



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADOLESCENTES Y SU PERCEPCION DE LA RELACION MATERNA.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTAN:

ROSA ELENA PEREZ LEYVA ROMANA SILVIA PLATAS ACEVEDO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE.

SINODALES: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ. MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO. MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO. LIC. LILIA JOYA LAUREANO.

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

262827



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi madrina

***Por ese corazón tan grande,
por su fe en mí,
por motivarme a cada instante.***

A Laura

***Por estar a mi lado
en todo momento
por ser no mi amiga
sino ¡ mi hermana !.***

A Elena

***Por compartir este trabajo conmigo
por olvidar nuestras diferencias,
por luchar juntas a cada paso que dimos
por su cariño y comprensión,
pero sobre todo por ser mi amiga.***

A mis primas y amigos:

***Silvia, Leonor, Lucero, Andrea Cortés,
Martha, Andrea V, Chucho ...
(perdón por aquellos que
faltaron) porque juntos aprendimos a
mantener ese gran tesoro:
¡Nuestra Amistad!***

A mis diablillos

***Nicky, Lucas y Camila
por esos ratos de alegría.***

A Victor

***Por formar parte de mis ilusiones
alentándome día a día a seguir adelante.
Por su apoyo y confianza.***

A Paty y Gina

***Por su disposición cuando lo necesite,
por impulsarme a ser mejor cada día***

***A todos aquellos quienes de alguna manera contribuyeron a
que esta meta se realizará***

¡ MIL GRACIAS !

SILVIA

A mis padres:

***Con todo mi amor y respeto
de quienes he recibido
amor y apoyo incondicional
por la firmeza con que supieron impulsarme
y por que me han guiado en el camino
de la vida honesta***

A mi papi

***Que me ha ofrecido
el mejor tesoro "la educación".***

A mi mami

***Que me ha dedicado
integralmente su vida.***

***Gracias
Los quiero mucho***

Su hija

ROSY

A mi gran amor Beto:

***Por que has estado
en cada paso que he dado,
por tu apoyo infinito,
por ese gran amor que me das,
el cual me impulsa a seguir
siempre adelante,
por tu tiempo, paciencia,
por esa paz que me inspiras,
pero principalmente
por que llenas mi vida de felicidad
absoluta.***

TE BEVLO.

A la Nena y la Beba,

***por su apoyo incondicional
por la confianza que han depositado en mí,
por su cariño y compañía.***

A mis niños:

***Carlos, Fer y Jime
por la energía que me inyectan
para continuar superándome.***

A mis grandes amigas:

***Claudia, Esther y Lili,
por estar conmigo en las buenas
y en las malas; por motivarme,
por su amistad invaluable
por que gracias a su apoyo
he vencido las adversidades.***

A Chivis:

***Por su infinita paciencia,
su amistad, cariño y comprensión***

“¡ Lo logramos !”

A mis primas y sobrinos

***Lety, Celina, Karoll, David, Edgar y Ale
por su gran disposición siempre que lo
necesite.***

***Y a todos los que contribuyeron de alguna manera a la
culminación de este trabajo***

MIL GRACIAS

ELENA

ÍNDICE

RESUMEN	1
CAPITULO.	2
CAPITULO I - ADOLESCENCIA	
1.1.- Concepto.	4
1.2.- Características Biológicas.	6
1.2.1.- Cambios Fisiológicos	6
1.2.2.- Cambios Físicos.	7
1.3.- Características Psicológicas.	9
1.4.-Características Sociales.	13
1.5.- Socialización.	15
1.6.- Adolescencia y Familia.	16
1.7.- Adolescencia y Nutrición.	17

CAPITULO II FAMILIA

2.1.- Concepto.	19
2.2.- La Familia Mexicana Actual.	25
2.2.1.- Tipos de Familia.	27
2.3.- Relación del niño con la madre.	28
2.4.- El papel de la madre.	30

CAPITULO III ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS.

3.1.- Anorexia Nerviosa.	33
3.2.- Bulimia.	36
3.3.- Obesidad.	39
3.4.- Principales teorías que explican los desórdenes alimentarios.	40
3.4.1.- Teoría de la Patología Familiar.	42
3.4.2.- Teoría Sociocultural.	44
3.5.- Investigaciones realizadas.	46
3.6.- Trastornos Alimentarios en México.	51

CAPITULO IV CONCEPTOS

4.1.- Imagen Corporal.	54
4.2.- Satisfacción de la Imagen Corporal.	56
4.3.- Insatisfacción de la Imagen Corporal.	58
4.4.- Distorsión de la Imagen Corporal.	58
4.5.- Conducta Dietaria.	59
4.6.- Locus de Control.	61

CAPITULO V METODOLOGIA

5.1.- Propósito del Estudio.	64
5.2.- Objetivos.	64
5.3.- Planteamiento.	65
5.4.- Hipótesis.	65
5.5.- Definición de variables.	66
5.5.1.- Variable Independiente.. . . .	66

5.5.2.- Variables Dependientes.	67
5.6.- Diseño de Investigación.	70
5.7.-Muestra.	70
5.7.1.- Características de los sujetos.	70
5.7.2.- Criterios de Inclusión.	70
5.8.- Instrumento	71
5.9.- Procedimento.	76
CAPITULO VI RESULTADOS.	77
CAPITULO VII DISCUSION Y CONCLUSIONES.	97
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.	102
REFERENCIAS.	103
ANEXOS.	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar si existe relación entre la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer con la percepción de la relación materna en mujeres adolescentes de 15 a 18 años de edad.

El estudio que aquí se expone fue de tipo exploratorio y formo parte de una investigación denominada: "Estimaciones subjetivas / mediciones objetivas: la imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desordenes del comer", investigación aprobada por el programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN 304496), para ello se aplicó un Cuestionario denominado Alimentación y Salud que exploró las áreas: sociodemográfica, relaciones con la madre, imagen corporal y conducta alimentaria (EFRATA).El tamaño total de la muestra fue N=200 que se dividió en dos grupos: uno formado por las adolescentes con percepción positiva de la relación materna n=100 y otro con adolescentes con percepción negativa de la relación materna n=100.

Los datos están expuestos con estadísticas descriptivas, se analizó la distribución de las variables de interés y los resultados son presentados por medio de gráficas y tablas. Así mismo se utilizó estadística inferenciales para probar las hipótesis de trabajo.

INTRODUCCION

Comer es un acto central en nuestras vidas, que se repite día a día, sin causar fatiga. Los seres humanos necesitan obtener del exterior de su organismo una serie de sustancias vitales llamadas nutrimentos.

Desde que el hombre es concebido debe alimentarse para subsistir, en una primera instancia lo hace a través del alimento que la madre le proporciona. Después de nacer y conforme va creciendo va siendo independiente y se va responsabilizando cada vez más de su propia alimentación.

Sin embargo la familia va a ir influyendo en horarios, gustos, costumbres y hasta reglas para comer y esto puede llegar a convertirse en fuente de conflictos generadores de desórdenes de comer.

En México, los estudios realizados acerca de los desórdenes del comer son muy escasos y sólo recientemente se han iniciado investigaciones enfocadas a detectar los aspectos epidemiológicos, etiológicos y factores de riesgo de la obesidad, anorexia y bulimia nerviosas.

A partir de los estudios realizados en nuestro país en poblaciones de estudiantes (Holtz, 1992 y Gómez Pérez-Mitre, 1993; 1993 b; 1995), se ha detectado la presencia de manifestaciones de anomalías de la conducta en la alimentación, sin embargo, se desconoce su evolución y manifestaciones particulares de nuestra población.

En esta investigación se enfatiza en la relación con la madre ya que es ésta la encargada de dar amor, el cual es uno de los tres pilares de la seguridad necesaria para un buen desarrollo afectivo del niño, por lo tanto dependerá de ésta el desarrollo de su personalidad. Se han realizado diversas investigaciones (Humprey, 1986; Rhoders y Kroger, 1992; y Saucedo, 1997) en las cuales se ha encontrado que las madres de adolescentes anoréxicas y bulímicas se pueden describir como: intrusivas, temerosas, ansiosas, perfeccionistas y hostiles.

El propósito de este trabajo es determinar la relación que existe entre los factores de riesgo para el desarrollo de los desordenes alimentarios y la percepción de la relación materna en mujeres adolescentes de 15 a 18 años.

Es importante abordar este tema para contribuir con información sobre el origen, la presencia y la forma en que se manifiestan los desordenes del comer. Además también es importante observar cual es el estado que guardan los hábitos alimentarios de los jóvenes porque constituyen un sector mayoritario en la población, ya que en la adolescencia el crecimiento y la maduración están estrechamente relacionados con la alimentación siendo la familia la base de la formación del adolescente en todos los aspectos.

Cabe mencionar que otro de los propósitos es contribuir con información relevante para la elaboración de programas de prevención primaria destinados a evitar o disminuir la frecuencia de la aparición de este tipo de trastornos.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Todo ser humano atraviesa por diferentes etapas durante su vida, algunas de ellas las vive sin darse cuenta, sin embargo, la adolescencia presenta un cambio brusco, tanto de un medio social como de un aspecto físico que no se pensaba vivir.

La adolescencia en general esta considerada como una etapa de transición entre la niñez y la juventud, para el ser humano es difícil, ya que en ella se van a presentar cambios de tipo biológico, psicológico y social.

No es posible decir cuando empieza y cuando termina esta etapa, debido a que estos cambios van a estar influenciados por el nivel de nutrición de cada individuo, así como el medio sociocultural en el que viva. Sin embargo podemos decir en forma general, que estos cambios se van a presentar entre los 12 y los 20 años aproximadamente (Zapata, 1982 citado en Munguía, 1991).

1.1. CONCEPTO

Existen diversos conceptos de adolescencia que mencionan sus aspectos más importantes como los cambios físicos, otros se basan en los psicológicos y así cada quien expresa lo que cree y lo que le satisface.

Algunas definiciones son:

- La etapa de la vida humana que sigue a la niñez y que precede a la adultez. Constituye un período de transición entre ambas. Se inicia con los cambios corporales y finaliza con la entrada en el mundo de los adultos, siendo variable su duración en las diversas culturas, ya que los nuevos comportamientos que el adolescente debe aprender para adaptarse a la adultez dependen de las diversas concepciones que del adulto imperen en cada una de ellas (Papalia ,1992).
- La adolescencia suele ser una etapa compleja, problemática y a veces difícil en la lucha del joven por llegar a la madurez, es un período de cambios físicos, sociales, psicológicos y cognoscitivos, así como de cambios en las demandas sociales que le hacen a la persona. (Rocheblave,1985).
- Según la doctrina psicoanalítica : es la terminación de la infancia y el comienzo de la edad adulta, como el período temporal durante el cuál, la vida sexual del individuo alcanza finalmente la genitalidad de tipo adulto , producto final del desarrollo (León, 1991).

Etapas de la adolescencia:

La adolescencia es un proceso en el cual puede distinguirse varias etapas del desarrollo. En cada una de ellas tanto en el estado físico como en el psicológico, existe una diferencia progresiva que va dirigida al crecimiento y la autodefinition . Blos señala cuatro etapas del desarrollo en la adolescencia: temprana, propiamente tal, tardía y postadolescencia.

1.2.- CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS

Cuando la adolescencia comienza biológicamente, los procesos de maduración dan lugar a un crecimiento físico acelerado, a un cambio de dimensiones corporales, modificaciones hormonales y a impulsos sexuales más fuertes (León, 1991).

Las transformaciones biológicas se acompañan generalmente de fatiga, falta de ánimo y otros síntomas. Una de las tareas evolutivas más difíciles para el adolescente es la aceptación de su cuerpo, con nuevos cambios, no sólo debe ajustarse a las modificaciones sino aceptar su nuevo tamaño y conformación como la figura que tendrá por el resto de su vida (Munguía, 1991).

1.2.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

La evolución de este período la inicia una pequeña área del cerebro, el hipotálamo. Cuando el niño o la niña cumple 12 ó 13 años, el hipotálamo ordena a la hipófisis que produzcan hormonas y que las envíe a través de la corriente sanguínea para activar la producción de hormonas sexuales en los órganos genitales.

En las niñas, estas hormonas estimulan los ovarios para que empiecen a segregar hormonas sexuales (estrógenos), gracias a las cuales el cuerpo forma una mucosa en el útero que está listo para acoger a un óvulo fecundado, de no ser así, se efectúa un desprendimiento de toda la capa de células que tapizaba el útero y a esto se le llama menarca o menstruación, la cual se presenta como una limpieza regular aproximadamente cada 28 días.

En los niños las hormonas mandadas por la hipófisis actúan sobre los testículos y las glándulas suprarrenales, que inician la producción de hormonas sexuales (testosterona). El

niño no presenta una menstruación pero si una eyaculación, es decir, de su pene sale un líquido llamado semen, el cual en un principio es claro y ligeramente pegajoso, volviéndose después lechoso y espeso (León, 1991).

En todo este funcionamiento las glándulas suprarrenales tienen bastante participación por medio de la adrenalina para dar mayor impulso a las emociones del adolescente y de la cortisona que permite una más adecuada definición de los sexos, para dirigir mejor la sexualidad y la problemática que esta conlleva (Muñoz, 1991).

1.2.2. CAMBIOS FÍSICOS.

Existe una variación en el crecimiento en cuanto a hombre y mujer. En el caso de los varones este crecimiento empieza entre los 12 ½ y los 15 años, en promedio. En las mujeres empieza en promedio dos años antes que en el varón.

Semejante al crecimiento anterior se da el de el peso, el tamaño de los músculos, crecen la cabeza y la cara y muy en especial los órganos reproductivos; éstas transformaciones del cuerpo son de gran importancia ya que tienen repercusiones psicológicas y sociales. Estas alteraciones no sólo determinan lo que el joven adolescente puede hacer sino también lo que quiere hacer (Muñoz. 1991).

A continuación se presenta un cuadro que muestra los cambios que se presentan en esta etapa (León, 1991):

MUJER	HOMBRE
* Rostro más lleno.	* Aparece el vello facial.
* La voz se ahueca un poco	* La voz falla y se hace más grave.
* Los genitales se engrosan y se oscurecen.	* El pene aumenta de tamaño y se oscurece.
* Se inicia el crecimiento de senos.	* Los testículos se agrandan.
* Aparición del vello púbico y axilar.	* Aparición de vello púbico y axilar.
* Aparece la menarca.	* Se da la primera eyaculación.
* Maduración del sistema óseo.	* Maduración del sistema óseo.
* Ensanchamiento de las caderas.	* Mal olor en la transpiración.
* Aparece el acné.	* Aparece el acné.
* Aumento de altura y peso.	* Aumento de altura y peso.

Estos cambios que sufre el adolescente son muy notorios, por lo que el muchacho se ve obligado a hacer adaptaciones muy rápidas en cuanto a su autoimagen .

En una primera época, el adolescente debe definirse en relación con su nuevo esquema corporal, es decir, con la representación que el individuo se forja de si mismo. Nuestro cuerpo es efectivamente un espejo hacia el que converge nuestra vida interior y las sensaciones del medio circundante. Nadie puede vivir en perfecta inteligencia consigo mismo, ni establecer verdaderas relaciones con el prójimo sin aceptar su cuerpo. En el adolescente la imagen del yo físico se basa en formas culturales y muy especialmente aquellas normas aceptadas como verdaderas por su grupo de la misma edad (Cohen, Kahan-Nathan, Trodjmán y Verdoux, 1979 citados en Munguía, 1991).

Esto en ocasiones causa angustias en el adolescente debido a las comparaciones que se hacen con muchachos como él. Estos cambios biológicos determinan un desajuste emocional que será nivelado a través de modelos sociales, lo que dará un gran impulso al muchacho en el desarrollo definitivo de su identidad (Muñoz, 1991).

1.3.- CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS.

En la adolescencia los cambios de tipo psicológico son de vital importancia para la formación como adultos. En esta edad el joven define su personalidad, entendiendo a ésta como : la modalidad total de la conducta de un individuo que no es suma de modalidades particulares o rasgos, sino producto de su integración , según el psicoanálisis, la personalidad constituye una unidad que puede ser descompuesta en las instancias psíquicas y que son influenciadas por factores internos y externos (Loiziaga,1987 citado en León 1991).

El adolescente a través de sus experiencias e información del medio ambiente va a definir su personalidad. El primer punto a que él joven le dará importancia será a su autoimagen y desarrollo físico. Por lo general el ser humano no tiene una imagen consciente de sí mismo, una imagen de su yo físico, que se va modificando a lo largo de su vida. Sin embargo, en la adolescencia se presentan cambios decisivos, estos obligan al muchacho a hacer adaptaciones manuales en un tiempo más reducido lo que determina preocupación importante en relación a su ideal particular de adulto o al ideal cultural de su grupo.

Para el adolescente la imagen ideal del yo físico va a estar influenciada principalmente por las normas culturales y por el grupo al que pertenece. Se debe considerar también su arreglo personal, su forma de vestir, sus ideas. El adolescente pretende igualar todo esto con lo que en ese momento es su ideal y de esta forma se siente más seguro al integrarse a sí a la sociedad (Munguía, 1991).

El desarrollo de la identidad no es un proceso privativo de la adolescencia pero a esta edad requiere mucha importancia. dentro de este sentido de identidad el adolescente busca ratificar su forma de pensar y de vivir, esto le ayudara a definir su personalidad frente a sí mismo.

El joven busca a esta edad su identidad de raza de cultura, de status social, de religión , de tendencia política , etc. , pero una de las más importantes es la identidad sexual (Idem).

En el ser humano la identidad de ser hombre o mujer aparece alrededor de los 18 meses a través del juego, de la forma de relacionarse con la familia, quedando establecida a los tres años de vida, sin embargo surge como una necesidad de reafirmación en el período adolescente.

Según el psicólogo Erick Erikson , la primera tarea es conquistar su propia identidad, la cual se obtiene al cumplir con cinco puntos esenciales: (Muñoz ,1991).

- 1.- Aceptar su cuerpo tal y como es.
- 2.- Escoger una profesión.
- 3.- Prepararse para desempeñar su profesión.
- 4.- Ser independiente.
- 5.- Elaborar un sistema propio de valores (Loizaga, R.1987 citado en León 1991).

Al adolescente se le presentan algunos problemas para lograr su identidad sexual como son, según Sarrel 1980 (citado en Pérez,1989):

- La habilidad de superar la culpa, vergüenza y las inhibiciones infantiles asociadas con los aspectos sexuales.

- Una toma de conciencia progresiva, de ser una persona sexual y del valor de lo sexual en la vida propia.

La habilidad de ser sexualmente responsable con uno mismo, su pareja y la sociedad.

Estos aspectos no los puede desarrollar el adolescente solo, necesita de la sociedad y de la comunicación entre compañeros, vecinos y familiares de la misma edad.

Son muy importantes también los roles sexuales que comprenden toda la serie de conductas que una persona asume para distinguirse a sí misma y frente a los demás como hombre o como mujer, estos roles sexuales le van a ayudar en forma definitiva al adolescente para reafirmar su identidad masculina o femenina.

Otro cambio psicológico es en el aspecto intelectual el joven alcanza su madurez intelectual a través de las operaciones formales, es decir, se le presenta la posibilidad de manipular ideas, no solo objetos, su lógica le permite relacionarse con las abstracciones.

Los adolescentes por naturaleza, inclinados a la protesta a menudo rehuyen la superioridad de los mayores. Quieren aprender a tomar decisiones y a encontrar sus propias limitaciones. El pensamiento y la conducta del adolescente parecen egocéntricas, su foco de atención son ellos mismos.

El uso que hacen de la ironía es como un ejercicio de sus nuevos talentos para pensar. Sienten un gusto por el uso de doble sentido no solo por ser divertido, sino como por una oportunidad de demostrar una nueva destreza cognoscitiva.

Los cambios psicológicos que se pueden denominar como universales, ya que ocurren en cualquier adolescente sea cual sea su ambiente social, son los siguientes: el aumento de la agresividad, el aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto, la intensificación de la imaginación y la fantasía y la intensificación del impulso erótico (Rocheblave, 1985).

El descubrimiento del yo interno despierta sentimientos de soledad y la necesidad de experimentar con el propio yo para establecer su unidad. En el momento de la adolescencia el yo emerge apareciendo con una nueva categoría: el yo como responsabilidad un yo fuertemente impregnado de emotividad en la búsqueda de un lugar en la sociedad; a este surgimiento del yo se le llama egoísmo, por que el sujeto pretende establecer un lazo de unión, entre su yo interno con sus cambios y preocupaciones y el yo social, los otros yo que le rodean para lograr un lugar entre ellos. Con algunos esfuerzos por alcanzar un sitio preferencial (Hernández 1988).

Por todo lo antes expuesto, se puede decir que uno de los aspectos más importantes para el desarrollo del adolescente es la comunicación que existe con el medio ambiente que lo rodea principalmente con su núcleo familiar.

1.4.- CARACTERÍSTICAS SOCIALES.

Se refiere a los cambios sociales en el adolescente por que es precisamente en esta etapa todo lo que gira , socialmente ante él sufre serias modificaciones, es decir: existe un cambio de comportamiento de él hacia los demás y viceversa.

La sociedad considera los cambios en la adolescencia como la época donde se adquiere status. que esta basado en consecuencia de ciertos objetivos definidos, los papeles responsables que asuma la persona para consigo misma y para la sociedad. Así el adolescente se adjudica al status a dejar de ser niño y al pasar a ser un joven maduro.

Las sociedades son las que crean todo, un universo de valores, leyes, costumbres, y prácticas para perpetuar a través de diferentes generaciones los valores comúnmente aceptados y elaborados por la sociedad.

La presión social a la que se enfrenta el adolescente se debe al cambio de comportamiento repentino que tiene la sociedad para con él, a partir de un momento determinado, "la adolescencia" (Muñoz, 1991).

Posiblemente, al comienzo de la pubertad, la sociedad empieza a tratar de introducir nuevas normas y valores cuando empiezan a presentarse los cambios orgánicos en el niño; se tienen ciertas exigencias que *anteriormente no se les tenía al igual* que se le empieza a presionar para que adopte ciertos patrones de conducta que antes eran considerados como malos o no apropiados para su edad.

Todas estas alternativas a las que el adolescente se enfrenta se les llama cambios sociales. Estos son importantes por que ellos ayudarán o no a la identidad en la adolescencia aunque al principio algunos de ellos causen desconcierto o malestar. Todo lo que la sociedad al transmite al adolescente son normas de conducta para ser aceptado, estos es establecido por la parte adulta la cual le presenta ciertas exigencias para poder formar parte de ellas.

Aunque supuestamente el adolescente es apto para comportarse como adulto. no se le permite del todo. Ante él empiezan a girar ciertos axiomas como las citas, el establecimiento de un ídolo, el noviazgo, la concurrencia a reuniones, el cigarrillo e inicia a ingerir algunas bebidas notándose cada vez más clara, la temprana imitación de la conducta adulta.

Al adolescente se le pide que trace a partir de ese momento un mapa de metas, considerando posibilidades y barreras para lograrlas al igual que la relación que puede existir entre él y sus objetivos.

En toda sociedad o cultura ha sido la adolescencia una preocupación constante y se le ha envuelto de solemnidad en un momento inicial y ha sido considerada también como un período formativo para el ser humano.

Es considerada como el inicio de la aceptación social de un nuevo miembro el cual se adhiere a las fuerzas productivas de su sociedad, apoyando el progreso de su especie y el fortalecimiento de su nación. Se puede afirmar que la adolescencia es un producto de la cultura.(Munguía . 1992).

Por otra parte, en nuestra sociedad el sexo es considerado pecaminoso, la virginidad y la abstinencia sexual son ideales sociales y las experiencias sexuales en la infancia son condenadas. el deseo de las relaciones sexuales lo ponen en conflicto con los valores morales de la sociedad, siendo el matrimonio la única manera social de satisfacer esos

deseos, por lo que supuestamente esta conducta es regulada por la sociedad, por otras actividades como son los deportes.

Durante su crecimiento el niño obtiene información incompleta en todo lo que respecta al sexo, esto provoca un gran desconcierto al llegar a la etapa adolescente, por que no es visto con naturalidad los cambios que en esta etapa acontecen.

Para que el adolescente se convierta verdaderamente en un adulto y no únicamente en un individuo maduro físicamente tiene que alcanzar gradualmente la independencia respecto a su familia para lograr ajustarse a su maduración sexual y establecer relaciones viables de cooperación con sus compañeros sin ser denominado por ellos, decidir cual será su vocación y prepararse para cumplirla. Formarse su propio conjunto de normas y creencias morales orientadas a las decisiones que tendrá que hacer y a las acciones que habrá de emprender en un mundo cambiante (Pérez, 1989).

1.5.- SOCIALIZACION

Sanders (1989) define a la socialización como "... el proceso a través del cual el individuo se transforma en miembro de una sociedad particular y aprende los roles apropiados de su sexo, clase social, grupo étnico, etc." (p.8 citado en Perroni y Navarro 1985).

La enseñanza de conceptos tales como el de la familia que los adultos transmiten a los adolescentes, provoca en éstos una determinada dinámica cognoscitiva. Este pensamiento está trabajando ininterrumpidamente para integrar lo que van aprendiendo, y así darle sentido a sus experiencias, coordinar sus ideas y comprender los acontecimientos del mundo que está percibiendo. Esto quiere decir, que el adolescente adquiere los conceptos no precisamente a través de la explicación del significado de éstos, sino mediante la observación de las conductas del modelo (los padres y/o educadores). Es a este método al que Bandura (1974) llama aprendizaje observacional o social, el cual consiste esencialmente en observar más que en recibir explicación.

Los adolescentes son "esponjas" alertas a cada conducta de los padres o adultos, a cada anuncio de televisión, y están prontos a repetir dichas conductas. La familia es el primer grupo organizado con el cual el individuo tiene sus primeros contactos. Mediante la socialización a través de la familia se aprenden los significados culturales, se internalizan las normas establecidas socialmente, y se adquieren los roles que desempeñará el sujeto a lo largo de su vida (Muñoz, 1991).

1.6 .- ADOLESCENCIA Y FAMILIA.

Dentro de su familia, el adolescente vive una situación especial ya que debe permanecer en ella mientras que completa la formación técnica o profesional. Hurlock (1982) menciona que a finales de la infancia aproximadamente a los 12 años , las fricciones de los miembros de la familia son habituales y alcanzan su punto máximo entre los 16 o 17 años. Los cambios físicos de la pubertad hacen que el niño se vuelva silencioso y poco cooperador y es aquí cuando surgen los problemas con los padres ya que estos pueden criticar o castigar su conducta sin tomar en cuenta su causa y el niño puede pensar que no se le quiere o comprende.

Cuando se modera en crecimiento brusco de la pubertad y se recupera la homeostasis, el joven adolescente comienza a sentirse mejor y sus relaciones familiares mejoran poco a poco, en parte por la madurez del adolescente y en parte por el grado en que los demás miembros de la familia reconoce que ya no es un niño y lo tratan de modo distinto. Al final de la adolescencia las relaciones familiares son aún mejores ya que los padres reconocen a sus hijos como personas mayores y los tratan como tales ayudando así a su maduración social y emocional.

La llamada crisis de la adolescencia y la desorientación que sufre la familia no debe recaer únicamente sobre el adolescente. Durante esta época el joven tiene sentimientos ambiguos sobre su cuerpo ya que no sabe si debe actuar como niño o como adulto, pero sus padres no comparten este sentimiento ya que para ellos es solamente un niño (pero lo suficientemente grande para ayudar). (Quintanar, 1984 citado en Saavedra, 1993).

Hay pocas ocasiones en la vida más difíciles de afrontar que un hijo o hija adolescente en la época en que trata de liberarse. Y en verdad es durante la adolescencia cuando la fe de los padres en su hijo se ve sometida a la más dura prueba pero lo que resulta afectado no es solo la confianza en el hijo sino la confianza en los que se le han ofrecido y transmitido. Los padres tiene que remitirse cada vez mas a lo que le han inculcado en años anteriores pues ahora el joven debe comenzar a gobernar su propia vida a probar lo que a adquirido en los años más protegidos, y a descubrirse así mismo en cuanto un individuo distinto.

Es natural que se produzca un conflicto entre el adolescente y su familia. Los problemas esenciales tanto del joven como de sus padres se deben a que aquel tiene que afrontar las tareas críticas y superar su dependencia de estos y de contener y reorientar sus impulsos sexuales, desligándolos de las personas que han sido los objetos primarios de su adhesión afectiva y sexual. Solo después de cumplidas estas tareas podrá consolidar sus identificaciones y modelos de papeles para integrarse como un adulto.(Lidz , 1969).

1.7 ADOLESCENCIA Y NUTRICION.

La psicología y la vida social de los adolescentes influyen de manera directa sobre sus hábitos alimentarios. Por una parte, su propio organismo y su intensa actividad les exige comer en mayor cantidad que muchos adultos. Por otra, la sociedad exige una "buena figura " para mantener una buena imagen social aceptable. La moda influye muy directamente en

el reforzamiento de la necesidad de esta imagen. El comercio ofrece los pantalones, blusas, y toda clase de ropa, que luce sólo cuerpos delgados y esbeltos. Esta estética compulsiva a provocado, en países como Estados Unidos, una verdadera epidemia de anorexia nerviosa y vómitos incontrolables entre jovencitas temerosas de engordar. Si bien estos extremos son raros en América Latina, se ha producido la tendencia a imitar los tipos corporales de las modelos estadounidenses o europeas.

Al mismo tiempo, el joven se ve acosado de propaganda consumista que le invita a ingerir una variedad de productos que le otorgan prestigio, popularidad y atractivo. Así los dulces, pasteles, frituras y otras diversas golosinas, se ha sumado el alcohol en sus diversas presentaciones.

Los alimentos también llegan a dar una identidad al joven. A veces determinado tipo de alimentación le permite formar parte de un grupo, lo que le lleva a adoptar con facilidad dietas vegetarianas, naturistas macrobióticas y otras de actualidad. En ocasiones la comida sirve para canalizar la angustia y la desadaptación. Se adquiere el hábito de comer por compulsión lo que le produce obesidad.

Durante el período de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender a los requerimientos corporales. Como consecuencia de ello, desarrollan un apetito voraz. El estómago incrementa su capacidad para ser capaz de digerir la mayor cantidad de alimentos.

El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25 % en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años.

El apoyo y la orientación en materia de nutrición es difícil. En esta edad, tal vez que en cualquier otra, los factores psicológicos y sociales influyen de manera determinante sobre la elección de la dieta (Casillas, 1985).

CAPITULO II

FAMILIA

El hecho familiar es notable por su permanencia. La familia existe en la especie humana, sea cual fuere su tipo sociológico, poli o monogámico, exo o endogámico. Las organizaciones sociales y las religiosas intervinieron siempre para sancionar su existencia, para mantener su coherencia, justificando de esta forma su papel de institución básica.

2.1. CONCEPTO

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de está 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, Echeverría, Mata y Ayala, 1990). 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, costumbres, comportamientos, actitudes, ideologías y conductas anormales (Ortiz, Abad y López, 1985).

Otra definición es: es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal forma que la conducta de ellos depende del efecto de las interrelaciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo. Para entender la conducta de cada miembro de la familia, es necesario examinar las normas que regulan la interacción familiar así como las secuencias repetitivas que conforman los patrones de crianza.

El sistema familiar puede operar por una serie de reglas que controlan las relaciones de tal manera que los padres establecen y siguen ciertas normas con respecto a los hijos y estos últimos aprenden cuales patrones emplear para preguntar para actuar o para interactuar (Woody, 1992).

Para Ackerman: "La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia , realización y fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud mental".

Siguiendo a éste autor los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

Biológicamente , la familia cumplirá con sus funciones sólo si existe una organización adecuada de fuerzas sociales que permitan que el hombre y la mujer se unan y puedan unir a sus hijos.

Psicológicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de las necesidades afectivas.

Económicamente , están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de las necesidades afectivas.

Socialmente, los fines que cumple la familia moderna son:

- 1.- *Provisión de alimento , abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen de protección ante peligros externos , función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.*
- 2.- *Provisión de unión social , que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.*

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar, este vínculo de identificación proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

4.- El moldeamiento de los roles sexuales , lo que prepara el camino para la maduración y la realización sexual.

5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad individual.

La familia es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde adentro como desde afuera . En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas sociales y económicas. Pero la familia debe también aceptar dentro de ellas las condiciones de las ligaduras biológicas básicas de hombre y mujer y de madre e hijo. (Hernández y García 1990).

La experiencia familiar conforma una parte grande e importante de todo el funcionamiento psicológico. Por tanto, si la estructura familiar o su funcionamiento no resultan acordes con las demandas ambientales a las que se enfrentará el individuo a lo largo de su desarrollo, este desarrollo se retrasa en las mejores condiciones o muestra severos desórdenes en las peores.

Si además de una familia desintegrada o disfuncional, el individuo se desenvuelve en un ambiente hostil, enajenante o desadaptativo, en la escuela, en el trabajo o en la comunidad, el deterioro en su comportamiento puede ser tan extremo que amerite intervenciones asistenciales drásticas. De esta manera, la desintegración familiar o las disfunciones de la pareja constituyen progresivamente un importante problema social y de salud pública dentro del ámbito de la salud mental.

Así, una adecuada adaptación a la sociedad y el desarrollo de las capacidades afectivas, intelectuales y productivas del individuo depende en gran parte de su familia. principal agente de socialización y factor central en la estabilidad emocional y mantenimiento de la salud mental.(Romero, 1986)

Es importante entonces notar que la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo. como un sistema dinámico en el que las relaciones organizacionales entre sus miembros permite la identificación de patrones, lo que los hace predecibles. Los casos clínicos reportados y la teoría del sistema familiar sugiere que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de conductas y actitudes respecto a la comida y al peso (Constanzo y Woody. 1985).

Los padres son sujetos reactivos ante las conductas de sus hijos recibéndolos como seres pensantes, con sensibilidad hacia sus problemas, tolerancia respecto a criterios educativos. confianza en sus capacidades, además de que se dice que son los primeros maestros del niño. La literatura afirma que los padres son los encargados de transmitir a sus hijos las normas sociales, las costumbres , las creencias y valores, la forma de vida, las formas de comunicación, los hábitos, las actitudes, los estilos de solución de conflictos, la forma de vestir, de comer, los gustos y gracias a todo ello los niños se van adaptando a la sociedad.(Dencik citada en Saucedo, 1996).

Dentro de la familia como grupo humano existen normas y valores. es decir, ciertas rutinas para vivir y convivir; formas acostumbradas de hablar, de comer, tradiciones y mitos que respetan sus miembros no necesariamente por que sean las más adaptativas o eficientes sino por que son nuestras formas de vivir.

La concepción que tienen los padres sobre la niñez, su desarrollo físico, necesidades afectivas y sociales, determinara el tipo de crianza que los padres adoptarán para la transmisión de normas que han impuesto la cultura y la sociedad pues estas son diferentes

para cada sexo, proponiéndose ideales masculinos para el hijo y femeninos para la hija. En las sociedades muy industrializadas es común que a los niños se les presione para valerse por sí mismos, buscando el logro, mientras que a la niña se le presiona a que sea obediente y hacendosa, educándola para la crianza (Fernández, 1988).

Dentro de los modelos estructurados para describir los estilos de crianza paternos, podemos citar los más comúnmente identificados, los cuales son:

BUROCRÁTICO.- Este estilo se caracteriza por que la cabeza de la casa está ocupada en trabajos asalariados y los cuales tienen un alto grado de seguridad laboral. Tratan de ser igualitarios y enfatizan la adaptación social y así como el alcanzar la delantera en el mundo. Los niños prefieren actividades cooperativas.

EMPRESARIAL.- En este tipo, los padres generalmente son propios jefes o comisionistas los cuales enfrentan la toma de riesgo y competencia. Estos padres promueven la independencia y la autoconfianza y los hijos tienden a ser muy competitivos.

PERMISIVO.- En donde se trata de no ser punitivo con el niño. Se acepta positivamente los impulsos, deseos y acciones de los hijos, así como se les consulta sobre las políticas familiares. Hace poco énfasis en el orden y responsabilidad en el hogar. Actúan como recursos para los niños manifiestan poco control sobre ellos, no promueven el conformismo pero sus técnicas de disciplinas son muy laxas. En ocasiones se llega a caer en la negligencia y el descuido de los hijos

AUTORITARIO.- Los padres usan un alto grado de control sobre sus hijos. Promueven la obediencia y adherencia a la normas familiares. Tienden a emplear medidas disciplinarias punitivas y enérgicas. Los padres creen que si golpean al niño lo convertirán en un adulto obediente. Algunas de las variables que explican la adopción de este estilo de crianza son: ignorancia, juventud, bajo nivel educativo, socioeconómico y ocupacional. familias

numerosas, conflictos conyugales, poca cohesión familiar, situaciones estresantes, personalidad obsesivo-compulsiva, baja tolerancia a la frustración y algunas otras . La comunicación entre padres e hijos es casi inexistente.(Papalia y Wendkos, 1988).

Una de las creencias más arraigadas acerca de la crianza infantil consiste en que se considera necesario y deseable que los padres hagan uso de su autoridad para controlar, dirigir y educar a sus hijos. Pocos padres, dudan alguna vez de esta idea. La mayoría de los padres están prontos para justificar su uso de la autoridad. Dicen que los niños la necesitan y la desean o que los padres saben más. La frase "papá , sabe más" es una creencia firmemente arraigada.

La persistencia obstinada de esta idea de que los padres deben y deberían hacer uso de su autoridad al tratar con sus hijos, a prevenido durante siglos cualquier cambio de importancia en la forma en que se educa a los hijos y en la forma en que estos son tratados por los adultos. Esta idea persiste, en parte, debido a que los padres casi universalmente no entienden lo que la autoridad es en realidad o lo que hace en los hijos. Todos los padres hablan sobre la autoridad pero son pocos los que la pueden definir y hasta identificar la fuente de su autoridad (Gordon, 1988 citado en Saucedo, 1996).

La personalidad autoritaria es profundamente convencional y estereotípica. La imagen del padre es la de un ordenancista rígido, justo, triunfante, lejano, y a veces generoso. La de la madre se compone de los atributos estandarizados de la feminidad: habilidad práctica, buen aspecto exterior, limpieza y buena salud (Fromm, Horkheimer,Parsons,1986).

La autoridad paterna propicia la conformidad y no la creatividad en el niño, igual que se detiene la innovación bajo un clima de trabajo autoritario en una organización. (Gordon, 1988 citado en Saucedo,1996).

2.2.- LA FAMILIA MEXICANA ACTUAL.

La familia mexicana como tal no existe y no es posible generalizar, mas bien es necesario señalar que las familias mexicanas son diversas, con características universales generales y particulares de cada región, etnia y clase socioeconómica, de acuerdo con las diferentes épocas. (Espejel,1987)

Santiago Ramírez (1970) respecto a la organización familiar en México, dice que el problema básico es su estructura: "... el exceso de la madre, la ausencia del padre y la abundancia de hermanos" (p.189). Afirma que la familia esta integrada por una serie de obligaciones y de compromisos donde las mujeres tiene que satisfacer sus necesidades en oficios poco calificados, además de que habitualmente han sido abandonadas por su compañero , quien cuando estuvo presente fue violento y frecuentemente ausente, por lo que la cohesión del hogar se estructura alrededor de la madre. Por lo tanto dice Ramírez "... hemos vivido una cultura en lo que lo fundamental ha sido la relación con la madre" (p.205, Ramírez citado en Camacho 1992).

Para Díaz-Guerrero (1972), la estructura de la familia mexicana depende de 2 supuestos fundamentales: 1) la existencia de la supremacía del padre, y 2) el absoluto autosacrificio de la madre. De estas premisas se derivan los roles asignados a cada miembro de la familia, por ejemplo: las hijas tienen una educación que estimula la feminidad, la maternidad y las labores domésticas, en fin todo aquello relacionado a su futura condición de madre-esposa pasiva, abnegada y sumisa. Al niño se le educa fomentando la virilidad, agresividad, brusquedad y especialmente en la adolescencia, se le da prioridad al tema sexual, para que en el futuro sea el esposo que debe trabajar y proveer, nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que sucede en su casa, solo demanda que todos le obedezcan.

Candelas (1981) interesado en el tema de la familia en México, pero preocupado más por el concepto que por la estructura o función de la misma, investigó el significado del concepto de la familia en adolescentes mexicanos (12 sujetos), a través de Técnicas Proyectivas. Encontró que el significado de familia en los adolescentes de su muestra comprende las siguientes premisas: la familia tiende a una estructura nuclear, a pesar de que las familias en general son de tipo extenso: hay incomunicación y aislamiento entre los miembros; el padre es un sujeto lejano y autoritario; los miembros de la familia deben someterse a la voluntad del padre; y que la madre es la figura más valorizada y cercana a los sujetos.

Los cambios sufridos en los valores y en las actitudes de los mexicanos, respecto a la familia y a los roles de hombres y mujeres en la década de los 80's fueron confirmados a través de dos estudios a nivel nacional (Alducin, 1986; Hernández y Narro, 1987). La muestra de la encuesta de Alducin fue de 3543 personas de los medios urbano y rural, 50.5% hombres y 43.4% mujeres, de 15 años en adelante, los resultados del estudio fueron los siguientes: a) los mexicanos dan un gran valor a la familia y en particular a los hijos; b) el matrimonio sigue siendo una institución vigente y fundamental; c) el papel de la mujer dentro de la familia es subordinado al papel del hombre; d) para los mexicanos la mujer debe ser hogareña, abnegada y casta, en ella recae la responsabilidad del cuidado del hogar y de la familia; e) para los mexicanos de mayores ingresos y más educación, la mujer debe ser además hogareña, inteligente y apasionada, para este grupo la mujer, dentro del matrimonio debe ser más compañera e igual que el hombre, sin dejar de ser el centro de la familia. Un dato interesante es que ya no se valoran las características femeninas de sumisa y sufrida, como en épocas anteriores (Alducin citado en Camacho, 1992)

De estos estudios se puede concluir que, en los últimos años se han observado algunos cambios en el sistema de valores del mexicano. Sin embargo, cabe resaltar que los valores familiares se mantienen, muchas veces, a pesar de los cambios ecológicos, urbanos y regionales, de los modos y pautas de conducta de la recurrencia intergeneracional.

Lo anterior se ve reforzado por Sanders (1989) con su estudio sobre conceptos culturales en familias trigeracionales, en el cual concluyó que en una cultura como la mexicana, donde la estructura tradicional familiar es fundamental, se siguen viendo pautas de interacción familiar que conservan si no un respaldo legal, sí un significado psicológico que garantiza la persistencia y continuidad de las pautas tradicionales de socialización en la familia.

2.2.1. - TIPOS DE FAMILIA.

En México existen dos tipos de familias:

*La llamada familia nuclear que esta formada por padre , madre e hijos.

*La llamada familia extendida muy frecuente en México que es uno de los pocos países en donde todavía se conserva este tipo de organización.

Esta familia extendida es aquella formada por padre, madre así como los progenitores de ambos , los hermanos y otros familiares cercanos. La familia extendida es extraordinariamente importante dentro de la sociedad a pesar de que también puede ser fuente de conflictos en relación con la familia nuclear. Sin embargo, son más los beneficios que proporciona , porque es determinante en el apoyo que puede prestar a aquella en los momentos de crisis que convulsionan su estructura. Por ejemplo, en caso de muerte de alguno de los integrantes de la pareja parental; los abuelos, hermanos y tíos ayudan inmediatamente al cónyuge que haya quedado vivo y a cargo de los hijos; como si la desgracia aglutinara y diera forma al sentido familiar mexicano. Lo mismo ocurre en caso de abandono. Así como en casos de divorcio o separación.

2.3.- RELACION DEL NIÑO CON LA MADRE

De la relación que entre madre e hijo se establezca depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas , que las experiencias centrales de su vida sean el placer o displacer , que para su gratificación pase su atención poco a poco de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que provee sus necesidades (que es el primer representante del mundo externo) y finalmente que, los períodos iniciales de fusión y amor con la madre por razones egoístas den lugar a una forma madura de amarla como persona.

Cuando no se ha desarrollado la capacidad de formar relaciones objetales normales o ésta ha sido destruida al comienzo de la vida provoca que los niños tiendan a retraerse , a centrar su interés en ellos mismos sin desplazarse hacia el mundo que los rodea, sufren una depresión y un deterioro de su evolución física o intelectual , o de ambas a la vez.

Por otro lado cuando la madre se halla demasiado preocupada por sus propias necesidades , su carrera o su vida matrimonial el niño(a) se sentirá desdeñado, rechazado y responderá con sus perturbaciones emocionales.

El vínculo particular entre progenitores e hijo crea entre ellos una relación que difiere de las otras relaciones humanas. El niño comienza su vida como parte de la madre y ella lo trata como si fuera una extensión de su propia persona.

Durante los primeros años el padre y la madre le parecen seres omniscientes y todopoderosos dado que son las figuras centrales de su vida. Su presencia o ausencia, , su aprobación o desaprobación significa toda la diferencia entre la felicidad y la infelicidad.

Su relación con ellos incluye más afecto, ternura y admiración; el infante se halla fuertemente centrado en su madre y es posesivo al respecto.

En la primera relación infante-madre le concierne a ella la tarea de estar atenta a las necesidades del niño, de no malentenderlas, ni confundirlas entre sí y satisfacerlas adaptando sus acciones a la velocidad y ritmo del niño.

Depende de la madre el que este desarrollo se produzca cuando recibe con satisfacción de sentimientos del niño hacia ella y si responde a esa manifestación favorece el progreso de su hijo del autocentrismo al amor objetal . Cuando rechaza los avances del niño puede destruir la potencialidad que es de una importancia máxima y producir consecuencias desastrosas en el desarrollo sano posterior de la criatura.

Las muestras de afecto o de rechazo que reciben desde que son lactantes, determinan en gran medida, la buena o mala relación que tendrán con sus semejantes y la aceptación o repudio de las cualidades que forman su modo de ser. De tal forma en que la niña reciba el cariño de sus padres, dependerá la confianza y seguridad en sí misma, condición fundamental para su desenvolvimiento, o por lo contrario, la inseguridad o temor ante muchos de los episodios de su vida (Klein, 1943 citado en Perroni y Navarro, 1985).

Por ejemplo. Si la conducta de la madre hacia la niña es al mismo tiempo de amor y de rechazo, si le disgusta atenderla en sus alimentos y demás necesidades, la bebé captará que no es bien querida y desde pequeña tendrá actitudes de desconfianza. Si más adelante la conducta de la madre sigue siendo negativa, la niña no la aceptará y por lo tanto no podrá imitarla en su forma de ser. Por el contrario, si la madre es cariñosa, la niña se identificará fácilmente con ella aceptará lo que está le enseñe. La ternura que ha recibido de su madre, la practicará en sus juegos y en su vida futura, deseando ser como ella cuando sea grande. Posteriormente, con su gran sentido de observación, descubrirá el tipo de relaciones que tienen sus padres y las normas que la sociedad impone a las mujeres, inspirándose en todo esto para moldear su conducta.

2.4. EL PAPEL DE LA MADRE

El papel principal de la madre es amar. Ella es quien, primordialmente, se haya encargada de aportar ese amor, que es uno de los tres pilares de la seguridad, necesaria al buen desarrollo afectivo del niño. Entorno a ese amor maternal se ordenaran las relaciones del niño, primero con su madre, mas tarde con los demás elementos de la familia. El amor es la más importante de las relaciones familiares; no es la única. La madre a de tener también autoridad. lo que no es incompatible con el amor. Pero el amor tiene que desempeñar en ella un papel mas importante que la autoridad.

El amor puede entenderse de muchas maneras distintas. El amor maternal es a la vez benevolencia ,ternura y comprensión, es decir , amor de intuición, de manifestación y de aceptación. Es un amor tan espontaneo como fácilmente ciego. El hijo se sabe comprendido. aceptado tal como es.

Este amor no es un fin en sí, destinado a la única satisfacción maternal. De su calidad depende la afectividad futuro del niño, moldeado por la madre, y esta influencia persistirá indefinidamente en el psiquismo del adulto.

La independencia orgánica absoluta in útero, luego relativa al nacimiento, disminuirá poco a poco hasta desaparecer. La dependencia afectiva sigue una evolución parcial paralela, pero desplazada porque parece surgir solo después del nacimiento.

Esta dependencia hace que la madre resuma por si sola, para el lactante, todo el problema de las relaciones familiares. Su personalidad y su comportamiento con el poseerá una influencia determinante sobre su porvenir psíquico. Puede quedar definitivamente señalado por lo que habrá mamado con la leche de su madre y, quizá, más aún por lo que de ella no haya recibido, hablando afectivamente. Además, se ignora con demasiada frecuencia que la madre tiene tanta necesidad del contacto con el hijo como él la necesita a ella. (Porot,1980)

En la familia mexicana actual, la figura preponderante es la madre en cuanto a presencia y cercanía en relación con los hijos . Amén de que el mexicano como padre es ausente por herencia e identificación con su propio padre, la verdad es que las exigencias de la vida moderna contribuye mucho a fomentar la situación. En cualquier nivel socioeconómico el hombre a llegar a casa después de un arduo día de trabajo , compromisos sociales , tensiones producto del esfuerzo arduo y continuado , lo que menos quiere es hablar y escuchar los problemas de esposa e hijos .

Los deja solos sin compartir experiencias mutuas , expectativas e ilusiones , y en este abandono, en esta soledad, se pierde el contacto y la comunicación , siendo la madre no solo el ama de casa sino la única que se encarga de los problemas y conflictos que surgen en su familia (Sandoval .,1984).

Cuando los hijos entran en la adolescencia necesitan ajustarse al desarrollo de la pubertad logrando así mismo la adaptación de las familias. Las madres encuentran una mejor comunicación con sus hijas debido al género que las caracteriza por ello enfrentan presiones emocionales e intentan convertirse en confidentes guías las cuales les tratan de explicar los cambios que sufren tratan de llenar las necesidades de estas manejando las situaciones que se presentan. (Trad.,1995)

CAPITULO III

ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS

La conducta alimentaria, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esa conducta cobra más valor aún, 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 de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré 1993).

El estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica (aspectos neuroendócrinos, neuroquímicos, etc.), lo que exige una aproximación multifactorial que, al mismo tiempo que ve al individuo como una unidad funcional, lo entiende en su realidad, en su interrelación sujeto-sociedad, es decir, desde una concepción BIO-PSICO-SOCIAL (Barber, Bolaños, López, Ch y Ostrosky, 1995).

Dentro del campo de estudio de los desórdenes alimentarios se encuentran tres principales entidades: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Son fenómenos complejos, íntimamente relacionados que en la realidad difícilmente se encuentran en forma pura. En el orden de lo biológico el común denominador de las tres, es el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y es precisamente en el manejo de dicho balance en donde puede encontrarse la confluencia y la interrelación de los diferentes factores, pues, aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez Pérez-Mitré, 1993)

3.1.- ANOREXIA NERVIOSA

Richard Morton (1689) es identificado generalmente como el autor de la primera descripción de lo que él llamó "phtisis nervosa". Morton describió el síntoma principal de la anorexia nerviosa como "un deseo de apetito" y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza (Gordon, 1990 citado por Mendoza, 1996).

Bliss y Branch revisando el desarrollo histórico del concepto y los aspectos clínicos de la anorexia nerviosa en 1960, no encontraron en la literatura una clara solución para diferenciarla de otras formas de desnutrición. Para su estudio, ellos decidieron considerar una pérdida de 25 libras (12.5 Kg.) como una conveniente definición de la condición, si la disminución en peso fuera atribuible a causas psicológicas (Citado en Murrieta, 1997).

Los reportes históricos tempranos de mujeres que ayunan y mueren tras su estado de inanición son considerados por unos teóricos como las primeras muestras de anorexia nerviosa. Algunos autores como Habermas (1989) y Holtz(1995) coinciden que antes de mediados del siglo XIX las mujeres no presentaban propiamente anorexia nerviosa, ya que faltaba un ingrediente básico eran que los ayunos fueran motivados por un terror mórbido a engordar. Así los informes históricos varían de varias maneras.

Por ejemplo, en la Edad Media tardía las mujeres siguiendo un modelo de ascetismo, comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. Restringir su consumo de alimentos era sólo una forma más de autosacrificio entre muchas otras, como dormir sobre piedras, el aislamiento de la sociedad, el automortificarse, etc.(Bell, 1985; Bynum, 1987 citado en Holtz 1995). Así muchas mujeres ayunaban a fin de facilitarse experiencias místicas.

Muchas mujeres del postmedievo, famosas por sobrevivir sin comer, pasaron muchos años en la cama, generalmente "sufriendo" de una parálisis histérica. Estas mujeres, sin embargo se parecen más a las mujeres histéricas modernas, quienes dejan de comer por el valor que le dan simbólicamente a la comida (Bruch 1973 citado en Holtz 1995) que a las anoréxicas modernas quienes en contraste tratan de negar su demacrado estado y fragilidad, manteniéndose exageradamente activas durante el mayor tiempo posible.

En 1684, la primera paciente registrada como anoréxica fue una adolescente inglesa de 18 años de edad, la cual desarrollo amenorrea por una "multitud de ansiedades y pasiones de su mente".(Holtz, 1995)

Los primeros en dar la denominación médica fueron Ernest Lasègue, en Francia en 1873. y Sir William Gull. en Inglaterra 1874. Gull destacó el estado mental generalizado que acompañaba a la aparente falta de apetito, y de allí surgió el término de "anorexia nerviosa". Lasègue, quien creía que la etiología del trastorno era histérica le llamo *anorexie hystérique*. Estos médicos enfatizaban la estrecha relación existente entre el paciente con anorexia nerviosa y su familia e incluso se recomendaba aislar al paciente. En 1895 Gilles de la Tourette fue el primero en llamar la atención de que el paciente no sufría falta de apetito. Según él, las características fundamentales del trastorno eran la negativa a comer y una percepción distorsionada del propio cuerpo (Kaplan, 1986).

En 1903, Pierre Janet describió las formas histérica y obsesiva de la anorexia nerviosa y posteriormente Sigmund Freud sostuvo que se relacionaba con la melancolía y que se presentaba en mujeres carentes de un adecuado desarrollo sexual.

En 1963, Thöma, siguiendo la línea psicoanalítica, propuso que la base de la enfermedad radicaba en la ambivalencia formada durante la etapa oral del paciente, y que este padecimiento funcionaba como una herramienta de su ambivalencia en la cual la emación era el síntoma principal para lograr la independencia (Gordon,1990 citado en Mendoza 1996).

En 1987, Louise Kaplan, propuso que la anorexia presentaba un esfuerzo femenino para alcanzar la perfección, un intento desesperado por lograr un sentido de identidad personal y una necesidad de tomar posesión del cuerpo y de la mente propios para convertirse en un sí mismo autónomo.

En la actualidad la mayoría de los investigadores coinciden en que la anorexia nerviosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias de este período, particularmente, la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad.(Mendoza,1996)

Bruch (1973), propone que la anorexia nerviosa y la obesidad temprana están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna. Ella postula que estos individuos no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables. Aparentemente estos niños se confían a signos externos para saber cuando comer y cuanto, debido a que su propia capacidad de consciencia interna ha sido programada incorrectamente.

Generalmente las madres de este tipo de niños dan respuestas inapropiadas e inconsistentes a las necesidades de sus hijos, tienden a ser negligentes o sobreprotectoras, limitantes o indiscriminadamente permisivas, lo que crea en el niño gran confusión.

Conforme al DSM-IV los criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nervosa son:

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 a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

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

D)En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, por ejemplo ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos.

3.2. -BULIMIA

Probablemente tampoco la bulimia es un desorden nuevo ya que existen evidencias históricas dispersas que son compatibles con el diagnóstico de la bulimia y que comprenden los últimos 250 años. Es común encontrar la transcripción de un documento publicado por Wulff en 1932 que muestra con detalle cuatro casos de un trastorno muy similar a lo que actualmente se conoce como bulimia.

Las únicas referencias compatibles con los conceptos actuales, parecen ser las de Blachez en 1869, quien detallo dos formas de bulimia en ambas la comida podía ser la principal preocupación de la persona, el hambre podía persistir aún después de consumir grandes cantidades de alimentos y de la apatía podría seguir un banquete. En el subtipo llamado cinorexia el banquete era seguido por vomito. Esto es de valor ya que las notas de

Gull 1874 la descripción de la anorexia nervosa incluía la presencia de apetito voraz ocasional.(citado en Rivera, 1997)

Boskind-Lodhal y Sirlín (1997) presentaron un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta al que denominaron bulimarexia. En cuanto a Palmer (1979), llamo síndrome de caos alimentario a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia. Russell introdujo en 1979 el término bulimia nervosa describiendo una categoría de pacientes con una tendencia en exceso y que mitigaban los efectos engordadores de la comida a través de vómito auto-inducido o del abuso de laxantes; a partir de 1985, ha de reservar éste termino a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia. (citado en Rivera. 1997).

La bulimia nerviosa, caracterizada por el consumo rápido de una gran cantidad de comida , puede aparecer junto con la anorexia o como un trastorno alimentario independiente.

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría ubica ambos trastornos entre los de inicio en la infancia, niñez o adolescencia y proporciona criterios específicos sobre su sintomatología para su detección y diagnóstico, entre las cuales destacan la presencia de episodios recurrentes de voracidad, vómito provocado, empleo de laxantes y diuréticos, seguimiento de dietas estrictas o ayuno, práctica de ejercicio para evitar el aumento de peso y una constante preocupación por la silueta y el peso.

La anorexia y bulimia nerviosas fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III 1980).

Conforme al DSM-IV 1994 los criterios marcados para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa son:

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

I.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas características.

II.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. Ej.; sensación de no poder para de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

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

C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tiene lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

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

E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En el DSM-IV aparece una nueva categoría diagnóstica, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, el cual incluye casos de anorexia y bulimia nerviosa, en donde se cumplen todos los criterios diagnósticos excepto uno, o donde no se cumple con la duración de un síntoma específico y el síndrome de comer en exceso, el cual consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento, sin el uso de métodos compensatorios.

Se ha encontrado que la edad promedio en la que se establece el acceso bulímico es a los 18.4 años que, por otra parte, es también la edad en la que se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo (Cooper & Faiburn 1983 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993). Por lo general, las personas bulímicas ignoran que dicha conducta alimentaria representa una enfermedad, desconocen sus consecuencias y aún la existencia misma del término bulimia.

Por otra parte, la bulimia se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida, en tanto las técnicas de purga se aprenden, frecuentemente, a través de los amigos y de los medios de comunicación. (Agras, 1988).

3.3.- OBESIDAD

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo. Aun cuando, desde el punto de vista clínico o asistencial se consideran diferentes tipos de obesidad, así como distintos criterios de clasificación para la misma, para los propósitos de este estudio solo interesa el criterio o método cuantitativo, y obesidad se entiende en su expresión general, es decir, como exceso de grasa corporal.(Gómez Pérez-Mitré,1993).

Desde el punto de vista médico la obesidad es un estado físico en el cual es excesiva la cantidad de grasa almacenada en el organismo. Se acumulan las calorías en forma de grasa dentro de los depósitos del organismo.

La obesidad está caracterizada por :

- a) Tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal.
- b) Mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa.
- c) Disminución de la actividad física.

Desde el punto de vista metabólico la obesidad es un desequilibrio entre la ingestión y el consumo de energía. En general se ingiere más elemento que el necesario para sostener los gastos calóricos. (Dorland,1974 citado en Colmenares 1996).

3.4.PRINCIPALES TEORIAS QUE EXPLICAN LOS DESORDENES ALIMENTARIOS

Existen varias teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, aquí se trataran solo dos, la teoría de la patología familiar y la teoría sociocultural. Por las siguientes razones: la familia es el grupo que tiene mayor influencia en la formación y desarrollo de la personalidad del individuo. En su seno se modela la identidad, se aprenden roles, se asigna el sexo. es decir, es la vía de la socialización. Además la familia como institución social ocupa un lugar importante en la estructura de la sociedad. Por lo anterior, se considera pertinente observar en la dinámica familiar que tipo de interacciones o patrones patológicos pueden conjugarse para dar origen a estos trastornos. Y al mismo tiempo explicar bajo que circunstancias socioculturales se da mayor prevalencia.

Estos trastornos se consideran propios de las sociedades de opulencia o industrializados y parecería que hablar de ellos en México sería absurdo y sin embargo, no es así, ya que compartimos algunas semejanzas.

En nuestra cultura la familia tiene un lugar central, constituye por lo general la organización mínima fundamental tanto de pertinencia como de referencia. No obstante, se están dando una serie de cambios que nos llevan a "copiar" el tipo de organización familiar de otros países industrializados; la influencia de los diversos medios de comunicación y la situación económica actual. Esta última es la que impone un ritmo nuevo: Una gran cantidad de mujeres ahora se inserta obligadamente al mercado de trabajo. En consecuencia, se disminuye la polarización de los roles sexuales. La familia actualmente tiene pocos hijos. Predominan los valores de confort, el consumismo, la abundancia de bienes materiales, la diversión y el bienestar físico.

De ahí que las funciones de la familia se restrinjan a lo esencial, y ahora se comparten más algunas funciones con otras instituciones como las guarderías, los clubes deportivos, etc., por lo tanto las relaciones familiares se pueden ver afectadas.

En las sociedades industrializadas algunas actitudes se acentúan más: la mercantilización, el egoísmo y la despersonalización, las cuales influyen constantemente en nuestra forma de vida. (Rivera, 1997)

3.4.1. TEORIA DE LA PATOLOGIA FAMILIAR

Los primeros investigadores enfatizaron la patología familiar en la anorexia nervosa fueron: Charcot (1889), quien se abocó al estudio de la separación entre los pacientes y su familia como parte del tratamiento. Gull (1874) encontró que los familiares eran los peores en el cuidado de los pacientes. Laséque (1873), describió a la enredada familia e incitó a los clínicos a no mirar superficialmente la patología familiar. (Rivera, 1997)

Minuchin y sus colaboradores escribieron extensamente sobre la familia psicósomática, Minuchin (1974); Minuchin y otros (1975, 1978). Ellos se interesaron por un sistema o modelo abierto que explicara la enfermedad psicósomática, incluyendo partes como: estrés extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar, la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático. El sistema podía ser activado en cualquier punto y las partes podían afectar a cualquier otra. No obstante, estos autores mostraron casi exclusivamente la patología familiar en este sistema y declararon que: con los cambios de interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicósomática. Minuchin y otros (1978).

Ellos sugieren las siguientes hipótesis:

1) Ciertas características familiares están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del síntoma psicósomático en los nidos.

2) Los síntomas psicósomáticos de los hijos juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

El síntoma es una solución protectora: el portador de él se sacrifica por defender la homeostasis de la familia, así lo describe en otro documento. Minuchin (1990), agrega que, cuando la queja que motiva la demanda de terapia es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia; la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo.

Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión, o unión excesiva entre los miembros de la familia. la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

La anorexia y la bulimia son desórdenes con características intrapsíquicas y familiares. Becker y Billington (1987 citado en Rivera,1997), encontraron que las mujeres estudiantes bulímicas muestran más disturbios que las mujeres normales en un índice de relaciones objetales-egofuncionales, específicamente las mujeres bulímicas reportaron más miedo al abandono y una falta de autonomía en sus relaciones interpersonales.

Algunos estudios descriptivos de pacientes anoréxicos y bulímicos que tratan sobre relaciones familiares actuales han indicado que prevalece la disfunción familiar: Esas familias son enredadas, intrusivas, hostiles y niegan las necesidades emocionales de sus hijos. (Strobber y Humprey, 1987).

Otros trabajos dirigidos a buscar la etiología de los desórdenes del comer enfocan su atención en las relaciones objetales, de acuerdo con Bruch (1985), la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijas, especialmente la de comer, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido de identidad del cuerpo. Como resultado, al crecer las niñas las percepciones de sus propias funciones fisiológicas se distorsionan. No aprenden a diferenciar los disturbios biológicos de los interpersonales y emocionales. Tales niñas por lo general, no son alentadas por sus padres a ser autónomas, la excesiva obediencia y conformidad caracterizan su personalidad.

Más tarde con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia con respecto al incremento de impulsos biológicos (incluyendo el hambre), y las nuevas demandas sociales y emocionales. Probablemente, ellas, como respuesta reactiva tratan de sobrecontrolar sus necesidades. Bruch (1985), añade que sus obsesiones y compulsiones, relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal pueden dirigir su propia inanición

3.4.2. TEORÍA SOCIOCULTURAL.

Por mucho la teoría más aceptada por nuestra sociedad sobre la distorsión de la imagen corporal es la del aspecto sociocultural. Esta teoría habla de los estándares sociales que se buscan seguir para obtener una figura esbelta. De alguna manera, los medios hacen creer a las mujeres que ser gordo es algo malo y que lo que es delgado es bello y a la vez es bueno.

Históricamente las mujeres siempre han deseado alterar su figura para encajar en la concepción social de la belleza; como actualmente la belleza es un sinónimo de delgadez, las mujeres aspiran a ser flacas y femeninas. A este respecto algunos estudios hechos en E.U. han mostrado que las mujeres más atractivas son percibidas como más flacas y por lo tanto más femeninas.

La influencia de nuestra sociedad y especialmente la de los medios, es un elemento muy importante que atenta actualmente contra la percepción de la imagen corporal.

Algunos autores recientemente han empezado a examinar los poderosos efectos de los medios masivos de comunicación, como Lakoff y Scherr que en 1984 (Citado en Cortina y Mozo, 1996), notaron que principalmente la influencia de la televisión y las revistas de gran alcance son algo problemático. Sugirieron que las personas que aparecen en estos medios son vistas como representaciones realistas de la sociedad actual; a diferencia de las figuras que aparecen en las pinturas o las esculturas, estas son vistas como sólo una creación artística.

De acuerdo con el modelo sociocultural, (Schwartz, y Johnson 1982 citado en Rivera, 1997), los desórdenes del comer, podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, por la delgadez y por hacer dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Hay dos creencias que dan pie para la búsqueda de un ideal:

La primera es que el cuerpo puede ser moldeado como se desea y que si se sigue una dieta adecuada, un programa de ejercicio y un esfuerzo personal, cualquier individuo puede tener el contorno y el peso perfecto. La segunda es que los beneficios justifican la búsqueda que teniendo un cuerpo ideal obtendremos importantes recompensas (por ejemplo: atracción interpersonal, desarrollo profesional, salud, felicidad, etc.). Estas creencias han motivado a muchas personas a practicar dietas, ejercicio y hasta cirugía plástica en niveles que no tienen precedente.

La alta frecuencia de mujeres en programas de reducción de peso las creencias irracionales de las mujeres que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el inflingirse a sí mismas estados de inanición como en el caso de la anorexia; o autotorturarse como lo hacen los bulímicos, son conductas que tienen un elemento en común: La creencia de que para ser considerada físicamente atractiva y socialmente aceptable como mujer *se debe estar delgada*.

La mayoría de las mujeres que practican dietas, lo hacen por belleza o estética más que por razones de salud. Esta práctica se considera como la razón principal para el incremento de mujeres que padecen desórdenes del comer.

Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia nervosa así como de la bulimia nervosa. Los desórdenes del comer se han convertido en los disturbios mentales favoritos de las culturas de opulencia. (Brumberg 1988)

El contexto cultural, sus normas y valores, influirán en los ideales y modelos individuales. Dada una vulnerabilidad psicogénica en el desarrollo de la vida temprana, los traumas y posibles disposiciones constitucionales, son la plataforma para el desarrollo de desórdenes del comer en mujeres jóvenes.

El modelo cultural predice que la preferencia por un cuerpo delgado, impera en las grandes sociedades. Así mismo el DSM IV (1994), señala que este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá y Europa entre otros.

Los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de las mujeres por conservarse delgadas y sirven como estímulo primario para los desórdenes del comer. (Brumberg 1988)

Recientes investigaciones señalan que la bulimia está presentándose en forma alarmante entre mujeres jóvenes de peso normal, quienes no cuentan con historial de anorexia nervosa u obesidad.

Se han hecho pocos trabajos para identificar a este grupo de mujeres de peso normal quienes han sido atrapadas en un ciclo de ingesta excesiva y purga, forzándose habitualmente a vomitar haciendo ayunos severos, laxándose o abusando de los enemas.

3.5 - INVESTIGACIONES REALIZADAS

Con la finalidad de detectar cuales factores familiares influyen más como predictores de obesidad infantil, se han realizado investigaciones cuyos hallazgos permitieron concluir que: La estructura de la familia (biológica o con padres adoptivos así como el número de hermanos) no afecta significativamente el riesgo de permanecer obesos en la edad adulta. La negligencia y el abandono paterno incrementan este riesgo en comparación con un apoyo familiar armonioso. Los descuidados tenían un riesgo mayor de obesidad infantil así como de permanecer en este estado hasta la edad adulta en comparación con los niños atendidos por sus padres. (Lissau y Sorensen, 1994 citado en Saucedo 1997).

Para investigar la relación entre las dinámicas de apego padres-hijos y los trastornos de alimentación, se realizó un estudio en jóvenes estudiantes anoréxicas y bulímicas y se

encontró que estas experimentaban la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con las estudiantes normales. La protección materna la consideraban significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con sujetos normales. *La identificación de una situación paradójica entre sobreprotección y carencia de cuidado se debe a que en este tipo de patrones paternos, los padres excesivamente ansiosos estorban el cuidado realmente significativo para los hijos.* (Rhodes y Kroger, 1992)

En otras investigaciones se describe a las madres de anoréxicos como: intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas y temerosas de separarse de sus hijos. por otro lado los padres de estas pacientes son descritos como: obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y lejanos.

Generalmente, en estudios de sistema y psicodinámica familiar los resultados convergen en describir a los anoréxicos como sujetos que tienen dificultades para apartarse de la familia y consolidar una separación e identidad.(Humprey,1986)

La bulimia ha sido fuertemente asociada con la carencia de afecto paterno, con estilos afectivos negativos, hostilidad y patrones desajustados de interacción familiar, impulsividad paterna y con obesidad familiar. La bulimia se cree asociada a una deficiente autosuficiencia y autorregulación proveniente de un medio ambiente familiar inadecuado y adverso. (Saucedo, 1997)

También se ha documentado que los bulímicos perciben a sus familias como poco cohesivas, expresivas y recreativas y con más conflictos cuando eran comparadas con las percepciones de sujetos normales (Johnson y Flach, 1985)

Minuchin y sus colaboradores (1978) identificaron cinco patrones primarios observados a partir de 60 familias de anoréxicos y bulímicos mismos que pueden ser los causantes de estas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y

poca resolución de problemas.

Diversos factores familiares han sido vinculados con el desarrollo y curso de los trastornos alimentarios, sin embargo, estos han sido identificados de manera global y aun no se ha detectado cuales de ellos son los de mayor peso para la aparición y mantenimiento de dichas alteraciones.

Una de las tesis más importantes de los factores que determinan los desórdenes alimentarios hace notar la importancia que tiene la relación madre-hija, ya que esta relación a llegado a determinar ciertos aspectos parecidos en las pacientes con anorexia y/o bulimia, es la de la Doctora Hilary J. Beattir, profesora de la Universidad de Colombia.

La doctora explica, después de una extensa experiencia clínica con pacientes con anorexia nervosa y bulimia que "la mujer está predispuesta a tener esta clase de desórdenes alimentarios. Esto deriva en gran parte el desarrollo psicosexual desde su niñez. Aquí el proceso de separación e individualización de la madre es más difícil para las niñas que para los niños: esto es porque las niñas deben simultáneamente individualizarse e identificarse por sí mismas de la imagen femenina que representa su madre. Los conflictos que se representan para que se dé esta individualización son hostiles; esta lucha por la autonomía de la niña respecto a su madre puede durar toda la vida y muchas veces la forma o la vía en que se externalizan estos problemas son por medio del control anormal de la cantidad de comida que consumen y del cuidado de su cuerpo.(Cortina, 1996)

Prácticamente la mayoría de los autores que han analizado la génesis de los trastornos alimentarios, principalmente de la anorexia han coincidido en señalar que un componente central lo constituye una relación paterna autoritaria y hostil y una sobreprotección y perfeccionismo materno. (Humphrey, 1986, Pike y Rodin, 1991, citado en Saucedo, 1997)

Un dato importante con base en los estudios realizados de los casos de anorexia nervosa, revela que las madres de las pacientes, siempre fueron mujeres (en su mayoría) conscientes

y devotas para con sus hijas. Estas madres creen haber hecho bien su papel de madre; inclusive mencionan que su bebé había salido adelante gracias a todos sus cuidados y atenciones. Por otro lado, se encontró que por lo general, los padres de niñas anoréxicas están seguros de sí mismos y de su desempeño del papel de padres. Creen que su manera de haber educado y cuidado a sus hijos, es mucho mejor que la forma en que realizaron este mismo papel amigos, parientes o hasta los vecinos.

Lo que para ellos es prueba de que lo anterior es cierto, es ver que sus hijas son obedientes, responsables, con muy buenas calificaciones, deportistas y que no están metidas en ningún problema.

Este es un círculo vicioso que se presenta generalmente en relaciones familiares donde un integrante de la familia es anoréxico, es decir, mientras los padres toman esas actitudes (responsabilidad, obediencia) como un signo de que hicieron bien su trabajo, para las niñas es una presión más por vivir a diario tratando de cumplir expectativas que supuestamente la han puesto sus padres.

Generalmente las madres de familias con una hija anoréxica, son mujeres con una carrera profesional. Estas madres sienten que sacrificaron sus aspiraciones profesionales por el bienestar de su familia. Por eso, alrededor de los 40 años deciden ponerse al tanto de sus estudios profesionales como preparación para el trabajo y así continuar con una vida profesional anteriormente truncada. Los padres de estas familias, a pesar de su éxito social y económico, se sienten dejados de lado por el resto de la familia.

Están preocupados enormemente por las apariencias físicas, admiran la belleza y el buen estado físico del cuerpo, esperan una conducta adecuada y logros mesurables de parte de sus hijos. Las esposas se preocupan asimismo por hacer dietas para mantenerse en un peso adecuado (así como se preocupan por el peso de sus hijas). Otras madres están obsesivamente preocupadas con algún defecto que pudieran tener sus cuerpos, y esto lo transmiten constantemente a las hijas. También pueden ser los padres los que están al

pendiente del peso de sus hijas y deciden qué y cuánto pueden comer para no subir de peso.

Cualquier chica anoréxica, al darse cuenta de los problemas en la familia (problemas entre los padres como pareja también están incluidos), se siente obligada (mediante logros personales, académicos, deportivos y por su actitud) a querer mejorar la situación familiar.

Se encuentran preguntándose constantemente : ¿Qué pensará mi madre de esto? Tienen una preocupación excesiva con respecto a lo que sus padres piensan y sienten acerca de todo lo que ellas hacen, hasta que se ven opacados sus propios sentimientos. Otra característica que presentan mayor parte de los padres de familia que tienen una hija anoréxica, es que son demasiado críticos de las amigas de su hija antes de conocerlas, diciendo que seguramente no son buenas amigas.

Estas mujeres anoréxicas durante mucho tiempo no tuvieron poder sobre ellas mismas (o sobre cualquier otra cosa como decisiones, opiniones y sentimientos). Por eso cuando se matan de hambre es la única manera en que se sienten con algún control sobre sus vidas. Quizás no puedan controlar situaciones del exterior, pero algo que sí pueden hacer, es decidir qué comer, cuánto y cada cuánto. Esto es, se regulan con un dominio impresionante de sí mismas. (Bruch, 1978 citado en Cortina 1996)

Martínez-Fornés (1994) encontró que las adolescentes anoréxicas pertenecen a una familia estable, sin problemas económicos, con una “aparente” convivencia perfecta, aunque poco espontánea. Las madres de estas jóvenes no presionan tanto a sus hijas para crecer esbeltas.

Pero en esa “aparente” normalidad se aprecia una excesiva dependencia interpersonal. Una estructura familiar sin fronteras. Como si todos sus miembros fueran uno solo, especialmente el binomio madre-hija.

Dentro de estas familias las hijas son educadas en un clima donde todo gira en torno a ella. - para su bien -, pero ignorando su personalidad y sentimientos. Cuentan con una madre perfecta, poseída por ideales de salud, belleza y éxito escolar para su hija, pero sin intercambiar apenas sentimientos afectivos con ella. Una madre maravillosa que fracasa en la empresa de desarrollar la autonomía de su cría predilecta. Surge así una dependencia familiar excesiva, adonde no respetan los límites entre ellos.

3.6.- LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MEXICO.

La investigación que se ha realizado en el campo de los desórdenes alimentarios a nivel mundial es sumamente amplia y variada, en México se han comenzado a realizar alguna serie de investigaciones, en este apartado encontramos algunos de ellos:

Estudios realizados por Sepúlveda, Amor, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate (1990), en relación al estado nutricional de preescolares y mujeres en México Reportaron que aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición, particularmente la Cd. de México reportaba la cifra más baja con un media de 550 mil niños desnutridos, así mismo se encontró que en relación a la obesidad 4.4% a nivel nacional de menores la padece.

Por otra parte la proporción de mujeres adultas, no embarazadas que de acuerdo al índice de masa corporal presentan un estado nutricional inadecuado, ya sea por bajo peso o sobrepeso representa casi la mitad de la muestra. Un total de 2.57 millones de mujeres de 12 a 49 años (13.8%) tienen algún grado de anemia La mayoría de los casos de anemia en mujeres es nutricional, y se asocia con una mala dieta, alta paridad y períodos intergénésicos cortos. Un 14.6% de mujeres a nivel nacional padecen obesidad.

En otro estudio, Gómez Pérez-Mitré, (1993), cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala, (obesidad, Bulimia y anorexia nerviosa). La muestra

(n=197) se tomo de una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados mostraron inexistencia del problema de obesidad (2%), en cambio el problema de sobrepeso la prevalencia fue de un 41%. Se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Tres factores se relacionan con esas prácticas: algunas técnicas de purga , accesos bulímicos o binge eating o alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Escobar (1993) (citado en Rivera, 1997), exploró las prácticas relacionadas con trastornos alimentarios en una muestra estudiantil (n=929) , de secundaria preparatoria y licenciatura. Encontró que la práctica más reportada fue el seguimiento de dietas, que fue alta en las escuelas privadas de los niveles secundaria y preparatoria (665%) ; y baja (37%) en escuelas públicas. También fue baja (48%) en estudiantes de nutriología y alta (64%) en estudiantes de otra licenciatura. Con respecto a la preocupación por el comer, la frecuencia era más alta en la escuelas publicas (47%) y baja en las escuelas privadas (45%), para los estudiantes de licenciatura en Nutriología se observó una frecuencia baja (10%) y alta para otras licenciaturas(32%). Se halló la presencia de accesos bulímicos, en escuelas privadas representó el (31%) y en escuelas públicas el (12%). Para los estudiantes de Nutriología el (6%), y para los estudiantes de otras licenciaturas el (13%); así mismo se encontró el uso de laxantes y vómito autoinducido.

Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1998) realizaron un estudio con la intención de detectar la presencia de trastornos alimentarios entre mujeres adolescentes mexicanas. Su muestra quedó integrada por 92 mujeres estudiantes de secundaria y preparatoria, y estudiantes de danza clásica de la Ciudad. de México, con edades entre los 12 y 22 años de edad. Encontraron que conductas alimentarias características de la bulimia, como el comer demasiado rápido y sin control, se encontraron en mayor porcentaje en los grupos de estudiantes de danza que en el de estudiantes de secundaria y preparatoria. La práctica de

exceso de ejercicio y la preocupación por el peso fueron iguales en ambos grupos. En cambio fueron las bailarinas quienes en mayor medida y de manera significativa respondieron a hacer dietas y tener sentimientos de culpa por su forma de comer.

Por los datos que se han encontrado se concluye que las evidencias conducen a la hipótesis que los trastornos alimentarios se están desarrollando en nuestra cultura aunque no de igual manera que ocurre en las sociedades desarrolladas.

Existen grandes desventajas para combatirlos, ya que no contamos con los recursos para combatirlos, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional.

Para ello es necesario aportar información propia de nuestro contexto y elaborar programas de prevención primaria destinados a atender la población considerada como de alto riesgo a fin de disminuir la frecuencia de estos trastornos.

La prevención primaria, se propone reducir el riesgo de la perturbación mental para una población integra. Su meta es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. El programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas (Caplan, 1964 citado en Rivera 1997).

CAPITULO IV

CONCEPTOS

En este capítulo se definen algunos de los términos que se utilizan con frecuencia en este trabajo de tesis, y los cuales son esenciales para el tema de desórdenes alimentarios.

4.1.- IMAGEN CORPORAL.

Abordaremos el concepto de imagen corporal desde la perspectiva de algunos teóricos ya que este concepto es muy amplio. Son diversas las clasificaciones que se encuentran sobre imagen corporal así como las denominaciones que hacen referencia a ella; basta con mirar el propio cuerpo y hacer una autoevaluación.

Frazier y Carr (1976) (citados en Murrieta, 1997), señalan que la imagen o esquema corporal, se refiere al modo en que se siente y evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo, contribuyen al esquema corporal. Esto implica el grado de claridad o distorsión en la percepción del cuerpo, la satisfacción o descontento que se experimenta por el mismo y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

Según Dolto (1986). El esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie. independientemente del lugar, la época o las condiciones en que vive. Es decir el mismo para todos los individuos.

Hamachek (1981), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen, es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser, o negativa si discrepa con lo que se desea.

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención (Rosenbaum, 1979 en Gómez Pérez-Mitré, en prensa). Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por los cambios biológicos, b) las relacionadas con cambios psicológicos (como el desarrollo cognoscitivo) y c) las debidas al contexto social y al entorno cultural, como la etapa de vida y la clase social (Gómez Pérez-Mitré, en prensa).

Así mismo, la imagen corporal se considera un concepto multifactorial que incluye algunos componentes que han sido ampliamente estudiados y otros que no lo han sido tanto ya que no existen algunos que no han sido identificados (puesto que la imagen corporal es en parte inconsciente, existen algunos aspectos que no pueden verbalizarse) (Rodríguez-Tomé citado en Mendoza, 1997). Sin embargo, entre los más estudiados se puede encontrar, como componentes básicos, la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o insatisfacción con la misma. Ambas se refieren a percepciones evaluativas y actitudinales globalmente favorable y desfavorables con respecto al propio cuerpo.

En la actualidad se considera que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas que provienen en parte de su propio desarrollo físico, de la forma en que los compañeros resaltan los atributos físicos y de la manera en que se percatan cada vez más las expectativas culturales.

El adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, el ostracismo y el rechazo del otro sexo. Los anuncios, las revistas, las películas, la televisión y el culto a los héroes del atletismo, contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal y al menosprecio del que no lo es.

Del mismo modo, los jóvenes de las clases económicas más bajas (que tienen menos oportunidades) pueden fijarse y luchar por adquirir un buen físico para definir y reforzar la adecuación de su identidad con el rol sexual.

La imagen corporal, en general es más importante para las mujeres que para los hombres. La sociedad concede más relevancia a la forma femenina que a la masculina por lo que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Kurtz, 1970 en Grindler, 1987; Bruchon, 1992, citado en Mendoza 1997).

4.2.- SATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal está sujeta a evaluaciones favorables o desfavorables, que un sujeto realiza sobre su propio cuerpo, dicho resultado corresponderá a los conceptos de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal.

Este concepto es importante, para comprender integralmente el proceso de la adolescencia, pues en este período de desarrollo los cambios físicos experimentados por el sujeto de su propio cuerpo afectan de manera significativa, la percepción que tenga de su imagen corporal.

La satisfacción corporal es el grado de aceptación que el sujeto tiene de su propio cuerpo y con el cual se encuentra satisfecho. Las investigaciones de Franzai y Herzog (1986), muestran, tres dimensiones de la satisfacción corporal, dos son específicas de cada sexo (la condición física es común en los dos sexos).

El atractivo físico global y la fuerza del cuerpo, son factores masculinos. El atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso son factores femeninos.

Bruchon (1992) encontró que los individuos perciben muy inexactamente la forma real de su cuerpo. Para saberlo, les pidió a los sujetos que eligieran entre una serie de siluetas aquella que se pareciera más a su figura corporal actual comparando después las proporciones entre estas y su figura real. Toriola e Igbokwe (1985) , realizaron un estudio con 625 estudiantes de ambos sexos, encontrando que no existe ninguna correlación significativa entre el somatotipo percibido y el somatotipo real (salvo para el tipo mesomorfo en los niños).

Davis (1984) realizó un estudio con 91 estudiantes de sexo femenino, las que se consideraron ectomorfas(delgadas) y que obtuvieron los puntajes de satisfacción más altos ; las que se creen endomorfas (gordas), tienen las puntuaciones más bajas. Cuando más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción. Se confirma que las características del cuerpo tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal.

En lo que se refiere a la satisfacción corporal según la edad, el estudio de Bersheid, Walster y Bohrnstedt (citados en Rivera 1997) señala, que en el caso de las mujeres la satisfacción corporal disminuye mientras aumenta la edad, y que la caída neta de esta puntuación se observa después de los 45 años.

Las personas equilibradas y sanas adquieren e integran el aprecio de si mismas sobre varias bases, entre las cuales figuran las siguientes: logro, creatividad, condición social, conducta moral y ética, relaciones interpersonales y otras semejantes. Cierta grado de preocupación por la totalidad de la imagen corporal es compatible con la adquisición de una personalidad sana, pero una preocupación exagerada puede ser señal de que la autoestima de un sujeto descansa sobre un fundamento demasiado limitado (Hamachek, 1981)

4.3.- INSATISFACCION DE LA IMAGEN CORPORAL

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennet, Goreczny y Gleaves citado en Contreras 1997). Lo anterior nos lleva a definir el concepto de distorsión de la imagen corporal.

4.4.- DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989 citados en Murrieta, 1997).

Por lo tanto se puede definir la distorsión de la imagen corporal como la deformación o alteración del propio cuerpo.

Gómez Pérez Mitré, (1995), define distorsión de la imagen corporal , al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, esto es, a la diferencia entre peso real y peso imaginario.

Por peso real, entendemos el resultado de la medición realizada con báscula y/o el valor del índice de masa corporal (peso/talla²).

El peso imaginario puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo.

En una investigación realizada por Casper , Halmi, Goldberg, Eckert y Davis (1979), quienes estudiaron la distorsión de la imagen corporal en mujeres con anorexia nerviosa y en mujeres de un grupo control, las primeras a diferencia de las segundas, estimaron visualmente su talla con un aparato durante el estado de emaciación. En ambos grupos se sobrestimaron las tallas, por lo que la distorsión de imagen no debe ser considerada como característica de la anorexia nerviosa.

Otro estudio realizado y en el cual se utilizó una escala de figuras femeninas las cuales variaban de las más delgadas a las extremadamente obesas, donde las mujeres seleccionaban las figuras que más se les parecían y después decidían cuáles les gustaría tener . Facilitándoles la percepción continua de las figuras y mostrando las preferencias emitían sus juicios sobre las que más se acercaban a su ideal. Las chicas que no se restringían en su alimentación reportaron poca diferencia entre la imagen corporal percibida y su ideal ; en cambio las chicas que hacían dietas restrictivas fuertemente preferían las figuras significativamente más delgadas de lo que correspondía a su propia imagen (Stunkard, Sorensen y Shulsinger 1983).

4.5.- CONDUCTA DIETARIA.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso.

Andrew Hill (1993), comenta que existen varias razones por las que las dietas son tan populares. Una de ellas es que si el objetivo es perder peso a través de la cantidad de comida que se consume, entonces pueden realizarse variaciones en la selección de los alimentos y en la forma en que se distribuyen.

La simple elección de alimentos bajos en calorías, o la omisión o suspensión de alguna comida que usualmente figuraría en el repertorio se considera como técnicas de dieta. Por otra parte, la selección de fórmulas, productos, artículos y libros especializados para reducir el peso puede resultar confusa debido a la gran variedad que existe en el mercado.

Otra razón es que las dietas constituyen una forma de automedicación. El sobrepeso no resulta saludable y no se requiere una receta médica para iniciarla; solo se requiere comprar comida baja en grasas, y hacer un poco de ejercicio.

Una tercera razón para entender la popularidad que han alcanzado las dietas se refieren al poder que presentan los estereotipos sobre delgadez y obesidad que sostiene una cultura y que, en el caso de la cultura occidental exaltan la belleza de un cuerpo delgado.

Hasta hace algunos años, la práctica dietaria se realizaba por gente que experimentaba dificultades en este aspecto ya sea por obesidad o sobrepeso; sin embargo, se ha encontrado que en la actualidad el porcentaje más alto de mujeres que acuden a tratamiento para reducción de peso, esta formado por personas que, de acuerdo a su índice nutricional se encuentran dentro de los límites de peso normal, con leve sobrepeso e incluso con peso inferior al normal (Gómez Pérez - Mitré y Ávila Angulo; en prensa; Gómez Pérez-Mitré, 1995). Esto se relaciona con el hecho de que la insatisfacción con la imagen corporal es un denominador común en los desórdenes alimentarios, esto es, se encuentran presente en la anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad. De hecho, el seguimiento de dietas reductoras de peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La práctica o el seguimiento de dietas altamente restrictivas y de conductas características de la anorexia y la bulimia nerviosa, pueden llevar consigo importantes costos psicológicos, tales como sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y temores asociados con la pérdida de control, independientemente de la desgastante lucha que la persona sostiene consigo misma y que pone a prueba su control (Gómez Pérez-Mitré, 1995). De hecho los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder el control sobre el comer.

En estudios realizados se ha encontrado que los niveles y la práctica de las dietas durante la adolescencia se han duplicado y hoy en día un 60 y 70 % de las chicas adolescentes las han practicado con un año de anticipación (Johnson, Lewis, Love, Stuckey y Lewis 1983).

4.6 LOCUS DE CONTROL

La variable Locus de Control ha sido usada con mucha frecuencia en los últimos años. El constructo forma parte de la Teoría del Aprendizaje Social (1966) y debe encuadrarse en los modelos cognitivos de la atribución humana. Rotter (1966) considera al locus de control como un constructo unidimensional, en que la máxima internalidad y la máxima externalidad ocuparían los polos del continuo.

Por locus de control se entiende la localización de la causa de un evento que afecta al individuo, pudiéndose encontrar en la persona, ya sea por su habilidad o esfuerzo, o fuera de ella como en el caso de la suerte, azar o dificultad, lo que nos indica que puede ser interno o externo a la persona (Cárdenas y Ruiz, 1995).

En otras palabras, el locus de control se refiere a la medida en que los individuos consideran que el éxito o fracaso de sus conductas se dan como consecuencia de sus propias acciones o como consecuencia del azar o de la suerte es decir, es el grado de control que la

persona cree tener sobre su medio ambiente.

Por su parte Rotter (1966) define al Control Interno y Externo de la siguiente forma: "Cuando un esfuerzo es percibido por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento es interpretado de este modo, se denomina a este como una creencia en control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno" (La Rosa, 1986 citado por Fernández y Gerdingh, 1996).

Según Loeb, 1975 (citado en Fernández, 1997), el desarrollo de locus de control depende de los antecedentes que se encuentran en el medio ambiente del sujeto, y entre los que sobresalen están los padres. Este autor habla de tres conceptos fundamentales en el desarrollo de locus de control:

- 1.- Identificación: la necesidad del niño de imitar poderosos modelos de control.

- 2.- Papel complementario: dependiendo de la autoridad ejercida por los padres sobre los niños. Los padres autoritarios desarrollaran en el niño un centro de control externo. Los niños con padres que ejercen poco control sobre ellos tendrán cierta probabilidad de tener un locus de control interno. Por lo tanto, se espera que los niños con padres moderados en su autoridad desarrollaran centros de control interno.

- 3.- Explicación del reforzamiento positivo: un comportamiento positivo que es seguido por una compensación por parte de los padres, da como resultado que dicha expectativa tienda a generalizarse en el comportamiento del niño desarrollando este un locus de control interno.

Un hallazgo interesante es el que reporta Mac Donald, 1971 (citado por Cárdenas y Ruiz, 1995). cuando encontró que las jóvenes que más tendían hacia el locus de control

interno eran las que percibían a las madres como más educadoras, predecibles y afectivas.

Por todo lo anterior se puede concluir que aquellos individuos con locus de control interno presentan mayor capacidad de logro en aspectos tanto intelectuales como emocionales ya que se perciben así mismos como más efectivos, acertados e independientes, los que los hace tener mayor iniciativa y autonomía en las actividades que realizan... En contrapartida aquellos sujetos con un locus de control externo, tenderán a la dependencia basando sus éxitos y fracasos en los otros, más que en ellos mismos, presentando un pobre autoconcepto, apatía y mínima motivación de logro.

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1.- PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Describir la relación que existe entre la presencia de factores de riesgo asociados con a) imagen corporal (*satisfacción/insatisfacción*) , b) conducta alimentaria y c) percepción de la relación materna para el desarrollo de desórdenes del comer en mujeres adolescentes.

5.2.- OBJETIVOS:

- Conocer que conductas anómalas y malos hábitos de alimentación se presentan con mayor frecuencia en un grupo de mujeres adolescentes .

- Prevenir la presencia de enfermedades relacionadas con la conducta alimentaria.

- Coadyuvar a la promoción de la salud relacionada con la alimentación.

- Detectar la tendencia de conductas, actitudes y hábitos alimentarios en una muestra de adolescentes normales y ver si esta se relaciona con la percepción de su relación materna.

5.3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar la relación que existe entre la percepción de la relación materna y las conductas alimentarias de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer en mujeres adolescentes .

5.4.- HIPÓTESIS

- 1) Existe relación entre los factores de riesgo y la percepción de la relación materna.
- 2) No existe relación entre los factores de riesgo y la percepción de la relación materna.
- 3) Existe relación entre satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y percepción de la relación materna.
- 4) No existe relación entre satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y percepción de la relación materna.

5.5.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.5.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE

DEFINICION CONCEPTUAL

Relación Materna

La relación del niño con la madre se define como la base de la capacidad de este para establecer los vínculos ulteriores y a la vez sirve de prototipos para estos., lo mismo vale para la percepción que el niño logra establecer sobre dicha relación. Esta claro que su percepción por sí sola no garantiza la futura salud mental, ya que este vínculo está sujeto a numerosas alternativas.(Montoya,1990)

DEFINICION OPERACIONAL

La percepción que las adolescentes tienen de sus relaciones maternas se obtendrán a través de las respuestas que de el sujeto ante una escala que mide: Percepción de la relación materna (Ver anexo).

5.5.2- VARIABLES DEPENDIENTES

DEFINICION CONCEPTUAL

Imágen Corporal - Alteración - Satisfacción/Insatisfacción

La definición más completa es la desarrollada por Bruchon- Schweitzer(1992), quien concibe la imagen del cuerpo como una figuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas formas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré(1995) es necesario tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos, socioculturales y tener en cuenta que la imagen corporal también es percibida según, edad, o etapa de vida, género, clase social entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

DEFINICION OPERACIONAL

* La Satisfacción/Insatisfacción con la Imágen corporal se obtendrá a través de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal y se obtendrá con las operaciones siguientes:

Elección de la Figura Actual - Elección de la Figura Ideal = 0 Satisfacción

**Elección de la Figura Actual - Elección de la Figura Ideal = Diferencia Positiva
Insatisfacción**

Elección de la Figura Actual - Elección de la Figura Ideal = Diferencia Negativa
Insatisfacción

A mayor diferencia mayor insatisfacción.

* La Figura Actual será medida con la respuesta que de el sujeto ante la escala visual y en la que se le pedirá "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal" y se le presentarán 9 siluetas de la figura humana. colocadas al azar, que cubren un continuo de peso que va desde una silueta delgada a una obesa, pasando por una silueta que tiene peso normal.

* La Figura Ideal se medirá a través de la respuesta que de el sujeto a una escala visual en la que se le indicará : "observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener", se le presentarán 9 siluetas de la figura humana colocadas al azar que cubren un continuo de peso que va desde una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. (Ver forma de calificación en Instrumento).

DEFINICION CONCEPTUAL

Trastornos de la Alimentación.

Es una variable que incluye patrones distorsionados de consumo de alimento. El temor a la obesidad y el deseo de ser delgado son las fuerzas motivacionales de estos desordenes y en los dos se presenta un disturbio en la percepción de la forma y el peso de cuerpo. En la anorexia hay un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales; mientras

que en la bulimia se dan episodios de ingesta voraz, seguidos de prácticas compensatorias inapropiadas como el vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos, ayunos o exceso de ejercicio (Garfinkel citado en Unikel, 1998).

DEFINICION OPERACIONAL

Como era lo esperado debido a que la muestra de nuestro estudio procede de poblaciones normales no se encontraron síntomas patológicos sino más bien factores de riesgo, esto es conductas alimentarias de riesgo asociadas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad

Las conductas alimentarias de riesgo se midieron con base a las respuestas dadas a la Escala de Factores de Riesgo Asociadas a Trastornos Alimentarios (EFRATA Gómez Pérez-Mitré, 1997) (Ver Anexo) que exploran:

Factor 1	Conducta Alimentaria Compulsiva
Factor 2	Conducta Alimentaria Normal
Factor 3	Preocupación por el Peso y la Comida
Factor 4	Dieta Crónica y Restrictiva
Factor 5	Atribución de Control Alimentario Interno
Factor 6	Atribución de Control Alimentario Externo
Factor 7	Dieta Hipocalórica

5.6.- DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de carácter exploratorio, de campo, transversal, y de tipo correlacional .

5.7.- MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística de mujeres adolescentes que estaban cursando el nivel bachillerato en escuelas públicas del Distrito Federal y zonas conurbadas.

Estuvo formada por un total de $N=200$, de la cual $n_1=100$ fueron adolescentes que tuvieron una percepción positiva (buena) de la relación materna y $n_2=100$ fueron adolescentes que tuvieran una percepción negativa (mala) de la relación materna.

5.7.1.- CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

Los sujetos fueron adolescentes mujeres dentro de un rango de edad de 15 a 18 años , que vivían con sus padres.

5.7.2.- CRITERIOS DE INCLUSION

Se seleccionaron a los sujetos que cumplían con las siguientes características:

Sexo:	Femenino
Edad:	15 a 18 años.
Ocupación:	Estudiantes.

Escolaridad: Bachillerato.
Que vivan con sus padres.
Que no tengan vida sexual

5.8.- INSTRUMENTO

Se aplicó el cuestionario para mujeres de formato mixto, que está formado por preguntas abiertas, cerradas y escalares. Este cuestionario exploró las siguientes áreas:

- Area Sociodemográfica
- Area de Relaciones con la madre
- Area de la Imágen Corporal
- Area de Conducta Alimentaria EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios)

Area Sociodemográfica (Sección A)- De esta área se tomaron los reactivos: 1, 2, 3, 4, 6, 7 los cuales preguntan sobre ¿ Con quién vives? ¿Qué estudias?... (Ver anexo).

Area de la Relaciones con la madre (Sección K) - Se tomaron las preguntas: De la 1 a la 30. En el cual se les dijo: "Enseguida aparece una lista de formas de ser, pensar y hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos, nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa cómo fue dicha relación cuando vivías con ella". La clave de las respuestas va desde A) No la describe nada hasta E) La describe exactamente.

Se dio el puntaje más alto a la respuesta que implica un mayor problema.

Area de la Imágen Corporal -

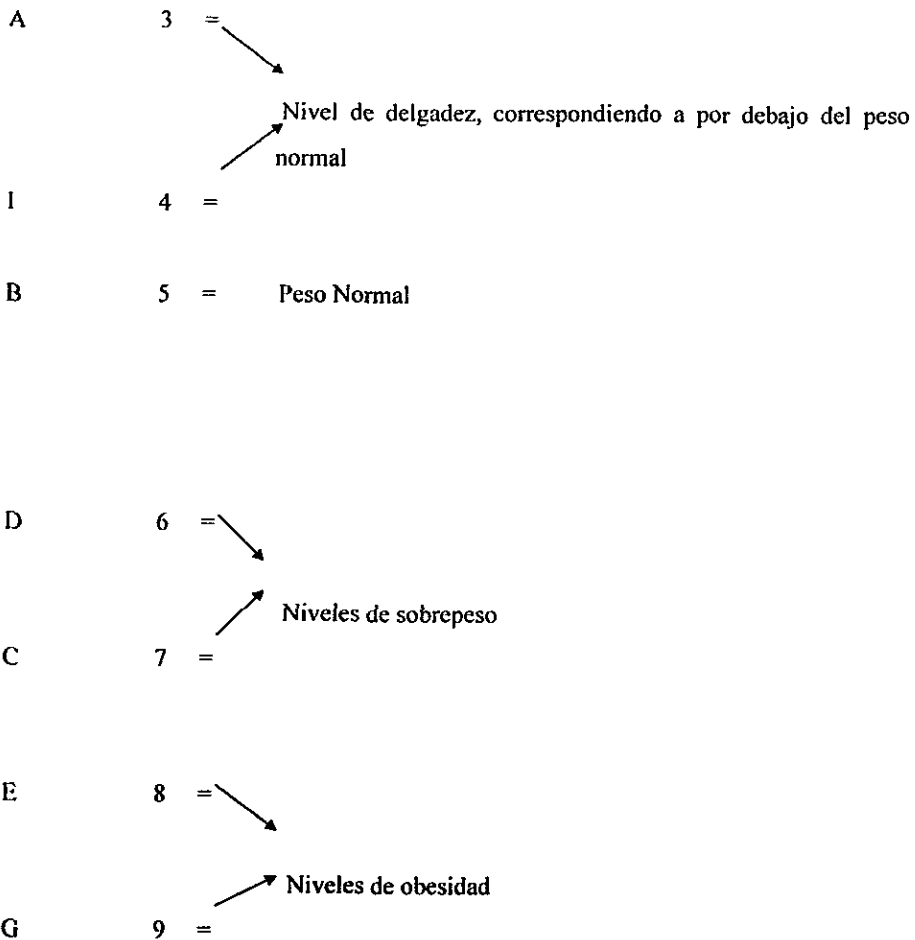
Para la estimación indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se utilizó una escala visual que corresponden a la sección C y H, en las que se presentan 9 siluetas en cada sección de la figura humana que cubren un continuo de peso, que va de una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras estuvieron colocadas al azar, apareciendo en lugares diferentes en una y otra sección.

En la sección C se le indicó al sujeto "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal actual".









En la sección H que está ubicada lejos de la sección anterior se pidió al sujeto "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener".

La calificación de cada una de las figuras correspondientes a la figura actual fue de la siguiente manera:

Opciones	Puntaje	
F.	1	=
		↘
		Nivel de delgadez, correspondiendo a muy por debajo del
		↗
		peso normal
H	2	



Para la figura Ideal fue como a continuación se presenta:

Opciones	Puntaje	
G	1 =	
		 Nivel de delgadez, correspondiendo a muy por debajo del peso normal.
E	2	
C	3 =	
		 Nivel de delgadez, correspondiendo a por debajo del peso normal.
A	4 =	
I	5 =	Peso Normal
B	6 =	
		 Niveles de sobrepeso
D	7 =	
F	8 =	
		 Niveles de obesidad
H	9 =	

La estimación indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se obtuvo con la diferencia entre figura ideal y figura actual.

Área de Conducta Alimentaria.

Se utilizó un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas denominado Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA Gómez Pérez-Mitré, 1997): Se aplicó la versión para mujeres compuesta por 7 factores con eigenvalues > 1 ; agrupan 47 reactivos con 5 opciones de respuesta cada uno (Que va desde Nunca hasta Siempre) y con coeficientes alpha de .63 a .89. Los 7 factores son:

Conducta Alimentaria Compulsiva

Conducta Alimentaria Normal.

Preocupación por el peso y por la comida.

Dieta crónica y restrictiva.

Atribución de control alimentario interno.

Atribución de control alimentario externo.

Dieta hipocalórica.

En el capítulo de resultados se describen ampliamente los factores.

5.9.- PROCEDIMIENTO

Se acudió a las escuelas de nivel bachillerato público para solicitar a los directivos de las escuelas su colaboración en esta investigación. Obtenida la autorización se solicitó la participación voluntaria de los alumnos en los salones de clase. Para la aplicación colectiva del instrumento se dió un entrenamiento previo a los aplicadores. Se informó acerca del propósito de dicha aplicación de una forma breve, como se presenta a continuación: “En la Facultad de Psicología de la UNAM se está llevando a cabo una investigación para conocer los aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de los estudiantes con el fin de contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la salud y de su calidad de vida.” Por otro lado se les dieron las siguientes instrucciones:

“Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de tí, de tu colaboración, que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas de lector óptico que se te presentó con este cuadernillo. En la hoja de respuestas, debes rellenar completamente el círculo, no solamente tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz. No olvides anotar tu nombre, peso y estatura, en dado caso que no lo sepas exactamente, anota el aproximado es muy importante que lo pongas. Si tiene alguna duda consulta con la persona que te entregó el cuestionario”.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

CAPITULO VI

RESULTADOS

El presente estudio tuvo como finalidad describir las relaciones que existen entre la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer asociados con la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal, con conducta alimentaria y con percepción de la relación materna. Para tal efecto se procedió a la realización del análisis de los datos que a continuación se describe:

6.1.-DESCRIPCION DE LAS MUESTRAS

La muestra total estuvo formada por N=200 mujeres estudiantes de nivel bachillerato solteras, sin problemas físicos graves, que vivían con sus padres, no tenían vida sexual activa y estaban dedicadas al estudio, es decir no tenían compromiso laboral.

La muestra total se dividió en dos grupos. Grupo uno quedó formado por las adolescentes cuyas respuestas fueron clasificadas con percepción positiva de la relación materna Grupo 1 pp(n=100) y el grupo dos formado por las adolescentes cuyas respuestas fueron clasificadas con percepción negativa de la relación materna Grupo 2 pn (n=100).

6.1.1- DISTRIBUCION POR EDADES.

La edad de las adolescentes quedó distribuida de la siguiente manera:

Como puede verse en la tabla 1, en el grupo 1pp: el 29% de la población contaba con 18 años, un 27% tenía 17 años, un 25% 15 y un 19% contaba con 16 años, con una $X=16.600$ $DE=1.155$. En esa misma tabla puede observarse que en el Grupo 2 pn: el 32% de la población contaba con 15 años, un 29% con 18, un 20% con 17 y un 19% contaba con 16 años con una $X=16.460$ $DE=1.218$.

Para la muestra total la media fue edad $X=16.5$ y una $DE = 1.186$.

TABLA 1. Distribuciones de edad (Porcentajes)

N= 200			X=16.5 DE=1.186		
GRUPO 1 pp			GRUPO 2 pn		
n=100			n=100		
EDAD	15 años	25%	EDAD	15 años	32%
EDAD	16 años	19%	EDAD	16 años	19%
EDAD	17 años	27%	EDAD	17 años	20%
EDAD	18 años	29%	EDAD	18 años	29%
$X=16.600$			$X=16.460$		
$DE=1.155$			$DE=1.218$		

6.2.-DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL

6.2.1.-SATISFACCION-INSATISFACCION CON IMAGEN CORPORAL

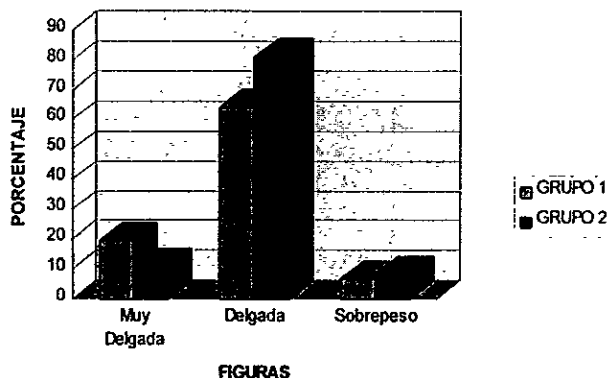
6.2.1.1.-ELECCION DE LA FIGURA ACTUAL

Como puede verse en la gráfica 1, se encontró que en el Grupo 1 pp el 19.3% de la población eligió una figura muy delgada, un 64.2 % una figura delgada comparado con el Grupo 2 pn en el que las estudiantes eligieron en un porcentaje menor (10.9%) una figura muy delgada, mientras que un porcentaje más alto (81.1%) una figura delgada.

Por otra parte una figura con sobrepeso fue elegida por un 6.5 % y un 4.1 % por el Grupo 1 pp y el Grupo 2 pn, respectivamente. En la tabla 2 se exponen estos resultados

Se obtuvo una $X=3.667$, y $DE=1.354$ para el grupo 1 pp mientras que para el grupo 2 pn la $X=3.9322$ y la $DE =1.296$.

ELECCION DE LA FIGURA ACTUAL



Gráfica 1

TABLA 2. Distribuciones en porcentajes de la elección de la Figura Actual

FIGURAS	GRUPO 1 (%)	GRUPO 2 (%)
1. NIVEL MUY POR DEBAJO DEL PESO NORMAL.	7.5	1.4
2 NIVEL MUY POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	11.8	9.5
3 NIVEL POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	25.8	33.8
4 NIVEL POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	22.6	17.6
5 PESO NORMAL	25.8	29.7
6 NIVEL DE SOBREPESO	6.5	4.1
7 NIVEL DE SOBREPESO	-----	4.1
8.. NIVEL DE OBESIDAD	-----	-----

9 OBESIDAD	----	----
TOTAL=	100	100

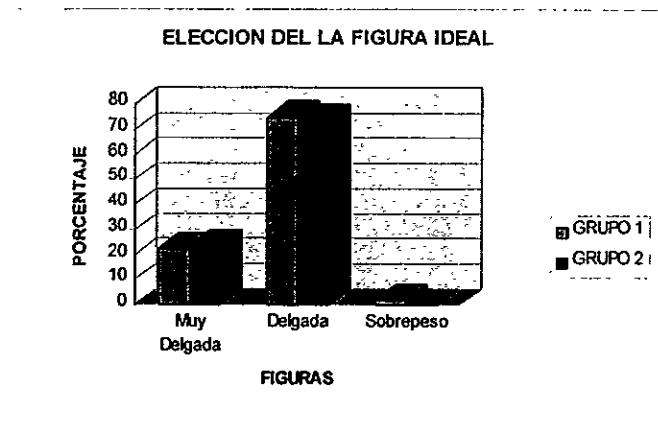
MEBDA	1.637	1.922
DES ESTANDAR	1.354	1.296

6.2.1.2.-Elección de la figura Ideal

En la Tabla 3 puede observarse que en porcentajes similares y mas altos (Grupo 1 pp 75 % y Grupo 2 pn 74 %) la figura ideal cayó en los niveles por debajo del peso normal (3 y 4). Debe hacerse notar sin embargo, que los porcentajes del nivel 3 fueron más altos que en el nivel 4.

La elección de la figura ideal del nivel 2 (muy por abajo del peso normal) fue elegida prácticamente con el mismo porcentaje por ambos grupos (Grupo 1 pp 20 %; Grupo 2 pn 21 %).

En la Tabla 3 puede verse que la figura con peso normal no fue elegida por el Grupo 2 pn y que solo el 2 % de las estudiantes del Grupo 1 pp lo hicieron. La figura 2 muestra gráficamente estos resultados.



GRAFICA 2

TABLA 3. Distribuciones en porcentajes de la Figura Ideal

FIGURAS	GRUPO 1	GRUPO 2
1.- NIVEL MUY POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	2.1	2.6
2.-NIVEL MUY POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	20.0	21.1
3.- NIVEL POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	48.4	55.3
4.- NIVEL POR DEBAJO DEL PESO NORMAL	26.3	18.4
5.- PESO NORMAL	2.1	0
6.- NIVEL DE SOBREPESO	1.1	0

7.- NIVEL DE SOBREPESO	----	2.6
8.- NIVEL DE OBESIDAD	----	----
9.-NIVEL DE OBESIDAD	----	----
TOTAL=	100	100

MEDIA	3.095	3.026
DESVESTIANDAR	0.851	0.966

6.2.1.3.SATISFACCION E INSATISFACCION

(FIGURA ACTUAL - FIGURA IDEAL)

Mediante un análisis de frecuencias se obtuvieron los porcentajes de la diferencia entre la figura actual e ideal, de la muestra total el 18.7% de las adolescentes están satisfechas al no haberse encontrado diferencias entre la elección de la figura actual e ideal, pues el resultado de ésta fue cero mientras que el 81.3% están insatisfechas al encontrarse diferencias (positivas y negativas).

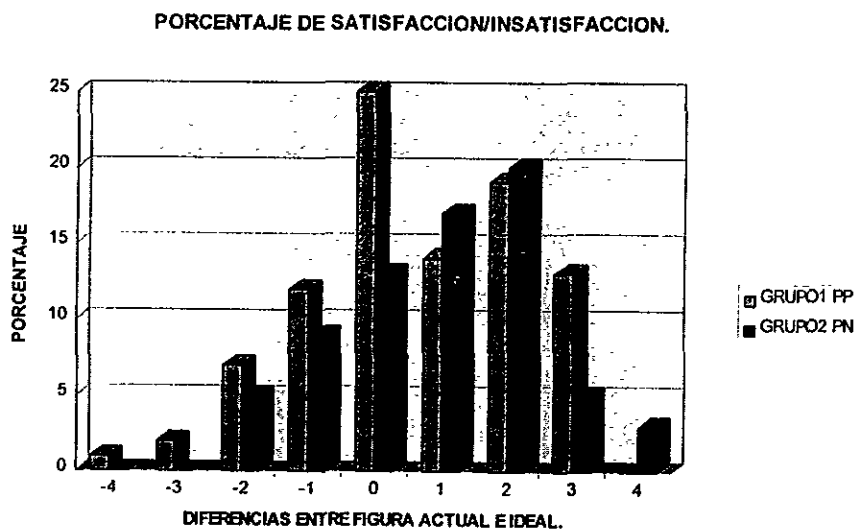
Con respecto a la percepción de la relación materna , en las adolescentes con percepción positiva (Gpo 1 pp) el 25% están satisfechas y el 75% están insatisfechas mientras que en las estudiantes con percepción negativa (Gpo 2 pn) el 13% están satisfechas y el 78% están insatisfechas. Es decir, que en las adolescentes de percepción negativa hubo mayor porcentaje de insatisfacción que en las adolescentes de percepción positiva.

Los porcentajes de satisfacción /insatisfacción (diferencias obtenidas entre la figura corporal actual e ideal) pueden ser apreciadas en la tabla 4 y gráfica 3.

TABLA 4. Porcentajes de satisfacción / insatisfacción.

DIFERENCIAS ENTRE FIGURA ACTUAL E IDEAL.	GRUPO 1 PP	GRUPO 2 PN	MUESTRA TOTAL
-4.00	1.00%	0.00%	.5%
-3.00	2.00%	0.00%	1%
-2.00	7.00%	5.00%	5.9%
-1.00	12.00%	9.00%	10.3%
0.00	25.00%	13.00%	18.7%
1.00	14.00%	17.00%	15.3%
2.00	19.00%	20.00%	19.2%
3.00	13.00%	5.00%	8.9%
4.00	00%	3.00%	1.0%

A mayor diferencia-mayor insatisfacción a menor diferencia - menor insatisfacción ;
diferencia igual a cero - satisfacción.



Gráfica 3

TABLA 5. PRUEBA t FIGURA ACTUAL - FIGURA IDEAL

Grupo 1 (pp)	Grupo 2 (pn)
FIGURA ACTUAL X=3.6667	FIGURA ACTUAL X=3.9444
FIGURA IDEAL X=3.0753	FIGURA IDEAL X=3.0417

$t(92)=3.47$	$t(71)=5.10$
$P=.001$	$P=.000$
MUESTRA TOTAL	
FIGURA ACTUAL	$X=3.7879$
FIGURA IDEAL	$X=3.0606$
$t(164)=5.89$	$P=.000$

6.3.-CONDUCTA ALIMENTARIA

6.3.1 ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EFRATA)

Se trabajo con los factores resultantes del análisis factorial aplicado a una muestra de $N=1915$ (Gómez Pérez-Mitré & Ávila Angulo, en prensa). Formada por adolescentes mujeres estudiantes de bachillerato, esto es, con las mismas características de las estudiantes a las que se les aplicó.

En todos los casos los puntajes correspondientes a las respuestas dadas por los sujetos se transformaron a puntuaciones z y se multiplicaron por la carga factorial de cada variable. Posteriormente se aplico una prueba t para comparar los grupos y para probar las hipótesis estadísticas.

Cabe recordar que :

A mayor puntaje - mayor problema.

Enseguida se describen los 7 factores de EFRATA:

FACTOR 1.- CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
1.- Siento que no puedo para de comer	.79997
2.- Mi problema es empezar a comer pero dificilmente puedo detenerme	.77196
3.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.75802
4.- Como sin medida	.75410
5.- No siento apetito o ganas de comer pero... nadie me detiene	.72718
6.- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	.72312
7.- No tengo control sobre mi forma de comer	.66571
8.-Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente comer.	.62582
9.- Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.54407
10.-Paso por periodos en los que como con exceso	.52973
11.-Siento que como mas rápido que la mayoría de la gente	.46315
12.-Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	.41550
13.-Paso por períodos en los que siento que puedo comer sin parar	.40794
Eigenvalue=11.170060 Alpha=.8981	

De acuerdo con los resultados de la prueba t expuestos en la Tabla 6 se rechazó la Ho con $p=.004$ por lo que se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo , por lo tanto, puede verse que la media del Gpo 2 pn fue mayor que la del Gpo 1 pp (1.0865 vs -

1.4122), lo que significa que mostraron tener más problemas con conducta alimentaria compulsiva las estudiantes con percepción negativa de la relación materna que las que tenían una percepción positiva de la misma.

TABLA 6 Prueba t comparación de las medias por grupos con respecto al factor 1.

	Gpo 1/pn	Gpo 2/pn
MEDIA	-1.4122	1.0865
DESVIACION ESTANDAR	4.030	6.620
	$t(142.95)=-2.93$	$p=.004$
Se rechaza	Ho: X1=X2=0	
Se acepta	H1: X1=X2≠0	

FACTOR 2 CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL

VARIABLES	CARGAS FACTORIALES
1.- Procuro comer verduras	.75576
2.- Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74686
3.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.72820
4.- Como lo que es bueno para mi salud	.71848

5.- Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.71006
6.- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	.70012
7.- Cuido que mi dieta contenga el mínimo de grasas	-.61001
8.- Procuro tomar complementos vitamínicos.	-.48537
Eigenvalue=6.54545	Alpha=.8374

Como puede verse en la Tabla 7, después de aplicarse la prueba t se rechaza la H_0 con una $p=.003$ aceptándose la hipótesis alterna y confirmándose la hipótesis de trabajo. Se encontró que el Gpo 2 pn tuvo una media mayor que el Gpo 1 pp (.7421 vs -.8560). Es decir, el grupo de adolescentes que tiene una percepción positiva muestran una alimentación normal en comparación con las de percepción negativa.

TABLA 7 . Prueba t. Comparación de las medias por grupo con respecto al factor 2.

	GRUPO 1 pp	GRUPO 2 pn
MEDIA	-.8560	.7421
DESVIACION ESTANDAR	3.249	3.314
$t(150)=-3.00$		$p=.003$
Se rechaza	$H_0: X_1=X_2=0$	
Se acepta	$H_1: X_1=X_2 \neq 0$	

Tabla 7.

FACTOR 3 PREOCUPACION POR EL PESO Y POR LA COMIDA

FACTORIAL	VARIABLE	CARGA
	1.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	.70348
	2.- Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho y temo engordar).	.65897
	3.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos "engordadores"	.62223
	4.- Me deprimó cuando como de mas.	.61645
	5.- Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	.53119
	6.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.40224
	7.- Me avergüenza comer tanto.	.49638
Eigenvalue=4.01271		Alpha=.8182

De acuerdo con los resultados arrojados por la prueba t y los cuales se exponen en la tabla 8 se acepta la H_0 (con una $p = .056$) por lo que se rechazó la hipótesis alterna y en consecuencia no se confirmó la hipótesis de trabajo, lo que nos demuestra que la preocupación por el peso y la comida no se relaciona con la percepción positiva o negativa de la relación con la madre, sin embargo, se nota la tendencia del grupo 2 pn hacia la preocupación por el peso y por la comida.

TABLA 8. Comparación de medias por grupos con respecto al factor 3.

	Gpo 1 pp	Gpo 2 pp
MEDIA	-4.998	.3653
DESVIACION ESTANDAR	2.581	3.098
$t(157)=-1.93$		$p=.056$
Se acepta Ho: $X_1=X_2=0$		

Tabla 8.

FACTOR 4. DIETA CRONICA Y RESTRICTIVA

VARIABLES	CARGA
FACTORIAL.	
1.- Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.73499
2.- "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	.69760
3.- Siempre estoy a dieta, la rompo y la vuelvo a empezar	.58711
4.-Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.57888
5.- Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso.	.52741
Eigenvalue=3.31960	Alpha=.7808

Como se puede observar en la tabla 9 a partir de los resultados de la prueba t se rechaza la H_0 ($t(159) = -2.95$) con $p=.004$ por lo que se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo. Como puede verse la media del Gpo 2 pn fue mayor que la del Gpo 1 pp (.4223 vs -.5341) lo que nos indica que las adolescentes con percepción negativa tienden más a realizar dietas crónicas que las adolescentes con percepción positiva de la relación materna.

TABLA 9. Comparación de medias entre los grupos con respecto al factor 4.

	GRUPO 1 pp	GRUPO 2 pn
MEDIA	- .5341	.4223
DESVIACION ESTANDAR	1.952	2.134
	$t(159)=-2.95$	$p=.004$
Se rechaza $H_0: X_1=X_2=0$ Se acepta $H_1: X_1 \neq X_2=0$		

Tabla 9.

FACTOR 5 ATRIBUCION DE CONTROL ALIMENTARIO

INTERNO

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
1.- Quien mantiene control sobre su ingesta también controla otros aspectos de su vida.	.67567
2.- Admiro a las personas que pueden comer con medida	.65791
3.- Una persona que puede cometer exceso con la comida también puede excederse en otras conductas.	.63063
4.- Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto.	.63032
5.- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.50474
6.- Las personas que pierden el control de la comida se guían por el lema “todo con exceso nada con medida”.	.44804
Eigenvalue= 2.24838	Alpha= .7132

Se procedió a rechazar la H_0 ya que la prueba t arrojó una $p = .023$ lo que nos lleva a aceptar la hipótesis alterna y a confirmar la hipótesis de trabajo; el Gpo 2 pn obtuvo una media mayor que el Grupo 1 pp (.4044 vs -.4664) ; por lo que las adolescentes con percepción positiva le dan una mayor atribución interna a la conducta alimentaria que las de percepción negativa.(Ver tabla 10).

TABLA 10. Comparación de medias entre los grupos con respecto al factor 5.

	GRUPO 1 pp	GRUPO 2 pp
MEDIA	-.4664	.4044
DESVIACION ESTANDAR	2.104	2.679
$t(156.76)=-2.30$		$p=.023$
Se rechaza $H_0: X_1=X_2=0$ Se acepta $H_1: X_1 \neq X_2=0$		

Tabla 10.

FACTOR 6 ATRIBUCION DE CONTROL ALIMENTARIO
EXTERNO.

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
1.- No se por qué se preocupa la gente por su peso, ya que, "el que nace barrigón aunque lo fajen".	.76478
2.- Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "Genio y figura hasta la sepultura".	.70994
3.- Creo que "Comer y rascar el trabajo es comenzar".	.63730
4.- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración durante mucho tiempo.	.59226
Eigenvalue=1.89098	Alpha=.6956

La prueba t arrojó diferencias estadísticamente significativas lo que nos llevo a rechazar la H_0 encontrándose una $p=.021$ aceptando la hipótesis alterna y confirmando la hipótesis de trabajo. Se obtuvo una $X=.3405$ para el Gpo 2 pn mientras que para el Grupo 1 pp se obtuvo $X=-.3949$ lo que nos demuestra que las adolescentes con percepción negativa atribuyen a la conducta alimentaria un control externo. (Ver tabla 11).

TABLA 11. Comparación de medias entre los grupos respecto al factor 6.

	Gpo 1 pp	Gpo 2 pn
MEDIA	-.3949	.3405
DESVIACION ESTANDAR	1.921	2.075
$t(160)=-2.33$		$p=.021$
Se rechaza $H_0: X_1=X_2=0$		
Se acepta $H_1: X_1 \neq X_2=0$		

FACTOR 7 DIETA HIPOCALORICA

VARIABLES	CARGA
FACTORIAL	
1.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	.43572
2.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.59935
3.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.59279
Egenvalue=1.39824 Alpha=.7439	

De acuerdo con la prueba t se obtuvo una $p=.515$ por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la hipótesis alterna así mismo no se confirma la hipótesis de trabajo. Esto nos indica que el hacer dieta es independiente de la percepción de la relación materna.(Ver tabla 12)

TABLA 12. Comparación de medias entre los grupos con respecto al factor 7.

	Gpo.1	Gpo.2
MEDIA	.0751	-.0647
DESVIACION ESTANDAR	1.326	1.390
$t(160)=.65$		$p=.515$
Se acepta $H_0: X_1=X_2=0$		

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existía relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la relación materna.

De acuerdo con los resultados expuestos en el capítulo VI puede decirse que los grupos de investigación ; estudiantes con percepción de la relación materna positiva y estudiantes con percepción de la relación materna negativa contaban con la misma edad (16 años promedio).

Uno de los hallazgos de mayor interés y que confirman resultados previos (Gómez Pérez-Mitré, 1995b; Rivera 1997; Murrieta, 1997; Aguilar y Rodriguez, 1997), fue que solo un porcentaje mínimo de las adolescentes mostró estar satisfechas con la imagen corporal. Sin embargo debe destacarse que fue en el grupo de las adolescentes con percepción negativa de la relación materna donde fue todavía más bajo dicho porcentaje (13%).

Así mismo la tercera parte de ambas muestras (esto es, independientemente de percepción positiva o negativa) eligieron como figura ideal una figura por abajo de lo normal o delgada.

Estos resultados también confirman hallazgos anteriores tanto internacionalmente (Cooper y Faiburn, 1993; citados por Ponce de León; Schlundt y Bell, 1993; Bruchon-

Schweitzer,1992) como nacionalmente (Aguilar y Rodríguez, 1997; Gómez Pérez Mitré, 1995b; Murrieta 1997; Rivera,1997; Unikel y Gómez Pérez Mitré 1997; Unikel,1998).

Esta tendencia se produjo, no obstante a que se identificaron con una figura delgada, sin embargo aspiraban a tener una figura todavía más delgada , lo que implica insatisfacción con imagen corporal como lo señalan resultados de otros investigadores.

Así mismo resultaron insatisfechas con su imagen corporal un porcentaje considerablemente alto de las adolescentes, en consecuencia solo un porcentaje mínimo estaba satisfecha con la misma. Cuando las adolescentes están insatisfechas con su imagen corporal se incrementa la probabilidad de emitir conductas alimentarias de riesgo como por ejemplo : seguimiento de dietas.

Con esto se confirma de nuevo que las mujeres siempre desean alterar su figura para encajar en la concepción de la belleza, como actualmente la belleza es un sinónimo de delgadez. las mujeres aspiran a ser flacas y femeninas. Como dice Schwarztz y Johnson 1982, en su modelo sociocultural, Los desordenes del comer podrían ser atribuidos a la preocupación obsesiva por la comida, por la delgadez y por hacer dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Está insatisfacción que las adolescentes tienen con respecto a su imagen corporal se encuentra principalmente en el género femenino originando así un modelo de figura ideal muy delgada. (Schonfield, 1963 citado por Grinder, 1984).

Antes de Los años 50's la delgadez se asociaba con enfermedad, a partir de entonces se han encontrado en investigaciones recientes lo opuesto (Bragüinsky , 1987) así mismo

estudios previos en la literatura internacional han confirmado este hallazgo, que la insatisfacción contribuye con los factores de riesgo y hacen más vulnerables a las adolescentes (Agras, 1980; Toro y Vilardel, 1987).

De acuerdo con la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) encontramos que la percepción de la relación materna si se relaciona con conducta alimentaria, ya que los resultados mostraron que una percepción negativa de dicha relación se asocia con conducta alimentaria compulsiva, es decir, una percepción negativa parece ser un factor de riesgo para que se desarrolle una conducta alimentaria anómala, por lo que no tienen control sobre su forma de comer.

Cabe destacar que las adolescentes con percepción positiva de la relación materna tienen una mejor alimentación, ya que procuran que sus comidas sean nutritivas con el fin de mejorar su salud a diferencia de las adolescentes con percepción negativa, las cuales no se preocupan por su alimentación. Es decir, tienen una alimentación inadecuada.

Por otra parte las adolescentes con percepción negativa de la relación materna mostraron una mayor práctica de conducta dietaria. Esto puede entenderse de acuerdo con Bruch (1985) quien señala que la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijos principalmente la de comer, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido del cuerpo. Con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia, con respecto al incremento de impulsos biológicos (incluyendo el hambre) y las nuevas demandas sociales y emocionales. Probablemente, ellas como respuesta reactiva tratan de sobrecontrolar sus necesidades, lo que las puede llevar a dirigir su propia inanición, debido a su excesiva preocupación por el peso, la comida y principalmente su imagen corporal.

Es importante destacar que en cuanto a la Atribución de Control Alimentaria Interno y Externo pudimos observar que las adolescentes con percepción positiva de la relación materna tienden a atribuirse una mayor responsabilidad sobre su conducta alimentaria mientras que las adolescentes con percepción negativa atribuyen a la casualidad o al destino la cantidad de alimento que han de consumir de esta manera no se responsabilizan por su *propia alimentación*.

Esto puede verse apoyado con la investigación de Mac Donald (1971) quien encontró que las jóvenes que más tenían al Locus de Control Interno eran las que percibían a las madres como más educadoras, predecibles y más afectivas.

Debe subrayarse por otra parte que los factores que resultaron independientes de la percepción de la relación materna fueron: preocupación por el peso y la comida y dietas hipocalóricas.

Posiblemente la no relación de ambos son los sentimientos o actitudes que la literatura señala como comunes a todos los grupos, es decir, tanto en las adolescentes de población normal como las de población de alto riesgo y poblaciones clínicas, probablemente es por ello que no se encontraron asociadas de manera significativa con la percepción de la relación materna.

También se puede explicar dicha ausencia de relación en base a que los cambios que implica la adolescencia influyen de manera directa sobre los hábitos alimentarios, ya que por una parte su propio organismo y su intensa actividad les exige comer en mayor cantidad mientras que por otra , la sociedad exige una “buena figura” para mantener una buena imagen social aceptable. Además está influencia de la sociedad norteamericana adonde se considera como conducta “normativa” el que en la población femenina joven y adolescente consuma alimentos dietéticos, “light” o bajos en calorías.

Nuestros resultados pueden entenderse en su mayoría de acuerdo con lo que señalan :Humprey, 1986; Rhodes y Kroger, 1992; 1986; Saucedo, 1997; Strobber y Humprey, 1987. quienes encuentran que las madres de hijos con algún trastorno de la alimentación eran frías, distantes, intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, hostiles, indiferentes y rechazantes con sus hijos, es decir, tenían una mala relación madre-hijo.

Con respecto a la prueba de nuestras hipótesis de trabajo dos de cuatro se confirman, con base a ello se puede concluir que: la percepción de la relación materna sí se relaciona con factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios:

- a) los factores que se relacionan más con la percepción negativa de la relación materna fueron: Conducta alimentaria compulsiva, Conducta Alimentaria Normal-Anómala y Dieta Crónica y Restrictiva.
- b) las variables que se relacionan con Dietas hipocalóricas y preocupación por el Peso y la Comida resultaron independientes de la Percepción de la relación materna.
- c) existe una clara relación entre insatisfacción con la imagen corporal y percepción negativa de la relación materna.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

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

Considerar el Índice de Masa Corporal (IMC) para poder obtener la subestimación o la alteración de la imagen corporal en futuros estudios.

Utilizar mas variables sociodemográficas para un estudio descriptivo más amplio.

Medir más y nuevos aspectos que incluyan la percepción de la relación materna para la obtención de mejores resultados.

Realizar nuevos estudios con muestras probabilísticas.

Cabe asumir la limitación siguiente:

Los resultados obtenidos sólo son aplicables a la muestra estudiada, no pueden generalizarse, ya que se utilizó una muestra no probabilística.

REFERENCIAS

- Agras, W.S. (1988). Eating Disorders. Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. Nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Aguilar, C., Y. y Rodriguez, C., A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la auto percepción de la imagen corporal y la autoatribución del adolescente del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Bandura, A. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza
- Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios: Anorexia y Obesidad. Psicología Iberoamericana. 3(2) 20-34.
- Bragüinsky, J. (1989). Obesidad. Patogenia clínica y tratamiento. México: Promedicina.
- Bruch, H. (1985). Psychotherapy in primary anorexia nervosa. Journal of Nervous and Mental Disease 150, 51-67
- Bruchon-Shweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Brumberg, J. J. (1988). Fasting girl. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge Howard: University Press.
- Camacho, V., M. (1992). Relación entre el concepto de familia y el grado de tradicionalismo en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología . U.N.A.M.
- Candelas, R., J.R. (1981). Estudio exploratorio: la representación social de la familia de un grupo de adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Cárdenas, R., M. T. y Ruiz B., Ma. Del P. (1995). El Locus de control de los adolescentes y su percepción de las conductas que sus padres manifiestan hacia ellos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología. U.N.A.M.
- Casillas, C., L. y Vargas, L., A. (1985). Alimentación y Nutrición en la Adolescencia. Cuadernos de Nutrición. 3 Mayo-Junio 17-32.

- Casper, R.C., Eckert, E.D., Halmi, K., A., Goldberg, S., C. y Davis, J., M. (1980). Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry. Vol.37. September.
- Colmenares, B., M. (1996). Propuesta de intervención para el adolescente obeso. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Cortina, G., P.M. y Mozo, I., P. (1996). Estudio de los desórdenes alimentarios: Anorexia y Bulimia. Tesis de Licenciatura en Comunicación. Universidad Iberoamericana.
- Davis, L., L. (1984). Perceived somatotype, body-cathexis and attitudes toward clothing among college females. Perceptual and motor skills. 58, 883-886 en Bruchon, S. (1992) Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Díaz, G., R. (1972). Una escala multifactorial de premisas socioculturales de la familia mexicana. Revista Interamericana de Psicología. Vol. 6. 234-244.
- DSM-III Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (1980).
- DSM- IV Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (1995). MASSON, S.A.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México:Paidós.
- Espejel, A., E. (1984). El cuestionario de evaluación familiar. Un instrumento de detección comunitaria. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Fernández, G., Ma del C. y Gerdingh, A., L.E. (1996). Relación existente entre la conducta de fumar y el locus de control interno y externo en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Franzoi, S. L. y Herzog, M. E. (1980). The body steen scale: a convergebt and discriminant validity study. Journal of personality assement. 50, 24-31 en Bruchon, S. (1992) Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Fromm, E., Horkheimer, M. y Parsons, T. (1986). La familia. Barcelona:Península.
- Gómez Pérez-Mitré, G. . Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología.
- Gómez Pérez-Mitré & Ávila Angulo, E. (en prensa), ¿Los estudiantes mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos relacionados con el peso corporal?.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10(1) 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Revista Mexicana de Psicología. 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995a). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12 (2) 185-198.
- Gómez Pérez-Mitré y Avila, E. (en prensa). Conducta alimentaria y obesidad.
- Hamacheck, D., E.(1981). Encuentros con el yo. México: Interamericana.
- Hernández, F., M.(1988). La educación sexual en el adolescente con deficiencia mental. Tesis de Licenciatura en Deficiencia Mental de la Normal de Especialización
- Hernández, P., Ma. E. y García, R., Ma de L. (1990). El sadismo de la madre como determinante de la delincuencia del hijo adolescente. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Hill, A. J. (1993). Preadolescent dieting: Implication for eating disorders. International Review of Psychiatry. 5. 87-99.
- Holtz, V.. (1995). Antecedentes históricos de la Anorexia nervosa. Psicología Iberoamericana. 7(2) 5-13.
- Humphrey, L.L. (1986). Differentiating bulimia-anorexic from normal families using interpersonal and behavioral systems. Journal of Consulting and Clinical Psychology 95 (4), 395-402.
- Hurlock, E. B. (1982). Desarrollo del niño. México: Mc Graw -Hill
- Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry. 142, 1321-1324.
- Kaplan, A. y Garfinkel (1984). Bulimia in the Talmud. American Journal of Psychiatry.
- León, B.,M.(1991). El adolescente con deficiencia mental y sus intereses sobre la sexualidad en las escuelas de educación especial. Tesis de Licenciatura en Deficiencia Mental de la Normal de Especialización.

- Lidz, R., L. (1969). El adolescente y su familia. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez, F., S. (1994) La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. España: Espasa Calpe.
- Mendoza, M., S. (1996). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes : alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria. Tesis de Maestría en Psicología clínica. Inédita .Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Harvard University Press: Cambridge.
- Minuchin, S., Barber L., Rosman, B:L:, Liebman R., Milman, L. y Todd T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Achievements of General Psychiatric. 32, 1031-1038.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context. Harvard University Press: Cambridge. Mass.
- Minuchin, S., y Fishman, H., Ch. (1990). Técnicas de terapia familiar. México:Paidós.
- Montoya, S. (1995). Estudio observacional de las relaciones tempranas madre-hijo en los infantes de guardería y su posible relación con figuras maternas sustitutas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Munguía, R., Ma. Del C. (1992). La orientación sexual, una necesidad básica del adolescente deficiente mental. Tesis de Licenciatura en Deficiencia Mental de la Normal de Especialización.
- Muñoz, H., M. (1991). La educación sexual en escuelas de educación especial como parte importante en la formación de algunos aspectos de la personalidad del adolescente con deficiencia mental. Tesis de Licenciatura en deficiencia Mental de la Normal de Especialización.
- Murrieta, C., M.(1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología . U.N.A.M
- Ortiz, M., Abad, M. y López, C. (1986). Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. PSIQUIS. 7. 53-58.
- Papalia, D. E; Wendkos, S. (1988). Psicología. México: Mcgraw Hill.
- Papalia, D., E. (1993). Desarrollo Humano. México: Mcgraw Hill.

- Pérez, M., M.(1989). La educación sexual del deficiente mental de la infancia a la adolescencia. Tesis de Licenciatura en Deficiencia Mental de la Normal de Especialización.
- Perroni. H., M. y Navarro, R., R. (1985). Estudio de la caracterología de la mujer actual en la familia y lasociedad mexicana. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Ponce de León, C., Montejo, M. L., Berenger, J. C., Ruiz, M. V. y Scigliano, R. (1995). Psicopatología nuclear de la anorexia nerviosa. El debate diagnóstico 1. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica y ciencias afines. 23 (1), 29-33.
- Porot, M. (1980). La familia y el niño. Barcelona: Planeta.
- Quiroga. H., Echeverria, L., Mata, A., y Ayala, H. (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología Social en México.3 225-230.
- Rhodes . B., y Kroger, J. (1992). Parental bondingand separation individuation difficulties among late adolescent eating disordereswomwn. Child Psychiatry and Human Development. 22 (4), 249-263.
- Rivera, M., L.O. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Rochevable, S., A. (1985). El adolescente y su mundo. Barcelona: Herder.
- Romero. M., L. (1986). Prevención primaria del deterioro en las relaciones familiares, efectos de un sistema televisado en educación para la salud. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Saavedra, G., H. (1993). Relaciones Familiares e Interpersonales. Expectativas de trabajo y autoconcepto en el adolescente diabético insulínodpendiente. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Sanders. B. (1989). Conceptos culturales como indicadores de cambio generacional. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Sandoval, D. (1984). El mexicano: Psicodinamica de sus relaciones familiares. México: Vicaña.

- Saucedo, M., T. De J. (1996). Factores de Crianza e Interacción Familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría en Psicología Educativa. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Saucedo, T y Gómez Pérez-Mitre (1996). Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta pediátrica de México. 18 (1), 103-110.
- Sepulveda-Amor, J., Lezana, M.A., Tapia-Conyer, R., Valdespino, J.L., Madrigal, H y Kumate, J. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica de México. 126 (3), 207-225.
- Stunkard, A. J., Sorensen, T. y Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness, in S. Kety (ed). The genetics of neurological and psychiatric disorders (New York Raven press) en Hill A.J.(1993). Preadolescent dieting: Implication for eating disorders . International Review of Psychiatry. 5. 87-99.
- Unikel, S. , C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Maestría en Psicología clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Trad, P. C. (1995). Adolescent girls and their mothers: realigning the relationship. American Journal of Family Therapy. Vol. 23 No 1.
- Toriola, A., L. e Igbokwe, N.V. (1985). Relationship between perceived physique and somatotype characteristics of 10 to 18 years olds boys and girls. Perceptual and motor skills. 60. 878.
- Woody, H., (1992). School Psychology. Boston: M:A.Allyn and Bacon. 26-57.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y SALUD

AREA SOCIODEMOGRAFICA

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) Amigo (a)

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

- A) No
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

5.- ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

AREA DE LA IMAGEN CORPORAL

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



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

AREA DE LA RELACIÓN CON LA MADRE

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madre pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A) No la describe nada
- B) La describe un poco
- C) La describe regular (mas o menos)
- D) La describe bien
- E) La describe exactamente.

Mi madre:

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.- Me habla con voz afectuosa y amigable | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2.- Me apoya menos de lo que requiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3.- Me deja que haga las cosas que me gusta hacer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4.- Me parece emocionalmente fría. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5.- Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6.- Esta muy apegada a mí. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7.- Me deja que tome mis propias decisiones | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8.- No quiere que logre mi | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

propio crecimiento

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 9.- Trata de controlar todo lo que hago. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10.-Invade mi privacidad. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11.-Disfruta platicándome sus cosas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12.-Me sonrío frecuentemente | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13.-Tiende a consentirme a consentirme como bebé. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14.- Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16.-Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17.-No habla mucho conmigo | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18.-Trata de hacerme dependiente de ella. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19.-Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20.-Me da tanta libertad como yo quiero. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21.-Es autoritaria. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22.-Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23.-Me sobreproteje. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24.-Me premia. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25.-Me deja en libertad de vestirme como quiera. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26.-Es indiferente . | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27.-Me crítica constantemente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

28.-Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor) . (A) (B) (C) (D) (E)

29.-Me compara favorablemente con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)

30.-Me escucha en el momento que lo necesito. (A) (B) (C) (D) (E)

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



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

AREA DE CONDUCTA ALIMENTARIA

ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas.

Las siguientes afirmaciones describen diferentes formas de ser y/o de pensar. No hay respuestas buenas ni malas. En cada afirmación selecciona la opción correspondiente. La clave de respuesta es la siguiente:

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

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.- Siento que no puedo para de comer | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2.- Mi problema es empezar a comer pero dificilmente puedo detenerme | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4.- Como sin medida | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5.- No siento apetito o ganas de comer pero... nadie me detiene | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6.- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7.- No tengo control sobre mi forma de comer | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

- 8.- Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- 9.- Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- 10.-Paso por periodos en los que como con exceso (A) (B) (C) (D) (E)
- 11.-Siento que como mas rápido que la mayoría de la gente (A) (B) (C) (D) (E)
- 12.-Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
- 13.-Paso por periodos en los que siento que puedo comer sin parar (A) (B) (C) (D) (E)

- 14.- Procuro comer verduras (A) (B) (C) (D) (E)
- 15.- Cuido que mi dieta sea nutritiva (A) (B) (C) (D) (E)
- 16.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra (A) (B) (C) (D) (E)
- 17.- Como lo que es bueno para mi salud (A) (B) (C) (D) (E)
- 18.- Procuro mejorar mis hábitos alimentarios (A) (B) (C) (D) (E)
- 19.- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada (A) (B) (C) (D) (E)
- 20.- Cuido que mi dieta contenga el mínimo de grasas (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.- Procuro tomar complementos vitamínicos. (A) (B) (C) (D) (E)

- 22.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
- 23.- Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (A) (B) (C) (D) (E)
- 24.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma (A) (B) (C) (D) (E)
- 25.- Me deprimó cuando como de mas. (A) (B) (C) (D) (E)
- 26.- Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- 27.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- 28.- Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)

- 29.- Me la paso "muriéndome de hambre" ya (A) (B) (C) (D) (E)

que constantemente hago dietas.

30.- "Pertenezco al club" de los que para (A) (B) (C) (D) (E)
controlar su peso se saltan las comidas

31.- Siempre estoy a dieta, la rompo y la vuelvo (A) (B) (C) (D) (E)
a empezar

32.-Suelo comer masivamente (por ejemplo, no (A) (B) (C) (D) (E)
desayuno, no como,
pero ceno mucho).

33.- Hago ejercicio en exceso como un medio (A) (B) (C) (D) (E)
de control de peso.

34.- Quien mantiene control sobre su ingesta (A) (B) (C) (D) (E)
también

controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
35.- Admiro a las personas que pueden comer
con medida

36.- Una persona que puede cometer exceso (A) (B) (C) (D) (E)
con la
comida también puede excederse en otras
conductas.

37.- Las personas que comen con mesura (con (A) (B) (C) (D) (E)
medida)
son dignas de respeto.

38.- Poco se puede esperar de alguien que no (A) (B) (C) (D) (E)
tiene control
sobre su apetito.

39.- Las personas que pierden el control de la (A) (B) (C) (D) (E)
comida
se guían por el lema "todo con exceso nada con
medida".

40.- No se por qué se preocupa la gente por (A) (B) (C) (D) (E)
su peso, ya que, "el que nace barrigón aunque
lo fajen".

41.- Creo que las personas con problemas de (A) (B) (C) (D) (E)
control
ya que "Genio y figura hasta la sepultura".

42.- Creo que "Comer y rascar el trabajo es (A) (B) (C) (D) (E)

comenzar”.

43.- Creo que mantener una dieta para bajar de peso (A) (B) (C) (D) (E)

es como querer mantener la respiración durante mucho tiempo.

44.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)

45.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)

46.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada (A) (B) (C) (D) (E)