nervioso central (SNC), lo que puede provocar conductas bulímicas, ya que está relacionado con un aumento en la ingesta; y que suele normalizarse tras la ganancia de peso. Por otro lado está la colecistocinina (CCK), la secreción periférica de esta hormona, principalmente llevada a cabo en la mucosa intestinal, se sabe que ejerce efectos a través de vías aferentes vágales. Tras una comida copiosa, basada principalmente en carbohidratos, se producirán una liberación exagerada de péptidos gastrointestinales, dando lugar a una respuesta de saciedad. Del mismo modo, niveles anormalmente bajos tras la ingesta podrían asociarse con episodios bulímicos. (García, 2003)

García (2003) señala que cuando se realiza un acercamiento y estudio a la dinámica familiar de los enfermos de anorexia nervosa, se encuentran modelos familiares patológicos, con organizaciones disfuncionales y frecuentemente trastornos en la esfera afectiva, antecedentes de trastornos alimentarios y elevada preocupación alimentaria en los padres. Son familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta e incluso se desalienta la autonomía del paciente. Es frecuente encontrar conflictos conyugales o frustraciones ante aspiraciones personales no alcanzadas, involucrando al paciente ante estas situaciones. Madres pasivas ante un esposo y ambivalentes respecto a la paciente, que proyectan sus desilusiones y frustraciones en las hijas, con altas exigencias sociales, de normas y de apariencias. Estas familias aparentemente perfectas, suelen tener una baja tolerancia a la frustración y presentan relaciones poco cálidas y superficiales.

Considerados, junto con los factores biológicos, como los principales determinantes individuales de predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimentaria, están los factores psicológicos. Se han identificado algunas características típicas de la personalidad como la tendencia al perfeccionismo, la obediencia y a la sumisión, pero con actitudes competitivas y búsqueda de ideales elevados (Halmi et al., 1977 citado en García, 2003).

Johnson y Connors (1987, citados en García, 2003), comentaron como características más importantes en estos enfermos: la baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualización, el humor depresivo, las distorsiones cognitivas y una clara tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza.

La anorexia nervosa y la bulimia son trastornos alimentarios que se gestan por una estructura social y familiar determinada, que condicionan ciertas características psicológicas de las personas

que la padecen y que al expresarse plenamente como un rechazo a la ingestión de alimentos y un adelgazamiento progresivo, provocan enormes cambios en el organismo que son expresión de ese trastorno familiar. En la actualidad se observa que estos no son propios de países desarrollados, sino que su prevalencia se extiende a las sociedades donde no hay un desarrollo económico, tal parece que el común denominador es la cultura de la delgadez, lo cual se puede deber al bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios de comunicación, los cuales promueven imágenes estereotipadas en donde tener un cuerpo delgado da cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, quienes de no cumplir con estas exigencias son rechazadas por su medio social, empezando por el núcleo familiar, extrapoliándose a sus amistades, pareja y en general al medio social que las rodea (Mancilla Díaz y Cols, 1999).

Por su parte las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, por lo que al contrario de los supuestos originales en que se planteaba que los problemas asociados con la imagen corporal y los trastornos de la alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas (así como de clases sociales altas, de la raza blanca, etc.) son problemas que se extiende rápida e interculturalmente y se producen en mayor o menor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo. (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001)

Se ha encontrado que las mujeres con trastornos del comer más severos tiene mayor probabilidad de tener imagen corporal negativa, así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como son las relacionadas con la sobrevaloración y el deseo de la delgadez (Munitz y Betz, 1988 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998)

A esto se suman las consecuencias a las que la inadaptación social puede conducir, que serán más graves en ciertas etapas de la vida, de aquí que el ser adolescente o preadolescente se convierta en un factor de riesgo de amplio espectro. Por otro lado está documentado que la insatisfacción, preocupación por el peso y la actitud negativa hacia la obesidad constituyen algunos de los principales factores de riesgo (en los desordenes del comer) asociados con la imagen corporal. (Brownell y Rodin, 1994, Cash et al, 1986, Fallon, Katzman y Wooley, 1994; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

4.1.2 Factores Precipitantes

Cuando se valora el curso de la anorexia en un paciente determinado, generalmente aparecen hechos cronológicamente previos a la aparición de la enfermedad que parecen actuar como desencadenantes de esta.

Así, tenemos que, cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y conflictiva familiar, pérdida de seres queridos, primeros contactos sexuales, fracaso en las relaciones sociales, cambios en la aceptación por parte de los compañeros, son situaciones que se encuentran de forma casi constante en la génesis de este trastorno (García, 2003) Es muy frecuente encontrar que la paciente date el inicio de su enfermedad en relación con dietas comenzadas a consecuencia de comentarios peyorativos sobre su cuerpo, marginación en competiciones a causa del físico o comentarios obscenos con relación a este.

De alguna manera el paciente fracasa en el proceso de adaptación que requiere estas vivencias, se torna depresivo y busca soluciones en un estatus corporal que no sea motivo de vergüenza.

Lo que en ocasiones comienza como una dieta con perspectivas normales, acaba progresando hacia un cuadro autónomo en el que el paciente pierde el control y perturbaciones cognitivas y perceptivas van a hacer que el cuadro se desarrolle y perpetúe (García, 2003).

4.1.3 Factores de Mantenimiento

En la anorexia nervosa se han definido una serie de factores que parecen influir de una forma constante en todos los pacientes, perpetuando y agravando la enfermedad .La propia enfermedad en su génesis y establecimiento conlleva la creación de unos valores y cogniciones distorsionadas, que determinan la perpetuación de esta: la continua evaluación estética a que se somete el enfermo, su temor exagerado e irracional a aumentar de peso, acompañado muy frecuentemente de una presión sociocultural ya definida, provoca un progresivo empeoramiento de las conductas alimentarias (García, 2003).

Parece existir como base, y casi de forma constante, una tendencia a percibir de manera distorsionada la propia corporalidad, la dificultad en la identificación de los sentimientos y los estados de necesidad internos junto con vivencias de falta de control del propio destino y de ineficiencia personal. A este respecto, se ha definido la importancia que supone para el paciente

anoréxico el control sobre el propio peso como vivencia de poder contrarrestando de algún modo los sentimientos de ineficiencia en otras esferas, si bien el fracaso en este control de peso también puede intensificar la valoración negativa de su imagen corporal (Chinchilla, 1995).

Ya sea a causa o como consecuencia, las relaciones familiares se ven gravemente alteradas en este tipo de pacientes, tornándose conflictivas, lábiles, en ocasiones incoherentes y con un aumento de la sintomatología afectiva y ansiosa, tanto en la paciente como en la familia, lo que conlleva una peor evolución de la enfermedad.

Para García (2003) según avanza la enfermedad hay un deterioro, hay un progresivo deterioro de la esfera social de la paciente. De forma casi generalizada, se produce un distanciamiento de la paciente, con conductas de evitación, pérdida de intereses sociales y retraimiento que conllevan una pérdida de la capacidad de distracción de la paciente y facilitan que centre su atención en la alimentación. A veces, sobre todo cuando la anorexia ha sido precedida por un cuadro de obesidad o de sentimientos de marginación causados por el aspecto físico, se produce una mejoría de la aceptación de la paciente por parte de sus compañeros que actúa como reforzador de las conductas anoréxicas.

Además el progresivo estado de desnutrición de los pacientes con trastornos de la alimentación provoca modificaciones orgánicas y entrafña cambios psicológicos de gran importancia en la perpetuación de la enfermedad. A medida que progresa la enfermedad el comportamiento se hace mas obsesivo compulsivo, se exageran los rasgos de personalidad previa y se observa una disminución de los intereses con tendencia al retraimiento y la irritabilidad, desarrollándose un estado de animo depresivo. Una vez que se han producido, estos cambios psicológicos van a actuar como factores de mantenimiento de la anorexia nervosa (Garcia, 2003).

4.2 Etiopatogenia de la bulimia nervosa

La bulimia nervosa es un trastorno de la conducta alimentaría de etiopatogenia no bien definida y de carácter multifactorial, siendo el modelo etiopatogenico mas aceptado el denominado modelo biopsicosocial. Como se ha descrito al hablar de la anorexia nervosa dicho modelo permite explicar la génesis y el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaría considerando la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos .Algunos de estos factores van a actuar como predisponentes o desencadenantes o bien como elementos perpetuadores en las diferentes etapas del trastorno (Largo, 2003).

4.2.1 Factores Predisponentes

Los diferentes factores predisponentes que van a interactuar en el desarrollo de la primera etapa de la bulimia nervosa pueden dividirse en factores familiares, psicológicos y socioculturales. En relación con los factores hereditarios, en la bulimia nervosa hay una mayor proporción de patología psiquiátrica en sus familiares de primer grado respecto a la población en general, fundamentalmente en cuanto consumo de alcohol y otras adicciones, trastornos alimentarios y depresiones. (Largo, 2003)

La supuesta vulnerabilidad genética en la bulimia nervosa podría actuar directamente aumentando la predisposición a la obesidad o a una estructura de personalidad, que a su vez actuaría como factor predisponente para el desarrollo del trastorno de la conducta alimentaria (Chinchilla, 1995 citado en Largo, 2003)

Pike y Rodin (1991, citados en García, 2003) en cuanto a los factores familiares educacionales, se han considerado factores predisponentes de la bulimia nervosa las características psicológicas del núcleo familiar de las pacientes bulímicas. Suele tratarse de familias con relaciones conflictivas, desorganizadas y con escasa confianza entre sus miembros, con interacciones de control y dependencia emocional mutua.

Dentro de los factores predisponentes se encuentran las alteraciones neurobiológicas, los estudios de neurotransmisores apuntan a que tanto en las pacientes bulímicas con normo-peso como en las anoréxicas bulímicas existe una disminución de la actividad serotoninérgica y noradrenérgica. En la bulimia nervosa existiría una hipofunción serotoninérgica que explicaría la ausencia de saciedad con los atracones de comida, la termogénesis y metabolismo basal disminuidos y también las alteraciones en cuanto a la impulsividad y los trastornos afectivos que se verían incrementados. Otro neurotransmisor implicado en la conducta alimentaria es la dopamina, que actúa como indicador de saciedad y de la respuesta hedónica de la comida, se ha observado que dosis bajas de dopamina estimulan la alimentación y dosis bajas la inhiben. De modo que en pacientes bulímicas se encontraría una hipofunción dopaminérgica. El péptido YY es otro neurotransmisor implicado en la etiopatogenia de la bulimia nervosa que tiene una importante acción orexígena y que además es selectiva sobre los hidratos de carbono e induce el vomito por sus acción sobre el área postrema. Se ha observado en diferentes estudios un incremento de dichos niveles en las pacientes bulímicas (Largo, 2003).

Este mismo autor, afirma que existe una alteración del sistema regulador de los neurotransmisores y los neuropeptidos en las pacientes bulímicas, afectándose la cantidad por comida, la duración y la composición de esta con mayor proporción de grasas, hidratos de carbono y proteínas.

Por otro lado desde el punto de vista psicológico cognitivo, las pacientes bulímicas se muestran insatisfechas con su imagen corporal puesto que su percepción alterada las lleva a verse más gordas de lo que están, muestran una tendencia al perfeccionismo compensador y sentimientos de insuficiencia y disfóricos-distímicos.

Strober (1991, citado en García, 2003) señala rasgos de personalidad predisponentes, como la búsqueda de emociones, excitabilidad, falta de persistencia, tendencia a la disforia ante situaciones de rechazo o de falta de gratificación y preocupación por el peso y figura.

Además los diferentes estudios realizados señalan la existencia de una mayor proporción de trastornos afectivos primarios en familiares de pacientes con bulimia nervosa frente a grupos de control. Este y otros hechos llevaron a sugerir la posibilidad de una transmisión hereditaria; sin embargo, no hay datos de una mayor prevalencia en familiares de enfermos con trastornos afectivos primarios de bulimia nervosa (Chinchilla, 1995).

Algunos resultados de estudios realizados no aclaran de forma concluyente la relación entre la bulimia nervosa y la depresión, en la actualidad se tiende a considerar que la sintomatología afectiva presente en estas enfermas es secundaria al trastorno alimentario (Chinchilla, 1995). Este criterio se apoya en la aparición de un humor depresivo después de los atracones que desaparece tras cesar estos, se observa una evolución paralela a la del trastorno alimentario y existe una mejoría de la sintomatología depresiva al instaurarse tratamientos psicológicos que permiten un control de los síntomas específicamente bulímicos.

Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en las pacientes con bulimia nervosa, habiéndose encontrado en diferentes estudios una mayor prevalencia de fobia social y de trastorno obsesivo-compulsivo seguidos en frecuencia por las fobias simples, el trastorno de pánico y la agorafobia. Además muchos autores asocian la bulimia nervosa con las alteraciones de la personalidad, pero como hemos visto con el resto de factores relacionados, no se puede determinar de forma exacta si la bulimia es la causa o la consecuencia del trastorno de personalidad.

Por otro lado los factores socioculturales se han relacionado sucesivamente con el aumento de la prevalencia de la bulimia nervosa. La sociedad occidental ha experimentado a lo largo de los años un cambio progresivo hasta llegar a un modelo idealizado de mujer en el cual se acepta la delgadez como valor intrínscico asociado a éxito social y profesional, rechazando la gordura. Existe un claro rechazo al sobrepeso independientemente de la clase social, aunque antes era mas patente en clases sociales altas. Se idealiza el modelo de delgadez en la mujer como meta para lograr el éxito profesional y la felicidad (Largo, 2003).

Las pacientes bulímicas presentan con frecuencia insatisfacción con su imagen corporal previa al desarrollo de trastorno alimentario, y dicha insatisfacción con la imagen es un claro factor predictor de conductas de dieta, que representa a su vez el precursor conductual mas frecuente en la bulimia nervosa (Chinchilla, 1995).

4.2.2 Factores Desencadenantes

Como se ha comentado previamente el factor conductual que con mayor frecuencia se encuentra en pacientes bulímicas es la dieta.

Autores como Sánchez Planell (1997, citado en Largo, 2003) describen que aproximadamente, la mitad de las pacientes bulímicas han desarrollado con anterioridad un cuadro de anorexia nervosa en el cual la restricción alimentaría puede considerarse como desencadenante. Durante dichas transgresiones las cantidades de comida ingeridas pueden ser muy importantes llevando de forma equívoca a una mayor restricción, de modo que es en estas fases de alternancia de episodios bulímicos y de restricción intensa en las que se altera la regulación del sistema de control del apetito. Dicha alteración se agrava definitivamente al aparecer el vomito como conducta compensatoria. Es entonces cuando se desarrolla la enfermedad y el que se mantenga o remita el trastorno dependerá de la actuación de los factores perpetuantes.

4.2.3 Factores Perpetuantes

La evolución de la bulimia nervosa hacia la perpetuación con frecuencia comorbilidad psiquiátrica o bien hacia la remisión del cuadro que se ve determinada por lo que se conoce como factores perpetuantes.

Como ya hemos visto, el principal precursor conductual es la restricción dietética, y esta conducta no se modifica mientras se mantenga la insatisfacción con la imagen corporal y la preocupación

excesiva por el peso .No obstante debe considerarse también como factor perpetuante la continuidad en la alteración conductual de los mecanismos reguladores de la conducta alimentaria por la alternancia de restricción, atracones y vómitos. En principio, este factor sería más aceptable de modificación por terapias conductuales que el resto de factores (Largo, 2003).

4.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IMAGEN CORPORAL

Schilder (1950, citado en Toro 2004) definió imagen corporal como “el retrato de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente”. La imagen corporal es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo. Otra manera de definirla es aquella en la que se le considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera muy particular hacia el propio cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990, citado en Gómez Pérez-Mitré, 2001).

La imagen corporal es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Los factores comunes más frecuentemente señalados son su naturaleza subjetiva (autoperceptiva y autoevaluativa) actitudinal (cognoscitiva afectiva o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor, placer entre otros) (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Hilde Bruch (1962, citada en Toro, 2004) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración en la imagen corporal en la Anorexia nervosa: “el patognómico de la anorexia nervosa no es la malnutrición per se, sino más bien la distorsión de la imagen corporal asociada a ésta: la ausencia de preocupación por la inanición, incluso en estados avanzados”. Hilde Bruch (1962, citada en Rojo y Cava, 2003) detecta una serie de anomalías “perceptivas y conceptuales”: 1) Alteración de la imagen corporal de proporciones delirantes. 2) Alteración en la percepción o alteraciones interoceptivas como la incapacidad para identificar con precisión sensaciones internas como el hambre, la saciedad y los estados afectivos. 3) Sensación de ineficacia personal.

La anormalidad más llamativa es la incapacidad por parte de la paciente para reconocer su delgadez extrema. Las pacientes anoréxicas se encuentran atenazadas por un miedo a la gordura; se preocupan en exceso por su aspecto negando las anormalidades de su cuerpo familiar.

Con anorexia nervosa o sin ella, el malestar producido por la percepción de la imagen corporal y por su evaluación estética subjetiva constituye probablemente el principal factor que precede a las decisiones de adelgazar, decisiones que a su vez suelen determinar el inicio de la mayor parte de

los TCA. A este malestar le llamamos insatisfacción corporal. En el contexto de los TCA, la insatisfacción corporal es consecuencia de la discrepancia existente entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal. (Toro, 2004).

Una imagen corporal negativa, a diferencia de cualquier otro factor no directamente asociado con la imagen corporal (como por ejemplo alguno relacionado con la conducta alimentaria) es experimentada por quien la sufre como un síntoma aversivo o egodistónico y, como consecuencia, es poco probable que se le pueda asociar con ganancias secundarias. En cambio las ganancias secundarias asociadas con la dieta restringida por ejemplo, pueden producir un incremento en la autoestima debido a los halagos, felicitaciones, entre otras conductas, por la pérdida de peso o por el bajo peso logrado, por la percepción de autocontrol (Bloomgarden, Calogero, 2003, citados en Toro, 2004).

Myers y Biocca (1992 citados en Toro, 2004) propusieron que las mujeres utilizan tres puntos de referencia para construir una representación mental de su cuerpo, es decir, su imagen corporal:

- El cuerpo ideal representado socialmente, es decir, tal como es presentado a través de los medios de comunicación o encarnado y promovido por otras personas significativas.
- El cuerpo objetivo
- El cuerpo ideal interiorizado. (pág. 182)

Cuando la discrepancia entre el cuerpo ideal interiorizado y la imagen corporal (el cuerpo percibido o experimentado) es excesiva, la valoración se hace negativa, con el consiguiente riesgo de que también lo sea la autoestima en general.

Ogden (2003 citado en Toro, 2004) ha propuesto que la insatisfacción corporal se produce en tres circunstancias distintas:

- Cuando hay una distorsión de la imagen corporal (“Creo que soy más gorda de lo que realmente soy”).
- Cuando hay discrepancia respecto del cuerpo ideal (“Creo soy más gorda de lo que me gustaría estar”).
- Cuando se emiten respuestas negativas ante el cuerpo (“No me gusta mi cuerpo”). (pág. 182)

En el modelo explicativo de Ogden debe de tenerse en cuenta que si se produce la distorsión de la imagen corporal, forzosamente se producirán las otras dos. El hecho de que la distorsión o

sobrevaloración de las dimensiones de la imagen corporal sea un hecho casi universal en nuestra cultura, especialmente en mujeres, tengan trastornos alimentarios o no, ha situado el fenómeno en el centro de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de los TCA (Toro, 2004).

De acuerdo con el modelo sociocultural, la insatisfacción corporal ocurre si un individuo internaliza el cuerpo ideal, determinado por la cultura, mediante comparación social concluye que su cuerpo discrepa de ese ideal. Sin embargo los resultados de estudios epidemiológicos nacionales e internacionales han demostrado que en la mayoría de las adolescentes que se encuentran insatisfechas con sus cuerpos, pocas tienen sobre peso. (Gómez Peresmitré, 1993).

La noción de alteración de la imagen corporal tiene tanto un componente como un componente subjetivo—incluye los aspectos afectivos o cognitivos, que pueden darse independiente o conjuntamente.

- El componente perceptivo se refiere a la incapacidad por parte del paciente de determinar con exactitud el tamaño de su cuerpo y a la diferencia existente entre las dimensiones reales y el tamaño de su cuerpo y a la diferencia entre las dimensiones reales y el tamaño y la forma en que el paciente las percibe. A este fenómeno se le llama “distorsión de la imagen corporal”.
- El componente subjetivo se refiere al grado de insatisfacción que los pacientes experimentan con respecto a sus cuerpos o a aspectos tales como la excesiva preocupación, la falta de satisfacción, la evaluación negativa y la ansiedad (Vandereyken y Probst, 2003, pag.441).

La alteración de la imagen corporal es un factor que hace referencia a un efecto de distorsión en que las personas se auto perciben más delgadas (sub-estimación) o más gruesas (sobreestimación) de lo que realmente son. La diferencia entre distorsión y alteración de la imagen corporal, consiste en que ésta última no implica una ruptura con la realidad sino un efecto de sobreestimación o subestimación del tamaño corporal que aparece en población normal. En el caso de anorexia nervosa, la respuesta patológica se expresa “como una verdadera distorsión de la imagen corporal” que implica una ruptura con la realidad en la que el paciente encontrándose ya en estado de delgadez extrema o emaciación, se percibe con sobrepeso (Gómez Peresmitré, 2001).

La implicación teórica es que en la intervención terapéutica de los Trastornos Alimentarios, es central la imagen corporal. De modo que, independientemente de la técnica empleada, se tendrá mayor probabilidad de éxito si primero se trabaja con la percepción corporal de la paciente, ya que es más importante la percepción corporal de la paciente, ya que es más importante la percepción subjetiva (sentirse atractiva) que la realidad objetiva (ser atractiva) (Gómez Peresmitré, 2001).

Durante la pubertad se llevan a cabo una serie de cambios neurobioquímicos, somáticos, psicológicos y sociales determina que la adolescencia sea la fase del desarrollo de mayor riesgo para el inicio de irregularidades y trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Crisp, 1984 citados en Toro, 2003)

En las chicas los cambios de la pubertad implican el desarrollo de depósitos de grasa corporal en abdomen, muslos y nalgas, precisamente las zonas que más preocupan a las mujeres de todas las edades que siguen regímenes alimentarios restrictivos dentro de la normalidad y a los pacientes con TCA. A medida que transcurre la adolescencia son los cambios corporales femeninos y no la edad; los que constituyen el principal factor que se asocia a insatisfacción corporal y al impulso de adelgazar (Hermes y Keel, 2003, citados en Toro, 2003).

Los problemas corporales de la adolescente se precipitan si su pubertad es temprana, si sus transformaciones corporales son la excepción a las reglas seguidas por el grupo de coetáneas. La maduración temprana es un factor de predisposición para la insatisfacción corporal. En la adolescencia se produce una estrecha asociación entre una marcada sobrevaloración del significado personal de la silueta corporal y la autoestima, de modo que dicha sobrevaloración conduce en muchos casos a hábitos alimentarios irregulares y anómalos y por tanto de riesgo para los TCA (Wade y Lowe, 2002, citados Toro, 2003).

Frosson, Knibbs, Bryan-Waugh y Lask (1987, citados en Gómez Peresmitré et al, 2001) trabajaron con una muestra de adolescentes de 12 a 14 años de edad y encontraron que los principales factores predisponentes fueron una autoimagen pobre y un marcado interés o una involucración activa en las dietas para el control de peso. Se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con los trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales (Cash, y Prunzinsky, 1990; Thompson, 1985, citados en Gómez Peresmitré et al, 2001).

Existen otros factores que influyen en la existencia de insatisfacción corporal, básicamente son tres: la familia, amigas y medios de comunicación.

En la sociedad occidental contemporánea, el ideal cultural del atractivo sexual femenino ha adoptado una imagen de “niño” (boyish) ultradelgada, como resultado o producto de una figura ideal que se volvió cada vez más delgada a partir de la década de 1930 (Garner y Garfinkel, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson y Kelly, citados en Gómez Peresmitré et al, 2001)

La sociedad comunica que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer expresa- casi únicamente- a través de la imagen corporal. Según los medios de la comunicación, la mujer de hoy se “debe” desempeñar con un cuerpo perfecto, desarrollar una carrera brillante, desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser perfecta (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

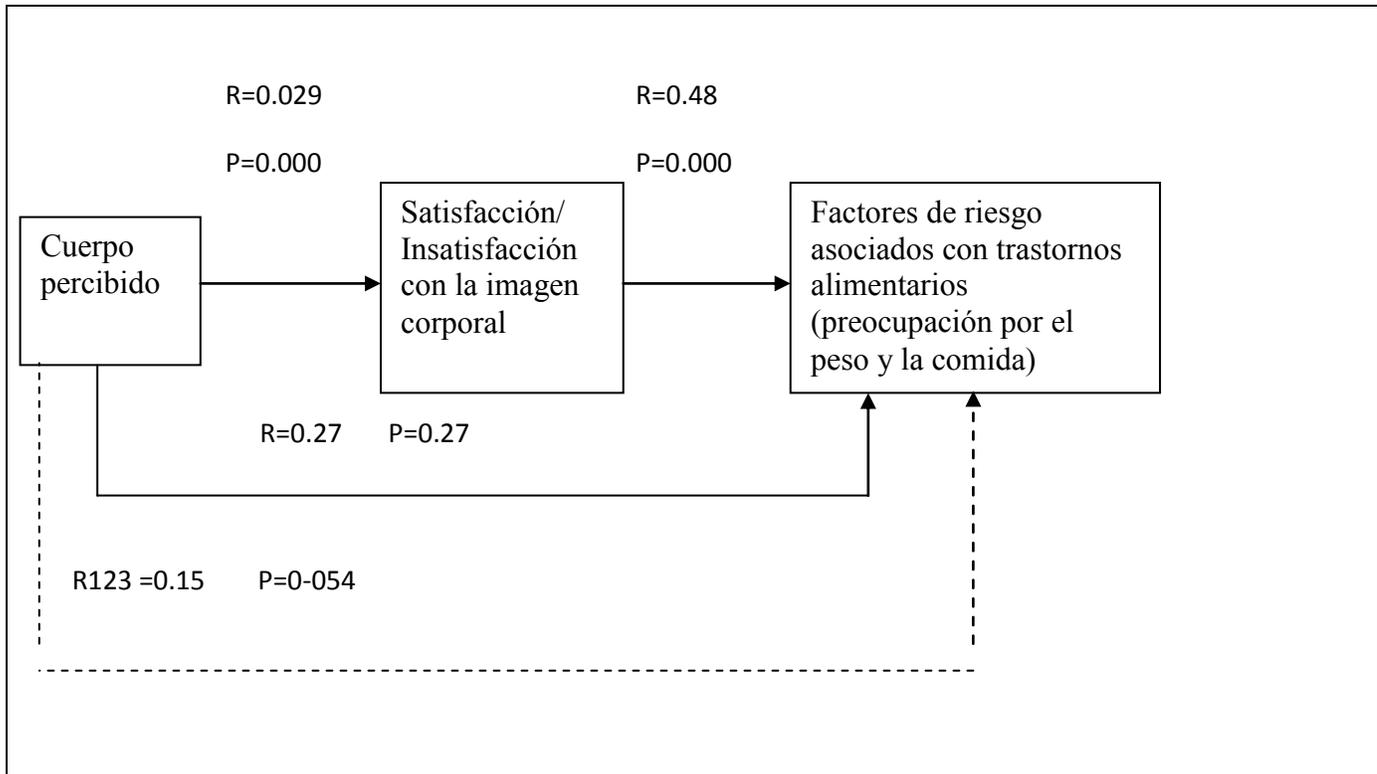
El nivel de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado en que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño de su cuerpo con respecto a la forma corporal ideal percibida por el individuo. Para medir o valorar se ha hecho uso de figuras que fluctúan desde muy delgadas hasta muy gruesas, donde la tarea principal consiste en seleccionar la figura actual y la figura ideal y una diferencia igual a cero entre ambas representa la satisfacción de la persona con su imagen corporal (Gómez Peresmitré, 2001). En un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001) en una muestra de adolescentes estudiantes de primaria y secundaria (N=960) con una edad promedio de 11 años, se encontró que el 56% de las niñas presentaban satisfacción y 44% insatisfacción, de las cuales 15% mostró insatisfacción negativa (la figura actual más delgada que la ideal) y 29% insatisfacción positiva (figura actual más gruesa que la ideal).

En una muestra conformada por 5,187 adolescentes, 2,270 hombres y 2,917 mujeres, Gómez Pérez-Mitré (2001) encontró la presencia de insatisfacción con la imagen corporal en el 72% de los varones y el 80% de las mujeres, alteración de la imagen corporal en el 50% de los hombres y en 49% de las mujeres, presencia de dieta restringida en el 23% de los hombres y en el 44% de las mujeres. La prevalencia de la conducta de atracón (binge eating) fue del 30% y 7% para hombres y mujeres, respectivamente. El 13% del grupo de hombres y el 30% del grupo de mujeres se sentían preocupadas por su peso. El factor de riesgo que estuvo presente con un mayor porcentaje fue la insatisfacción con la imagen corporal.

Gómez Peresmitré (2001) probó que la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es una variable mediadora entre el cuerpo percibido y los factores de riesgo asociados con trastornos

alimentarios, específicamente la preocupación por el peso y la comida. Esto lo explica a través de un modelo cuyas correlaciones son significativas con magnitudes bajas sin que ello afecte la importancia teórico-práctica de su modelo.

Fig. 1 Modelo de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal



Fuente: Gómez Peresmitré (2001, p.287)

El cuerpo percibido es la variable independiente, satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es la variable interviniente y preocupación por el peso y la comida es la variable dependiente; ésta corresponde al factor 3 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) para mujeres. El análisis mostró que los puntajes satisfacción-insatisfacción regresionan significativamente por separado: con la variable "cuerpo percibido" y con el puntaje del factor de riesgo. El cuerpo percibido no se correlaciona con el factor de riesgo (línea punteada) y si con la satisfacción-insatisfacción. Cuerpo percibido y el factor de riesgo no se correlaciona si no es a través de la Insatisfacción Corporal. (línea no punteada que une el cuerpo percibido y el Factor de riesgo) (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Otro factor de riesgo asociado con la imagen corporal es la preocupación por el peso y la comida. Este factor de riesgo puede considerarse como uno de los criterios para que el problema se

clasifique dentro de los TCA y como un factor detonante de los mismos. En un estudio realizado por Gómez Peresmitré (2001, citada en Mancilla et al), se encontró que el 64% de la púberes y 62% de los varones de este mismo grupo etario se mostraron preocupados por el peso corporal. Este factor también mantiene una relación inversa con la edad, de tal manera que las proporciones bajan a 27% entre los participantes púberes de ambos sexos, así como a 18% y 14% entre mujeres y hombres adolescentes.

La actitud negativa hacia la obesidad es también un factor de riesgo asociado con imagen corporal. La presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad tienen un fuerte impacto en nuestra cultura ya que frecuentemente a las personas obesas se les considera descuidadas y poco saludables, mientras que la delgadez se conceptualiza como sinónimo de belleza salud éxito y perfección entre otros atributos. Gómez Peresmitré (2001) menciona que la actitud negativa hacia la obesidad en niños prepúberes representa un pronóstico negativo en tanto que aumenta la probabilidad de que se sumen otros factores de riesgo, como el seguimiento de dieta restringida que puede conducir a un trastorno de la conducta alimentaria.

4.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria, es una conducta psicosocial por excelencia, en la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por la interacción diádica, madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse influida por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas entre otras) relacionadas directamente con el estado de salud enfermedad de un sujeto individual y colectivo (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Todos los factores de riesgo dejarían de serlo sino llevarán a la restricción de alimentos con la intención de perder peso o de no ganar el que se precisa. La restricción alimentaria iniciada y mantenida por razones estéticas debe ir precedida en la inmensa generalidad de los casos por unos sentimientos de insatisfacción corporal lo suficientes para compensar el malestar subjetivo del hambre. (Toro, 2004).

Un estudio realizado por Patton (1990, citado en Toro, 2004) una de cada cinco muchachas que estaban siguiendo dietas restringidas en un momento dado se había convertido en un caso de TCA, 12 meses después, de modo que en la segunda fase del estudio la mitad de los nuevos casos detectados estaba formada por quienes seguían tales dietas un año antes.

Es evidente que una restricción alimentaria iniciada y mantenida por razones estéticas debe ir precedida en la inmensa generalidad de los casos por sentimientos de insatisfacción corporal suficientes para compensar el malestar subjetivo del hambre (Toro, 2004).

Una investigación examinó a 80,000 adolescentes de 14 y 17 años encontró que a los 14 años, el 56% de las chicas y 28% de los chicos incurrieron en conductas para perder peso o controlar el peso, concretamente una o más de las siguientes: ayunar saltarse comidas, consumir pastillas adelgazantes, provocarse vómitos, usar laxantes, fumar y hacer atracones. A los 17 años las diferencias eran escasísimas: 57% de las chicas y 31% los varones practicaban tales conductas.

En Suecia, Halvarsson et al. (2002 citado en Toro, 2004) han estudiado longitudinalmente durante tres años a 1000 chicas de 7 a 15 años de edad a fin de verificar la evolución de dietas restringidas y deseos de delgadez. Hallaron que entre los 9 y los 14 años se produce un incremento significativo en la proporción de chicas que desean ser más delgadas y restringen su comida. El deseo de adelgazar aumenta paulatinamente desde los 9 y 17 años, en especial de los 10 a los 14 años. Los intentos de seguir una dieta restringida se incrementan entre los 10-14 años.

McCabe y Vicent (2003 citado en Toro, 2004) publicaron un estudio sobre irregularidades alimentarias en 600 adolescentes de 12 a 14 años; en éste encontraron que las chicas practicaban conductas extremas para perder peso con mayor frecuencia que los chicos. Sin embargo no hay diferencias entre estos en cuanto a frecuencia de atracones o conductas de tendencias bulímicas. Tiene mayor probabilidad de incurrir en irregularidades alimentarias las chicas con pubertad precoz y las que tienen mayor IMC. Un factor terminante tanto en mujeres como en varones es la existencia de desadaptación social.

En un estudio realizado por Gralen et al (1990, citado por Toro, 2004) con chicas de entre 11 y 16 años de edad, se encontró que:

- Chicas de entre 11-14 años, iniciaban su dieta restringida por acontecimientos relacionados con la menarquía, las citas y encuentros con chicos, es decir las demandas heterosociales combinadas con la pubertad por el aumento en el tejido graso.
- Chicas de 14-17 años, como consecuencia de la fase de la adolescencia desarrollan conceptos abstractos referidos al cuerpo a la imagen corporal, la silueta actual y la ideal; estos conceptos son los que desempeñan un papel importante en el desarrollo de dietas restringidas patológicas (p.237).

En España, Sánchez Carracedo (1994, citado en Toro, 2004), llevo a cabo una investigación con una muestra de 400 barcelonenses de 15 a 17 años, usando la escala de EAT, hallaron -alta preocupación por la dieta -en el 32.2% de las chicas y en el 5% de los varones. En el momento de estudio reconocieron estar en un régimen para adelgazar 25.6% de las chicas y 4.2% de los chicos. El 12% de los adolescentes con peso normal estaba haciendo una dieta restringida.

En el caso de las mujeres, los porcentajes son alarmantemente altos y similares para los tres grupos etarios: prepúberes (51%), púberes (53%) y adolescentes (50%). Es claro que la dieta de los jóvenes es saltarse alguno de los alimentos principales, por lo general las niñas dejan de cenar, y disminuyen o eliminan a aquellos alimentos que ellas consideran -engordadores” (p. ej. Pan, tortillas, arroz y frijoles, entre otros); entre los varones sólo el grupo de los más jóvenes alcanzó el 50%. Los más púberes mostraron un 24% y los adolescentes 33% (Gómez-Peresmitré, 2001).

Houn y Strong (1998, citados en Toro 2004) desarrollar un modelo que hacía depender directamente la dieta restringida de influencias sociales están encarnadas en la familia y el grupo coetáneo. Sus influencias resultaban mediatizadas por la vulnerabilidad del sujeto y por su acervo de habilidades protectoras. Cuánto más se elevaban los niveles de influencia social (padres y amigas) tanto más probable es que se practiquen dietas restringidas. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad, es decir la tendencia al conformismo, y cuanto menos fuerte sea el sentido del yo, tanto mayor será la influencia social. Complementariamente, cuando menor sea el nivel de habilidades sociales tanto mayor será la influencia social. Téngase en cuenta que el papel de la predisposición o vulnerabilidad es inferior al de las habilidades sociales.

La restricción de alimentos, los problemas nutriceos y metabólicos asociados a esta práctica pueden conducir al organismo a que en un intento por recuperar su homeostasis, se torne

vulnerable a presentar episodios de atracón, conducta alimentaria compulsiva y hábitos alimentarios innecesarios (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

El DSM-IV-TR, 2000 sugiere que el atracón es el consumo a lo largo de un período corto de tiempo una gran cantidad de comida, la cual se considera superior a la que la mayoría de las personas comerían; es una consecuencia natural de la privación calórica (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). La conducta alimentaria compulsiva está caracterizada por la presencia de conductas de pérdida de control sobre su ingesta alimentaria, que induce a recurrir a episodios frecuentes de voracidad y no muestran conductas compensatorias para bajar de peso. Entre los hábitos alimentarios inadecuados se puede considerar los ayunos, saltarse algunos de los alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”) y el consumo de productos light (Gómez Peresmitré, 2001).

5. LA FAMILIA COMO FACTOR DE RIESGO EN LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS Y PRÁCTICAS DE CRIANZA

5.1 SOCIALIZACIÓN

El término socialización se refiere a los procesos por medio de los cuales se transmiten las normas de una sociedad específica de una generación a la siguiente. Es un proceso que se lleva a cabo sobre todo en las familias, y en su seno se practica por medio de los padres, se inicia con muestras de conducta muy específicas y concretas como el utilizar una cuchara en lugar de los dedos para comer, etc. La socialización tiene como meta que los niños encajen en una sociedad en particular, por lo que deben adquirir los patrones de conducta aceptables para esa sociedad y ya, que se considera que en muchos aspectos la familia es un reflejo de ésta, entonces el aprendizaje de dichas reglas se inicia en la vida familiar. Las familias se caracterizan por la considerable intensidad emocional con la que manejan gran parte de sus asuntos; aun que no se les enseña explícitamente a los niños como amar u odiar; la socialización de las emociones es una de las experiencias más importantes que ofrece la familia. Además hay que agregar que la socialización no es un asunto fríamente intelectual de aprender, hoy en día es aceptado que en este proceso los niños desde temprana edad tomen parte activa en su propia crianza, por lo que el niño como participante es un concepto apropiado (Schaffer, 2000).

Los padres son el agente socializador responsable de que el infante adquiera conocimientos cognoscitivos, reglas de comportamiento y motivación desde sus primeras etapas. De esta interacción con su familia, el niño aprende estrategias para afrontar su ambiente y los problemas que se le presentan cotidianamente. Al llevar a cabo la crianza de los hijos los padres se ven influenciados por la sociedad. Los patrones de conducta de cada sociedad generalmente son una serie de creencias que se transmiten de generación en generación y que forman un conjunto informal de supuestos acerca de los cuidados y la crianza de los niños. Los patrones de crianza practicados en la familia son vitales en la formación de la personalidad ya que desde el nacimiento las actitudes y los valores referentes a la naturaleza del cuerpo se inculcan, al igual que la aceptabilidad de la autoestimulación, el grado adecuado de proximidad física, y hasta su naturaleza básica de seres humanos (Craig, 1992).

Pocas son las áreas en el desarrollo del niño que se escapan de la influencia de la socialización. Los valores, actitudes y hábitos son socialmente aprendidos. La clave de la socialización es el aprendizaje social, entendiéndose como aprendizaje cualquier modificación de la conducta que

resulta de experiencias en el medio ambiente que rodea al individuo, especialmente aquella que proviene de la asociación con recompensas o castigos (Bandura, 1985).

De acuerdo con la teoría del reforzamiento (Bandura, 1985), dentro de los mecanismos del aprendizaje social se enfatizan las consecuencias de la recompensa y el castigo de las acciones como una aproximación para la comprensión del proceso de aprendizaje. Desde este punto de vista, hay tres clases de consecuencias que pueden ocurrir en relación con la conducta del niño:

- 1.- La actividad puede acercar al niño hacia alguna meta importante y facilitar el logro de la misma (recompensa).
- 2.- La actividad puede colocar al pequeño en situación de dolor o angustia lo cual interfiere con el logro de la meta (castigo).
- 3.- La actividad puede producir cambios no apreciables con respecto a las metas, ni interfiere ni facilita el logro de la misma (no recompensa).

La estabilidad de las conductas sociales depende en gran parte de la manera en que los padres manejen este mecanismo al reforzar las conductas infantiles. La cantidad y calidad del reforzamiento y el valor dado a los reforzadores por el niño, son entonces críticos para determinar en el proceso de socialización (Schaffer, 1979). La combinación de recompensa y no recompensa pueden ser usadas para lograr la socialización, especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas y hábitos al comer.

Se han descrito dos técnicas de socialización basadas en las distinciones entre recompensa y castigo y entre recompensa y no castigo. La socialización inductiva se basa en la ocurrencia de una recompensa para un comportamiento deseable, con una ausencia de recompensa (indiferencia) para el comportamiento no deseable, después de haber presentado modelos de la conducta deseable, y minimizando la ocurrencia del castigo. La socialización por inducción promueve una relación íntima con los sentimientos positivos (afecto) que se generan entre el individuo que aprende y su agente de socialización. Estas técnicas también refuerzan los sentimientos de seguridad en la situación y facilitan la internalización de los valores del agente en el individuo que aprende (McDavid & Garwood, 1978).

Por el contrario, la socialización por sensibilización se basa sobre todo en la presencia de un castigo para el comportamiento indeseable. El comportamiento deseado se trata como la norma mínima esperada, y no merece una atención especial. Los modelos para definir y demostrar un

comportamiento deseable pueden ser ambiguos o pueden estar ausentes. La socialización por sensibilización amenaza la relación entre el individuo que aprende y el agente de socialización, debido a que el afecto negativo, el miedo y la ansiedad establecen una asociación con el agente de castigo. El agente, al igual que todos sus valores y creencias, puede llegar a ser temido y evitado. Por tanto, se hace todo lo posible por impedir y desaprobado la internalización de los valores del agente (McDavid & Garwood, 1978).

Los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales a imitar por los hijos. Si estos proporcionan modelos adecuados, se pueden provocar con facilidad conductas aprobadas por la sociedad, como prestar servicios voluntarios o comer alimentos que ordinariamente no se tomarían (Bandura, 1985).

El ser humano en sus primeros años de vida está desamparado y todo aquello de lo que carece se lo proporciona la madre ya que en la mayoría de los casos los primeros contactos del infante se presentan con ella. Por su parte el padre también influye en el desarrollo integral de sus hijos y completa así el papel asumido por la madre. El impacto que ejerce la familia durante la primera infancia es predominante, esta influencia es persistente, continua y personal, y afecta directamente el comportamiento infantil. De esta interacción con su familia, el niño aprende estrategias para afrontar su ambiente y los problemas que se le presentan cotidianamente el lazo que se establece entre el recién nacido y sus padres es una de las primeras formas de interacción que va a afectar la manera en que la relación de cada uno de los padres con el bebé evolucione a futuro. (Hernández, 1999 citado en Suacedo, 1996).

En las antiguas culturas mexicanas la madre estaba a cargo de la crianza de los hijos, sobre todo los de menor edad. La educación era predominantemente autoritaria y a los niños no se les tomaba en cuenta sus opiniones, se les educaba de una manera dominante y eran los padres quienes decidían lo más conveniente para ellos, por lo que se puede decir que la educación era estricta y dominante en ese entonces, a principios del siglo XIX aún prevalecía la idea de que la disciplina rígida permitiría prevenir que el niño adquiriera malos hábitos (Osorio y Sánchez, 1996).

La estructura de la familia mexicana tiene dos supuestos: la existencia de la supremacía del padre y el absoluto autosacrificio de la madre. De estas premisas se derivan los roles asignados a cada miembro de la familia, las hijas tienen una educación que estimula la femineidad, la maternidad y las labores domésticas, todo lo que se relaciona a la futura condición de madre-esposa pasiva, abnegada y sumisa. A los hijos se les fomenta virilidad, agresividad, brusquedad y principalmente

en la adolescencia, se le da prioridad al tema sexual, para que en el futuro sea el esposo que debe trabajar y proveer, sin interesarle lo que suceda en casa. (Díaz-Guerrero, 1972).

En tiempos actuales, el papel que desempeñaban el marido y la mujer en el hogar se ha modificado profundamente en un proceso acelerado de desarrollo de las sociedades que presentan como consecuencia más exigencias al individuo. Con anterioridad el hombre abandonaba el hogar para “ganarse el pan”, y la mujer se quedaba en casa para hacerse cargo de las tareas domésticas y de la crianza y cuidado de sus hijos. En la actualidad las mujeres se incorporan también al mercado de trabajo y otras instituciones sociales llevan a cabo algunas de las funciones que desempeñaba la familia. (Alvarado y Moreno, 2000 y Becker, 1987, citados en Saucedo, 1996).

5.2 DEFINICIÓN DE ESTILOS DE CRIANZA

No existe un acuerdo en la literatura sobre una definición específica de la crianza. Los estudios del tema se han dedicado básicamente a definir las dimensiones y variables que interviene en la crianza utilizando indiscriminadamente los términos estilo, práctica o patrón de crianza (Osorio y Sánchez, 1996).

El término de estilos de crianza, es una forma actualizada de denominar a las relaciones padres-hijos, entendidas como la actuación de aquellos cerca de estos con la intención implícita o explícita, consciente o no, de criarlos o educarlos de acuerdo con sus criterios (Toro, 2004).

Davidoff (1979) conceptúa crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización, es decir, la forma de guiar o desalentar a los hijos hacia sus conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas.

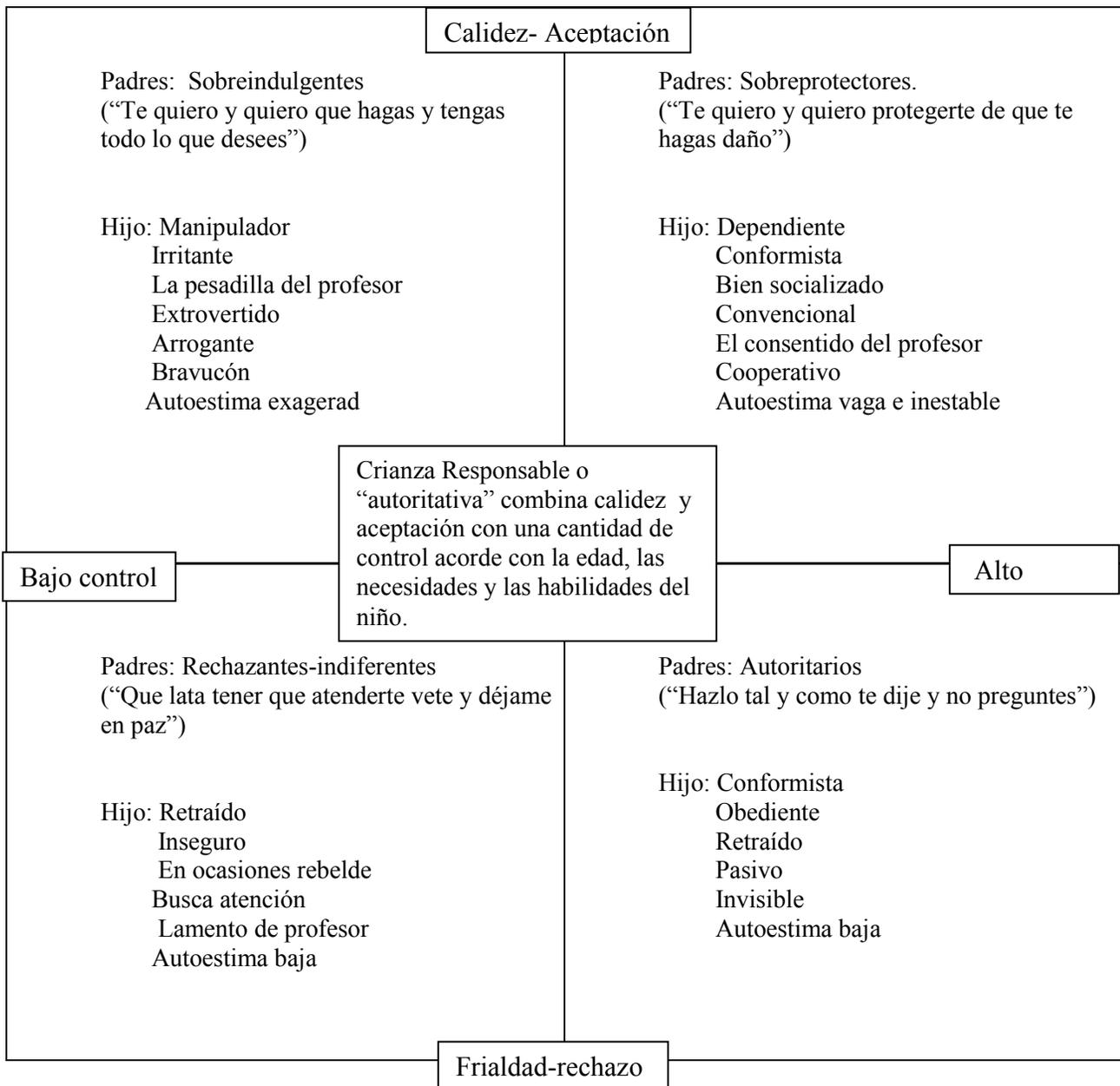
Craig (1992) menciona que los padres se sirven de varias técnicas de crianza, según la situación, el hijo y la conducta del hijo en ese momento. Los padres limitan la autonomía e inculcan valores y autodominio de los niños. Para hacer esto deben de hacer un balance entre control y animación.

El control paterno se refiere a la manera en que los padres son restrictivos limitan la libertad de los hijos para seguir sus propios impulsos; hacen valer de manera activa la sumisión con reglas y ven que los niños cumplan con sus responsabilidades. En contraste, los padres que no son restrictivos son menos controladores, hacen pocas demandas, e imponen pocas demandas en la conducta y la expresión de las emociones de los niños. La animación paternal es la cantidad de afecto y consentimiento manifiesto. Los padres cariñosos, y protectores sonrían a menudo y dan ánimos y

elogios. Tratan de limitar sus críticas, castigos y señales de desaprobación. En contraste con los padres hostiles que critican, rebajan castigan e ignoran. Rara vez expresan cariño o aprobación (Craig, 1992).

Otro enfoque sobre los estilos de interacción se basa en el análisis de muchos tipos de cuestionarios y observaciones sobre las formas de interacción de los padres con los hijos. Estos análisis han llegado a la conclusión de que hay dos dimensiones básicas en los padres que son sumamente críticas para los estilos de crianza: la calidez y el control. La calidez se refiere al grado en el que un padre acepta y siente afecto genuino por sus hijos y es capaz de expresar este afecto de manera cálida y visible. La mayor parte de los padres sí sienten afecto por sus hijos, pero unos cuantos pueden tener resentimientos, al menos a veces o todo el tiempo. Otros padres pueden estar muy orgullosos y aceptar a sus hijos, pero tener muchas reservas para demostrar su aceptación. Así pues, los padres difieren ampliamente en cuanto a esta dimensión de calidez (McDavid & Garwood, 1978).

El control se refiere a qué tanto un padre intenta manipular los hilos que como titiritero tiene atados a sus hijos. Algunos padres se sienten obligados a controlar y manejar casi cualquier faceta de la vida de sus hijos; otros se sienten cómodos al darles gran libertad; otros más pueden sentirse incluso útiles ante el manejo o control que ejercen sus hijos (el niño es el titiritero y el padre es el muñeco). El Cuadro resume este tipo de análisis, sintetiza ideas comunes a los trabajos experimentales de varios investigadores, ofreciendo una descripción de ciertos estilos de crianza y las conductas típicas resultantes que suelen observarse en los hijos (McDavid & Garwood, 1978).



Fuente: McDavid & Garwood (1978) pp-241-273.

El eje horizontal representa el grado de calidez y aceptación por parte de los padres, y el vertical representa el grado de control que ejercen. Cada cuadrante ilustra ejemplos de comportamiento de crianza que combinan grados particulares de calidez y control, y también los resultados más comunes en el comportamiento de los hijos que están sujetos a esos tipos de crianza (McDavid & Garwood, 1978).

Para Baldwin (1949) los estilos de crianza pueden determinarse por algunas características del comportamiento en el hogar:

- Hogares democráticos: Se evitan decisiones arbitrarias, existe un nivel elevado de contacto verbal entre padres e hijos, se explican las razones del establecimiento de normas, se premia la conducta de curiosidad del niño. Los niños de estos hogares se muestran activos, extrovertidos, agresivos, con espíritu de mando, curiosos, inconformes con las demandas culturales.
- Hogares controlados: Se restringe tajantemente la conducta, hay baja fricción por los procedimientos disciplinarios, no se premia la curiosidad en los niños. Los niños de estos hogares presentan poco espíritu de pelea, son negativistas, agresivos y desobedientes.
- Hogares con control y democracia: Se hace uso de ambas dimensiones anteriores. En estos hogares los niños son tranquilos, con buena conducta, enemigos de la resistencia y carentes de agresividad social. (p.299).

En otros estudios (Becker, 1964 citado en Osorio y Sánchez, 1996) se ha encontrado que la conducta de los padres no es unidimensional y se afirma que la conducta de los padres oscila a lo largo de varias dimensiones, es decir, pueden ser afectuosos y dominantes a la vez, o afectuosos y permisivos. Basándose en estos hallazgos las dimensiones también se han conceptualizado como continuos a lo largo de los cuales varía el comportamiento de los padres, en donde los extremos son:

- Afecto- hostilidad
- Restrictividad-Permisividad

Las combinaciones posibles entre los polos de las dimensiones antes mencionadas, dan como resultado los siguientes tipos de hogares:

- Hogares afectuosos-permisivos
- Hogares afectuosos-restrictivos
- Hogares hostiles-restrictivos
- Hogares hostiles-permisivos

Otros enfoques se han centrado en la explotación de la percepción de los hijos de la crianza que recibieron, entre ellos esta el realizado por Elder (1962), las respuestas de los adolescentes dieron lugar a una clasificación de siete tipos de crianza:

- Autocrática: No se permite que los hijos expresen sus ideas o su participación activa, ni la iniciativa para dirigir su propia vida.
- Democrática. Los hijos expresan sus ideas libremente, pueden tomar sus propias decisiones, aun que siempre hay dirección por parte de los padres.
- Igualitaria. Padres e hijos participan e igual manera en la toma de decisiones relevante a los hijos.
- Permisiva. Los hijos participan más activamente que sus padres en lo concerniente a su propia conducta.
- Liberal. La toma de decisiones es aún más activa por parte de los hijos y estos pueden no acatar la opinión de sus padres.
- Indiferente. Existe indiferencia por parte de los padres en lo que respecta a la dirección de la conducta de sus hijos (p. 229).

Elder (1962), concluye que los adolescentes perciben como más autocráticos o autoritarios a sus padres mientras que a sus madres los percibieron más permisivas, comprensivas, expresivas de afecto y con un mayor interés en ellos. Parece que la crianza democrática e igualitaria fomenta una mayor comunicación e identificación, por el contrario de la crianza autocrática que produce con frecuencia el resentimiento de los adolescentes, mientras que la crianza que permite una mayor participación de los adolescentes (democrática, igualitaria y permisiva) provoca menos resentimientos en el adolescente. Además en general, los estilos de crianza que permiten un alto grado de participación de los hijos y un interés directivo de los padres fomentan la independencia, la responsabilidad y los sentimientos de aceptación por parte del hijo, así como una identificación con el adulto.

Otra clasificación de los estilos de crianza fue hecha por Baumrind (1972):

Estilo autoritario: Los hijos externalizan sus opiniones pero son los padres quienes toman finalmente las decisiones. Este estilo de crianza según Baumrind (1972) es restrictivo y punitivo exhortan a sus hijos a que los obedezcan y los respeten. Establecen límites y controles firmes en sus hijos y permiten poco intercambio verbal. Sus normas son rígidas impuestas por los padres sin ninguna explicación.

Estilo autoritativo. Impulsa a los niños a ser independientes, pero aún impone límites y controles sobre sus acciones. Se permite la negociación verbal y los padres son más cálidos y apoyan a sus hijos. Los padres autoritativos muestran agrado y apoyo al comportamiento constructivo de sus hijos.

Estilo indiferente. Es un estilo en el que los padres no se involucran en la vida de sus hijos. Los hijos de padres indiferentes desarrollan el pensamiento de que otros aspectos de su vida son más importantes que sus hijos. Estos niños tienden a tener baja autoestima, son inmaduros y pueden estar aislados de la familia.

Estilo permisivo, en este estilo los padres se encuentran muy involucrados con sus hijos, pero imponen pocos límites o restricciones sobre ellos. Los niños no pueden controlar su comportamiento y siempre esperan salirse con la suya; difícilmente aprenden a respetar a otros. Pueden ser dominantes, egocéntricos, desobedientes y tener dificultades con las relaciones de iguales.

Los efectos de los estilos de crianza sobre la personalidad de los niños fueron estudiados por Baumrind (1972), este autor encontró que los padres autoritarios pueden generar niños temerosos, inseguros y taciturnos. En la adolescencia, estos niños en particular los varones pueden revelarse ante el entorno restrictivos, de castigo en el cual fueron criados y volverse rebeldes y agresivos. Es más probable que las niñas permanezcan pasivas y dependientes. (Kagan y Moss, 1962 citados en Craig, 1992)

Si bien la permisividad en la crianza es lo opuesto a la restrictividad, la primera no necesariamente produce resultados opuestos: muy extrañamente los hijos de padres permisivos también pueden ser rebeldes y agresivos. Además tienden a ser autoindulgentes, impulsivos e inadaptados socialmente. En contraste pueden ser activos, con empuje, y creativos (Baumrind, 1975; Watson, 1957, citados en Craig, 1992)

Se ha encontrado que los hijos de padres autoritativos son los más adaptados. Son los más seguros con más autocontrol, y los más competentes socialmente. A largo plazo estos niños desarrollan una autoestima más alta y se desempeñan mejor en la escuela que los que son criados en otros estilos (Dornbusch, 1987 citado en Craig, 1992).

El peor resultado se da en niños de padres indiferentes, cuando la permisividad se acompaña de una alta hostilidad (los padres negligentes), el niño se siente libre para dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos. Estudios hechos a jóvenes delincuentes muestran que en muchos casos el ambiente de su casa ha tenido la combinación permisividad y hostilidad (Bandura y Walsters, 1959; McCord y Zola, 1959, citados en Craig, 1992).

5.3 EL PAPEL DE LA FAMILIA

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de ésta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se de origen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primero y más activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos (Quiroga, Echevarría, Mata y Ayala, 1990 citado en Saucedo, 1996).

La familia es el medio más importante para un adecuado desarrollo del niño. En las investigaciones que se han hecho sobre esta, se ha encontrado que se relaciona con: identidad, autonomía, independencia intelectual y emocional, socialización, solución de conflictos hábitos y costumbres, comportamientos, actitudes, ideología y conductas anormales (Gómez, Sos, Randall y Vaquero, 1991).

Beavers 1981 y Vollers, 1983, (citados en Stierlin y Weber, 1991) describen una tipología de las familias con un miembro que padece anorexia. Su tipología se basa en la evaluación de la competencia, adaptabilidad y la dirección en que se desarrollan dichas familias. Con este modelo Beavers ubica a las familias con miembros anoréxicos entre centrípetas fronterizas; con este término hace referencia a las familias estrechamente unidas. Las familias centrípetas presentan las siguientes características:

- Poseen rígidas fronteras externas.
- Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, y se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.

- Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como una amenaza.
- Se evitan los conflictos.
- La coalición materno-paterna es sumamente eficaz, y las relaciones con los progenitores se dan dentro de un modelo de dominación-sumisión.
- Se asigna valor a las palabras
- La familia acude a terapia, pero suele delegar sus problemas en los terapeutas. Kelsey-Smith y Beavres (1981, citados en Stierlin y Weber, 1991) p.40-41.

Hasta las últimas décadas del siglo XX, la desinformación generalizada reinante, fruto del precario desarrollo científico de la psicopatología, y la disfunción también generalizada de las concepciones y prejuicios psicoanalíticos, hicieron de las relaciones familiares, de las relaciones de objeto, de la índole de la interacción del niño con su padre y su madre, el origen y causa de los conflictos internos que darían lugar a todo trastorno, a toda patología mental. Los trastornos de comportamiento alimentario no podían ser una excepción a la regla (Toro, 2004).

A partir de la década de los sesenta, y en relación a la anorexia, parece irse estableciendo un modelo de familia claramente negativo, cerrada sobre sí misma, con excesivas implicaciones mutuas entre sus miembros, manteniendo un alto nivel de expectativas para los hijos, sin que estos cuenten con el apoyo necesario para conseguir un desarrollo normal del proceso de individuación y separación propia de la adolescencia, etc. En esta familia las madres serían dominantes, intrusas, poco comprensibles emocionalmente para sus hijas. Los padres serían personas distantes, débiles, adoptando en la familia papeles secundarios (Bliss y Branch, 1960 citado en Toro, 2004).

Selvin (1974, citado en Toro, 2004) ha definido que la familia de una paciente anoréxica necesita tener una hija obediente y perfecta, características que ella interioriza y asume. En esta familia, las relaciones interpersonales habrían de ser obligadamente rígidas. La autora señala que la anorexia precisamente es una manifestación del conflicto familiar de lealtades entre la familia actual y la original de padres y abuelos.

Minuchin (1978 citado en Toro, 2004) desarrolló su divulgado modelo de familia psicósomática tomando en consideración de manera muy primordial la anorexia. La familia de la paciente anoréxica, se caracterizaría por un exceso de implicación mutua, lo que daría lugar a unos papeles poco delimitados, a sobreprotección, rigidez, no resolviéndose los conflictos por evitar enfrentarlos. Pero es preciso considerar que la verificación de hipótesis causales relacionadas con la interacción

familiar es un empeño de muy difícil realización. En definitiva, los datos empíricos disponibles solo pueden dar lugar a conclusiones aproximadas. Es, pues, probable que sea difícil verificar con exactitud todo lo que ocurre en la relación influencias familiares/ efectos en la conducta alimentaria.

Hablando de la estructura familiar se ha observado que contar con padres separados, divorciados o viudos aumenta el riesgo de desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria a medio plazo (Martínez González, 2003 citado en Toro, 2004).

Kalucy (1977 citado en Toro, 2004) halló que el 34% por ciento de los padres y el 19% de las madres de pacientes anoréxicos habían amenazado con la separación conyugal antes de iniciarse al trastorno. Crispo (1980 citado en Toro, 2004) describió conflictos conyugales importantes entre los padres de más del 50 % de sus pacientes anoréxicas.

Comparando a un grupo de 51 anoréxicas con otras tantas controles, Rastam y Gillberg (1991, citado en Toro, 2004) observaron que en las familias de las pacientes se habían producido una serie de acontecimientos vitales potencialmente estresantes con frecuencia significativamente mayor que en las controles.

Webster y Palmer (2000, citado en Toro, 2004) han estudiado posibles negligencias y abusos familiares experimentados en la infancia por un grupo de pacientes con Trastornos de Conducta Alimentaria). También observó que los cuadros mixtos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa se asociaban significativamente a niveles altos de indiferencia, antipatía, conflictos, abusos físicos y falta de cuidados.

Un estudio longitudinal ha puesto de manifiesto la relación existente entre abandono físico o negligencia sufrido en la infancia y Trastornos de Conducta Alimentaria en la adolescencia y juventud (Jonson, 2002 citado en Toro, 2004). El mismo trabajo ha puesto de manifiesto su relación con conductas de riesgo para los Trastornos de Conducta Alimentaria en general; ayunos y dietas, oscilaciones de peso, vómitos provocados, etc.

Steren (1989 citado en Toro, 2004) observó que las anoréxicas percibían sus familias con menos expresión de sentimientos. Y también encontró que las familias de las anoréxicas se diferenciaban significativamente de las controles en percibir una menor cohesión familiar.

Humphrey (1978, citado en Toro, 2004) observaron que las anoréxicas y bulímicas percibían a sus familias menos cohesionadas, más desentendidas y más aisladas que las controles.

Jonson (2002, citado en Toro, 2004) hallaron que el escaso afecto y la poca comunicación por parte del padre, junto con también un escaso tiempo de dedicación a sus hijos durante su infancia se asociaba con ayunos prolongados, dietas estrictas y consumo de fármacos para perder peso. El mal clima familiar puede intervenir en la aparición de sintomatología alimentaria o incluso de Trastornos de Conducta Alimentaria si coincide con la presencia de otros factores de riesgo.

Woodside y Sheker (1990, citado en Toro 2004) describieron la experiencia de los padres y madres de 12 pacientes anoréxicas y bulímicas, la mayor parte de estos padres reconocían tener grandes dificultades en el trato con sus hijos.

Waller y Hartley (1994 citado en Toro, 2004) hallaron que las muchachas con Trastornos de Conductas Alimentarias percibían a sus padres como desaprobadores. Las anoréxicas percibían a sus madres como instauradoras de normas excesivamente exigentes, al contrario de las bulímicas que hacían referencia a unas normas excesivamente laxas o poco exigentes. Tanto unas como otras experimentaban la desaprobación de sus padres como aversiva e incontrolable.

El estudio de Fairburn (1999, citado en Toro, 2004), abordó la frecuencia de problemas relacionados con el funcionamiento familiar en pacientes anoréxicas. Por lo que respecta a sus padres, las anoréxicas, comparadas con los controles normales, tenían más discusiones con ellos, habían recibido más críticas, se sentían más exigidas por sus altas expectativas, creían que sus padres se implicaban en exceso o demasiado poco y experimentaban más un escaso afecto.

También se ha observado que las desaprobaciones y críticas familiares relacionadas con el peso y la implicación de la madre en la delgadez de su hija predecían problemas alimentarios de esta durante su primera etapa adolescente (Levine, 1994 citado en Toro, 2004). En una población de casi 5000 adolescentes estadounidenses se determinó que el 29 % de las chicas y el 16 % de los chicos habían sufrido bromas de su familia a causa de su peso o cuerpo (Eisenberg, 2003 citado en Toro, 2004). Estas burlas o bromas, especialmente cuando se sumaban a las procedentes de compañeros, se asociaban estrechamente a insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos, así como a una mayor probabilidad de pensamientos y tentativas suicidas. Es claro que cualquiera de estos factores puede y suele funcionar a su vez como factor de riesgo para desarrollar un Trastorno de Conducta Alimentaria.

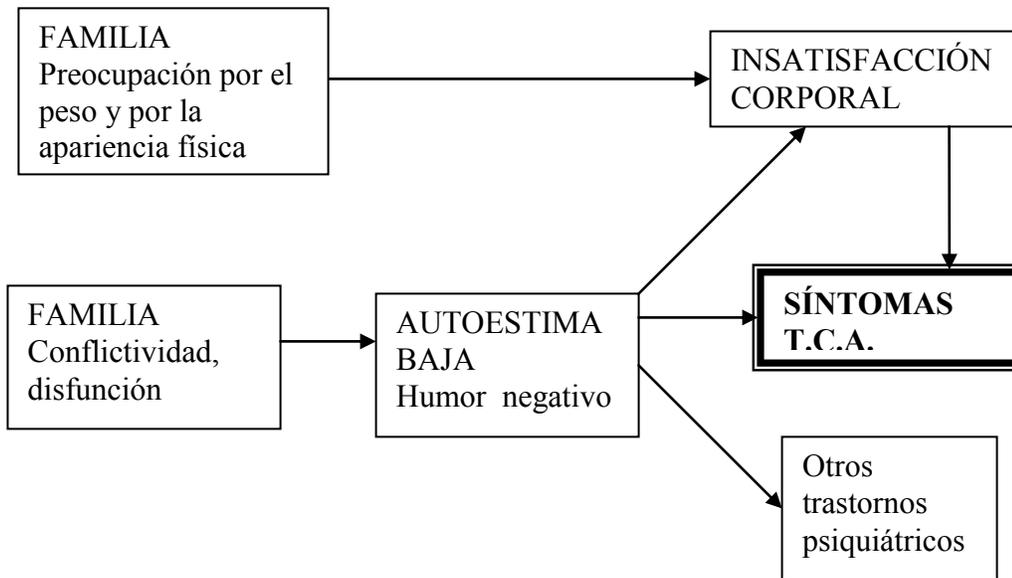
Telen y Cormier (1995, citado en Toro, 2004) fueron los primeros en poner de manifiesto como la presión ejercida por los padres sobre sus hijas para que perdieran peso se asociaba a la presencia de sintomatología alimentaria en estas durante la última etapa de la infancia, a los 9-10 años de edad. Concretamente el peso corporal de las hijas, su deseo de ser más delgadas y su práctica de dietas restrictivas correlacionaban positivamente con la incitación de sus padres y madres para que controlaran su peso.

Diferentes estudios se han encargado de estudiar diferentes dimensiones de los estilos de crianza han encontrado con otras variables.

En otro estudio Sanders, Patel, Grice y Sheperd (1993) encontraron que los padres de niños que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria eran más negativos y restrictivos en sus prácticas alimentarias, y presentaban niveles más altos instrucciones aversivas, comentarios negativos relacionados con la comida, etc. Concluyeron que existe una fuerte y significativa relación entre conductas restrictivas por parte de los padres y la presencia de problemas alimentarios en la muestra de su estudio en general.

En 1991, Pike y Rodin, (citados en Toro, 2004); en un grupo de 77 madres de muchachas adolescentes, aquellas que tenían hijas con un nivel significativo de alteraciones alimentarias con las que tenían hijas con un nivel bajo. Las primeras se encuentran más insatisfechas del funcionamiento de su sistema familiar. Además, ellas mismas presentaban más alteraciones del comportamiento alimentario y tenían más antecedentes de dietas restrictivas. Por otro lado, las madres de adolescentes con problemas alimentarios tendían a pensar que sus hijas debían perder peso que las madres de muchachas sin aquellos problemas. Así mismo propendían a creer que sus hijas eran menos atractivas de lo que éstas creían ser.

Leung et al. (1996 citado en Toro, 2004), verificó la existencia de un modelo en el que el ambiente familiar puede potenciar las vulnerabilidades tanto a trastornos alimentarios como a otros trastornos. Por un lado, la preocupación familiar por el peso y la apariencia física contribuiría directamente a la insatisfacción corporal en las hijas. Esta insatisfacción directamente, y aquella preocupación, indirectamente (a través de la insatisfacción), darían lugar a los síntomas alimentarios. Por otro lado, una familia disfuncional contribuiría directamente a la plasmación de una autoestima negativa, e indirectamente al desarrollo de trastornos alimentarios y de la conducta. Ver tabla 1



Fuente : Leing (1996 citado en Stierlin y Weber, 1991) pp.85

Oropeza (1995) en un estudio que realizó en una población de adolescentes encontró relación entre los estilos de crianza y la parte evaluativa del autoconcepto y, señaló que las prácticas de crianza inadecuadas generaron sentimientos de autoevaluación y desesperanza que se reflejaron a través de signos desadaptativos como deformaciones en la imagen corporal, depresión, ansiedad, etc. En otro estudio también realizado en adolescentes, se encontró que las prácticas de crianza y el género afectan la autoestima cuando interactúan entre sí (Suárez y Arias, 1997).

Por su parte Saucedo (1996) al estudiar los factores de crianza e interacción familiar como predictores de trastornos alimentarios en una población de adolescentes, encontró que cuatro expresiones concretas de los estilos de crianza funcionan como predictores de alteraciones de la conducta alimentaria. Las actitudes que los padres tuvieron con sus hijos de bajo peso fueron de rechazo, hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos. En ese mismo estudio se encontró que los sujetos obesos por lo general se encontraban en hogares con estilos de crianza permisivos y poco estrictos, en sus normas. Se confirmó que en la adolescencia ya existe preocupación por el peso y la forma corporal, así como la comida.

En una investigación realizada por Pineda, Platas y Gómez Peresmitré (2001) se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal (factor de riesgo de los trastornos alimentarios) se presenta con mayor frecuencia en mujeres que tienen una percepción de la relación materna negativa. Además se encontró que la práctica de dieta crónica restrictiva se relacionaba con la percepción materna negativa.

En otro estudio se encontró que la comunicación de las familias obesas se caracteriza por el uso de amalgamientos, descalificaciones, coaliciones, metamensajes y rechazos, a diferencia de las familias con peso normal que presentan más alianzas y atenciones de tipo verbal y corporal. Además que la comunicación de las familias obesas, en comparación con otras familias que no lo eran, difieren de manera importante (López, Mancilla y González, 1995).

6. PLAN DE INVESTIGACIÓN

6.1 OBJETIVO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Encontrar si hay relación entre los Factores de Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria y los Estilos de Crianza.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre Insatisfacción-satisfacción de la imagen corporal de los adolescentes y los estilos parentales que perciben en sus hogares?

¿Existe relación entre la preocupación por el peso corporal y por la comida que experimenten los adolescentes y los estilos parentales que perciben en sus hogares?

¿Existe relación entre la conducta alimentaria compulsiva de los adolescentes en función de los estilos parentales que perciben en sus casas?

¿Existe relación entre dieta restringida de los adolescentes en función de los estilos parentales que perciben en sus casas?

6.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Analizar la relación de los Factores de Riesgo de Trastornos de Conducta Alimentaria y los Estilos de Crianza.

6.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

La satisfacción de la imagen corporal de los adolescentes se presenta de manera diferente en función de los estilos parentales percibidos.

La insatisfacción de la imagen corporal de los adolescentes se presenta de forma diferente en función de los estilos parentales percibidos.

La preocupación por el peso corporal y por la comida que experimenten los adolescentes se presentan de manera diferente en función de los estilos parentales percibidos.

La conducta alimentaria compulsiva se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de los estilos parentales percibidos.

La conducta alimentaria normal se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de los estilos parentales percibidos.

La dieta restringida se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de los estilos parentales percibidos.

6.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Dependiente:

Factores de Riesgo de la Conducta Alimentaria.

Variable Independiente:

Prácticas de Crianza.

VARIABLE DEPENDIENTE

a) Factores de riesgo asociados con la imagen corporal

Definición conceptual. La imagen corporal es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Los factores comunes más frecuentemente señalados son su naturaleza subjetiva (autoperceptiva y autoevaluativa) actitudinal (cognoscitiva afectiva o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor, placer entre otros). (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Los principales componentes de la imagen corporal son:

- Satisfacción-insatisfacción
- Alteración subestimación, sobreestimación.
- Preocupación por el peso corporal y por la comida.

1) Satisfacción-Insatisfacción

Definición conceptual: Es una configuración global y múltiple constituida por las percepciones, afectos significados y vínculos, que el sujeto construye con respecto a su cuerpo durante toda su vida, tiene un carácter evaluativo el cual puede ser favorable o desfavorable (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Definición operacional: Diferencia entre la elección de la figura actual y figura ideal, donde las diferencias positivas y las negativas se interpretarán como satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal. La insatisfacción positiva se interpretará como aquellos deseos de poseer una silueta más delgada, mientras que la negativa como deseos de tener una figura más gruesa (Gómez Peresmitré; 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1998).

2) Preocupación por el peso y por la comida

Definición conceptual. Esta variable para algunos autores (por ejemplo Toro, 1996 citado en Gómez Peresmitré, 2001), representa un factor de riesgo decisivo y necesario para que las otras variables asociadas con imagen corporal (deseo de figura ideal delgada, insatisfacción y alteración de la imagen corporal) sean consideradas, efectivamente factores de riesgo (Gómez Peresmitré, 2001)

Definición operacional. Los puntajes obtenidos de las respuestas dadas al Factor de la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998) en la versión para adolescentes.

b) Factores de Riesgo de la Conducta Alimentaria.

Los factores de riesgo son aquellos que inciden de manera negativa en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desequilibrio del mismo y en la medida que lo hace vulnerable, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez Peresmitré, 2000 citado de Gómez Peresmitré 2001).

1) Conducta alimentaria de riesgo.

Definición conceptual. Se define como los patrones distorsionados de consumo de alimentos.

Definición operacional. Los puntajes obtenidos de las respuestas dadas al Factor de la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998) en la versión para mujeres a los reactivos que miden factores de la conducta alimentaria de riesgo.

2) Dieta restringida

Definición conceptual. Seguimiento de un régimen alimentario específico a fin de controlar el peso (Field, et al, 1993)

Definición operacional. Esta variable se mide a través del Factor 6, de la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez- Mitré y Ávila, 1998) en la versión para mujeres a los reactivos que miden factores de la conducta alimentaria de riesgo.

3) Conducta alimentaria compulsiva

Definición conceptual. Es aquel comportamiento obsesionado con la comida y con las dietas, donde la persona que presenta esa conducta, puede ser obesa o delgada; la comida ha asumido una importancia anormal en su existencia y a llegado a dominarla tanto física como psíquicamente, ya que la comida se vuelve su única meta, se obsesiona con la idea de comer y finalmente se siente indefensa ante sí misma.

Definición operacional. Esta variable se mide a través del Factor 1, de la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998) en la versión para mujeres a los reactivos que miden factores de la conducta alimentaria de riesgo.

VARIABLE INDEPENDIENTE

1) Estilos de crianza

Definición conceptual. El término de estilos de crianza, es una forma actualizada de denominar a las relaciones padres-hijos, entendidas como la actuación de aquellos cerca de estos con la intención implícita o explícita, consciente o no, de criarlos o educarlos de acuerdo con sus criterios (Toro, 2004).

Davidoff (1979) conceptúa crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización, es decir, la forma de guiar o desalentar a los hijos hacia sus conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas.

Definición operacional. Las respuestas dadas a los reactivos de la Escala de estilos parentales percibidos (EMBU).

6.6 METODO

6.6.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO.

La presente Investigación es un estudio de campo, con diseño de dos muestras con observación independiente.

6.6.2. SUJETOS Y MUESTRA.

Se trabajo con una muestra de carácter no probabilístico cuyo tamaño aproximado será (N) =150, que quedará formada por mujeres en adolescencia temprana, de nacionalidad mexicana, con un rango de edad entre los 11 y 14 años de edad, estudiando el 1° y 2° año de secundaria en una escuela publica del DF, que acepten participar en la investigación.

Se estableció la línea base (detección de los Factores de Riesgo antes mencionados) y se trabajara con un grupo de adolescentes que no presenten factores de riesgo y un grupo de adolescentes que presenten factores de riesgo y posteriormente se comparo con respecto a Estilos de Crianza.

6.6.3. INSTRUMENTOS, APARATOS Y MEDICIONES

Se aplico un cuestionario de variables sociodemográficas. (Ver anexos)

Se aplico, el Estudio de Alimentación y Salud versión xx para mujeres (Gómez Peresmitré, 1993, 1997, 2003), que consta de 56 reactivos, mismos que se agrupan de la siguiente manera:

- a) Factores de Riesgo asociados con trastornos alimentarios;
- b) Antecedentes de enfermedades y adicciones; y
- c) Factores de Riesgo asociados con imagen corporal.

Se trabajara específicamente con las siguientes secciones que son de interés para la investigación:

- Sección C: Figura actual. Contiene una escala visual, compuesta por 9 siluetas, que cubre un continuo de peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal. El orden de las siluetas es al azar.
- Sección G: Figura Ideal. Contiene una escala visual compuesta por 9 siluetas que cubre un continuo peso, que va desde una muy delgada hasta una obesa, pasando por una silueta con peso normal. El orden de las siluetas es al azar.
- Sección K: Importancia de la figura corporal. Compuesta por 14 reactivos de opción múltiple que indagan sobre preocupación por el peso, satisfacción con imagen corporal y una escala de 5 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de muy poco importante a muy importante). (Ver secciones en anexos)

Para medir los Factores de Riesgo de la Conducta Alimentaria se aplico la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA), que explora los siguientes factores:

Conducta Alimentaria Compulsiva: Compuesta por 14 reactivos, con un $\alpha = .905$

Preocupación por el peso y la comida: Compuesta por 9 reactivos, con un $\alpha = .8242$

Dieta Crónica y restrictiva: Compuesta por 8 reactivos, con un $\alpha = .8136$
(Ver los reactivos y su integración en el anexo)

Para medir los Estilos de Crianza se utilizara la Escala de estilos parentales percibidos (EMBU) para niños españoles (Castro y Cols, 1990) con modificaciones menores para usarse con niños mexicanos hechas por Márquez y Cols, (2007). Los valores del coeficiente de alfa de Cronbach son satisfactorios en la mayoría de las subescalas (por encima de .70)

Es una escala tipo likert que van desde 1=no, nunca hasta el 4=sí, siempre, el cual mide las características de la interacción padre-hijo, madre-hijo por separado. Para fines de la presente investigación solo se requerirá la sección de interacción madre-hijo que consta de 36 reactivos agrupados en tres subescalas: (Anexo)

- Calidez emocional, se refiere a un control basado en el buen funcionamiento, incluye 12 reactivos referentes a expresiones de comprensión y afecto de la madre hacia el hijo.
- Rechazo, se caracteriza por privación de amor y sentimientos de culpa. Con 13 reactivos que se caracterizan por la hostilidad verbal y física, indiferencia y rechazo.
- Control, hace referencia a la variable de sobreprotección que comprende 11 reactivos acerca de las formas de supervisión, intromisión y manipulación que las madres ejercen hacia los hijos.

6.7 PROCEDIMIENTO

1. Se contacto a las autoridades correspondientes de la escuela secundaria, con la finalidad de pedir su consentimiento para llevar a cabo la investigación.
2. Se pidio a las alumnas de 1° de secundaria, su participación en la investigación sobre estilos de crianza y factores de riesgo de la conducta alimentaria, realizada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. A las alumnas se les informo que pueden negarse a contestar los instrumentos, retirarse en el momento que gusten y que toda información será tratada confidencialmente, ya que se seguirá un manejo estadístico y no un manejo personal de los datos.
3. Una vez obtenido el consentimiento de la escuela y de los participantes, se realizo la aplicación de los instrumentos. Se conto con dos aplicadores por grupo, uno encargado de las instrucciones y otro para apoyo. Las instrucciones se dieron a los sujetos tanto por escrito como verbalmente (Ver anexos de instrucciones para cada sección).
4. Primero se les aplicó el cuestionario de variables sociodemográficas de manera colectiva, después se aplicara la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA).
5. Posteriormente se les aplicó la Escala de estilos parentales percibidos (EMBU) para niños españoles (Castro y Cols, 1990) con modificaciones menores para usarse con niños mexicanos hechas por Márquez y Cols (2007), sin realizar ninguna otra intervención más que aclarar las dudas que tengan acerca de algún reactivo del instrumento.

6.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a la captura de la información en una base de datos computarizada y para tal efecto se utilizo el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SSPS) versión 15.0, así como realizar el análisis de dichos datos. Se aplico análisis de estadística paramétrica, coeficiente de correlación de Pearson. Se utilizaron gráficas y tablas para la comprensión de los datos.

CAPITULO 7. ANALISIS DE RESULTADOS

El objetivo de la presente esta investigación fue conocer si existe relación entre las características del estilo de crianza y los factores de riesgo asociados con la imagen corporal y conducta alimentaria en mujeres adolescentes. Para este efecto se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS, los principales resultados se muestran a continuación.

7.1 Descripción de la muestra

Edad

Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por adolescentes mujeres (N = 149) que cursaban el primero y segundo grado de secundaria en una escuela pública del Distrito Federal, cuya edad promedio fue $M = 13.5$ y una desviación estándar $DE = .7$ (ver Fig. 1).

Tabla 1. Distribución de la variable Edad. Media y Desviación Estándar.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	20	13.4%
13	64	43%
14	58	38.9%
15	6	4%
X	13.5	
DE	0.7	

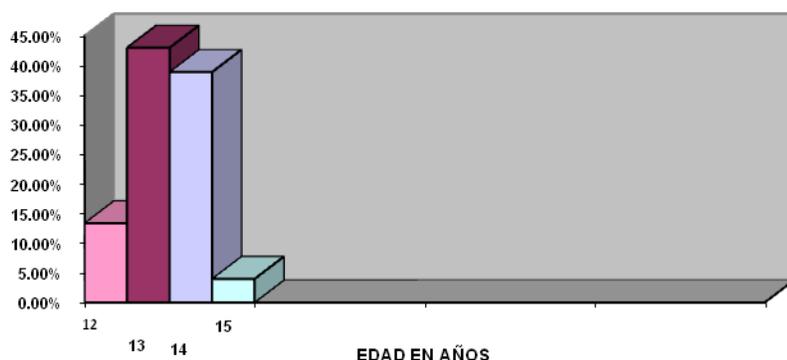


Figura 1. Distribución porcentual de la variable edad de la muestra.

Peso y Talla

El rango de la variable peso corporal de la muestra se distribuyó entre 31 Kg. a 85 Kg. con $M=48.6$, $DE=0.7$. A si mismo el rango de la talla fue 1.20 mt a 1.68 mt con $M=1.52$, $DE=0.09$

Tabla 2. Media y desviación estándar de las variables peso y talla

	Rango	Media	Desv. Estándar
Peso	31 - 85 Kg.	48.60	0.7
Talla	1.20 -1.68 mt	1.52	.09

En cuanto a la variable Índice de Masa Corporal, la muestra se distribuyó en cinco rangos: Las adolescentes con un IMC menor a 14.9 Kg/m² son consideradas como muy delgadas, los que cuentan con un IMC entre 15 y 18.9 son considerados como delgadas, los que tienen un IMC entre 19 y 22.9 se considera que tienen un peso normal, las adolescentes con un IMC entre 23 y 27 son considerados con sobrepeso y las que tienen un IMC mayor a 27.01 son consideradas con obesidad.

De acuerdo a su IMC las adolescentes consideradas como muy delgadas fueron un 1.3%, las que fueron consideradas como delgadas un 25.5%; con un peso normal el 43.6%, con sobrepeso 8.7% y con obesidad 5.4%.

Tabla 3. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal

Rango	IMC (Kg/m ²)	Frecuencia	Porcentaje
Muy delgada	<14.9	2	1.3%
Delgada	15 -18.9	38	25.5%
Peso Normal	19 – 22.9	65	43.6%
Sobrepeso	23 – 27	13	8.7%
Obesidad	> 27.01	8	5.4%
Total		126	85.5%

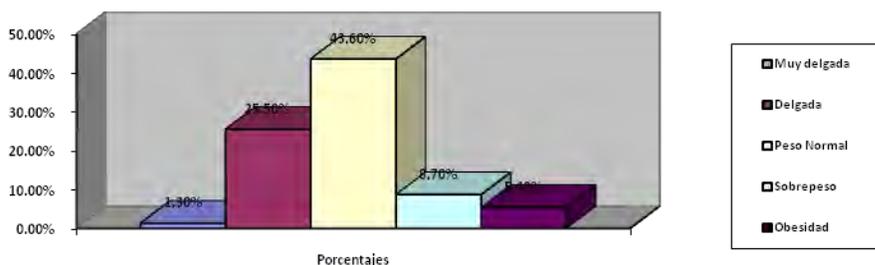


Figura 2. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal

Madurez Sexual

En cuanto a la variable madurez sexual, la mayoría (91%) de las adolescentes reportaron haber presentado su menarca, mientras que solo el 9% reporto lo contrario. El 44% de las adolescentes refirió que se presento entre los 9 y los 11 años y el mismo porcentaje reporto haberse presentado entre los 15 y los 18 años. (Ver figura 3).



Figura 3. *Distribución porcentual de la variable madurez sexual*

Vida Sexual

En relación a la variable vida sexual, la mayoría de las adolescentes (91%) reporto no haber iniciado vida sexual, mientras que el 9 % de las adolescentes mencionan ya haber comenzado su vida sexual.

Estado Civil Padres

Cuando se pregunto a las adolescentes de la muestra acerca del estado civil de sus padres el 73% de las adolescentes indicaron que sus padres se encuentran casados, mientras que un 15% de ellas sus padres están separados, un 4% son viudos y solamente el 2% son solteros.

Clase social reportada

Como se puede observar en la tabla 4, las adolescentes en su mayoría reportaron pertenecer a una clase social media (62.4%), mientras un 18.2% expresaron pertenecer a un clase social media-baja, un 17.4% a una clase social media alta, un 1.3% a una clase social baja y el 0% pertenece a una clase social alta.

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable clase social

Clase social	Frecuencia	Porcentaje
Baja	2	1.3%
Media-baja	27	18.1%
Media	93	62.4%
Media-alta	26	17.4%
Alta	0	0%
Total	148	99.2%

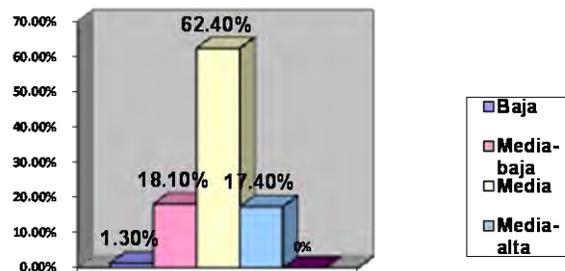


Figura 4. Distribución porcentual de la variable clase social

Ocupación de la madre

Acerca de la ocupación de su madre, un 43 % de las adolescentes respondió que sus madres eran amas de casa, el 20.8% que eran empleadas en un comercio o en oficina; el 15.4% reportó que eran empleadas domésticas, el 6.7 % profesionales, el 6.2% comerciante establecida, el 2.7 empresaria y el 2% comerciante ambulante (Ver figura 5).

Tabla 5. Distribución de la variable Ocupación de la madre

Ocupación de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	64	43.0%
Empleadas en comercio u oficina	23	15.4%
Empleada doméstica	31	20.8%
Profesional	3	2.0%
Comerciante establecida	9	6.0%
Empresaria	10	6.7%
Comerciante ambulante	4	2.7%

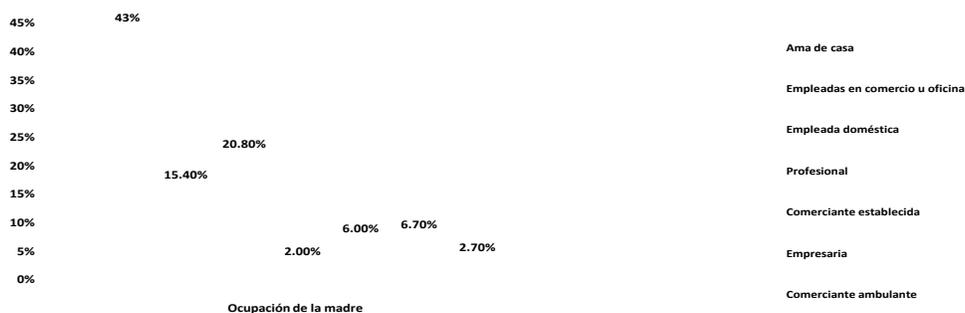


Figura 5. Distribución porcentual de la variable ocupación de la madre.

7.2 Descripción de las variables de estudio

7.2.1 Variables relacionadas con los factores de riesgo

7.2.1.1 Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal

En la tabla 6 se muestra que las adolescentes reportaron en su mayoría, insatisfacción con su figura corporal; particularmente insatisfacción positiva; es decir que quieren ser más delgadas (54%); otro porcentaje reportó insatisfacción negativa, es decir que quieren ser más gruesas (26%) cabe señalar que solo un 20 % reportó sentirse satisfecha con su imagen corporal.

Tabla 6. Frecuencia y Porcentaje de la variable Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción positiva	80	53.7%
Satisfacción	31	20%
Insatisfacción negativa	38	25.5%
Total	149	100%

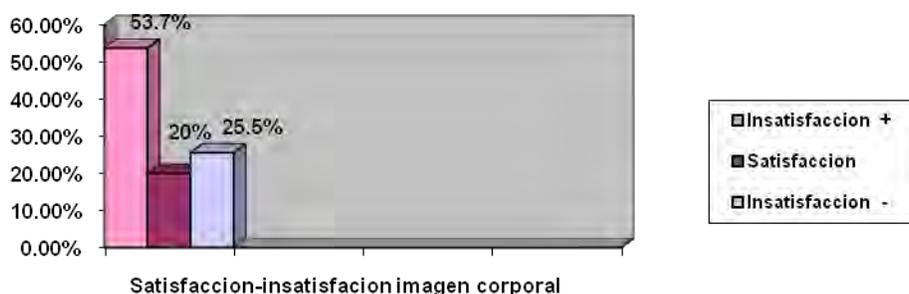


Figura 6. Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.

Como se observa en la tabla 7, las adolescentes reportaron con mayor frecuencia (36%) sentirse satisfechas con su figura, un 21% expresó sentirse insatisfecha y sólo un 7% se siente muy insatisfecha.

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (como te sientes con tu figura).

	Frecuencia	Porcentaje
Muy satisfecha	24	16.1%
Satisfecha	54	36.2%
Indiferente	29	19.5%
Insatisfecha	31	20.8%
Muy insatisfecha	11	7.4%
Total	149	100%

En cuanto a si les gusta la forma de su cuerpo, como vemos en la tabla 8 las adolescentes reportaron en su mayoría (34%) estar indecisas, un 31% esta de acuerdo con la imagen de su cuerpo y sólo un 5% esta en desacuerdo.

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable actitud hacia la forma corporal.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	22	14.9%
De acuerdo	46	31.1%
Indecisa	50	33.8%
En desacuerdo	22	14.9%
Muy en desacuerdo	8	5.4%
Total	149	100%

Ante el reactivo –De acuerdo con la siguiente escala, tu te consideras”, un porcentaje mayoritario respondió ni gorda, ni delgada (57%), mientras un 23% reporto la frecuencia gorda, un 14% delgada y un 3% muy gorda (Ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución de la variable autopercepción del peso corporal.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy gorda	5	3.4%
Gorda	35	23.5%
Ni gorda, ni delgada	85	57.0%
Delgada	21	14.1%
Muy delgada	1	0.7%
Total	149	100%

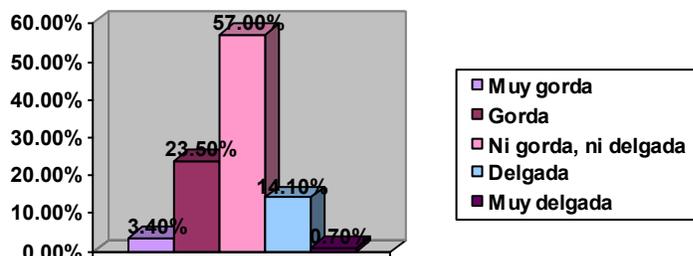


Figura 9. Distribución porcentual de la variable autopercepción del peso corporal.

7.2.1.2 Preocupación por el peso y la comida

En la tabla 10 se muestra que las adolescentes reportaron en su mayoría, no sentir preocupación por el peso y la comida (95%). Solo el 5% reporto sentir preocupación por el peso y la comida.

Tabla 10. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso y la comida por nivel de riesgo

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo	141	94.6%
Sin riesgo	8	5.4%
Total	149	100%

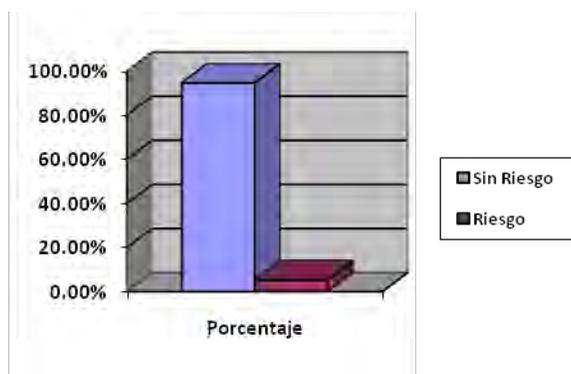


Figura 10. Distribución de la variable preocupación por el peso y la comida por nivel de riesgo.

7.2.1.3 Dieta restringida

Las adolescentes indicaron en su mayoría no practicar dieta (95%), mientras un porcentaje del 5% reporta si hacerlo. La figura 11 muestra que las adolescentes ante el reactivo –alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso” expresaron en mayor medida la frecuencia nunca (74%), mientras que solo un 26% reporto que si.

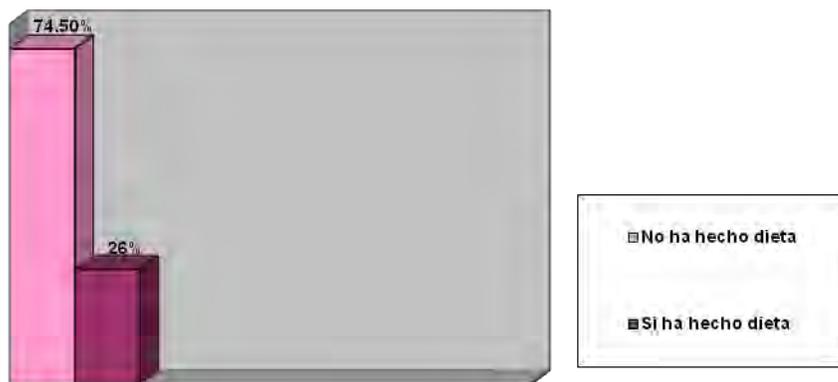


Figura 11. *Distribución porcentual de la variable dieta restringida para controlar tu peso.*

Las adolescentes que expresaron haber realizado alguna vez dieta reportan, que la edad en la que hicieron su primera dieta (dejar de comer ciertos alimentos), fue de los 12 a los 14 años en su mayoría (40 %), un 33% antes de los 9 años y un 27% de los 9 a los 11 años.

Tabla 11. *Distribución porcentual de la variable edad de la primera dieta*

	Porcentaje
Menos de 9 años	33.3%
De 9 a 11 años	26.7%
De 12 a 14 años	40%
Total	100%

7.2.2 Variables relacionadas con los estilos de crianza

7.2.1.2 Estilos de crianza predominantes

De acuerdo con el instrumento aplicado, se obtuvieron cuatro grupos de acuerdo a los estilos de crianza, N1=20 (adolescentes en la categoría de rechazo), N2= 78 (adolescentes dentro de la categoría de calidez), N3= 13 (adolescentes pertenecientes a la categoría de control) y N4= 31 (adolescentes que no pertenecen a alguna de las categorías de los estilos de crianza anteriormente mencionados), (Ver figura 12).

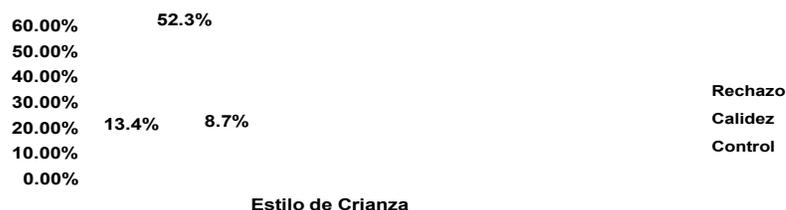


Figura 12. Distribución porcentual de las respuestas dadas a los diferentes estilos de crianza.

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes de respuestas dadas a los diferentes estilos de crianza

Estilo de crianza	Frecuencia	Porcentaje
Rechazo	28	18.8%
Calidez	78	52.3%
Control	12	8.1%
Sin categoría	31	20.8%
Total	149	100%

ESTILO DE CRIANZA: RECHAZO

Como se muestra en la tabla 13 las adolescentes ante el reactivo “¿te dice que no le gusta como te comportas en casa” expresan en su mayoría (52%) la opción nunca, un 34% expreso que si, a veces y solo un 5% reporto que si, muchas veces.

Tabla 13. Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta “¿frecuencia con que te decían que no les gustaba como te comportas en casa”.

	Frecuencia	Porcentaje
no, nunca	77	51.7%
si, a veces	51	34.2%
si muchas veces	7	4.7%
Siempre	14	9.4%
Total	149	100%

En la tabla 14 se puede observar la frecuencia de respuestas de las adolescentes al reactivo “¿Les gustaría que te parecieras a otra persona?”; el 66% expreso que no, nunca mientras el 15% reporto que si, a veces y solamente un 7% si, muchas veces.

Tabla 14. Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta “frecuencia con que te decían que les gustaría que te parecieras a otra persona”.

	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	99	66.4%
Si, a veces	22	14.8%
Si, muchas veces	11	7.4%
Siempre	17	11.4%
Total	149	100%

ESTILO DE CRIANZA: CALIDEZ

En lo que se refiere a la frecuencia con que se les demostraba que estaban contentas con ellas, la mayoría (40%) reportó siempre, en contraste con un 9% que expresó que nunca.

Tabla 15. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta “frecuencia con que te demostraban estar contenta contigo”.

	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	13	8.7%
Si, a veces	39	26.2%
Si, muchas veces	38	25.5%
Siempre	59	39.6%
Total	149	100%

A si mismo ante el reactivo “¿Le gusta tu manera de ser?”, las adolescentes expresaron en mayor medida si, a veces (44%), un 26% reportó que si, muchas veces y sólo un 13% refirió que no, nunca (Ver tabla 16).

Tabla 16. Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta “¿le gusta tu manera de ser?”.

	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	19	12.8%
Si, a veces	66	44.3%
Si, muchas veces	26	17.4%
Siempre	38	25.5%
Total	149	100%

ESTILO DE CRIANZA: CONTROL

Por otro lado en lo que se refiere a las respuestas al reactivo “¿te dice como peinarte y vestirse”, como se muestra en la tabla 17 la mayoría refirió (49%) no, nunca, un 38% reportó que si, a veces y solo un 5% reportó que si, muchas veces.

Tabla 17. Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta con que frecuencia con que te decían como vestirse y peinarte”.

	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	73	49.0%
Si, a veces	56	37.6%
Si, muchas veces	7	4.7%
Siempre	13	8.7%
Total	149	100%

En cuanto al reactivo “¿Te dice frases como está: si haces esto, me voy a enojar contigo” el 44% expresó que no, nunca, mientras el 36% reportó que si, a veces y sólo un 8% si, muchas veces

Tabla 18. Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta con que frecuencia con te decían frases como esta” si haces esto, me voy a enojar contigo”.

	Frecuencia	Porcentaje
No, nunca	66	44.3%
Si, a veces	53	35.6%
Si, muchas veces	12	8.1%
Siempre	18	12.1%
Total	149	100%

7.3 Correlaciones

Se realizaron los análisis de las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas; el Cuestionario de Alimentación y Salud y el EMBU; para esto se utilizó el Coeficiente correlación de Pearson.

Es importante señalar como puede apreciarse en la tabla 19, que todas las correlaciones resultaron estadísticamente significativas (no obstante que sus Ns son pequeñas) con magnitudes relativamente bajas. Sin embargo, son indicadores de que con una muestra más grande se incrementaría la magnitud de las mismas.

Puede verse en la tabla 19 que la correlación más alta ($R= 0.34$) se dio entre conducta alimentaria compulsiva y el estilo de crianza orientado hacia el rechazo, siendo ésta positiva indica que a mayor rechazo mayor posibilidad hay de conducta alimentaria compulsiva. Asimismo, la correlación negativa más alta (-0.31) se observa entre conducta alimentaria compulsiva y el estilo de crianza orientado hacia la calidez indicando que a mayor calidez menor conducta alimentaria compulsiva.

La correlación más baja se dio entre insatisfacción con la imagen corporal y el estilo de crianza orientado hacia el rechazo, lo cual indica que a mayor rechazo mayor posibilidad hay de insatisfacción con la imagen corporal. A continuación la correlación negativa más baja se encuentra entre preocupación por el peso y el estilo de crianza orientado hacia la calidez (-0.18), indicando que a mayor calidez menor preocupación por el peso.

Llaman la atención las correlaciones que se establecen entre el estilo de crianza orientado hacia el control y los factores de riesgo de TCA: Todas son altamente significativas y con dirección positiva, así que a más control en el estilo de crianza más insatisfacción corporal, más preocupación por el peso y la comida, más seguimiento de dieta restringida y mayor conducta alimentaria compulsiva. En cambio sobresale por ser lo opuesto, que todas las correlaciones que establece el estilo de crianza orientado hacia la calidez con los factores de riesgo en TCA son negativas; de esta manera a mayor calidez en el estilo de crianza menor insatisfacción con la imagen corporal, conducta alimentaria compulsiva, menor preocupación por el peso y la comida y menor seguimiento de dieta restringida (véase tabla 19).

Tabla 19. Coeficiente de correlación de los estilos de crianza y factores de riesgo de la conducta alimentaria.

	Rechazo	Calidez	Control
Insatisfacción corporal	0.177* 149	-0.271** 149	0.243** 149
Conducta alimentaria compulsiva	0.344** 149	-0.306** 149	0.219** 149
Preocupación por el peso	0.224** 149	-0.188* 149	0.297** 149
Dieta crónica Restringida	0.218** n= 149	-0.252** n= 149	0.229** n= 149

**= $p < 0.01$

* = $p < 0.05$

CAPITULO 8.DISCUSION Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue conocer la relación entre las prácticas de crianza y los factores de riesgo de la conducta alimentaria como son: insatisfacción con figura corporal, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restringida y conducta alimentaria compulsiva.

La importancia de esta investigación radica en que contribuye a aumentar el conocimiento sobre la prevalencia de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestro país; aun cuando en la literatura se menciona que este tipo de problemas prevalecen sobre todo en los países industrializados y poco se habla de países en vías de desarrollo. Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998), encontraron que en México hoy en día se puede hablar de una cultura de la delgadez y que los preadolescentes escolares ya realizan dietas con intenciones de control de peso, siendo éste uno de los factores de riesgo socioculturales relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Explorar la relación que existe entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria y las prácticas de crianza es importante considerando el impacto que ejerce la familia durante la primera infancia y aún en etapas posteriores en la adquisición de conocimientos, reglas de comportamiento y expresión de las emociones, pues la percepción que tienen los hijos sobre las prácticas de crianza en sus hogares pueden afectar otros aspectos de su desarrollo como la formación de su autoconcepto, su autoestima o incluso aquello que tiene que ver con su conducta alimentaria (Hernández, 1999). Esta investigación también contribuye al crecimiento del campo de la prevención primaria.

Es importante destacar que la correlación más alta que se encontró se dio entre conducta alimentaria compulsiva y el estilo de crianza orientado hacia el rechazo, siendo ésta positiva indica que a mayor rechazo mayor posibilidad hay de conducta alimentaria compulsiva. Se encontró una relación significativa entre las variables rechazo y la insatisfacción con la imagen corporal; cuando las adolescentes perciben a sus madres como distantes, que rara vez expresan su cariño o aprobación es más frecuente que se sientan insatisfechas con su imagen corporal. Este hallazgo sugiere que las madres deben de ser alertadas a que sus hijas pueden desarrollar Trastornos de la Conducta Alimentaria, pues como señala Craig (2000) los hijos de madres indiferentes desarrollan

el pensamiento de que otros aspectos de su vida son más importantes que sus hijos. Estos niños tienden a tener baja autoestima, son inseguros, retraídos y buscan llamar la atención.

En general, los resultados del presente estudio son consistentes con los hallazgos reportados por Saucedo (1996) quien encontró, que cuatro expresiones concretas de los estilos de crianza funcionan como predictores de alteraciones de la conducta alimentaria. Las actitudes que los padres tuvieron con sus hijos de bajo peso fueron de rechazo, hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos. En ese mismo estudio se encontró que los sujetos obesos por lo general se encontraban en hogares con estilos de crianza permisivos y poco estrictos, en sus normas. Se confirmó que en la adolescencia ya existe preocupación por el peso y la forma corporal, así como la comida.

También se ha observado que las desaprobaciones y críticas familiares relacionadas con el peso y la implicación de la madre en la delgadez de su hija predecían problemas alimentarios de ésta durante su primera etapa adolescente (Levine, 1994 citado en Toro, 2004). Las burlas o bromas, especialmente cuando se sumaban a las procedentes de compañeros, se asociaban estrechamente a insatisfacción corporal, baja autoestima, síntomas depresivos, así como a una mayor probabilidad de pensamientos y tentativas suicidas.

Resultados similares han sido encontrados por otros autores, en una investigación realizada por Pineda, Platas y Gómez-Peresmitré (2001) se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal (factor de riesgo de los trastornos alimentarios) se presenta con mayor frecuencia en mujeres que tienen una percepción de la relación materna negativa. Además se encontró que la práctica de dieta crónica restrictiva se relacionaba con la percepción materna negativa.

Oropeza (1995), Suárez y Arias (1997) realizaron estudios en los que encontraron que existe una relación entre las prácticas de crianza y la parte evaluativa del autoconcepto siendo así que las prácticas de crianza inadecuadas generaron sentimientos de autodevaluación y desesperanza que se reflejaron en deformaciones de la imagen corporal; así con una influencia de las prácticas de crianza relacionadas con el género y baja autoestima.

Por otro lado es importante mencionar, que todas las correlaciones que establece el estilo de crianza orientado hacia la calidez con los factores de riesgo en TCA son negativas; de esta manera a mayor calidez en el estilo de crianza menor insatisfacción con la imagen corporal, conducta alimentaria compulsiva, menor preocupación por el peso y la comida y menor seguimiento de dieta restringida.

Esto coincide con estudios realizados por Steren (1989 citado en Toro, 2004) quien observo que las anoréxicas percibían sus familias con menos expresión de sentimientos. Y también encontró que las familias de las anoréxicas se diferenciaban significativamente de las controles en percibir una menor cohesión familiar. Así mismo Humphrey (1978, citado en Toro, 2004) observo que las anoréxicas y bulímicas percibían a sus familias menos cohesionadas, mas desentendidas y mas aisladas que las controles.

En la investigación también se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre la variable estilo de crianza control y los factores de riesgo de la conducta alimentaria a mayor control mayor es la frecuencia de estos, las adolescentes de la muestra podrían percibir a sus madres como restrictivas, demandantes y que imponen reglas inflexibles (Cava y Rojo ,1995). Los niños con una madre controladora presentan poco espíritu de pelea, son negativistas, agresivos y desobedientes.

Waller y Hartley (1994 citado en Toro, 2004) hallaron que las jóvenes con Trastornos de la Conducta Alimentaria percibían a sus padres como desaprobadores. Las anoréxicas percibían a sus madres como instauradoras de normas excesivamente exigentes, al contrario de las bulímicas que hacían referencia a unas normas excesivamente laxas o poco exigentes. Tanto unas como otras experimentaban la desaprobación de sus padres como aversiva e incontrolable.

Así mismo Suzuki (1994, citado en Rojo Cava, 1995) encontró en su investigación que las madres del grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria puntuaban mas en control que las madres de las mujeres del grupo control, así las puntuaciones altas en la dimensión control ponían de manifiesto que las pacientes habían internalizado intervenciones excesivas por parte de sus madres.

Selvin (1974, citado en Toro, 2004) y Steirling y Weber (1991) señalan que las familias de pacientes anoréxicas y bulímicas tienen en común que son sistemas sumamente cerrados que bloquean la co-ndividualización y co-evolución de todos los miembros de la familia. En ambos se observa un credo familiar que subraya y consolida el autocontrol, la abnegación, la evitación de conflictos y la sobreprotección; así como el perfeccionismo y la obediencia.

Estos resultados concuerdan con la hipótesis que afirma que "los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relaciona significativamente con la conducta alimentaria compulsiva". Y están de acuerdo con los hallazgos que en general se encuentran en la literatura, comenzando con lo reportado por Gómez-Pérez Mitre, Acosta, Llopis, Pineda y Platas (2002)

quienes reportaron que la conducta alimentaria compulsiva se presenta con mayor frecuencia como factor de riesgo en México que en otros países como por ejemplo España donde se presenta con mayor frecuencia el factor de la dieta restrictiva.

Sanders, Patel, Grice y Shepherd (1993) y Horesh, Apter, Ishai, Danzinger, Stein y Lepkifker (1996) encontraron que existe una relación significativa entre conductas coercitivas y presión inapropiada de los padres hacia los hijos y presencia de problemas alimentarios.

Finalmente se pueden citar los estudios de González, Lizano y Gómez Peresmitré (1999) y Sanders (1993) en los que encontraron que existe relación entre la presencia de problemas de la conducta alimentaria y las relaciones familiares autoritarias, negativas y coercitivas, así como un mayor número de instrucciones aversivas y comentarios negativos acerca de la comida en casa, y que además esto ocurre ya desde la preadolescencia o la edad escolar.

Cabe destacar que el contenido de esta investigación no esta aseverando que las prácticas de crianza, sean la causa de los trastornos de la conducta alimentaria. Hay una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales para los trastornos de la conducta alimentaria, siendo las prácticas de crianza anómala un factor que se debe tomar en cuenta. Dado que las investigaciones revelan las dimensiones de crianza más significativas a este respecto, seria de desear que la terapia familiar se hiciera eco de estos hallazgos, para el desarrollo de programas de prevención dirigidos hacia los padres.

En general, nuestra autoestima depende del cariño y estima que recibimos en nuestras primeras relaciones, pero también de nuestras fantasías, ideales, expectativas y de todas las experiencias que vivimos a lo largo de nuestra vida.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Algunas de las limitaciones de este trabajo son:

- Las prácticas de crianza percibidas por las adolescentes pueden estar influenciadas por la etapa de desarrollo en la que se encuentran.
- Aunque está considerado que la madre es la principal ejecutora de la crianza de los hijos, es importante explorar las prácticas de crianza paternas.

Algunas sugerencias a considerar son las siguientes:

- Con base en lo anterior se puede decir que es necesario realizar más estudios de este tipo en etapas específicas del desarrollo que busquen encontrar la forma en que se relacionan los factores de riesgo de la conducta alimentaria y los estilos de crianza que se perciben en los hogares mexicanos.
- Efectuar investigaciones considerando la práctica de crianza paterna.
- Se sugiere mayor investigación en esta área para ampliar el número de estilos de crianza y con esto desarrollar un instrumento a fin, para los presentes estudios.

Referencias Bibliográficas

- Aberastury, A y Knobel, M. (1988). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Al-Aldwi, S., Dorulo, A., Burke, D., Al-Bahlani, S., Martin, R. & Al-Ismaily, S. (2002). Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female oman and non-oman; adolescents. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1124-1130.
- Alonso, M. P. (2002). Tratamiento farmacológico de los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo. Tercer Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Alvarado, H. G. y Moreno, E. L (2000). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Inédita. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSMIV- TR*. México: Masson
- Austin, S. (2000). Prevention research in eating disorders: Theory and new directions. *Psychology Medicine*, 30, 1249-1262.
- Baldwin, A. L., Kalhorn, J. & Breese, F. H. (1949). The apraisal of parent behavior. *Child Development*, 63, 299.
- Bandura, A. (1985). Model of causality in social learning theory. In S. Sukemune (Ed.), *Advances in social learning theory*. Tokyo: Kaneko-Shoho.
- Baile, J.I. (2005). *Vigorexia cómo Reconocerla y Evitarla*. Madrid: Síntesis.
- Batrina J. A (1995). Anorexia Nerviosa y Bulimia. En M.L. Serra, B.J., Aranceta, y J.M. Verdo (Eds.) *Nutrición y Salud Pública. Métodos (pp. 291-311)*. Barcelona: Masson.
- Baumrind, D. (1972). An exploratory study of socialization effects on black children: Some black-white comparisons. *Child Development*, 43 (1), 261-267.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Buela-Casal, G., Fernández-Ríos, L. y Carrasco, G. T. (1997). *Psicología preventiva: Avances recientes y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández Ballart, J. y Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16 (4), 121-126.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. V., Alper C. M. & Skoner, D. P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic, Style*, 65, 652-657.
- Contreras J. (comp.). "Alimentación y cultura". Necesidades, gustos y costumbres". Ed. Alfaomega. México. 2002
- Craig, G. (1992). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E., y Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. España: Gedisha.
- Chinchilla, A. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosas*. Madrid: Ergon.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. España: Masson.
- Cuijpers, P. (2003). Examining of effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: the lack of statistical power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385-1391.
- Davidoff, L. (1979). *Introducción a la psicología*. New York: Mc Graw Hill
- Delval, J.(1994). *El desarrollo humano*. Siglo veintiuno: Madrid.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-sociocultural del comportamiento humano*. México:Trillas.
- Elder, G. H. (1962). Structural variations in the child rearing relationship. *Sociometry*, 25, 241- 262.

Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (2007). Concepción de salud y enfermedad. Recuperado el 16 Mayo del 2007 de: http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/_documental/concepciónsalud.htm.

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI.

García, H. V. (1993). Prevención en desarrollo psicológico infantil y adolescente: el papel de la familia y la escuela. En M. E. Galván., B. J. Reid, y H. V. García (comp). *Prevención en psicología* (pp. 41-60). Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.

García, C. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria*. España: Masson.

García, R. (2003). Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria. En M.A. Chinchilla (Ed). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 21-30). España: Masson.

Gómez, C., Sos, F., Randall, C. y Vaquero, E. (1991). Estudio comparado de niños educados en medio familiar y niños educados en instituciones. Una perspectiva etológica. *Infancia y Aprendizaje*, 56, 105-122.

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

Gómez Pérez-Mitré G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40

Gómez Pérez-Mitré G. (1998) Desórdenes del Comer: La imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*; Vol. VII, 277-282.

Gómez Pérez-Mitré G. y Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: una comparación transcultural entre México y España. *Revista clínica y salud*, 11, 35-58.

Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria*. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Ponencia presentada en el 450 Aniversario de

la UNAM. Gómez, P. (2003). *Lo que nunca te han contado sobre anorexia nerviosa*. Valencia: Tilde.

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

Gómez-Peresmitré, G.; Saucedo M. T. y Unikel S. C; (2001): *La Psicología Social en el Campo de la Salud: Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación*. En N. Calleja y G. Gómez Pérez (Comp.) *La Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México*. Fondo de Cultura Económica.

Gómez-Peresmitré, G., Acosta, M., Llopis, M., Pineda, G. y Platas, A. (2002) Una escala para el estudio transcultural (España/México) de factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria. Memorias del II Congreso de Investigación mediante Encuestas, Sociedad Internacional de Profesionales de la Investigación en Encuestas.

Gómez-Peresmitré, G. (2004). Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo. Ponencia 1er Congreso Hispano Latino americano de trastornos de la conducta alimentaria. México, D.F.

González, S., Lizano, M. y Gómez Peresmitré, G. (1999) Factores de riesgo en los desórdenes del comer. Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 117-126.

Hernández, G. L. y Sánchez, S. J (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico. Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1 y 2) 83-89.

Hernández, G. L. (1999). *Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes*. México: Facultad de psicología. UNAM.

Higashida, H. B. (1995). *Educación para la salud*. México: McGrawhill

- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danzinger, Stein y Lepkifker (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Child Adolescence Psychiatric*, 35 (7), 921-927.
- Hurlock, B.E.(1987). *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Kimmel, D y Weiner, I. (1998). *La adolescencia una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Largo Gómez R., (2003) Etiopatogenia de los trastornos de la conducta alimentaria. En M.A. Chinchilla (Ed). *Trastornos de la conducta alimentaria*, pp. 31-36. España: Masson.
- Latorre, M. (1994). *Psicología de la salud*. México: Lume
- Ledoxs, Choquet M. & Flament M.(1991). Prevalence of eating disorders and asociated syntoms in an unselected French adolescent population. *International Journal of eating disorders*, 10, 81-90.
- Leung, F., Gueller, J. y Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different riks models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19, (3) 249-256
- López, A. X., Mancilla, D. J. y González, V. A. (1995). Evaluación de los patrones de comunicación en familias obesas. *Revista Mexicana de Psicología*, 16, (1), 37-46.
- Mancilla Díaz, J., Mercado Gasga L; Manríquez Rodríguez, E.; Álvarez Rayón L; López Aguilar X. Román Fernández, M; (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Proyecto de investigación en Nutrición. UNAM, Campus Iztacala.
- Mancilla-Díaz, J. M., Perezbolde, V.C., Franco, K., Vázquez, A. R., López, X., Álvarez, G. y Ocampo, M.T. (2004). Prevalence of eating disorders in México. Featuring abstracts from the International Conference on Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35 (4), 489, abstract 262.
- Mancilla Díaz, J.; Gómez Peresmitré, G. (2006). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. México: Manual moderno.

Manual de Diagnóstico Estadístico DSM-IV-TR (2002). España: Masson.

Márquez, M.E., Hernández-Guzmán, L., Aguilar, J., Barrón, V. y Reyes, M. (2007). Datos Psicométricos del EMBU-I –Mis Memorias de Crianza” como indicador de la percepción de crianza en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental* 30 (2) 58-66.

McDavid, J.W. & Garwood, J. G. (1978). *Understanding Children, promoting human growth*. Washington: Health & Company.

Morales, C. F. (1999). *Introducción a la Psicología de la salud*. Argentina: Paidós.

Offer, D y Sabsin, M (1984). *Normality and the Life Cycle*. Basic Books: New York.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y de comportamientos: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE-10* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Adoptado en la cuarta conferencia internacional sobre la promoción de la salud*. Yakarta: OMS.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Acerca de la OMS*. Recuperado el 16 de Mayo de 2007 de : <http://www.who.int>

Oropeza, T. R. (1995). *Estilos de crianza y autoconcepto en adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. No publicada. Facultad de Psicología. UNAM

Organización Panamericana de Salud (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington: OPS.

Osorio, R. S. A. y Sánchez, M. S. (1996). *Estilos de crianza en México: estudio epidemiológico*: Tesis de Licenciatura en Psicología. No publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, F.R. (2001). *Desarrollo humano*. Colombia: McGrawHill.
- Phillips, K.A. (1996). Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry* 57, 61-64.
- Pineda, G. G., Platas, A. S. y Gómez Peresmitré, G. (2001). Percepción de la relación materna y conductas alimentarias de riesgo. *La Psicología en México* VIII, 668-678.
- Pope, H.G., Katz, D.L. y Hudson, J.I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry*, 34(6), 406-409.
- Potter P. A. & Perry A. G. (2002). *Fundamentos de Enfermería*, Madrid: Harcourt Brace.
- Raimbult, G y Eliacheff, C (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Argentina: Nueva visión.
- Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Romero L. M. (2007). Estudio comparativo de dos instrumentos para evaluar estilos de crianza. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sanders, M. R; Patel, R. K; Grice, B.L. & Sheperd, W. R. (1993). Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem. *Health Psychology*, 12 (1), 64-73.
- San Martín, H. (1992). *Tratado general de salud en las sociedades humanas, ediciones científicas*. México: La Prensa Médica Mexicana
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology*. USA: John Wiley.
- Sarafino, P. E. y Amstrong, W. J. (1991). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas.
- Saucedo, M. R. J. (1996). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría en Psicología. No publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Schaffer, H.R. (1979). *El desarrollo de la sociabilidad*. Madrid: Pablo del Río
- Schaffer, H. R. (2000). *Desarrollo social*. México: Siglo XXI

- Sherman, R. y Thompson, A. (1999). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Stierlin, y Weber (1991). *Qué hay detrás de la puerta de la familia*. Madrid: Gedisa
- Stone A. A. (1976). *Mental Health and Law*. New York: Jason Aronson.
- Suárez, E. A. y Arias, M. M. (1997). La influencia de las prácticas de crianza y el género en la autoestima del adolescente: análisis retrospectivo. No publicada. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.
- Unikel, S. C. y Gómez-Peresmitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: Estudiantes de danza secundaria y preparatoria. *Psicopatología*, 16 (4), 121-126.
- Vandereycken, W. y Probst, M. (2003): *La experiencia corporal en los trastornos de la alimentación: Evaluación y tratamiento*. En L. Rojo, y G. Cava (comp.) *Anorexia nerviosa* (pp.441-445). Ariel Ciencias Médicas: España
- Vega, F. (1987). *Bases esenciales de la salud pública*. México: La prensa medica mexicana.
- Videla, M. (1991). *Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Ware, J. E., A. Davies-Avery, and R. H. Brook. (1980). *Conceptualization and Measurement of Health Adults in the Health Insurance Study: Vol. VI, Analysis of Relationships Among Health Status Measures*. Santa Monica, CA: The RAND Corporation.
- Zuckerfeld, R (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. México: Paidós.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

(XX)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible.

GRACIAS

Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

Facultad de Psicología, UNAM

Los derechos de autor están registrados.

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio, de este cuadernillo, sin la autorización expresa de la responsable del proyecto.

Copyright, México 1998

Revisión 2003

Lic. Silvia Platas Acevedo

Lic. Rodrigo C. León Hernández

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. Estado civil de tus padres:

- A) Casados
- B) Separados
- C) Viudo
- D) Soltero
- E) Otros

5. Cuantos hermanos tienes

- A) Soy hija única
- B) Dos
- C) Tres
- D) Cuatro
- E) Cinco
- F) Seis o más

6. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

7. Edad de tu primera menstruación

- A) No menstruo aún
- B) Menos de 9 años
- C) 9 a 11 años
- D) 12 a 14 años
- E) 15 a 17 años

8. Tu menstruación se presenta...

- A) Regularmente (todos los meses).
- B) Irregularmente (unos meses sí, otros no).

9. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No.
- B) Sí .

10. A que clase social consideras que perteneces

- A) Pobre
- B) Baja
- C) Media-baja
- D) Media
- E) Media-alta
- F) Alta

11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente (Considera 60.00 el salario mínimo por día):

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10,000
- F) \$ 10,001 a 12,001
- G) \$ 12,001 o más

12. ¿Quién o quienes aportan al ingreso mensual familiar?

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

13 . Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

14. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

15. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

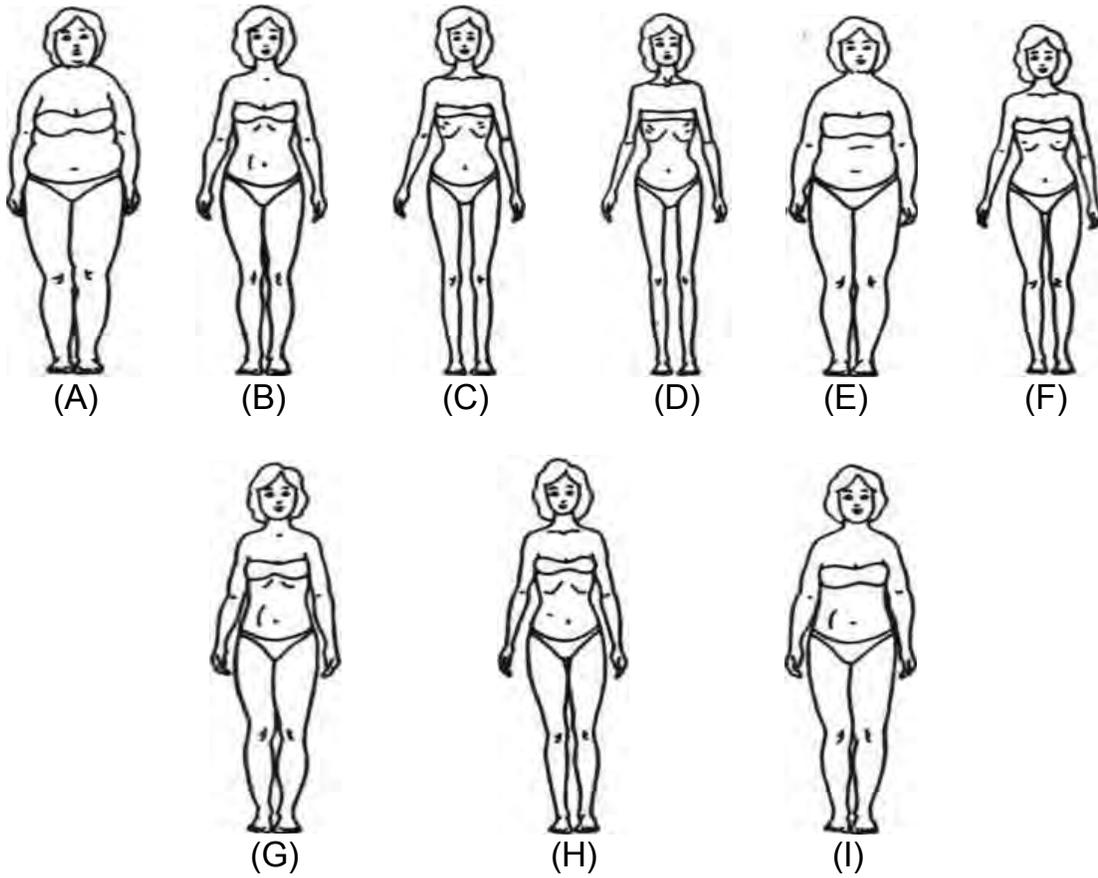
- A) No tiene trabajo.
- B) Obrero
- C) Empleado
- D) Vendedor ambulante
- E) Comerciante establecido-
- F) Profesionista
- G) Empresario
- H) Jubilado

16. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada (comercio u oficina)
- D) Vendedora ambulante
- E) Comerciante establecida
- F) Profesionista
- G) Empresaria
- H) Jubilada

SECCIÓN C

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



SECCIÓN E

1. En el último año:

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

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

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

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 5)
- B) Si. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Que edad tenias cuando hiciste tu primera dieta?

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

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

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

6. El problema consiste en que:

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

7. En los últimos seis meses has hecho dieta

- A) No
- B) Si

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

10. ¿Cuándo terminas de comer aun sientes hambre?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

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

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

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Paso por periodos en los que como en exceso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. No soy consciente de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Me asuste pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Difícilmente pierdo el apetito. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Soy de las que se hartan (se llenan) de comida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Me avergüenzo de comer tanto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Comer me provoca sentimientos de culpa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos “engordadores”. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Me deprimó cuando como de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Tengo temporadas en las que materialmente “me mato de hambre”. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

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

25. Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Prefiero la sensación de estomago vacío que (A) (B) (C) (D) (E)
la de estomago lleno.
27. Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
28. Me la paso “muriéndome de hambre” ya que (A) (B) (C) (D) (E)
constantemente hago dietas.
29. “Pertenezco al club” de las que para controlar (A) (B) (C) (D) (E)
su peso se saltan comidas.
30. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no (A) (B) (C) (D) (E)
desayuno, no como, pero ceno mucho).
31. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



(B)



(C)



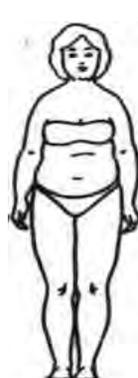
(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

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

1. ¿Que 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 mas alto 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 lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

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

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 delgada |
| D) Peso por debajo de lo normal | Delgada |
| E) Peso muy por debajo de lo 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. ¿A que edad empezó a preocuparte tu peso?

7. 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

8. Es mas 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

9. Me gusta la forma de mi cuerpo:

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

10. Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nerviosa, bulimia u otro trastorno alimentario

- A) Sí
- B) No

11. Si contestas que si, ¿quién es?

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermano
- D) Hermana
- E) Tío
- F) Abuelo/a
- G) Otros

12. Tienes algún familiar cercano que éste o haya estado en tratamiento psiquiátrico

- A) Sí
- B) No

13. Si contestas si, ¿quién?

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermano
- D) Hermana
- E) Tío
- F) Abuelo/a
- G) Otros

14. Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra.

- A) Sí
- B) No

15. En los últimos 6 meses has estado en tratamiento:

- A) Psicológico
- B) Psiquiátrico
- C) Ambos
- D) Ninguno

16. Actualmente, ¿sigues algún tratamiento médico?.....A) SI B) NO.

¿Porqué? _____

17. Tuviste sobrepeso en tu infancia

- A) Sí
- B) No

18. Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses:

- A) Como hasta que me duele el estómago
- B) He perdido el apetito
- C) Pierdo el control y como demasiado
- D) Me he sentido preocupada por que como muy poco
- E) Me he sentido preocupada por que como mucho
- F) Ninguno
- G) Otro

ENCUESTA

Esta encuesta tiene como propósito conocer algunos aspectos de tu vida familiar. Tus respuestas son *anónimas y absolutamente confidenciales* ya que serán procesadas estadísticamente junto con las de muchos otros estudiantes para fines de investigación, por lo que te pedimos que contestes con toda sinceridad.

Por favor no rayes este cuadernillo, anota tus repuestas, en la hoja de respuestas que te entregaremos.

SECCIÓN I

Instrucciones: Te vamos a hacer unas preguntas sobre el modo en que te ha tratado tu mamá. Antes de contestarlas lee cuidadosamente estas instrucciones. Para contestar este cuestionario es muy importante que procures recordar y precisar lo que has sentido y observado en relación con tu madre.

Cada pregunta tiene cuatro respuestas posibles:

- A) NO, NUNCA
- B) SI, A VECES
- C) SI, MUCHAS VECES
- D) SI, SIEMPRE

ANOTA EN LA HOJA DE RESPUESTAS EL NÚMERO DE LA OPCIÓN QUE ELEGISTE EN EL ESPACIO INDICADO

Tu mamá:

	A) NO NUNCA	B)SI AVECES	C)SI MUCHAS VECES	E)SIEMPRE
1. ¿Te dice que te quiere, te abraza o te besa?				
2. Cuando las cosas salen mal ¿trata de comprenderte y ayudarte?				
3. ¿Te ayuda cuando tienes que hacer algo difícil?				
4. ¿Te demuestra que está contenta contigo?				
5. ¿Confía en ti y te deja decidir cosas por tu cuenta?				
6. ¿Te escucha y toma en cuenta lo que opinas?				
7. ¿Hace algo para que la pases bien y aprendas cosas (por ejemplo, comprarte libros, procurar que salgas de excursión)?				
8. ¿Te dice que te portas bien?				
9. ¿Cuando estás triste te consuela o te anima?				
10. ¿Le gusta tu manera de ser?				

	A)NO NUNCA	B) SI AVECES	C)SI MUCHAS VECES	D) SI SIEMPRE
11. ¿Juega contigo y se divierten juntas?				
12. ¿Crees que te quiere?				
13. Cuando está contenta contigo, ¿te lo demuestra con abrazos, besos, caricias, etc?				
14. ¿Se enoja contigo fácilmente?				
15. ¿Crees que te quiere menos que a tus hermanos/as?				
16. ¿Te trata peor (injustamente) que a tus hermanos/as?				
17. ¿Te trata como la “mala de la casa” y te echa la culpa de todo lo que ocurre?				
18. ¿Le gustaría que te parecieras a otra persona?				
19. ¿Crees que es egoísta contigo?				
20. ¿Te dice que no le gusta cómo te comportas en casa?				
21. ¿Te regaña o te ofende delante de otras personas?				
22. Cuando pasa algo malo en casa ¿te echa la culpa a ti?				
23. ¿Te pega sin motivo?				
24. ¿Está triste o enojada contigo sin que te diga por qué lo está?				
25. ¿Te dice cómo vestirme, peinarte?				
26. ¿Te prohíbe hacer cosas que sí hacen tus amigos, por miedo a que te pase algo?				
27. ¿Te revisa tus cosas personales cuando tú no estás?				
28. ¿Se preocupa por saber qué haces cuando sales de la escuela o cuando vas con un amigo?				
29. Cuando haces algo malo, ¿Se pone tan triste que te hacen sentir culpable?				
30. ¿Te pide que le cuentes tus secretos?				
31. ¿Te dice frases como ésta: “Si haces esto, me voy a enojar contigo”?				
32. ¿Tiene demasiado miedo a que te pase algo malo?				
33. ¿Quiere saber quiénes son tus amigos y cómo son?				
34. ¿Te pide que expliques con detalle lo que haces cuando vas con tus amigos a fiestas o paseos?				
35. ¿Te fija una hora para regresar a la casa cuando sales con tus amigos y te regaña cuando no lo haces?				
36. ¿Crees que se entromete en tus cosas?				

