

01985



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

IS

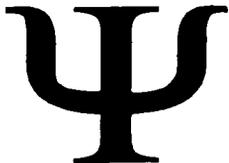
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MODELOS PREDICTIVOS DE DIETA RESTRINGIDA EN  
PUBERES, HOMBRES Y MUJERES Y EN SUS MADRES.

T E S I S  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
DOCTOR EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
TERESITA DE JESUS SAUCEDO MOLINA

COMITE TUTORAL:

- DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
- DR. HECTOR BOURGES RODRIGUEZ
- DRA. ROSALIA VAZQUEZ AREVALO
- DRA. MARIA EMILIA LUCIO GOMEZ-MAQUEO
- DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS
- DR. LUIS ALBERTO VARGAS
- DR. JOSEP TORO I TRALLERO



MEXICO, D. F.

MARZO 2003

A



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.

## AGRADEZCO

A Dios por los infinitos dones que me ha dado y las maravillosas oportunidades que me ha brindado para crecer y realizarme como mujer, esposa, madre y profesionista.

A mis padres Alejandro q.e.p.d. y Alicia por su desprendimiento, su aliento y su hermosísimo corazón.

A mi esposo, José Adolfo compañero fiel e incondicional desde hace más de 20 años.

A mis maravillosos hijos, José María y Gabriel de Jesús porque son el motor de mi vida.

A mis hermanos y cuñados, en especial a Jorge, María de la Paz, Adriana, Pedro por su interés, sus palabras de aliento y su apoyo.

A Mary, María Luisa, Angelina, Carolina, Ofelia, Caro y Jerónimo por su amor, su ejemplo de superación y sus oraciones.

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

NOMBRE: Jessica de Jesús

Sección Molina

FECHA: 13/11/2023

FIRMA: [Firma]

13

## **Agradecimientos**

A través de este trabajo he confirmado la necesidad que tenemos unos de otros y que si pretendemos lograr las cosas a solas, esto deja un gran vacío en nuestra existencia y nos impide descubrir la grandeza de los demás.

Por lo anterior me resulta indispensable el expresar mi gratitud a todas las personas e instituciones que me brindaron su apoyo para el inicio, desarrollo y culminación de esta investigación.

Agradezco principalmente a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre por su orientación, sus consejos y su tiempo. Al Dr. Héctor Bourges Rodríguez y la Dra. Rosalía Vázquez Arévalo quienes me acompañaron desde el principio de esta aventura. Al Dr. Javier Aguilar Villalobos por su buena disposición y desinteresada atención. A la Dra. Emilia Lucio Maqueo y al Dr. Luis Alberto Vargas por todo el apoyo que me brindaron con sus valiosas aportaciones en la revisión de esta tesis. Un especial agradecimiento al Dr. Josep Toro quien a partir del momento en que solicité su tutoría, me acogió con extraordinaria gentileza desde su lejano país, España, y siempre estuvo al pendiente de mi trayectoria.

Nunca olvidaré la ayuda de Gisela, Silvia y Rodrigo quienes siempre fueron amables y generosos con su tiempo y conocimientos.

A la futura Dra. Claudia Unikel, fabulosa compañera y amiga quien me acompañó a lo largo de este recorrido.

Agradezco al CONACYT por haberme otorgado el respaldo financiero sin el cual este trabajo hubiera sido imposible, así como a la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, específicamente del Dr. Javier Nieto, Lic. Carlos Durán, Lic. Margarita Zúñiga y Lic. Lucía Peña por todo su apoyo y a la Sra. Eva Franco por su alegría, su orientación, y su donación.

<b>INDICE</b>	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMEN</b>	4
<b>ABSTRACT</b>	5
<b>INTRODUCCIÓN</b>	6
<b>CAPÍTULO I) Trastornos de la conducta alimentaria</b>	
Definición y criterios diagnóstico	10
Aspectos epidemiológicos	
Panorama internacional	12
Panorama nacional	14
<b>CAPÍTULO II) Factores de riesgo</b>	16
Factores predisponentes: genéticos, de personalidad, familiares y socioculturales.	18
Factores precipitantes.	30
Factores mantenedores.	31
Modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria.	32
<b>CAPÍTULO III) Conducta de restricción de la dieta o dieta restringida</b>	41
Consecuencias fisiológicas y psicológicas	41
Investigaciones sobre dieta restringida en diferentes partes del mundo	44
<b>CAPÍTULO IV) Pubertad</b>	47
Secuencia de la maduración sexual puberal en el sexo femenino.	49
Secuencia de la maduración sexual puberal en el sexo masculino.	52
Pubertad y conductas alimentarias de riesgo.	55
<b>CAPÍTULO V) Método</b>	
1. Objetivos y preguntas de investigación	59
2. Definición de variables	61

3. Diseño de investigación	65
4. Muestra	65
5. Instrumentos	68
6. Procedimiento	70
<b>CAPÍTULO VI) Resultados</b>	<b>74</b>
1. Análisis Factorial	76
2. Características sociodemográficas	84
3. Índice de la Masa Corporal	88
4. Distribución de las variables consideradas para el diseño de los modelos predictivos de la dieta restringida en púberes.	93
5. Distribución de las variables consideradas para el diseño del modelo predictivo de dieta restringida en las madres	102
6. Matrices de correlación	107
7. Análisis de regresión	111
8. Modelos predictivos de dieta restringida	114
8.1 Análisis de ecuaciones estructurales en púberes hombres	116
8.2 Análisis de ecuaciones estructurales en púberes mujeres	119
8.3 Análisis de ecuaciones estructurales en las madres	122
<b>CAPÍTULO VII) Discusión y Conclusiones</b>	<b>126</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO</b>	<b>154</b>
Cuestionarios en la versión final empleada para el levantamiento de los datos.	

## RESUMEN

**Objetivo:** desarrollar y evaluar modelos capaces de predecir la dieta restringida considerada como puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria en púberes, hombres y mujeres, y en sus madres.

**Método:** Para el desarrollo de los modelos se consideraron variables biológicas (madurez sexual, e Índice de la Masa Corporal); psicológicas (imagen corporal y conducta alimentaria), y socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal).

El diseño del estudio fue de campo de tipo transversal. Se trabajó con tres grupos: uno de 632 púberes mujeres, otro de 674 púberes hombres ambos de 10 a 15 años de edad, estudiantes de primaria y de secundaria, en escuelas públicas (58%) y privadas (42%) de la Ciudad de México. El tercer grupo quedó integrado por 834 madres de 25 a 55 años de edad.

Para la recolección de datos se utilizaron secciones del EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios) e imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1999). Para la evaluación de la madurez sexual se emplearon dibujos representando las principales etapas de Tanner (1962) y algunos reactivos específicos sobre esta etapa. Los factores socioculturales fueron evaluados mediante el CIMEC (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal) (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

**Resultados:** Mediante el empleo de la técnica del modelo de ecuaciones estructurales, los resultados indican que la variable influencia de la publicidad actúa como "piedra angular" en la predicción de la dieta restringida en los tres modelos obtenidos. Otras variables importantes para predecir de manera directa la señalada conducta son: el Índice de la Masa Corporal, la percepción de la imagen corporal, el comer compulsivamente y las conductas compensatorias.

Estos hechos son relevantes en la etiopatología, prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

## ABSTRACT

**Purpose:** to develop and assess models that predict restrictive dieting considered as one of the entrance door of eating disorders in pre-adolescents of both sexes and, in their mothers.

**Method:** to develop these models, biological (sexual maturity and Body Mass Index); psychological (body image and eating behaviors) and, sociocultural (publicity influence and body image dissatisfaction) variables were considered. A field and transversal design was carried away with three groups: the first one, 632 pre-adolescent females; the second, 674 preadolescent males, junior high students of public schools (58%) and private schools (42%) in Mexico City, both between 10 and 15 years; and third, 834 women, all mothers 25 to 55 years.

The questionnaire used included questions from EFRATA (scale of risk factors associated to eating disorders) and body image (Gómez Pérez-Mitré, 1999). To assess sexual maturity drawing representing Tanner main phases were used and, some questions specific for this purpose. Sociocultural factors were assessed with the CIMEC (questionnaire on influences of the body esthetics model) (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

**Results:** structural equation modeling was used. Results show that the influence of publicity is the "angular stone" for the prediction of restrictive dieting in the 3 different models developed. Other important variables to predict such behavior in a direct manner were Body Mass Index, body image perception, binge eating and compensatory behaviors.

These facts are deemed relevant to the etiopathology, prevention and treatment of eating disorders.

## INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es un fenómeno complejo en el que se amalgaman factores de naturaleza muy diversa: biológicos (hambre-saciedad, sed, estados fisiológicos como embarazo, lactancia, pubertad, vejez); geográficos (clima, localización geográfica, disponibilidad de alimentos); psicológicos (preferencias, gustos, ritos y creencias) y socioculturales (tradiciones, costumbres, nivel cultural y económico) (Vargas y Aguilar, 2002; Bourges-Rodríguez, 1990). Es así como el estudio de dicha conducta debe ser enfocado desde una perspectiva multifactorial y siempre considerando al individuo como una unidad funcional integral, es decir, desde una perspectiva biopsicosocial (Gómez Pérez-Mitré, 1993a).

Desde este enfoque multifactorial y biopsicosocial, es como en años recientes se han venido estudiando las anormalidades en la conducta alimentaria, dentro de las que se encuentran los trastornos alimentarios, caracterizados por alteraciones graves de dicha conducta (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996), que comprometen la salud no solamente del individuo sino de grupos sociales de diversas edades y culturas.

La principal aportación del presente trabajo, radica en identificar algunos de los factores asociados a una de las puertas de entrada (Booth, Lewis y Blair, 1990; Herman y Polivy, 1980, 1984, 1988; Schlundt y Johnson, 1990; Willianson, 1990; Levine y Smolak, 1992; Tobin, Johnson, Streinberg, Staats y Dennis 1991; Hsu, 1997; Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998; Huon, Hayne, Gunewardene, Strong, Lunn, Piira y Limm, 1999) a los trastornos de la conducta alimentaria, la dieta restringida, abriéndose la posibilidad de revertir, en mayor o menor grado tanto su incidencia como su prevalencia, mediante el desarrollo y la aplicación de programas de prevención y de promoción de la salud eficaces.

Dieta restringida, definida por algunos como "dieta cosmética", (Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998), juega un papel muy importante en la evolución de los trastornos alimentarios. Una problemática que se ha suscitado en torno a ella es que se ha vuelto una conducta normativa, principalmente entre las mujeres. Como es sabido esta conducta provoca severos daños a la salud pues conduce a problemas nutricios y metabólicos; a alteraciones en el correcto funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular (Saucedo-Molina, 1999); si dicha conducta se perpetua, conduce a la aparición de la desnutrición energético-proteínica ocasionando alteraciones en la digestión y absorción de todos los nutrimentos; y provocando

una disminución importante del sistema inmunológico dando pie a diversas y severas infecciones (Toussaint y García-Aranda, 2001). Además, el consumo inadecuado de alimentos también tiene consecuencias psicológicas importantes como son: irritabilidad, comportamientos obsesivo-compulsivos, tendencia al aislamiento social, y pérdida de interés sexual, tendencia a la hipocondría, incrementos importantes en la depresión e histeria (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

La población objeto de este estudio fueron púberes, hombres y mujeres de ambos, ya que se caracterizan fundamentalmente por una marcada búsqueda de aprobación y de identidad, la cual aunada a una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos, los convierte en un grupo sumamente vulnerable a la influencia de una cultura donde impera el ideal físico de delgadez.

Resulta cada vez más evidente como los púberes están adquiriendo la neurosis de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar esa figura delgada idealizada. Esta neurosis y obsesión se traduce cada vez más en conductas de riesgo que dan pie a los trastornos alimentarios. Una de estas conductas es precisamente la dieta restringida, misma que como se describió anteriormente tiene importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas, y es todavía más peligrosa si se sigue dicha conducta en etapas cruciales de la vida como lo es la pubertad.

Por otro lado, muchos han sido los intentos para establecer cuáles son las variables procedentes de la madre que tienen mayor influencia sobre la conducta alimentaria de sus hijos, siendo las que mayor atención han recibido por la mayoría de los investigadores: insatisfacción con la imagen corporal, dieta restringida, desinhibición para comer, preocupación por el peso y la comida y peso corporal representado por el Índice de la Masa Corporal (IMC). Esto se debe a que dichas variables son consideradas como determinantes en el surgimiento y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Algo que cabe resaltar es que en varias de estas investigaciones la perspectiva manejada para la propuesta de hipótesis e interpretación de resultados, es la de la socialización a través del modelamiento, pues se considera que los padres, principalmente la madre, al actuar como modeladores de sus hijos en cuanto a los hábitos alimentarios, consumo de alimentos, tiempos de comida, percepción y aceptación de la imagen corporal, es la manera más generalizada para que estos internalicen todos estos conceptos desde edades muy tempranas.

El profundizar en esta investigación ciertas características maternas como factores predictores de la dieta restringida, se basa no sólo en lo encontrado en la literatura, sino en el hecho de que en nuestra cultura, la madre es todavía la que más está en contacto con los hijos y como se mencionó anteriormente es la que forma los hábitos alimentarios, así como las actitudes, creencias y preferencias con respecto a los alimentos (Olvera-Osante, 1984), por ello resulta muy importante el conocer cuales son los factores que favorecen el seguimiento de dieta restringida, ya que tarde o temprano su conducta repercutirá en la de sus hijos.

A continuación se describirá el contenido de los capítulos que conforman este trabajo de investigación.

La primera parte del capítulo I, está dedicada a la definición y descripción de los síntomas y signos, con sus correspondientes categorías diagnósticas, de los trastornos de la conducta alimentaria. La segunda parte de este capítulo muestra un panorama de la epidemiología internacional y nacional de estos desórdenes.

En la primera parte del capítulo II, se definen los factores de riesgo asociados a los problemas alimentarios, su clasificación en virtud de sus supuestos funcionales procesales (predisponentes, precipitantes y mantenedores), la importancia de cada uno de ellos y algunos trabajos realizados con diferentes poblaciones.

En la segunda parte de este capítulo se presentan los modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria que mayor relación tienen tanto con la estructura general del trabajo como con los factores de riesgo considerados en la presente investigación.

El capítulo III explica la visión que sobre conducta de restricción de la dieta (dieta restringida) tienen diferentes investigadores y se describen algunas de las más relevantes investigaciones relacionadas con esta conducta.

En el capítulo IV se aborda el tema de pubertad, en las áreas físicas y psicológicas, describiendo por etapas los cambios físicos de la pubertad y las consecuencias psicológicas de los mismos, como fundamento para entender por qué este grupo debe considerarse como vulnerable a los trastornos alimentarios. El capítulo finaliza con el reporte de los resultados de algunas investigaciones realizadas en México y en otros países, sobre la situación agravante

que en los últimos años se ha extendido a este tipo de población, es decir sobre la preocupación por el peso, la comida, la imagen corporal, actitudes que generan conductas anormales hacia el cuerpo y drásticas modificaciones al patrón de alimentación.

El capítulo V está dedicado a la descripción de la metodología iniciando con los objetivos y las preguntas de investigación. El capítulo VI está conformado por los resultados, sobresaliendo los tres modelos predictivos de la dieta restringida. En el capítulo VII se presentan la discusión, conclusiones y limitaciones sobre los hallazgos obtenidos. Finalmente en los anexos se localizan los tres cuestionarios empleados para el levantamiento de los datos.

## CAPÍTULO I)

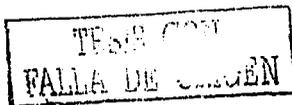
### Trastornos de la conducta alimentaria.

Si partimos de que la conducta alimentaria es, en su sentido más estricto una respuesta a las necesidades de nutrimentos con objeto de mantener el equilibrio energético y de aportar las sustancias indispensables para el funcionamiento adecuado del organismo y que la conducta alimentaria normal cumple con esos propósitos, entonces puede entenderse de una manera más fácil por qué, la bulimia nervosa y la anorexia nervosa, constituyen las principales categorías de las anomalías de esa conducta (Gómez Pérez-Mitre, 1993b).

Los problemas en la conducta alimentaria son de suma importancia, pues además de comprometer la salud de la persona ponen en riesgo el destino de un número considerable de seres humanos de diversas edades y culturas. Estos trastornos no son un padecimiento fácil de manejar, ya que además de amenazar la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y sus complicaciones, se vinculan con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar y social (Mancilla, Mercado, Manriquez, Álvarez, López y Román, 1999).

Se entiende como "trastornos de la conducta alimentaria" a aquellos trastornos psicológicos que comparten graves anomalías en el comportamiento de la ingestión de alimentos, es decir, se fundamentan en alteraciones netamente psicológicas (Raich, 1994). La *anorexia nervosa* se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La *bulimia nervosa* se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de ambos trastornos es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales (APA, 1996).

En el cuadro 1, se presentan los criterios más recientes para la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria aceptados por la Asociación Psiquiátrica Americana en los que se enfatizan la identificación de signos y síntomas.



**Cuadro 1**

**Características para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria.**

**Anorexia nervosa**

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado).
- 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 la silueta corporales, exageración de su importancia en autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)

**Tipos:**

**Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

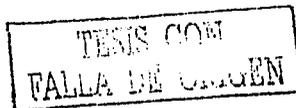
**Bulimia nervosa**

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p.ej., sensación de no poder parar 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 del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exagerada influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

**Tipos:**

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

**Tipo no purgativo:** durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.



### Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

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

- 1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- 4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- 5.- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- 6.- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa.

Fuente: Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson Editores.

### Aspectos epidemiológicos

#### Panorama internacional

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria, se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas, sobre todo en la sociedad occidental. Anteriormente se pensaba que esto era propio de las grandes urbes en países desarrollados, sin embargo, en la actualidad se ha confirmado que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina el desarrollo económico y tecnológico (Shisslak, Crago, Neal y Swain, 1987).

#### **Anorexia nervosa y Bulimia nervosa.**

En cuanto a la anorexia nervosa, estimaciones de la incidencia anual en los países occidentales basada en los pacientes hospitalizados y en casos psiquiátricos registrados, han mostrado un incremento de 0.5 por 100,000 en 1950 a un 5.0 por 100,000 en los ochentas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para mujeres entre 15 y 24 años de edad, el grupo más susceptible, se ha notado un incremento lineal, con tasas que van del 13.4 por 100,000 durante 1935 a 1939 al 76.1 por 100,000 de 1980 a 1984 (Lucas, 1992).

En Escocia, se ha determinado, también en base a registros en hospitales psiquiátricos, que la incidencia de la anorexia nervosa fue de 1.6 por 100,000 para los años de 1978-1982, incrementándose a 4.06 por 100,000 hacia finales de los ochentas. La tasa de incidencia calculada para mujeres entre 16 y 25 años, fue de 30 por 100,000 para finales de los ochentas. En diversos institutos psiquiátricos en Dinamarca, la incidencia en los niveles de admisión fue de 1.36 por 100,000 a finales de 1988 (Wakeling, 1996).

Según Riobó (citado en Acosta, 2000) la anorexia se está convirtiendo en la actualidad en una epidemia, que afecta al 14% de los adolescentes y jóvenes en España, pues el número de pacientes, con esta enfermedad, se ha multiplicado por diez.

La incidencia de la anorexia nervosa en niños no ha sido aun detectada, sin embargo lo que sí se ha identificado es que este síndrome por regla general se inicia durante o poco después de la pubertad. Esto se apoya en el hecho de que en esta edad comienza a haber una mayor preocupación por la figura, principalmente debido a los cambios corporales y a la distribución de la grasa características de esta etapa. Dichas modificaciones provocan en los púberes una mayor atención con respecto a la comida y todo lo relacionado con ella (Koff, y Rierdan, 1993).

Los púberes y adolescentes hombres y mujeres, que manifiestan una mayor prevalencia de estos trastornos, son aquellos cuyas actividades extraescolares requieren esbetez o delgadez, como es el caso de bailarinas(es) y gimnastas, o bien aquellas que consisten en competencias atléticas y que exigen un control constante del peso como es el caso de corredores, jugadores de football soccer y americano (Ekwall, 1993).

Según reportes de Shisslak, Pazda, y Crago, (1990), la prevalencia de la bulimia nervosa en adolescentes y mujeres jóvenes es de 1 a 3%, y la tasa de ocurrencia de este trastorno en hombres es aproximadamente de 1 a 10 contra mujeres. Ellos mismos señalan que cuando se usa un amplio criterio para la bulimia y los datos se obtienen a partir del autoreporte, la prevalencia se ve incrementada de un 3 hasta un 9%.

## **Panorama nacional**

### **Anorexia nervosa y Bulimia nervosa**

Pese a que no se dispone en nuestro país de los suficientes estudios sobre el comportamiento epidemiológico de los trastornos alimentarios, investigaciones recientes y de alta calidad metodológica, como por ejemplo: Holtz, 1992; Gómez-Pérez-Mitré, 1993; Gómez-Pérez-Mitré, 1995; Saucedo-Molina, 1996; Aguilar, y Rodríguez, 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1997; Gómez Pérez-Mitré, Saucedo-Molina y Ávila, 1997; Unikel, 1998; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000; Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Román, 1999; González, Lizano, y Gómez Pérez-Mitré, 1999 y 2000, entre otras, realizadas en su mayoría en población general; han señalado estos problemas como de frecuencia significativa y de relevancia para la salud pública, ya que a pesar de que no se sepa con exactitud el número de seres humanos que afecta, por el simple hecho de confirmar la presencia de alguno o algunos de los factores de riesgo esto ya representa problemas para la salud, pues su efecto implica tales niveles de deterioro o incapacidad que se perturba o se compromete seriamente el bienestar o el desarrollo de los individuos, de sus familias y hasta de sus comunidades.

En años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de la Nutrición, en donde se reciben un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa (Unikel, 1998).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría, se ha detectado un incremento importante en los ingresos de primera vez a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria, pues de 1.9% de casos registrados en 1997, estos se incrementaron hasta un 67.9% en el año 2002, debiendo señalarse que la proporción de mujeres contra hombres es de 28 a 1. También es importante asentar que los trastornos que mayores porcentajes han alcanzado en los últimos seis años son: Bulimia nervosa purgativa con un total de 44.1% en mujeres y un 21.1% en hombres, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados registrando un 42.4% en el grupo de mujeres y un 63.2% en el grupo de hombres. Es alarmante el incremento que se ha registrado en la clínica de trastornos del Instituto de 1997 a 2002. Los datos completos recopilados hasta este momento en la clínica se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 1**  
**Registro de ingresos de primera vez a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria por año, sexo y diagnóstico**

Diagnóstico	Mujeres				Hombres				Totales N=559
	ANCP n=34	BNP n=238	ANR n=39	TANE n=229	ANCP n=1	BNP n=4	ANR n=2	TANE n=12	
	%	%	%	%	%	%	%	%	
1997	2.9	2.1	2.6	1.3	-	-	-	8.3	1.9
1998	23.5	5.5	7.7	1.7	-	-	-	-	4.7
1999	14.7	9.7	17.9	9.6	-	25.0	50.0	16.7	10.3
2000	8.8	16.0	25.6	26.6	100.0	25.0	-	-	19.3
2001	32.4	33.2	33.3	32.3	-	50.0	-	33.3	36.1
2002	17.6	33.6	12.8	28.4	-	-	50.0	63.2	67.9
<b>Totales</b>	<b>6.3</b>	<b>44.1</b>	<b>7.2</b>	<b>42.4</b>	<b>5.3</b>	<b>21.1</b>	<b>10.5</b>	<b>63.2</b>	<b>100.0</b>

ANCP: Anorexia nervosa compulsivo purgativa. BNP: Bulimia nervosa purgativa. ANR: Anorexia nervosa restrictiva. TANE: Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Fuente: Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria. División de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". 2003.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **CAPÍTULO II)**

### **Factores de riesgo**

La definición de salud más convencional y más clásica la entiende como "ausencia de enfermedad", quizás porque es más fácil comprender la enfermedad, cuando se asocia a sensaciones de malestar, dolor, incomodidad, fiebre o hemorragias, claramente perceptibles, y que tienen una implicación directa en la capacidad funcional de la persona y de la sociedad. Sin embargo, esta definición resulta incompleta ya que solamente está ligada a parámetros biológicos (Rodríguez, 1995).

El concepto de salud ha ido cambiando desde el comienzo del siglo XX, debido al reconocimiento del hecho de que los seres humanos están constituidos por elementos no solamente biológicos, sino también sociales y psicológicos e inclusive hasta por elementos políticos y económicos (Sommer, citado en Santos, 1998, pp: 133-7 ). Así ya en 1948, la OMS (1981) la definía como: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad, esta definición posibilitó un concepto más integral de salud, el concepto biopsicosocial, el cual la define como: "el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad" (Salleras, citado en Rodríguez, 1995, pp:16).

Recientemente la noción de salud es considerada como un continuo dinámico limitado por dos extremos, salud-enfermedad, existiendo entre ellos una escala de variación, con estados intermedarios, que van de la adaptación perfecta (difícil de obtener) hasta la desadaptación que llamamos enfermedad (San Martín, 2001).

La aparición de este nuevo concepto se ha visto favorecido por diversas razones: el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas; los hallazgos epidemiológicos acerca del origen multifactorial de las enfermedades, en donde es evidente la implicación de factores comportamentales, ambientales, sociales y biológicos; el esfuerzo constante e inconsciente, a veces dramático, por la adaptación del ser humano a un ambiente social desfavorable. Así por ejemplo, la extensión de la desnutrición en la Tierra, las modificaciones en la conducta alimentaria, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la falta de ejercicio, son aspectos que tienen que ver directamente con el proceso salud-enfermedad del individuo (Rodríguez, 1995).

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Sin embargo, el paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, periodos que pueden ser muy cortos o muy largos dependiendo de una serie de factores que pueden favorecer o detener el proceso mórbido. Dentro de esta concepción, la noción de salud puede ser reemplazada por la de estado compensado o de equilibrio dinámico. En el estado de compensación, el organismo tiene la posibilidad de recibir una agresión externa en tal forma que quede limitado, pero que no alcance a provocar el desequilibrio percibido como enfermedad por el individuo (San Martín, 2001).

Es así como de manera natural, nuestro organismo se encuentra luchando constantemente por contrarrestar una serie de fuerzas o factores que tienden a alterar este estado compensado o de equilibrio dinámico, y cuando se altera se da la enfermedad, es por ello que no se puede pensar en la salud como un estado, sino más bien como un proceso en el que asiduamente se están alterando múltiples condiciones (fuerzas físicas, biológicas, cognoscitivas y sociales) que favorecen o evitan que se rompa ese equilibrio (Felner y Aber, 1983; Felner, Jason, Montsugu y Faber, 1983).

Los factores que aumentan la probabilidad de que se altere ese equilibrio y se desencadene alguna enfermedad son conocidos como: **Factores de Riesgo** (Medina-Mora, 1982). También se les denomina así porque tienen un efecto negativo en la salud del individuo provocando un desajuste o desequilibrio ya que hacen al organismo vulnerable facilitando la aparición de la enfermedad. Existe una relación proporcional entre la probabilidad de enfermarse y el número o severidad de los factores de riesgo (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Especificar la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria ha resultado ser una tarea muy difícil y es por ello que aún no existe consenso, debido principalmente a su origen MULTICAUSAL (Bruce y Wilfley, 1996) en donde se ven involucrados: factores familiares (como baja empatía entre padres e hijas, intrusividad, y hostilidad ( Humphrey, 1986a, 1986b, 1989)); factores socioculturales (como la cultura de la delgadez, y la influencia de modelos estéticos corporales a través de la publicidad, de la familia y de los pares (Toro, Cervera y Pérez, 1988; Toro, 1989; Perpiña, 1989; Toro, 1996)), características de personalidad (como ansiedad, disforia y baja autoestima que puede provocar una insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993b; 1995; 1997; 1999)), y ciertos patrones de

conductas alimentarias (como dietas y ejercicio excesivo) (Shisslak, Crago, Neal, y Swain, 1987), dando como resultado que muchos factores considerados como de riesgo estén altamente interrelacionados unos con otros.

Esta multicausalidad de los trastornos de la conducta alimentaria, en la que los factores de riesgo están en constante interacción, ha llevado a que diversos autores (Gamer y Garfinkel, 1985, Toro y Vilardel, 1987, Polivy y Herman, 1993) los dividan, en virtud de sus supuestos funcionales procesales, en *factores predisponentes, precipitantes y mantenedores*.

#### **Factores predisponentes.**

Estos factores son los antecedentes del comportamiento por cambiar, y el sustento de su lógica o motivación. Incluyen las actitudes, creencias, valores, habilidades y necesidades sentidas que motivan las acciones del individuo o grupo (Vargas y Casillas, 1999).

Dentro de los trastornos de la conducta alimentaria se consideran como factores predisponentes: características de personalidad, familiares y socioculturales. Conjuntamente con estos factores se encuentran las características genéticas ya que a través de diversos estudios se ha propuesto que algunas personas tienen mayor riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario debido a cierta predisposición genética.

#### **A) Factores genéticos**

Estimaciones provenientes de amplios y rigurosos estudios realizados en familias, en grupos de gemelos y en genética molecular, sugieren que más del 50% de la varianza en los trastornos de la conducta alimentaria puede ser a causa de efectos genéticos (Klump, Kaye y Strober, 2001).

Los estudios familiares han proveído los primeros fundamentos para identificar si los trastornos de la conducta alimentaria son transmitidos genéticamente. Así, se ha comprobado que las mujeres familiares de pacientes con trastornos alimentarios tienen un riesgo muy superior de desarrollar este tipo de problemas al compararlas con población general, tanto en el caso de la anorexia nerviosa como de la bulimia (Walters y Kendler, 1995).

Un ejemplo muy claro es el proveniente de una investigación realizada en 1831 familiares mujeres de 504 sujetos identificados con anorexia o bulimia. Mediante la recopilación y el análisis de entrevistas clínicas estructuradas y de la historia familiar, los resultados indicaron que mientras que la anorexia nervosa y la bulimia fueron escasas en las mujeres familiares de los sujetos control, en las familiares de pacientes con algún trastorno alimentario se encontró un riesgo de 11.3% para desarrollar anorexia y un 12.3% para bulimia (Strober, Freeman, Lampert, Diamond y Kaye, 2000).

En otro estudio fueron determinadas las tasas de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, de problemas depresivos, de abuso de sustancias y de trastornos de ansiedad y personalidad en mujeres familiares de pacientes con anorexia o bulimia. En los resultados se encontró que las familiares de estos pacientes registraron un riesgo mucho mayor de desarrollar algún trastorno alimentario, depresión, y trastornos obsesivo-compulsivos al compararlos con sujetos sin trastornos. El riesgo de abuso de sustancias fue mayor en las parientes de pacientes bulímicas (30-37%) al compararlos con anoréxicas (12-18%) (Lilenfeld, et al. 1998).

Diversos investigadores (Wade, et al. 1999) proponen que la susceptibilidad para desarrollar las conductas y actitudes características de los trastornos de la conducta alimentaria puede ser mejor explicada si se combinan factores genéticos y ambientales, pues los hallazgos provenientes de sus trabajos han indicado que ambos factores explican hasta el 60% de la varianza en la susceptibilidad a los señalados trastornos.

A favor de la importancia de los factores genéticos en la patogenia de los problemas alimentarios, múltiples estudios llevados a cabo en grupos de gemelos han diferenciado entre estos factores y los ambientales al comparar gemelos idénticos y no idénticos. Para el caso de la bulimia nervosa, se realizaron entrevistas psiquiátricas estructuradas a 2,163 gemelas. Los resultados permitieron establecer que la prevalencia de bulimia (diagnosticada mediante los criterios del DSM-III-R) fue de 2.8% y el riesgo de desarrollarla de 4.2%. Si la bulimia era considerada como síndrome los porcentajes se incrementaban a un 5.7% y 8.0%, respectivamente. Los valores de concordancia en las gemelas idénticas (monocigóticas) fueron de 22.9% contra un 8.7% alcanzado en las no idénticas (dicigóticas) (Kendler, MacLean, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991).

Bulik, Sullivan y Kendler (1998), entrevistaron a 1897 gemelas (854 pares de gemelas) con respecto a su historia (5 años atrás) de atracones y bulimia nervosa. Los resultados procedentes del análisis de una entrevista, permitieron concluir que la heredabilidad para el atracón fue de 50% mientras que para la bulimia fue de 60%. Al combinar la información obtenida de dos entrevistas, la estimación de la heredabilidad se incrementó sustancialmente siendo para atracón del 82% y para bulimia de 83%.

Con la finalidad de estimar la heredabilidad de la anorexia nervosa y de explorar la etiología de la comorbilidad entre este trastorno y la depresión, se trabajó en una muestra de 2.163 gemelas. Los resultados analizados mediante el modelo de ecuaciones estructurales permitieron estimar una heredabilidad del 58% para la anorexia nervosa, así como concluir que los factores genéticos influyen significativamente en el riesgo de desarrollar tanto el trastorno como una depresión mayor (Wade, Bulik, Neale y Kendler, 2000).

Investigaciones recientes han comenzado a explorar la influencia genética en los trastornos alimentarios a partir del estudio de genes específicos (genes candidatos). Para poder emplear esta metodología, ha sido necesario cubrir ciertos requisitos. Primero, que se haya observado una agregación familiar de la enfermedad en estudio. En segundo lugar, la congregación familiar ha de ser obligadamente explicada por factores genéticos, requisito que se cumple cuando se detecta mayor concordancia en gemelos monocigotos que en dicigotos. Estos dos requisitos permiten llevar a cabo el análisis de la heredabilidad del trastorno. Finalmente, el riesgo del trastorno de la conducta alimentaria debe ser transmitido de manera específica a los parientes sin que se dé ningún grado de comorbilidad (Kipman, Gorwood, Mouren-Siméoni, y Adès, 1999).

En el campo de los trastornos alimentarios, el tipo de análisis genético que se ha utilizado con más frecuencia es el del estudio de la asociación poblacional. Una vez que se ha establecido la heredabilidad de la enfermedad, es necesario cartografiar su locus, es decir, ubicar el cromosoma que contiene al gen que causa la enfermedad. Se sabe que las alteraciones más comunes son difíciles de estudiar debido a que se observa una implicación de varios genes y de distintos factores ambientales. En estos casos lo importante sería identificar el locus más importante para llegar al entendimiento de las causas del mal (Fuentes, Hurtado, González, Escartí y García-Camba, 2002).

Uno de los trabajos más completos llevado a cabo por Kaye y colaboradores (2000), ha puesto las bases para investigar la transmisión genética de los trastornos alimentarios a través de escudriñar el genoma y de señalar genes candidatos. Este estudio fue realizado en parientes de pacientes con anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados, en el que los diagnósticos fueron confirmados a partir de entrevistas estructuradas para anorexia y bulimia. Se recolectó el ADN (Ácido Desoxirribonucleico) de parientes confirmados (N=196), afectados (N=237). De las parejas de parientes confirmados, el 63% resultaron con anorexia-anorexia, el 20% fueron anorexia-bulimia, y el 16% anorexia-trastorno no especificado. Pocas diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas fueron encontradas entre parientes y pacientes.

Estos y muchos otros hallazgos (Rutherford, McGuffin Katz y Murray, 1993) sugieren que existe un componente genético que contribuye de modo significativo en la heredabilidad de los trastornos de la conducta alimentaria.

#### **B) Factores de personalidad**

Los sujetos que padecen algún trastorno alimentario suelen presentar trastornos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo. Por ejemplo, los pensamientos que la anoréxica tiene acerca de su cuerpo, su peso, su necesidad de control, las comidas, etcétera, son reiteradas y constantes. Suelen tener auténtico carácter intrusivo: "No me los puedo quitar de la cabeza"; "Aunque no quiera siempre estoy pensando en esas cosas". Por otro lado, las conductas más o menos extravagantes relacionadas con la comida y el peso, realizadas día a día, siempre de la misma manera e insistentemente, practicadas con un escasisimo grado de "libertad", asemejan auténticas compulsiones. El continuo cálculo de kilocalorías, la verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos, si se produjeran al margen de la condición anoréxica harían pensar, en primera instancia, en un cuadro obsesivo-compulsivo (Toro y Vilardel, 1987).

Se han propuesto distintos tipos de personalidad en las pacientes anoréxicas, las cuales eligen diferentes mecanismos de defensa ante situaciones aversivas de tal manera que se ha propuesto la distinción a lo largo de la *continuum* entre anoréxicas borderline y anoréxicas narcisistas. En un extremo de ese *continuum* está la organización de la personalidad tipo borderline caracterizada por la interiorización de una actitud negativa hacia el yo, del tipo: "Soy

malo, los otros son buenos, me tratan mal por mi culpa". Esta posición se considera defensiva cuando el individuo busca salir de la pasividad de la angustia buscando activamente relaciones afectivas. En el otro extremo está la personalidad narcisista en donde el individuo se defiende del sufrimiento, pero también de la aceptación de una visión negativa del yo, con una actitud del tipo: "Yo soy valeroso y bueno, los masos son los demás, tendré éxito y seré admirado". Esta actitud lleva al individuo a privilegiar en las relaciones la instrumentalidad, la imagen y el poder, en desmedro de los afectos y de los sentimientos. Naturalmente, entre los dos extremos existen muchas situaciones intermedias, que mezclan y alternan las dos posiciones defensivas fundamentales. Investigaciones realizados por Palazzoli Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) en pacientes anoréxicas, con el propósito de llegar a una clasificación más precisa y exhaustiva de los tipos de personalidad de estas pacientes, han permitido identificar cuatro diagnósticos: los trastornos de la personalidad dependiente, borderline, obsesivo-compulsivo y narcisista.

Los hallazgos de otros estudios efectuados en pacientes con antecedentes de anorexia han permitido identificar su personalidad con grados elevados de inhibición y evitación del riesgo, restricción en la expresión de las emociones y en la iniciativa y alto grado de conformidad, lo cual sugiere que estos rasgos son propios de la anorexia y no el resultado de la desnutrición. En estas mismas pacientes ya en recuperación, se encontró que el 26% de ellas mantenían el diagnóstico de trastorno de la personalidad obsesivo y borderline (Matsanuga, Kaye y McConaha, 2000).

El grupo de trabajo de Diaz Marsá, Carrasco y Saiz Ruiz (2000), realizó un estudio en pacientes anoréxicas restrictivas y en bulímicas. Sus resultados sugieren que el perfil de pacientes anoréxicas restrictivas se caracteriza por un alto neuroticismo (según el modelo de Eysenck), aunque menor en el subtipo restrictivo que en el subtipo compulsivo-purgativo y que en la bulimia, así como por una elevada persistencia y por una baja autosuficiencia. También encontraron que, en las pacientes con anorexia restrictiva, los trastornos de la personalidad más frecuentes fueron el evitativo (25%) y el obsesivo compulsivo (20%), mientras que en la anorexia compulsiva-purgativa el trastorno más frecuente fue el trastorno borderline (35.7%), seguido del histriónico (28.6%). En este mismo estudio los hallazgos revelaron con respecto a las pacientes bulímicas situaciones extremas, por un lado un alto grado de impulsividad, y por el otro un elevado neuroticismo eysenckiano y una elevada evitación del peligro. Los investigadores confirmaron que en la bulimia nerviosa el más frecuente de los trastornos de la

personalidad era el borderline (33.3%), encontrando como segundo más frecuente el trastorno dependiente (23.8%). Ellos mismos sugieren que dada la disparidad de sus resultados, es indispensable continuar con estudios cuyo objetivo sea clarificar la relación existente entre el rasgo de la impulsividad y la bulimia nerviosa. (Díaz Marsá y Carrasco, 2002).

En pacientes bulímicas, se han empleado una gran cantidad de escalas de personalidad y han coincidido en definir las como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima y tendencia a tomar decisiones rápidas y a actuar de forma impredecible, poco meditada y poco controlada (Newton, Freeman y Munro, 1993).

Según Shils (1994) la personalidad de estas pacientes se caracteriza por períodos de depresión e intentos de suicidio, además de reportar muchos problemas en el control de impulsos en diferentes áreas de su vida, así como dificultad para relacionarse con los demás. También afirma que la bulimia nervosa es frecuentemente una secuela de la anorexia nervosa y de la obesidad y que esta se asocia muy a menudo con las fluctuaciones en el peso.

Algunos rasgos en la personalidad de sujetos con sobrepeso y obesidad, y que han sido diagnosticados con trastorno por atracón son: ansiedad, tendencia a la depresión, manejan la frustración a través de la comida pues obtienen sensaciones placenteras y tranquilizantes al masticar, morder y chupar. Manifiestan una imagen corporal distorsionada y registran una baja autoestima. Suelen ser personas socialmente aisladas, sensibles al rechazo, inasertivas, retraídas y tienen dificultad para expresar sus emociones y sentimientos. Presentan gran preocupación con respecto al peso, a la comida y a todo lo que se le relacione. (Bruce y Wiffley, 1996.).

Resumiendo, parece ser que los pacientes anoréxicos y bulímicos se caracterizan por un elevado neuroticismo, por una elevada evitación del peligro y por una baja autosuficiencia. Además, las anoréxicas parecen presentar una elevada persistencia. A pesar de que la impulsividad suele ser un rasgo característico de las pacientes bulímicas, la extraversión no parece asociarse en todos los estudios a este padecimiento ((Díaz Marsá y Carrasco, 2002).

### C) Factores Familiares

Desde que el niño comienza a succionar, sea del pecho materno, sea del biberón, el alimento deja de ser exclusivamente una aportación calórica. Para el pequeño alimentarse es una de las principales formas de socializarse y de entrar en contacto con los demás y con el medio (Olvera-Osante, 1984). Habitualmente la cantidad de alimentos que se consumen está determinada por los hábitos de alimentación, los cuales se van modelando a lo largo de la vida y cuyos cimientos son colocados durante la infancia. Los hábitos de alimentación se refieren no solo a los alimentos que se comen sino también a las cantidades, horarios, actitudes y conductas que en general se tienen ante la comida (Castro, 1988).

Generalmente la madre es la que fija el patrón de hábitos que se desarrollarán en el niño, ya que ella la mayoría de las veces, es la que planea las comidas, compra los alimentos, los prepara y los sirve y está al pendiente de los diferentes tiempos de comida así como de la manera en que se realizan, dónde y cuándo. Sus valores se han desarrollado en el medio en el que ella se crió, así como también en sus ingresos, la región geográfica, su nivel de educación, supersticiones y tabúes (Robinson, 1987).

La madre que crea dentro del hogar una atmósfera de seguridad y bienestar, refuerza los valores y actitudes positivas hacia los alimentos, por otra parte en un ambiente de hostilidad, ira, tensión y ansiedad, se forman imágenes desagradables así como valores y actitudes distorsionados. De igual manera, es posible encontrar dentro del hogar, atmósferas en las que prevalece una excesiva preocupación con respecto a los alimentos, a los tiempos de comida, al peso y a la figura tanto de la madre como en los hijos.

Hilde Bruch (1973, 1980) propone que la anorexia nervosa y la obesidad:

- 1- Se remontan a la etapa del "yo" en la infancia, cuando la madre, con estilos maternos inadecuados (muy negligente o sobreprotectora) interfiere el desarrollo interoceptivo corporal, impidiendo que el niño aprenda a reaccionar a los estímulos internos. Cuando la madre está excesivamente preocupada por hacer bien su papel, cualquier cosa que el niño haga lo interpreta como una respuesta hacia ella. En este contexto el no comer, tiende a interpretarlo como crítica y el comer, como expresión de amor. Esta situación puede producir un

fallo en la regulación y adecuación de las respuestas que el niño da a sus necesidades, lo que le priva del necesario bagaje para adquirir su propia "Identidad corporal" y el desarrollo de la conciencia de sus funciones.

2- Cuando una madre da comida al niño en respuesta a las señales que indican necesidades nutritivas, el niño desarrolla gradualmente la sensación de "hambre" como una sensación distinta de otras necesidades o tensiones. Si la reacción de la madre es continuamente inapropiada, el niño que crece de esa manera, puede desarrollar una fachada de funcionamiento "normal" pero en realidad se comporta en forma "robótica", sometiéndose a las exigencias maternas y ambientales. Estas pautas de interacción madre-hijo no se reducen a la comunicación presimbólica no-verbal, que se da en la alimentación de los primeros estadios del desarrollo infantil, sino que se amplían a etapas posteriores, en las que se impone al niño la comida, no de acuerdo a sus necesidades sino a los criterios maternos de "tiene que tener hambre".

3- Cuando surgen los cambios en la pubertad, crecimiento, menstruación, cambios corporales, emociones, impulsos, sentimientos negativos, el niño tiene que confrontar nuevas situaciones que lo apartan de su conducta "robótica" y rutinaria y queda indefenso, aunado a ello surgen la amenaza de la pérdida de control al no dominar la madurez corporal y todos estos cambios.

Lissau y Sorensen, (1994) han detectado que, la negligencia y el abandono paterno incrementan el riesgo de obesidad infantil así como de permanecer en este estado hasta la edad adulta, en comparación con los niños atendidos por sus padres.

Otras investigaciones han concluido que los sujetos con trastornos alimentarios perciben a sus familias como: amalgamadas, sobreprotectoras, autoritarias, evasoras de conflictos, poca resolución de problemas, comunicación ambigua, con estilos afectivos negativos e inseguridad a la independencia y desapego (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; Garfinkel, Rose, Darby, Branders, O'Hanlon y Walsh, 1983; Johnson y Flach, 1985).

Por otro lado se ha examinado el impacto que las relaciones paternas tienen sobre los niños con problemas alimentarios, particularmente de los modelos que los padres presentan de relaciones maduras entre hombre-mujer. Los investigadores sugieren que los patrones de madres perfeccionistas y de auto-sacrificio, combinado con autoritarismo paterno hacen la madurez sexual aterradora, particularmente en las niñas y que estas características posiblemente expliquen parte de la enorme incidencia de la anorexia nervosa en mujeres y su aparición explosiva en la pubertad (Gordon, 1989).

Humphrey (1986a), ha encontrado que las jóvenes anoréxicas y bulímicas experimentan la crianza materna como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con las jóvenes sin trastornos. El cuidado materno lo consideraban intrusivo, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia, al compararlas con sujetos control. Además los padres de estas pacientes son descritos como: obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y lejanos. La misma investigadora ha propuesto que la bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de no haber sido cuidado con amor y como un remedio al intenso dolor que causa el haberse sentido rechazado y solo (Humphrey, 1986b. Humphrey, 1989).

En otros estudios se ha confirmado esta misma situación paradójica en la que los pacientes perciben prácticas paternas sobreprotectoras e intrusivas, al mismo tiempo que distantes, de rechazo y frías pues los padres excesivamente ansiosos con respecto a la independencia y desapego de sus hijos, obstaculizan un cuidado y apoyo paternos realmente significativos (Rhodes y Kroger, 1992).

En una investigación llevada a cabo por Vázquez (1997) en una muestra de 70 familias españolas, de las cuales 35 contaban con una hija/o con trastorno alimentario y 35 con una hija/o sin experiencia de trastorno alimentario (grupo control), se encontró en los grupos de hijas con trastorno alimentario una valoración negativa con respecto a su familia al compararlas con el grupo control. El grupo de hijas clínico percibió significativamente menos expresividad en sus hogares y significativamente más conflicto al estudiar la dimensión de relaciones familiares.

En México de manera concordante con hallazgos internacionales, se ha visto que las familias de pacientes con problemas alimentarios presentan una dinámica familiar disfuncional, donde se observan serios problemas de intercomunicación y se caracterizan por ser rígidas y autoritarias o laxas (Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y Lopez, 1998).

En dos trabajos, realizados por Agras y colaboradores se propone la hipótesis de la posible relación entre algunas características maternas y el momento en que aparecen los trastornos de la conducta alimentaria. El primero de ellos (Agras, Hammer y McNicholas, 1999) tuvo como objetivos; explorar si ciertas características maternas pueden ser predictores del surgimiento de problemas alimentarios en sus hijos. Como hipótesis se plantea que si la madre realiza dietas para controlar el peso, manifiesta desinhibición para comer, tiene internalizado un ideal de delgadez, insatisfacción corporal y síntomas bulímicos, todo ello puede predecir el surgimiento de trastornos alimentarios en sus hijos. En los hijos las conductas alimentarias estudiadas fueron: comer en secreto, inhibición para comer, atracón y vómitos autoinducidos. Los resultados confirmaron que el Índice de Masa Corporal (IMC) materno alto, predice el surgimiento de inhibición para comer, es decir, los niños con madres con sobrepeso desarrollan una preocupación con respecto a volverse obesos, la cual se refleja en conductas alimentarias restringidas. Los hallazgos indicaron también que la desinhibición para comer, la insatisfacción corporal, los síntomas bulímicos e IMC alto, así como una historia materna de sobrepeso predicen el surgimiento de comer en secreto en los hijos. Esto posiblemente se deba a que el niño relaciona todas estas características maternas con el sobrepeso, por lo tanto el comer se convierte en algo que debe hacerse de manera oculta. Por otro lado, la restricción materna y la pulsión por adelgazar, predicen el surgimiento del atracón en los niños, lo que probablemente se fundamenta en el hecho de que el hijo internaliza las mismas metas maternas, provocando que él reduzca su consumo de alimentos y consecuentemente se incremente el riesgo de la sobre ingesta.

En el segundo estudio (Stice, Agras y Hammer, 1999) se examina el efecto que provocan madres con trastornos alimentarios sobre las conductas de sus hijos, desde recién nacidos hasta los cinco años de edad, ya que la hipótesis propone que este tipo de madres, preocupadas por el peso, la figura y la dieta probablemente tengan dificultades al alimentar a sus hijos, modelando y estructurando conductas alimentarias aberrantes a lo largo de los años. Las madres con trastornos alimentarios reportaron significativamente más preocupación con respecto al peso y la figura de sus hijas al compararlas con las que no tenían trastornos. Esto no fue significativo cuando se trataba del peso y la figura de sus hijos. Algo interesante fue que estas mismas madres usaban la comida con propósitos no nutritivos, es decir, como recompensa o como tranquilizante de sus hijos hombres y mujeres, además de alimentarlos de manera irregular a lo largo del día, cosa que no ocurrió con las madres control.

Es innegable que la familia puede favorecer, mantener y complicar la evolución de los trastornos de la conducta alimentaria, por ello estos trastornos en la familia son siempre un problema de grupo y en ello se basan las propuestas terapéuticas del llamado modelo sistémico que defienden las escuelas de Filadelfia y Milán. Según este modelo un paciente con trastorno alimentario es un síntoma de una familia enferma en su conjunto, que exige por lo tanto un tratamiento global.

Una autora clave en la elaboración de este modelo es Selvini y cols. (1999). Inicialmente propuso como estrategia terapéutica "el método paradójico", que se dirigía a toda la familia, cuyos miembros obtenían una connotación positiva, si bien se orientaba en particular mediante elogios provocadores, a la llamada paciente designada. Posteriormente experimentó con otros métodos como el "método de la serie invariable de prescripciones" y el de la "revelación del juego familiar", basados todos ellos en un tipo de intervención verbal que se denomina la "connotación positiva".

#### **D) Factores Socioculturales**

A principios del siglo XX, la delgadez no era considerada atractiva. En una publicidad de una revista en el año 1933 se ofrecía una cerveza que ayudaría a las mujeres a "acumular sólida y saludable grasa". En ese mismo anuncio, una mujer delgada le decía con tono de celos a otra visiblemente rellena: "Estoy tan sola e infeliz. Nadie quiere a una mujer tan delgada". Pero en las últimas décadas, el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

La "cultura de la delgadez" en la que se sobre valora la esbeltez para la mujer y el cuerpo musculoso y fuerte para el varón, juega un papel determinante tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los trastornos alimentarios, ya que estos estereotipos son signos de belleza, poder y éxito profesional y sexual. Aunque las obesas y las anoréxicas estén en los lados opuestos de un continuo, ambas son víctimas de las expectativas culturales de la "esbeltez" (Perpiña, 1989).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitre, Saucedo-Molina y Unikel (2001), las mujeres mexicanas, están haciendo suyo el ideal de una imagen corporal delgada. Un ejemplo claro e impactante, se localizó en una revista mexicana de gran difusión entre los jóvenes, en la que

aparecieron los nombres de las 50 mujeres más bellas, junto con sus pesos corporales y estaturas y cuyos nombres, correspondían a artistas, modelos, cantantes y en general a personajes del medio artístico. Sobre estos datos se obtuvieron los IMC de cada una de ellas y se observó que el prototipo de la mujer bella en México es una mujer joven, con edad promedio de 25 años y un IMC promedio de 18. De hecho, el 68% de las mujeres "más guapas de México" registraron un IMC que iba de 15.6 a 18.9 correspondiente a la categoría de peso bajo.

Dentro de los grupos más vulnerables a esta presión sociocultural sobresalen los representados por púberes y adolescentes (Neumark-Sztainer, 1995, Gómez Pérez-Mitré, Saucedo-Molina y Ávila, 1997, Gómez Pérez-Mitré, 1999), especialmente porque se encuentran en una etapa de cambios corporales y además están en la búsqueda de identidad y de cumplir con las normas demandadas por aquellos a quienes admiran y esperan de ellos determinadas conductas (Neumark-Sztainer, Store, Resnik y Blum, 1998; Keefe, 1994).

En nuestro entorno la influencia sociocultural, ejerce presión sobre las personas con respecto a sus cuerpos y por ende en sus conductas alimentarias. Esta influencia percibida por el sujeto, proviene de otra(s) persona(s) o imagen(es) que es idealizada o admirada o con quienes se tiene cierta identificación (Pike y Rodin, 1991).

En investigaciones internacionales se ha encontrado que hay una relación directa entre la sensibilidad (atención y reactividad) a la "influencia sociocultural", definida como los mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura y el ser atractivo(a) emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación y de los pares, y la severidad de los problemas alimentarios (Ritter, 1998). De igual manera, se ha confirmado la hipótesis de que los sujetos con algún trastorno de la conducta alimentaria muestran una mayor preocupación con respecto a esta "influencia sociocultural" al compararlos con sujetos normales y que esto es mucho mayor en mujeres (Griffiths, et al. 1999).

Este ideal de "delgadez", conlleva a otros dos problemas ampliamente vinculados con los trastornos alimentarios: la distorsión de la imagen corporal y la realización de dietas irracionales acompañadas de conductas alimentarias de riesgo (eliminar tiempos de comida, esconder los alimentos, ayunos prolongados, etc.). Los sujetos que padecen estos problemas suelen percibirse obesos sin serlo y muestran una gran confusión respecto de lo que significa una silueta normal, al mismo tiempo manifiestan temor, en diferentes grados, por el cuerpo, su

forma, su tamaño, y su peso así como por todo lo que comen ; siempre están al tanto de la "dieta" de moda y de los últimos productos que se ofrecen en el mercado que van desde fórmulas, cremas, y libros hasta intervenciones quirúrgicas (Ussher,1991; Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988, Hill, 1993).

En un estudio realizado en estudiantes universitarias (N = 524) con una media de edad de 19.3 años, en el que se aplicaron una serie de instrumentos para la detección de trastornos alimentarios, los hallazgos permitieron concluir que el 8.3% de la muestra fue diagnosticada con alguno de estos trastornos; los factores de riesgo predominantes fueron: insatisfacción corporal, miedo a engordar y motivación para adelgazar (Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López, y Román, 1999). Otra investigación llevada a cabo en 92 adolescentes mexicanas, estudiantes de danza clásica y de secundaria y preparatoria, mostró la presencia de algunas de las conductas características de estos trastornos, sobresaliendo la realización de dietas para reducir o controlar el peso, en la que el 53.5% de las estudiantes de danza clásica la realizaban, a pesar de que sus IMC estaban por debajo de la normalidad. En cuanto al grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria, un 21.3% dijeron seguir esta práctica. Aunada a dicha variable, la práctica de ejercicio en exceso con la finalidad de bajar de peso fue muy alta en ambos grupos, 79.6% para estudiantes de secundaria y preparatoria y 77.3% para las de danza clásica. Por otra parte, las adolescentes se auto percibieron, en general, con más peso del que realmente tenían y manifestaron tener además, el deseo de ser más delgadas (Unikel, y Gómez Pérez-Mitre, 1996).

Datos como estos demuestran que la cultura de la delgadez, se extienden rápida e interculturalmente y los problemas que con la imagen corporal se producen son independientes del nivel de desarrollo en que se encuentre una sociedad determinada. Estas ideologías se han diseminado más, a partir de la globalización de las economías, de la promoción de la delgadez y la presión a través de los medios de comunicación, de la misma familia y de los compañeros de escuela y/o trabajo (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

### **Factores precipitantes**

Los factores precipitantes, denominados por algunos autores como facilitantes (Vargas y Casillas, 1999) son los antecedentes para motivar la realización del comportamiento buscado. Habitualmente son condiciones concretas del ambiente y facilitan su adopción. En términos

generales están asociados con la facilidad de acceso y la relación costo-beneficio de algo, así como con las condiciones de vida que se ven afectadas, e incluyen la adopción de nuevos hábitos por ser adquiridos.

De acuerdo con Toro y Vilardel (1987), en el conjunto de los factores precipitantes se encierra el hecho de que una enfermedad determinada sea ésta y no otra. El paso de la virtualidad al acto depende de la experimentación por parte de la persona afectada y de determinados hechos que actúan como desencadenantes o precipitantes del trastorno en cuestión. En ese sentido los factores precipitantes marcan el momento de su inicio.

Usualmente se habla de precipitantes externos, que por su carácter observable, permiten suponer el inicio de algún proceso morboso. Dentro de la terminología de la psicobiología del estrés, se habla de hechos, situaciones o estímulos estresantes. Es importante considerar el modelo psicobiológico ya que permite dar explicaciones tanto a nivel conductual, cognoscitivo, y emocional como biológico con respecto al desencadenamiento de procesos morbosos considerados "precipitados" psicosocialmente. Entre ellos se habla de modificaciones biológicas y corporales propias de la pubertad, contactos sexuales o el inicio de ellos, separaciones y pérdidas, otras situaciones aversivas como el rápido aumento de peso, alguna enfermedad somática, incremento en la actividad física y acontecimientos vitales.

#### **Factores mantenedores**

Los factores mantenedores conocidos también como perpetuantes (Crispo, Figueroa, y Guelar, 2001) o de refuerzo, son las acciones que siguen al comportamiento y proveen estímulos o incentivos para que persista o se repita. Incluyen el apoyo social, la influencia de personas semejantes o pares, sus consecuencias para la vida social: autoestima, recompensas o castigos tangibles (ingresos económicos, pérdida de peso corporal) y otros que son considerados generalmente como premios o castigos por haber adoptado la nueva conducta (Vargas y Casillas, 1999).

Una vez dispuesto y precipitado el trastorno alimentario, existen una serie de factores que actúan como mantenedores del proceso morboso llevándolo a una cualidad de cronicidad. Dentro de estos factores mantenedores se encuentran las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la desnutrición, como la sintomatología obsesivo-compulsiva en relación a la

alimentación, el aislamiento social e irritabilidad, déficit en la concentración, pérdida del interés sexual, trastornos del sueño, y labilidad emocional (Toro y Vilardell, 1987).

A lo largo de este capítulo se ha hecho un recorrido de los factores de riesgo más estudiados en el origen, desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria, lo que reafirma que la visión que conviene tener de ellos no puede ser simple, lineal y unidireccional, ya que se trata de trastornos en los que actúan múltiples factores entrelazados, mismos que a su vez intervienen de diferente modo e intensidad en cada una de sus etapas y manifestaciones. Tomando en cuenta esta perspectiva multicausal de los trastornos de la conducta alimentaria, se han propuesto innumerables modelos explicativos de ellos, en los que se agrupan sino todos, varios de estos factores de riesgo.

#### **Modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria.**

Algunos de los modelos referentes a los trastornos de la conducta alimentaria tratan de explicar, por ejemplo, el origen del atracón, conducta característica de la bulimia nervosa, otros se enfocan más hacia la explicación del nivel de dieta restringida; otros intentan explicar en su totalidad el surgimiento de alguno de estos trastornos, de tal modo que si quisiéramos presentar en este apartado todos los modelos explicativos de los trastornos de la conducta alimentaria o de algunos de sus signos y síntomas, ello daría origen por lo menos a otra tesis doctoral, por ello los modelos que conforman este apartado son los que a juicio de la responsable de este estudio tienen mayor relación, ya sea con la estructura general de la investigación, o con el objetivo principal.

#### **Modelo biopsicosocial de Garfinkel y Garner.**

Uno de los primeros modelos reportados en la literatura internacional y que sirvió como plataforma para la agrupación y descripción de los factores de riesgo descritos en este trabajo, es el de Garfinkel y Garner (1982) investigadores que reunieron, por primera vez, una gran serie de factores de riesgo asociados a la anorexia nervosa en predisponentes, precipitantes y mantenedores, siendo posteriormente revisados por Toro y Vilardell (1987) y cuyo esquema se presenta a continuación.

**FACTORES PRECIPITANTES**

- Cambios corporales adolescentes
- Separaciones y pérdidas
- Rupturas conyugales de padres
- Contactos sexuales
- Incremento rápido de peso
- Críticas respecto al cuerpo
- Enfermedad adelgazante
- Traumatismo desfigurador
- Incremento de la actividad física
- Acontecimientos vitales

**FACTORES PREDISPONENTES**

- Factores genéticos
- Edad (13 a 20 años)
- Sexo femenino
- Trastorno afectivo
- Introversión/Inestabilidad
- Obesidad
- Nivel socioeconómico medio/alto
- Familiares con trastornos afectivos
- Familiares con adicciones
- Familiares con trastornos alimentarios
- Obesidad materna
- Valores estéticos dominantes

**ANOREXIA  
NERVOSA**

**FACTORES MANTENEDORES**

- Consecuencias de inanición
- Interacción familiar
- Aislamiento social
- Cogniciones "anoréxicas"
- Actividad física excesiva
- latrogenia.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **Modelo de condicionamiento**

Este modelo propone que el atracón, como conducta característica de la bulimia, puede ser el resultado de un conjunto de hábitos alimentarios desordenados y una autopercepción alterada. La conducta dietaria restringida y la bulimia pueden estar ligadas por la imposición de episodios repetidos de auto-privación de alimentos; estos episodios activan " el mecanismo normal del apetito" (hambre-saciedad) ante el estímulo de la comida. El consumo de alimentos prohibidos, pero deseables después de la privación, establecen respuestas condicionadas de insaciabilidad por la comida e inducen a una sensación de pérdida de control. Disparadores afectivos (ansiedad, estrés, inestabilidad emocional) se convierten en estímulos condicionantes para estos períodos de insaciabilidad. La repetición de estos episodios condicionantes puede favorecer el incremento en la cantidad de alimentos ingeridos, aumentando las experiencias de culpa y ansiedad del comedor compulsivo. Por supuesto, solamente una minoría de sujetos que hacen dieta restringida responden a su auto-privación con colaciones o refrigerios con tanta frecuencia como para volverse adictos. El factor a lo largo del ciclo dietario, que precipita el atracón, posiblemente sea una interacción entre el hacer una dieta restringida y los cambios emocionales característicos de la maduración socio sexual (Booth, Lewis, y Blair, 1990).

### **Modelo de los límites de la regulación de la ingestión**

Herman y Polivy (1984;1988) proponen un modelo en el que consideran a la alimentación como actividad básicamente biológica de tal manera que abarca la visión fisiológica de los trastornos alimentarios considerados a partir de la teoría de la restricción alimentaria, teoría que se centra en la importancia de la desinhibición alimentaria para explicar que los sujetos que realizan dietas restringidas frecuentes, son vulnerables a romperlas ante situaciones tales como estados emocionales, depresión, consumo de alcohol, e incluso hasta con el solo olor de los alimentos. Además en este modelo se postula que la restricción alimentaria continuada conduce a una privación de energía que vuelve a la persona biológicamente más susceptible a experimentar hambre y a sentir urgencia por consumir alimentos (Herman y Mack, 1975).

Este modelo se conoce como modelo de los límites de la regulación biológica de la ingestión. De acuerdo con él, la alimentación está regulada dentro de unos límites que corresponden al hambre y a la saciedad. La naturaleza procura que la ingestión se restrinja a

un espacio, si esto es así, el individuo está satisfecho. Este espacio se denomina zona de indiferencia biológica, en la cual no se experimenta ni hambre ni saciedad. Si el consumo es insuficiente para mantener al organismo dentro de la zona de indiferencia biológica, cae en la denominada zona de hambre, que resulta aversiva al sujeto.

El organismo aprende las transgresiones de los límites y toma precauciones para la ruptura de la economía energética. La gente aprende a comer más de lo necesario para impedir el retorno inmediato del hambre. Sin embargo, también aprende a no comer el máximo que permite su estómago. Esta estrategia maximizará la anticipación del comienzo del hambre, pero si ésta es aversiva, también lo es la saciedad, el otro límite del modelo. La saciedad es un límite equivalente al hambre y demarca una zona aversiva que el organismo intenta evitar.

En la zona de indiferencia biológica, las presiones aversivas biológicas están ausentes. La cantidad de comida consumida, cuando el organismo está en la zona de la indiferencia biológica, no está estimulada por el hambre o por la saciedad. El organismo es indiferente a las presiones biológicas pero es más susceptible a las presiones sociales, cognoscitivas y psicológicas.

Polivy y Herman (1984) argumentan que la dieta promueve los episodios de hiperfagia por privación psicológica principalmente. Las extremas reglas dietéticas autoimpuestas por los sujetos que hacen dieta restringida, son imposibles de obedecer, particularmente en períodos de estrés. Las menores desviaciones de estas reglas son percibidas como evidencia de debilidad, el resultado es el abandono del autocontrol alimentario. Una vez que esto ocurre, otros factores gobiernan el atracón: el placer de consumir comidas prohibidas, generalmente consideradas por el sujeto como "engordadoras", distracción de los problemas y atenuación temporal de la depresión y la ansiedad.

#### **Modelo dietario o dietante**

Herman y Polivy (1980) postulan que aquellos individuos que eligen hacer dieta - quienes generalmente tienen una baja autoestima e insatisfacción con sus cuerpos y usan la dieta para mejorarlos- rápidamente se encuentran con consecuencias provenientes de la restricción de alimentos, como hambre, frustración, e incapacidad para percibir señales internas incluyendo aquellas de saciedad, todas ellas contribuyen a comer compulsivamente. El hambre

y la frustración no sólo hacen a la comida más atractiva y apetecible, sino que hacen a los niveles emocionales altamente responsivos, lo que también contribuye a comer compulsivamente si es que sirve como atenuante de las emociones. El comer compulsivamente, demanda más dieta (o purga) con el propósito de eliminar las kilocalorías consumidas en el atracón. El fracaso para perder peso provoca una menor autoestima, de tal modo que se perpetúa el ciclo.

Polivy y Herman (1993) formalizan este modelo al referirse a él como un "MODELO ESPIRAL" del afecto de la dieta restringida en el comer compulsivamente. Ellos señalan que los individuos con altos estándares para el peso corporal y la figura tienden a restringir su consumo de alimentos con la finalidad de alcanzar su meta de perder peso y lucir una silueta delgada. Desafortunadamente, tales dietas son muy pocas veces exitosas. Los sujetos que hacen dieta restringida, en respuesta a varios disparadores, son empujados a episodios de sobreingesta, y es así como el peso corporal permanece estable o bien en ocasiones se eleva. Los individuos que persisten en sus intentos por hacer dieta restringida experimentan más y más este tipo de episodios de fracaso, disminución de su autoestima, aumento en sus emociones negativas, e incremento en su susceptibilidad a la desinhibición del apetito. Esta espiral negativa promueve el desarrollo de un trastorno alimentario en aquellos sujetos con personalidad débil lo que los predispone a trastornos psicopatológicos.

#### **Modelo tridimensional de los trastornos alimentarios**

Según Schlundt y Johnson (1990), existen dos descubrimientos que argumentan la necesidad de un modelo más comprensible de los trastornos de la conducta alimentaria: 1) El entrecruzamiento sustancial entre anorexia y bulimia y 2) el hecho de que las conductas características (atracones, métodos para compensar el comer excesivo y el deseo de evitar aumentar de peso) existen en un continuo en población general.

Los pacientes que sufren de algún trastorno de este tipo, tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y de bulimia y de bulimia y obesidad. Andersen (1983) argumentó que los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder el control sobre el comer. Tanto la anorexia como la bulimia son motivados por un deseo de ser delgada(o) y el temor a ser gorda(o). La diferencia básica consiste en la manera en cómo el individuo enfrenta el temor a perder el control, ya sea por la

restricción alimentaria (anoréxica restrictiva), o ya sea que el individuo pierda el control en el comer, en donde la purga se adopta como estrategia compensatoria. Este autor especula que las características premórbidas de personalidad en parte determinan la forma de expresarse de estos trastornos. La anoréxica restrictiva es más perfeccionista y compulsiva mientras que la bulímica es más impulsiva y relajada, sin embargo, explícitamente reconoce que estos trastornos y su expresión son determinados por múltiples variables.

El modelo planteado por Schlundt y Johnson (1990), se basa en tres dimensiones que son:

1.- Peso corporal: el peso del cuerpo fluctúa desde la emaciación severa hasta la obesidad masiva y las personas oscilan constantemente en este continuo a lo largo del tiempo. Debido a las múltiples variables tanto conductuales como genéticas que controlan el peso del cuerpo, las distinciones diagnósticas sobre esta dimensión tienen poca validez, salvo en los casos en los que la persona tiene deseos de hacer modificaciones al respecto.

2.- Control de la conducta alimentaria: esta dimensión refleja el control sobre el consumo de alimentos, en cuyos extremos se observa el ayuno prolongado y los atracones frecuentes y el diagnóstico de anorexia o bulimia, con sus variantes, debe ser descrito en términos de la frecuencia y temporalidad de las alternancias entre seguimiento de dietas y atracones.

3.- Intensidad de la obsesión por el peso corporal: se asume que el miedo a engordar es la principal característica clínica de estos trastornos, así como la fuerza motivacional del conflicto entre hacer dietas y comer en exceso. La variación en el grado de miedo, fluctúa entre miedo intenso a engordar y ninguna preocupación por el peso. El miedo se manifiesta como: miedo a engordar, miedo a las consecuencias de subir de peso, obsesión con adelgazar, un peso recomendable irreal, perturbaciones en la imagen corporal y fobias específicas hacia los alimentos.

Es el miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido energético, lo que lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su alimentación. Cuando el temor es débil, se puede considerar a la persona como "consciente del peso" o como un "comedor restrictivo". Cuando el temor es moderado, la persona mostrará alternancias entre sus conductas controladas o descontroladas del comer. En la medida en la

que la preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar el trastorno alimentario (Schlundt y Johnson, 1990).

#### **Modelo conceptual de Williamson**

Williamson (1990), propone un modelo en el que la obesidad es un antecedente primario de los trastornos alimentarios. Según este autor, en una sociedad donde se enfatiza la delgadez, es fácil desarrollar controles rígidos del peso corporal o dietas muy restringidas. Cuando la dieta se rompe, por la restricción, la persona probablemente comerá en exceso. En los casos donde el hambre o la dieta restringida son empleados como métodos de control de peso, puede desarrollarse la anorexia nervosa. Cuando el hambre es difícil de controlar, se puede caer en el "atracón" y posteriormente iniciar hábitos purgativos como métodos de control de peso, dando origen a la bulimia nervosa.

#### **Modelo de Levine y Smolak**

Este modelo propone una continuidad entre lo que se denomina dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno alimentario. No distingue entre anorexia nervosa y bulimia nervosa porque se basa en que la psicopatología es similar en ambos trastornos. Para Levine y Smolak (1992), la insatisfacción con la imagen corporal es un aspecto central en el origen de los trastornos alimentarios.

De acuerdo con el modelo, el aumento de peso puede correlacionar con la insatisfacción corporal y esto puede conducir a una dieta no patológica. Similarmen te cambios en las relaciones heterosexuales que elevan la conciencia del atractivo físico, pueden estar positivamente relacionadas con la dieta no patológica.

Si estos dos eventos ocurren al mismo tiempo o con poco tiempo de espaciamento, es muy probable la aparición de los trastornos subclínicos. Finalmente, el trastorno alimentario en este modelo debe ser generado por un mayor número de deficiencias como: la insatisfacción, sentimientos de ineptitud, estrés y el llamado complejo de supermujer, que se refiere a la creencia de que la mujer es perfectamente capaz de desempeñar los papeles tradicionales de su sexo y los del trabajo profesional (Vázquez, 1997).

### **Modelo biopsicosocial de Tobin**

El modelo biopsicosocial de Tobin, y colaboradores (1991) postula que los trastornos alimentarios están determinados de una manera heterogénea, en donde intervienen factores psicológicos, biológicos, familiares y socioculturales. Factores tales como la historia familiar y biológica, al combinarse pueden colocar al individuo en riesgo de desarrollar una baja autoestima, baja autoeficiencia e inestabilidad afectiva. Adicionando una preferencia sociocultural por la delgadez, sobre todo este substrato, se refuerza la conducta dietaria, la cual permite perder peso y "hambre". Inevitablemente la restricción se rompe y ocurre el atracón. El atracón genera preocupación con respecto al peso que se pueda ganar, de tal modo que se da inicio a la purga. El atracón y la purga tienen efectos negativos mantenedores sobre la autoeficacia, autoestima y estados de ánimo crónicos, conduciendo a la persona a ser más restrictiva. El resultado es un camino cíclico con múltiples sitios de entrada.

### **Modelo de inicio de la dieta restringida**

Propuesto por Strong y Huon (1998), este modelo descansa sobre la teoría del análisis psicosocial clásico de la influencia social e incorpora tanto variables sociales como individuales dentro de una estructura coherente.

En esencia, el modelo asume que la pérdida de peso a través de una dieta emerge de un contexto en el cual la persuasión para realizar la dieta deriva de varias influencias sociales, principalmente de los padres, compañeros y del medio. La influencia social está presente a través del modelamiento, y de una persuasión directa a través de la presión para satisfacer las demandas de otras personas. La fuerza del modelo, se encuentra en su congruencia y comprensión. Reconociendo el hecho de que no todos sucumben a la influencia de la conducta dietaria, el modelo incorpora ciertas habilidades desarrolladas por el individuo para negociar, así como el sentido de funcionamiento autónomo, mismas que sirven como protección. Según los autores, el origen de estas habilidades interpersonales para negociar, y de este funcionamiento autónomo, es conformado dentro de la familia, por lo que fue necesario identificar diferencias en los estilos paternos (específicamente, altos niveles de cuidado y poca sobreprotección) ya que estos favorecen o inhiben su desarrollo, fue así como este aspecto familiar fue incorporado como uno de los componentes del modelo.

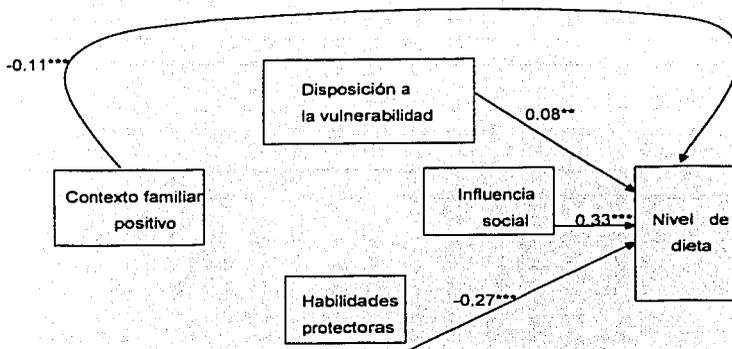


Figura 1

Efectos directos sobre el nivel de dieta (efectos principales independientes y simples)  
 $*p < .05$ ;  $**p < .01$ ;  $***p < .001$ . (Huon, Hayne, Gunewardene, Strong, Lunn, Piira y Limm, 1999).

El modelo muestra las relaciones propuestas entre inicio de la dieta, influencia social, diferencias individuales y contexto familiar (Huon, Hayne, Gunewardene, Strong, Lunn, Piira y Limm, 1999). Tomando en consideración todas las variables, el factor más fuerte para predecir el nivel de dieta restringida fue la competitividad con los pares (0.33), variable considerada dentro de la influencia social. Como factores protectores aparecen un contexto familiar positivo caracterizado por fomento a la autonomía e independencia, y poca sobreprotección; y ciertas habilidades del sujeto tales como: habilidad interpersonal de negociación y autoeficacia social.

### **CAPITULO III)**

#### **Conducta de restricción de la dieta o dieta restringida**

Para iniciar este capítulo es indispensable diferenciar entre la palabra dieta y dieta restringida. Se entiende por dieta al conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día. Constituye la unidad de la alimentación y cabe mencionar que el término no implica un juicio sobre las características de la misma, por lo que para calificarla se debería agregar el adjetivo correspondiente, como por ejemplo, dieta vegetariana, dieta hiposódica, dieta baja en grasa, etcétera (Orientación Alimentaria: glosario de términos, 2001).

Se define como conducta de restricción de la dieta o dieta restringida, a la tendencia repetitiva de autoprivación de alimentos considerados por el individuo como "engordadores" así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Huon y Strong, 1998).

#### **Consecuencias fisiológicas y psicológicas.**

Los efectos del seguimiento de prácticas alimentarias exageradas para el control de peso, son tanto a nivel fisiológico como psicológico, y pueden ser tan severos los daños que hasta pueden llegar a ocasionar la muerte, principalmente por deficiencias cardíacas (Dae, Robinson, Lawson, Turpin, Gregory, y Tobías, 2002).

Reducciones importantes de la ingestión de alimentos, eliminación de ciertos alimentos considerados como "engordadores" (pan, leche, grasas, carne, frijoles, entre otros) y/o la eliminación de tiempos de comidas (desayuno, comida, cena o colación), pueden ser especialmente peligrosas por los problemas nutricios y metabólicos que provocan, y de manera aún más severa durante la pubertad, ya que es sabido que deficiencias de minerales, como calcio y hierro, alteran la formación de tejido óseo y muscular; que la deficiencia de hierro aumenta el riesgo de adquirir anemia principalmente en las niñas por la aparición de la menarca; que la deficiencia de cinc provoca problemas en la maduración de los órganos sexuales; que la carencia de vitaminas (niacina, tiamina y riboflavina) ocasionan problemas en el crecimiento, en el aprovechamiento de hidratos de carbono como fuente de energía, y en el correcto funcionamiento del sistema nervioso (Saucedo-Molina, 1999).

De acuerdo con Toussaint y García-Aranda (2001), si continúa la restricción, el sujeto puede caer en una desnutrición energético-proteínica, que es un estado de balance negativo de nutrimentos, en la que debido a la disminución en la ingestión de éstos, el gasto energético se reduce. Al perdurar la falta de aporte, la grasa corporal se moviliza, lo que se refleja es "una pérdida de peso" pero a un costo muy alto, pues hay una disminución en las proteínas musculares que afectan al músculo cardíaco lo que favorece la aparición de hipotensión, hipotermia, disminución del pulso, pulso filiforme, sonidos distantes cardíacos y soplo sistólico por anemia. A nivel gastrointestinal surgen alteraciones importantes tanto morfológicas como funcionales. En el estómago la mucosa se va atrofiando y la secreción del ácido clorhídrico se reduce. En ocasiones se presenta dilatación gástrica, vaciamiento lento y tendencia al vómito. El intestino pierde peso y su pared se adelgaza a expensas de la mucosa intestinal. Todo esto provoca alteraciones en la digestión y absorción, por la disminución de enzimas gástricas.

En la desnutrición energético-proteínica también hay una disminución importante del sistema inmunológico. Por ejemplo, las barreras anatómicas, como la piel y las mucosas, sufren atrofia, permitiendo la colonización de bacterias en sitios anormales dando pie a diversas y severas infecciones.

El consumo inadecuado de alimentos, también tiene consecuencias psicológicas. En un estudio clásico realizado con un grupo de 36 sujetos que se presentaron voluntariamente para participar en él, eran sometidos a una dieta restringida que les llevó a una pérdida de peso del 25%. A los seis meses, final del período planeado, se encontró que los sujetos voluntarios tardaban dos horas en realizar una comida que unos meses antes sólo les hubiera llevado algunos minutos; pasaban horas planeando qué harían con la cuota de alimento que les era suministrado a diario. Más de la mitad de esos hombres empezó a leer libros de cocina y a coleccionar recetas culinarias; se produjo un dramático incremento en el consumo de café y té (hasta 15 tazas diarias), de goma de mascar y cigarrillos, pues ellos buscaban de cualquier forma mantener el estómago lleno. De manera general sus comportamientos se fueron haciendo claramente obsesivo-compulsivos, se notó una clara tendencia al aislamiento social, una evidente irritabilidad y pérdida de interés sexual. Los datos psicométricos mostraron una alteración importante en el MMPI, las puntuaciones en las escalas correspondientes a hipocondría, depresión e histeria se incrementaron significativamente. Después de 12 largas semanas de rehabilitación nutritiva, cuando se les permitió acceder libremente a los alimentos, la mayoría de ellos recuperó su peso y su estabilidad emocional (Key, citado en Vázquez.

1997, pp: 107-8).

Diversos investigadores, (Booth, Lewis y Blair, 1990; Herman y Polivy, 1980, 1984, 1988; Schlundt y Johnson, 1990; Willianson, 1990; Levine y Smolak, 1992; Tobin et al, 1991, Hsu, 1997; Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998) consideran que el realizar dietas restringidas con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura, es un factor de riesgo que aparece consistentemente asociado como antecedente de los trastornos de la conducta alimentaria y que aunque no todo aquel que hace dieta restringida los desarrolla, cuando a esta conducta se suman factores genéticos, socioculturales, endocrinos, familiares y de personalidad se incrementa la vulnerabilidad de un individuo a presentar un trastorno de este tipo, ya que se ha visto que la prevalencia de dichos trastornos es directamente proporcional a la prevalencia de dieta restringida en una comunidad dada (Hsu, citado por Hsu, 1997, p:509).

La mayoría de pacientes con este tipo de padecimientos, informan que habían seguido poco tiempo antes o estaban siguiendo algún tipo de régimen en el momento de iniciarse el trastorno, de tal manera que la relación de dieta y trastorno parece ser alta (Hsu, 1990).

Algunos científicos (Anstine, y Grineko, 2000) han encontrado correlaciones tan altas entre las calificaciones del EAT-26 (Gamer y Garfinkel, 1979), instrumento válido y confiable para tamizar individuos en riesgo de desarrollar algún trastorno alimentario, y ciertas conductas alimentarias de riesgo, como lo es la dieta restringida, que consideran que sería suficiente hacer solamente cuatro preguntas para reconocer si una persona está en riesgo de desarrollar un trastorno de este tipo. Las preguntas propuestas son:

- 1) ¿Cuántas dietas ha hecho durante el último año?
- 2) ¿Siente que debería estar a dieta?
- 3) ¿Se siente insatisfecha con el tamaño de su cuerpo?
- 4) ¿Considera que su peso afecta la manera en que se siente consigo misma?

### **Investigaciones sobre dieta restringida en diferentes partes del mundo.**

En un estudio finlandés, cuyo propósito fue el de examinar los factores asociados con la dieta restringida y la preocupación por el peso corporal en adolescentes hombres y mujeres, se incluyeron dentro de un examen escolar, 9 reactivos sobre actitudes y conductas que involucraban la conducta dietaria y la imagen corporal. El cuestionario también evaluaba problemas de conducta y emocionales. Los resultados obtenidos a partir de una muestra de 1458 adolescentes hombres y mujeres, que representaba el 89% de los alumnos registrados del 7° al 9° grados de dos ciudades de Finlandia, mostraron que la "dieta cosmética" o dieta restringida y la preocupación por el peso son características extremadamente comunes en este tipo de población. Así mismo, los hallazgos permitieron confirmar como en otras partes del mundo, que las tasas de ocurrencia de estas dos características fueron mucho más grandes en las mujeres., concluyendo que altos niveles de dieta restringida estaban asociados con el sexo femenino, el Índice de Masa Corporal (IMC) y con problemas emocionales conductuales de hiperactividad y de abuso de alcohol (Koskelainen, Sourander y Helenius, 2001).

En el primer estudio realizado en Dinamarca sobre la prevalencia de dieta restringida y de otras conductas para perder peso en adolescentes, se llevó a cabo un estudio de tipo transversal en 2094 estudiantes desde octavo hasta doceavo grado, con edades de 14 a 21 años. Se encontró que la prevalencia de la conducta de restricción de la dieta es comparable con los resultados de otros países nórdicos, y que dicha conducta es dependiente del IMC y del sexo. Los resultados permitieron concluir que el deseo por perder peso se incrementa con la edad, tanto en hombres como en mujeres y que lo mismo ocurre con la insatisfacción corporal. En la muestra se detectó que algunos jovencitos modificaban su patrón alimentario con el deseo de ganar peso, mismos que habían reportado estar insatisfechos con su figura corporal por sentirse demasiado delgados. Finalmente se encontró que la mayoría de los que hacían dieta restringida y determinadas conductas para perder peso, no necesariamente eran obesos (IMC alto y muy alto) sino que más bien estas conductas dependían de si el sujeto se percibía con sobrepeso o no (Waaddegaard, 2002).

Para examinar las prácticas dietéticas y la internalización de la "delgadez", en Ucrania, país postcomunista, se verificó un estudio de tipo transversal en 616 mujeres de 18 a 60 años de edad. La cuarta parte de la muestra con peso bajo (IMC <20) y las tres quintas partes con peso normal (IMC 20-25) deseaban una figura delgada; el 31% de la muestra total reportó

haber hecho dieta con el propósito de bajar de peso dentro de los 6 meses anteriores al estudio. Las mujeres más jóvenes (18-25 años), las que tenían sobrepeso y aquellas que deseaban una figura delgada fueron las que informaron mayor número de prácticas dietéticas (Bilukha y Utemohlen, 2002).

Rumania tiene una población aproximadamente de 22.5 millones de los cuales el 51% son mujeres y cerca del 36% son niñas y mujeres entre 10 y 45 años de edad. Desde 1989 en este país ha habido cambios muy importantes, mismos que han repercutido sobre los estilos de vida de las mujeres. Con tendencias individualistas y mucho mayor interés en nuevas culturas, las mujeres se han vuelto mucho más preocupadas con respecto a la moda, a la "delgadez" la cual está siendo altamente valorada, ha crecido su interés hacia revistas "para mujeres" y en muchas películas occidentales se muestran ciertas actitudes y conductas características de los trastornos alimentarios. Aún no se sabe la prevalencia de estos trastornos ni se ha profundizado sobre prácticas dietéticas, pues nada se habla publicado sobre estos tópicos sino hasta después de 1989, sin embargo, se sabe la necesidad de realizar investigaciones serias dentro de estos tópicos (Joja, 2001).

De un estudio longitudinal australiano sobre la salud en la mujer, se extrajo una muestra aleatoria de 14 686 mujeres de 18 a 23 años, quienes respondieron un cuestionario que buscaba información sobre dieta y salud. Los resultados mostraron que el 66.5% de las mujeres tenían un IMC dentro del rango de normalidad ( $18 < 25 \text{ kg/m}^2$ ). Sin embargo, solamente el 21.6% de estas mujeres estaban satisfechas con su peso y casi la mitad (46%) habían hecho dieta con el propósito de perder peso en el último año (casi la quinta parte de este porcentaje tenían un  $\text{IMC} < 18.5$ ). Altas frecuencias de dieta restringida y de inicio de dieta fueron asociadas con una imagen corporal y salud mental pobres (incluyendo depresión), con conductas alimentarias de riesgo (atracones y purgas), con insatisfacción con la imagen corporal y con problemas de salud en general (Kenardy, Brown y Vogt, 2001).

No cabe duda de que la conducta dietaria se está convirtiendo en un problema social y en una amenaza para la salud pública, ya que se además de irse extendiendo por todo el mundo, es una conducta vista como "normal" por grandes grupos sociales. Poco se piensa en sus consecuencias adversas, ya que el deseo por alcanzar una figura delgada está por encima de la propia vida. Es por ello que los que trabajamos en el área de salud debemos tener información correcta sobre: programas para control de peso y sus efectos; consecuencias de

**dietas con muy baja densidad energética, del empleo de laxantes, purgantes, y medicamentos; y es urgente la reconceptualización del significado de delgadez como sinónimo de salud (Cogan, y Emsberger, 1999).**

## **CAPITULO IV)**

### **Pubertad.**

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios es la adolescencia y de manera más específica la pubertad (Garner y Garfinkel, 1985; Toro y Vilardel, 1987) debido a que es la transición del desarrollo físico entre la infancia y la edad adulta.

La etapa puberal, llamada también preadolescencia, en la que comienzan a aparecer los signos sexuales secundarios, el segundo brote del crecimiento y la gran variabilidad individual determinada genética, ambiental y psicosocialmente se inicia entre los 10 y los 12 años en las niñas y entre los 12 y los 14 en los niños (Martínez y Martínez, 1996).

Es importante remarcar que, la adolescencia se considera más bien como un conjunto de fenómenos psicológicos vinculados a conceptos culturales, a diferencia de la pubertad, término que se aplica a los procesos biológicos que conducen a alcanzar la capacidad reproductora.

El crecimiento en la pubertad y el desarrollo físico son el resultado de la activación en la niñez tardía del eje hipotalámico-hipófisis-gónadas. Antes del inicio de la pubertad, las hormonas hipofisarias y gonadales permanecen en concentraciones muy bajas. Con el inicio de la pubertad, se suprime la inhibición de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH.) en el hipotálamo permitiendo, en consecuencia, la producción y liberación intermitente de las gonadotropinas, hormona leutinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH). Conforme avanza la pubertad, hay un aumento en la frecuencia del pulso, secreción y amplitud de la secreción de LH y FSH, que estimula las gónadas para que produzcan esteroides sexuales (estrógenos o testosterona) (Reiter y Kulin, 1994).

Durante la pubertad las necesidades nutricias se ven incrementadas por su relación con la mayor cantidad de estrógeno y progesterona en las mujeres, y de testosterona y andrógenos en los varones. En los hombres, el aumento de ambas hormonas, produce un incremento significativo de la masa magra, una mayor masa esquelética y por ende mayor masa celular, mientras que en las mujeres los estrógenos y la progesterona estimulan un mayor depósito de grasa. Todo esto ocasiona cambios corporales importantes que pueden provocar sobrepeso

tanto en niños como en niñas que a su vez puede dar lugar a modificaciones en los patrones alimentarios, reflejándose en restricciones y modificaciones de la calidad y cantidad de nutrimentos, lo que repercutirá en el estado de salud, ocasionando fallas en el crecimiento y en el desarrollo físico y psicológico de los jóvenes.

Cubrir los requerimientos nutricios durante esta etapa es de vital importancia y por ello se sugiere que las necesidades de energía y proteínas de los púberes se expresen por unidad de estatura y no por peso o edad cronológica. Por ejemplo, se propone que para cubrir las necesidades de proteínas del crecimiento del desarrollo de tejidos, los varones consuman 0.3 gramos de proteínas por cada centímetro de estatura, y las mujeres de 0.27 a 0.29 gramos de proteínas por cada centímetro de estatura. El calcio es uno de los nutrimentos a los que se debe prestar particular atención durante la pubertad, pues alrededor de cuatro años después que aparecen los primeros signos de desarrollo, la mujer adquiere cerca del 50% de la masa mineral ósea. El cinc es otro nutrimento inorgánico importante, ya que es indispensable para la síntesis de ácidos nucleicos y de las proteínas, y su deficiencia se puede manifestar en pérdida de peso, infecciones intercurrentes e hipogonadismo en los varones. Algunos informes han mostrado que sus deficiencias leves pueden influir sobre los patrones de crecimiento en este tipo de población (Casanueva y Morales, 2001).

#### **Maduración sexual de la pubertad**

Aunque la cronología de diversos sucesos de la pubertad es muy variable, un individuo cumple una secuencia ordenada de fenómenos de crecimiento y desarrollo somáticos. La aparición de los caracteres sexuales secundarios representa una manifestación somática de actividad gonadal, que puede ser dividida en una serie de estadios. Los cinco estadios del desarrollo físico de prepúber a adulto han sido denominados *estadios de Tanner* (1962). El vello pubiano es incluido como criterio de clasificación, pero tiene menor validez que los criterios genitales para evaluar la maduración sexual, dado que su aparición (llamada adrenarca o pubarca) está relacionada con el desarrollo suprarrenal, y no gonadal. Estas etapas de madurez tienen mayor valor para el clínico que la edad cronológica. Los cambios físicos puberales normales deben ser entendidos en el contexto de estadios, ya que esto hace posible vincular fenómenos biológicos, con psicológicos y sociales experimentados por los adolescentes en un modelo integral de desarrollo, como propusieron Vaughan y Litt (1990).

### **Secuencia de la maduración puberal en el sexo femenino**

**Pubertad temprana** (Kreipe, 1994; Martínez y Martínez, 1996; Reyes y Nuñez, 1998).

#### Desarrollo mamario

El comienzo del desarrollo mamario (telarca) es una de las primeras manifestaciones de la pubertad y el primer cambio puberal identificable con facilidad en el 85% de las mujeres. La telarca generalmente ocurre a los 11 años en promedio. Este primer estadio producto de estrógenos, marca la llegada de la segunda etapa caracterizada por la aparición del botón mamario.

#### Vello sexual

El primer vello sexual aparece en la segunda etapa de la maduración sexual puberal y crece a lo largo de los bordes de los labios mayores y es fino, largo, sedoso, oscuro, ralo y por lo general, lacio. Aunque su aparición alrededor de los 11.5 años obedece a los andrógenos, suele coincidir o suceder de cerca a la telarca.

#### Genitales

Antes de la pubertad, el cuello uterino tiene alrededor del doble de tamaño que el cuerpo uterino. Durante las etapas tempranas de la pubertad, el útero se agranda. Los ovarios y otras estructuras genitales internas también aumentan de tamaño.

A medida que se desarrolla el revestimiento de células secretoras de moco cervical, muchas púberes presentan una pequeña cantidad de flujo vaginal antes de la menarca.

#### Crecimiento somático

El crecimiento rápido de la talla es un fenómeno bastante temprano en la secuencia puberal de las niñas, que suele comenzar después de la telarca y alcanza su nivel más alto aproximadamente 1 año después. Antes del crecimiento rápido de la talla, hay un ensanchamiento de las caderas. Generalmente, la velocidad pico se alcanza entre los 11 y 12 años, y finaliza hacia los 13 años.

### **Pubertad media**

#### Desarrollo mamario

Después de la aparición de los botones mamaros, durante las dos primeras etapas de la pubertad temprana, el cambio del estadio 3 al 4 de la maduración sexual durante la pubertad

media, se caracteriza por modificaciones de la aréola, la cual se torna oscura y grande, y elevada sobre el contorno del tejido mamario circundante. Este cambio, en promedio ocurre entre los 12 y los 13 años de edad.

El crecimiento de las mamas en las niñas puede no ser simétrico durante este período, lo que puede provocar angustia y preocupación. Sin embargo, la mayoría de ellas adquirirán aproximadamente el mismo tamaño en el término de 2 años.

#### Vello sexual

Aunque el vello pubiano suele aparecer poco después de la telarca, su progresión es más rápida. En las niñas que se encuentran entre el estadio 3 y 4 de la pubertad media, presentan un vello pubiano más grueso, menos lacio, denso y que cubre la superficie externa de los labios y el monte pubiano, extendiéndose sobre el pubis, adquiriendo la característica disposición femenina triangular. El vello axilar suele aparecer en estos estadios.

#### Genitales

El cuerpo uterino continúa agrandándose e iguala la altura del cuello. Comienza el desarrollo del revestimiento celular del útero y el cuello. La vagina comienza a alargarse hasta alrededor de 8 cm. Las tubas uterinas aumentan de diámetro y los labios pudendos mayores se adelgazan, se pigmentan y se acomodan para cubrir por completo el introito.

La característica sobresaliente de la pubertad media es la menstruación, que aparece por primera vez a una edad promedio de 12.5 años. En las niñas con un tiempo normal de progresión puberal, la menarca sobreviene de 1.5 a 2.5 años después de la telarca, y de 9 a 12 meses después del segundo brote de crecimiento.

Se ha postulado que existe una relación directa entre la composición corporal, sobre todo la relacionada con el tejido adiposo, y la menarca. Al parecer, es preciso contar con un promedio mínimo del 17% de grasa corporal para la aparición de la menarca, mientras que se necesita alrededor del 22% para mantener la regularidad de los ciclos ovulatorios.

### Crecimiento somático

La velocidad de crecimiento en talla se desacelera después de alcanzar el tercer estadio de desarrollo mamario un poco después de los 12 años de edad. Cerca de la menarca, las niñas han alcanzado más del 95% de la talla final.

### **Pubertad tardía**

#### Desarrollo mamario

Las niñas alcanzan el estadio 5 de desarrollo mamario cuando el contorno de la areola se retrae hasta el nivel del tejido mamario circundante. El pezón suele levantarse por arriba del contorno de la areola circundante. A menudo, hay un retraso prolongado del desarrollo mamario entre el estadio 4 y 5 y se propone que el máximo desarrollo se alcanza durante el embarazo. Por esta razón, muchos clínicos consideran que el estadio 4 es un nivel "adulto" de desarrollo.

#### Vello sexual

El estadio 5 de la madurez sexual de la pubertad se produce cuando el vello pubiano de tipo adulto se extiende hacia la cara medial de los muslos.

#### Genitales

Con la finalización de la madurez sexual, el cuerpo uterino triplica la altura de cuello y la vagina se alarga hasta 15 cm. Antes de esto, se completa el desarrollo de los genitales externos, incluida la glándula vestibular mayor.

#### Crecimiento somático

El crecimiento en talla disminuye sustancialmente después de la menarca. La magnitud del crecimiento pos menarca es en promedio de 7.5 cm. Todos los compartimentos del cuerpo muestran también menor velocidad de crecimiento, excepto el tejido adiposo, que como se ha mencionado en otros párrafos, continúa acumulándose, hasta alcanzar un 22-25% característico de la edad adulta.

## **Secuencia de la maduración puberal en el sexo masculino**

**Pubertad temprana (Kreipe, 1994; Martínez y Martínez, 1996; Reyes y Nuñez, 1998)**

### Desarrollo testicular

La media de edad para la iniciación de la pubertad masculina es de 12.5 años, caracterizándose por el agrandamiento testicular como resultado de la proliferación de los túbulos seminíferos.

El crecimiento gonadal en los varones puede ser evaluado directamente palpando los testículos en el escroto y comparando su tamaño con una serie de dibujos estandarizados. Los púberes han demostrado que son capaces de determinar su propio nivel de desarrollo si se les brindan estándares con los que compararse. Por lo tanto, la autoevaluación suele ser un método confiable para determinar la maduración sexual.

El agrandamiento del epidídimo, las vesículas seminales y la próstata coincide con el crecimiento testicular, aunque no sea apreciable externamente.

### Pene

Por lo general, el pene no comienza a agrandarse hasta que los testículos han alcanzado el estadio 3 de madurez puberal sexual.

### Vello sexual

En los varones, el vello pubiano aparece a menudo entre los 12 y los 12.5 años de edad. Al igual que en las niñas, el vello pubiano es primero largo, sedoso, oscuro, ligeramente pigmentado y lacio. Su distribución es rala, sobre todo en la base del pene en las dos primeras etapas de la pubertad temprana.

### Crecimiento somático

Durante la pubertad temprana, los varones continúan creciendo a la velocidad prepuberal, es decir, de manera lenta pero constante. A la misma edad cronológica, las niñas atraviesan el estirón puberal, es por ello que, en quinto y sexto grado, los varones suelen ser mucho más bajos que las niñas.

## **Pubertad media**

### Desarrollo testicular

El tamaño de cada testículo muestra un agrandamiento sostenido durante las dos etapas de la pubertad media (estadios 3 y 4), alcanzando un volumen de 10 a 15 ml. El líquido seminal comienza a ser producido en pequeñas cantidades. La piel del escroto se adelgaza y el saco se agranda, de modo que los testículos penden a cierta distancia del cuerpo. La primera liberación de espermatozoides maduros (espermarca) suele tener lugar por primera vez en la pubertad media durante las emisiones nocturnas a una edad media de 13.5 a 14.5 años.

### Pene

Durante la pubertad media, el pene continúa creciendo en longitud, pero también muestra los primeros signos de ensanchamiento, como resultado del desarrollo del cuerpo cavernoso en respuesta a la testosterona. Las erecciones son más frecuentes y especialmente notorias al despertar. El crecimiento del pene continúa hasta alcanzar los 11 a 17 cm. de longitud.

### Vello sexual

El vello pubiano de las etapas 3 y 4 de la pubertad media, está caracterizado por ser más grueso y algo rizado, se extiende a través del pubis en una placa densa. Además, es posible observar vello en el escroto.

El vello facial suele aparecer al término de la fase 4 del vello pubiano, y lo hace en una secuencia ordenada: primero en los ángulos externos del labio superior, seguidos de todo el labio superior, después la parte superior de las mejillas y media del labio inferior, seguidas por último de vello a lo largo de los costados y el borde inferior del mentón. El vello corporal aparece gradualmente después del vello facial.

### Crecimiento somático

Aunque la velocidad de crecimiento esquelético empieza a aumentar en forma notable cuando el pene comienza a agrandarse (alrededor de los 12.5 años) el máximo punto de crecimiento en talla tiende a corresponder a las últimas etapas de la pubertad media (4) o a las primeras de la pubertad tardía (alrededor de los 13.5 años). Simultáneamente con el crecimiento rápido de la talla, los varones presentan un pico de masa muscular y peso, y una

pérdida de cierto porcentaje de masa grasa. La laringe también sufre un crecimiento rápido, asociado con el engrosamiento y profundización de la voz característico de los varones en crecimiento.

## **Pubertad tardía**

### Desarrollo testicular

El crecimiento de los testículos se considera completo (estadio 5) cuando alcanzan un volumen alrededor de 20 a 25 ml cada uno, que propia mente es la madurez adulta. Del inicio a la finalización, el crecimiento puberal de los testículos abarca un período aproximado de 4 años.

### Pene

Pese al crecimiento continuado de los testículos, el pene presenta sólo un ligero crecimiento más allá del estadio 4 de la madurez sexual puberal. El crecimiento peniano demanda menos de 3 años.

### Vello sexual

El vello pubiano alcanza el estadio 5 de madurez sexual puberal, una vez que se extiende a la cara medial del muslo. El vello pubiano en este estadio tiende a unirse con el vello corporal sobre el hemiabdomen inferior y los miembros inferiores. Generalmente en el estadio 4 aparece bigote y la barba indica un nivel de maduración adulta.

### Crecimiento somático

Aunque el estirón puberal tiende a ser relativamente tardío en los varones, continúan creciendo durante un período más prolongado que las niñas. Los varones pueden continuar creciendo, si bien mínimamente, varios años después de ocurrido el segundo brote de crecimiento, entre los 18 y 20 años de edad.

La característica más notable del desarrollo físico es estos dos estadios (4 y 5) de la pubertad es el aumento de fuerza continuado y la capacidad de tolerar trabajo físico intenso durante períodos prolongados

## **Pubertad y conductas alimentarias de riesgo**

Los púberes son extraordinariamente conscientes de sí mismos y seguros de que todo el mundo los está mirando y sus cuerpos los están traicionando con frecuencia, es por ello que los dramáticos cambios físicos de esta etapa tengan muchas ramificaciones psicológicas. Las reacciones psicológicas son en especial agudas al comienzo de la menstruación en el caso de las niñas, a los cambios en la apariencia física y a la maduración temprana o tardía tanto en hombres como en mujeres (Papalia y Wendkos, 1995).

Durante este período existe una mayor conciencia de la apariencia física que de cualquier otro aspecto y muchos no están satisfechos con su imagen corporal. Los muchachos quieren ser altos y anchos de hombros y las jovencitas quieren ser delgadas pero con senos grandes. Tanto hombres como mujeres se preocupan por el peso, el cutis y la figura. Esto es reforzado tanto por el ambiente familiar como por el medio sociocultural en donde se da un énfasis a los atributos físicos. Las perturbaciones y el estrés característicos de la adolescencia, aunados a un precario auto concepto e imagen corporal, y a la búsqueda de identidad y de un ideal físico impuesto por la familia y la sociedad son factores que contribuyen al desarrollo de algún trastorno alimentario durante esta etapa de la vida (Siegel, 1982).

Una situación agravante en los últimos años, es que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como actitudes anormales hacia el cuerpo y drásticas modificaciones al patrón de alimentación, ya no son un PROBLEMA TÍPICO DE LA ADOLESCENCIA, como anteriormente se proponía, sino que se ha extendido a etapas aún más tempranas como lo es la PUBERTAD, generalmente favorecidos por los cambios fisiológicos y corporales propios de esta etapa (Sands, Tricker, Sherman, Armatas y Maschette, 1997).

En un estudio realizado en 457 niños y niñas entre 9 y 11 años de edad que acudían a 10 escuelas rurales en el centro de Iowa, se reveló que muchos de ellos están preocupados con respecto a su imagen corporal, los alimentos y el control de peso. Las niñas expresaron mucho más el deseo de ser delgadas en comparación con los niños (60.3% v. s. 38.4%), mientras que los niños querían ser más altos que las niñas (67.2% v. s. 49.1%). El deseo de tener menos grasa corporal estuvo significativamente asociado con una mayor frecuencia de conductas alimentarias para bajar de peso así como con la preocupación por el peso corporal (Gustafson-Larson y Rhonda, 1992).

En otros estudios, los hallazgos han demostrado que niñas desde los 9 hasta los 12 años de edad, ya han modificado su alimentación ya sea eliminando alimentos "engordadores", o bien excluyendo algún tiempo de comida (desayuno, comida o cena) para reducir el peso y que las razones que hacen atractiva esta conducta restrictiva radican en las siguientes afirmaciones:

- Todo mundo lo hace, inclusive mi mamá.
- Si no me siento satisfecha con mi figura y mi peso corporal, los puedo modificar a través de los alimentos que consumo.
- La mujer "exitosa y bella" es delgada; las mayoría de las obesas son flojas y están así por culpa suya pues no son capaces de controlar su forma de comer.
- El estar gordo daña mi salud y disminuye mis expectativas de vida.
- No requiero de "prescripción médica" para comenzar mi dieta de reducción, basta con que deje de comprar alimentos "engordadores", de desayunar o cenar y de comer mi refrigerio a la hora del recreo para que baje de peso (Hill, 1993).

La influencia de los padres a través del modelamiento y reforzamiento de conductas dietarias restringidas, ha sido motivo de estudio dentro del contexto de los trastornos alimentarios en púberes. Dentro del ámbito familiar Edmunds y Hill (1999) realizaron un trabajo en 402 niños y niñas de 12 años de edad, cuyos objetivos eran: examinar los patrones alimentarios de estos sujetos, las circunstancias sociales durante las comidas, y la manera en que los padres utilizaban los alimentos en los púberes que estaban haciendo dieta para bajar de peso. Las variables evaluadas fueron: dieta restringida, patrones de alimentación, estilos de crianza y su influencia en la alimentación, control parental alimentario, Índice de la Masa Corporal y autopercepción. Los resultados permitieron concluir que los niños (principalmente las niñas) altamente restrictivos tenían un IMC más alto al compararlos con los no restrictivos; que realizaban más conductas alimentarias restringidas, ayunos; y tenían un mayor historial de dietas pasadas. Los sujetos que por alguna razón estaba a dieta para bajar de peso, reportaron que sus padres los desalentaban a comer entre comidas, a no comer mucho y a evitar dulces y golosinas. Finalmente al comparar a los restrictivos con los no restrictivos en cuanto a los estilos de crianza en relación a los alimentos, no se registró ninguna diferencia significativa.

En diversas investigaciones realizadas en México se ha demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países, que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación, se identifican en la pubertad. Por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró en una muestra de 200 púberes mexicanos con edad promedio de 10.8 años, que las niñas expresaban satisfacción con su figura corporal en un 49% en comparación con un 46% de los niños. El 51% restante de las niñas y el 54% de los niños, manifestaron insatisfacción por su figura.

En otra investigación (Ávila, Lozano y Ortiz, 1997), realizado con 200 niñas de primaria y 200 de secundaria, con un promedio de edad de 11.9 años, se encontró que un 57% de las niñas estaban satisfechas con su imagen corporal, mientras que el 43% restante mostraban insatisfacción, ya fuera porque se percibían más gruesas de lo que estaban (29%) o más delgadas de lo que en realidad estaban (14%).

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999) en un estudio exploratorio llevado a cabo en 200 niños escolares hombres y mujeres que abarcaban de los 9 a los 13 años, llegaron a los siguientes resultados: los niños, más que las niñas realizaban mayor número de comidas al día. Este hallazgo confirmó dos cosas, primero la demanda energética de los niños es mayor y segunda, su preocupación por el peso corporal es menor. En esta misma línea, se encontró que eran los niños de quinto grado los que consumían mayor cantidad de alimentos al compararlos con los de sexto. Esto hace pensar que a mayor edad y a mayores cambios corporales debidos a la pubertad, hay mayor preocupación por el peso y la figura.

En una de las más recientes investigaciones de Gómez Pérez-Mitré (1999), realizada en una muestra de 962 niñas de 9 a 13 años, se detectaron factores de riesgo asociados con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Los hallazgos mostraron que casi la mitad de las púberes estaban insatisfechas con su imagen corporal y más de la mitad (n = 519 niñas) presentaron un efecto de alteración en la percepción de su imagen corporal. Así mismo se confirmó que en edades de 11 a 13 años, ya está presente, en una proporción mayoritaria (94%) la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer. También se encontró que las tres cuartas partes de las niñas de la muestra respondieron estar preocupadas (mucho y demasiado) por su peso corporal, no obstante que muchas de esas niñas eran de peso normal

o peso bajo.

Un hecho aun más inquietante, es que en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio de 10.8 años, se haya encontrado que un 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos como "engordadores", tales como tortillas, pan, y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

Resulta entonces cada vez más evidente como los púberes están adquiriendo la neurosis de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar esa figura delgada idealizada. Esta neurosis y obsesión se traduce cada vez más en conductas de riesgo que dan pie a los trastornos de la conducta alimentaria, y precisamente una de estas conductas de riesgo es la dieta restringida que, como se describió en párrafos anteriores, tiene importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas, y es todavía más peligrosa si se sigue dicha conducta en etapas cruciales de la vida como lo es la pubertad.

Se debe resaltar el hecho de que la presencia de algunos síntomas de los trastornos alimentarios son mucho más comunes que los cuadros clínicos completos, y mucho más frecuentes de lo que se ha esperado encontrar en población general, pero aunque los síntomas de forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, sí de alguna manera señalan a los grupos e individuos con mayor riesgo de adquirirla. Además, desde el punto de vista epidemiológico, el detectar tempranamente cualquier sintomatología permite intervenir precozmente limitando o evitando los daños causados por la psicopatología (Sánchez-Sosa, 1989; Sánchez, 2000). Por ello entonces, es urgente el profundizar e identificar cuales son los factores que están favoreciendo esta conducta de riesgo en este tipo de población.

## **CAPITULO V)**

### **Método**

De acuerdo con la literatura internacional y nacional, la dieta restringida es una de las puertas de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria. Dicha conducta debe ser estudiada en grupos vulnerables como lo son púberes hombres y mujeres y en personas que resultan significativas para ellos, principalmente en la formación de conductas, creencias y preferencias con respecto a la figura corporal y la comida, como son las madres de familia. Además la conducta de la restricción de la dieta debe ser estudiada desde un punto de vista multifactorial ya que está determinada de una manera heterogénea, en donde intervienen factores psicológicos, biológicos, familiares y socioculturales, factores que al combinarse pueden colocar al individuo en riesgo de caer en esta conducta. Sobre esta base se plantean los siguientes objetivos:

#### **1.- Objetivos y preguntas de investigación**

##### **Objetivo general**

Desarrollar y evaluar un modelo que sea capaz de predecir la relación, peso y dirección de factores biológicos (madurez sexual e IMC), socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) que conducen a la dieta restringida en púberes mexicanos, hombres y mujeres.

Desarrollar y evaluar un modelo que sea capaz de predecir la relación, peso y dirección de factores socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) que conducen a la dieta restringida en las madres de púberes mexicanos.

##### **Objetivos Específicos**

Determinar la distribución del Índice de la Masa Corporal en púberes, hombres y mujeres y en sus madres.

Determinar la distribución de factores biológicos (madurez sexual e IMC, socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) en púberes, hombres y mujeres.

Determinar la distribución de factores socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conducta alimentaria y percepción de la imagen corporal) en madres de púberes.

Determinar la interrelación que existe entre factores biológicos, socioculturales y psicológicos asociados con dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en las madres.

Determinar cuales de esos factores predicen de manera directa la dieta restringida y cuales de manera indirecta en los púberes, hombres y mujeres y en las madres.

#### **Preguntas de investigación**

¿Qué variables biológicas (madurez sexual e IMC), socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal), y psicológicas (conducta alimentaria y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en púberes varones?

¿Qué variables biológicas (madurez sexual e IMC), socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal), y psicológicas (conducta alimentaria y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en púberes mujeres?

¿Qué variables socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicas (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en madres de púberes?

¿Qué factores considerados para la construcción de los modelos predictivos, explicaran mayor varianza de la dieta restringida?

## **2.- Definición de variables**

### **VARIABLES INDEPENDIENTES**

#### **Pubertad (madurez sexual).**

Definición conceptual: Etapa del desarrollo físico que se caracteriza por aceleración en el crecimiento, cambios en la composición corporal y maduración sexual. Aproximadamente inicia entre los 9 a 13 años de edad y finaliza entre los 14 y los 18 años de edad (Orientación Alimentaria, glosario de términos, 2001).

Definición operacional: Para evaluar esta variable se emplearon un conjunto de figuras corporales (dibujos) con diferentes grados de desarrollo sexual según las etapas o estadios de Tanner (Tanner 1962; Kaplan y Mammel, 1994). Esta parte fue colocada de manera aleatoria en el instrumento diseñado para los púberes. Se contó con una versión para mujeres y una para hombres. Además se incluyeron preguntas muy específicas sobre los cambios típicos de esta etapa.

#### **Imagen corporal**

Definición conceptual: Configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Definición operacional: Esta variable fue medida en dos dimensiones: (a) percepción de la imagen corporal, la cual fue valorada a través de reactivos específicos sobre la propia imagen del sujeto. Valores bajos se interpretaron como que la persona se percibía delgada; valores altos correspondieron a una percepción de obesidad; (b) satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Esta dimensión se midió como la diferencia entre la selección de la figura actual y la figura ideal. Una diferencia igual a cero, se interpretó como satisfacción, diferencias positivas (cuando el sujeto quiere ser más delgado) y negativas (cuando el sujeto quiere ser más grueso) se interpretaron como insatisfacción. A mayor diferencia mayor era la insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Estas variables fueron evaluadas a través de las figuras corporales y de los reactivos específicos provenientes del cuestionario de Alimentación y Salud de Gómez Pérez-Mitré (1998, 1999)

### **Conducta alimentaria normal (Alimentación correcta)**

Definición conceptual: a la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (Proyecto de Norma oficial Mexicana, 2002).

### **Conducta alimentaria de riesgo**

Definición conceptual: es aquella que considera los patrones de consumo de alimentos distorsionada, tales como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticar pero no deglutir, y ayunos. (Unikel, 1998).

Es importante resaltar que en esta investigación se consideraron diversas variables que se encuentran dentro de este rubro siendo:

- **Comer compulsivamente:** conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias. Los episodios de ingestión voraz se asocian con: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente, 4) comer sólo porque se tiene vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer (DSM-IV, 1996).
- **Conductas compensatorias:** conductas inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno, y ejercicio excesivo. Generalmente ocurren después de un atracón o un episodio de ingestión voraz (APA, 2002).
- **Preocupación por el peso y la comida.** Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere (Gamma, citado en Acosta, 2000, p:158).

Definición operacional: estas variables se evaluaron a través del instrumento diseñado por Gómez Pérez-Mitré (1998) conocido como el EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios). Las respuestas fueron valoradas en escalas de cuatro puntos: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3), siempre (4), de tal manera que a mayor problemática mayor puntuación.

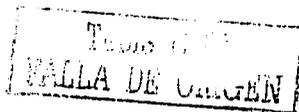
### **Influencia Sociocultural**

Definición Conceptual: esta deberá entenderse como el impacto que a través de diversos medios de comunicación, de modelos estéticos dominantes, de imágenes y de mensajes ejerce la publicidad sobre las conductas alimentarias y el malestar que con respecto a la propia imagen corporal ocasionan.

Definición operacional: esta variable fue evaluada a través del instrumento diseñado por Toro, Salamero y Martínez (1994) conocido como cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (CIMEC-26). Su propósito es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. Las respuestas fueron valoradas en escalas de cuatro puntos: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3), siempre (4). Una puntuación mayor denotará mayor influencia de la publicidad y de los modelos estéticos dominantes. Para la evaluación de este factor en la muestra de púberes se empleó una versión modificada denominada CIMEC-12, desarrollada específicamente para la presente investigación por la responsable del estudio.

### **Evaluación Antropométrica.**

Definición conceptual: El grado de adecuación nutricia de un individuo se puede valorar a través del peso, la estatura y de diversas dimensiones corporales (panículos adiposos y circunferencias). Esta medición permite identificar alteraciones pasadas y presentes del estado nutricional, así como riesgos asociados a éste. El indicador más utilizado para evaluar el estado de nutrición es la relación entre el peso, la estatura, el sexo, la edad y el estado fisiológico (Ávila-Rosas y Tejero-Barrera, 2001).



Definición operacional:

Esta variable se midió a través del Índice de la Masa Corporal (IMC), siendo su fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso actual Kg.}}{(\text{Talla actual en m})^2}$$

Tabla 2	
Puntos de corte del Índice de la Masa Corporal para púberes	
CATEGORÍA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
Emaciación	Menor al percentil 5
Bajo peso	Del percentil 5 al percentil 15
Normal	Del percentil 15 al 85
Sobrepeso	Del percentil 85 al 95
Obesidad	Mayor al percentil 95

Fuente: National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States (2000).

3) Para la evaluación antropométrica de las madres se utilizó el mismo índice (IMC): Este índice antropométrico se calculó a partir de los datos obtenidos del auto reporte de las participantes. Los puntos de corte empleados para la clasificación de las madres fueron los recomendados por el Comité de expertos de la OMS.

Tabla 3	
Puntos de corte del Índice de la Masa Corporal para adultos	
CATEGORÍA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15 - 18.50
Normal	18.51- 24.99
Sobrepeso	25 - 29.99
Obesidad	30 - 39.99
Obesidad severa	mayor a 40

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe de un Comité de Expertos (1995)  
*El estado físico: uso e interpretación de la antropometría.*, Ginebra, OMS. Serie de Informes Técnicos 854.

TEMAS CON  
TALLA DE ORIGEN

## **Variable dependiente**

### **Conducta de restricción de la dieta o dieta restringida:**

Definición conceptual: Tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como "engordadores" así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Huon y Strong, 1998).

Definición operacional: Esta variable fue medida a través de preguntas específicas procedentes del EFRATA en su versión preadolescentes y mujeres adultas (Gómez Pérez-Mitré, 1997; 1998, 2000) que evalúan aspectos relacionados con el consumo o eliminación de alimentos "engordadores" y de tiempos de comida (desayuno comida o cena).

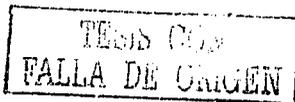
### **3.- Diseño de investigación**

La presente investigación puede clasificarse como un estudio de campo transversal, con un diseño de 2 muestras con observaciones independientes.

### **4.- Muestra**

#### **Muestra de púberes**

La muestra total intencional, con selección no probabilística quedó formada por una N = 1306, estudiantes de quinto y sexto grado de primaria y de primero y segundo grado de secundaria, de 8 escuelas mixtas, públicas (58%) y privadas (42%) del Sur de la Ciudad de México. La edad oscilaba de los 10 a los 15 años con una media de 12.13 (DE = 1.23). Se tuvo especial cuidado de tener el número de sujetos que cumpliera las especificaciones requeridas para la validación de los instrumentos y para el empleo del modelo de las ecuaciones estructurales.



Cuadro 2		
Distribución de la muestra de púberes por sexo		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	674	52 %
Mujeres	632	48 %
TOTAL	1306	100 %

Cuadro 3		
Distribución de la muestra de púberes por grado escolar		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Quinto de primaria	243	19 %
Sexto de primaria	229	18 %
Primero de secundaria	409	31 %
Segundo de secundaria	425	32 %
TOTAL	1306	100 %

Cuadro 4				
Distribución de la muestra de púberes por edad.				
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación
10 años	95	7%	9.9	0.3071
11 años	212	16%	10.7	0.4378
12 años	295	23%	11.7	0.4360
13 años	389	30%	12.6	0.4673
14 años	251	20%	13.5	0.4557
15 años	46	4%	14.2	0.3709
TOTAL	1288	100%	12.13.	1.23

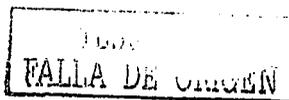
### Muestra de madres

La segunda muestra, también no probabilística, quedó conformada por N = 838 madres, que representó el 64% de la muestra total de los púberes que participaron en el estudio. La distribución por sexos fue de 48.8% madres de hombres y 51.2% madres de mujeres.

Las edades iban de 25 a 55 años con una media de 40,01 (DE = 5.6). Es importante señalar que el número de madres fue determinado exclusivamente por el hijo o hija que participó en la investigación y que entregó el cuestionario correspondiente.

Cuadro 5		
Distribución de la muestra de madres por sexo del hijo(a)		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	409	49%
Mujeres	429	51%
TOTAL	838	100%

Cuadro 6		
Distribución de la muestra de madres por grado escolar del hijo(a)		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Quinto de primaria	125	15%
Sexto de primaria	115	14%
Primero de secundaria	321	38%
Segundo de secundaria	277	33%
TOTAL	838	100%

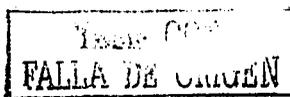


Cuadro 7				
Distribución de la muestra de madres por grupo de edad				
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación
25-30 años	36	4%	28.78	1.37
31-35 años	149	18%	33.25	1.30
36-40 años	254	31%	38.27	1.39
41-45 años	239	29%	42.76	1.36
46-50 años	124	15%	47.44	1.35
51-55 años	22	3%	52.68	1.78
TOTAL	824		40.1	5.605

## 5.- Instrumentos

### Instrumento para púberes

La versión final del instrumento para púberes, uno para hombres y uno para mujeres, quedó conformada por varias secciones. Una de ellas evaluaba aspectos sociodemográficos; otra a partir del EFRATA (Escala de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios) desarrollado por Gómez Pérez-Mitré (1998, 2000) evaluaba conducta alimentaria normal y conductas de riesgo. Otra sección consideró reactivos para medir la Imagen corporal (Cuestionario de Alimentación y Salud, Gómez Pérez-Mitré 2000) Para la estimación de la madurez sexual se emplearon dibujos representando los principales estadios de Tanner (Tanner, 1962; Kaplan, y Mammel, 1994) y se agregaron algunos reactivos específicos sobre el crecimiento y desarrollo de esta etapa. La influencia sociocultural fue medida a través del CIMEC-12 adaptado especialmente para esta investigación por la responsable del proyecto, cuyo objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. La mayoría de las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro puntos: 1 (nunca); 2 (pocas veces); 3 (muchas veces); 4 (siempre). La versión final del instrumento quedó conformada por diversas secciones, las cuales se muestran en el cuadro 8. Los cuestionarios completos se encuentran en los anexos 1 y 2.



Cuadro 8	
Áreas y reactivos de los instrumentos diseñados para púberes.	
Área	Reactivos
Características sociodemográficas	1-8
Datos antropométricos	1-2 sección A
Madurez sexual	8-11 sección A
Imagen corporal	12 sección A y 1-7 sección C
Conductas alimentarias	1-26 sección B
Influencia sociocultural (CIMEC-12)	1-12 sección D

Los requisitos indispensables para responder el cuestionario fueron, tener un nivel de lectura de primaria y un grado satisfactorio de cooperación y dedicación hacia la tarea de contestar el inventario. Se puede administrar tanto en forma individual como en forma grupal.

#### Instrumento para madres

El instrumento para las madres se elaboró tomando como base el EFRATA (Escala de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios) y el de Imagen Corporal, ambas escalas desarrolladas por Gómez Pérez-Mitré (1998, 2000) en su versión para mujeres. Así mismo se empleo el CIMEC-26 diseñado y validado por Toro y colaboradores (1994). Dicho instrumento quedó conformado por varias secciones, las cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 9	
Áreas y reactivos del instrumento para madres de púberes	
Área	Reactivos
Características sociodemográficas	1-8
Datos antropométricos	1-3 sección A
Conductas compensatorias	11(1-12) sección A
Imagen corporal	12-16 sección A y 27 sección B
Conductas alimentarias de riesgo(EFRATA)	1-43 sección B (primera parte)
Influencia sociocultural (CIMEC-26)	1-26 sección B (segunda parte)
Datos antropométricos del hijo(a)	1-3 sección C
Madurez sexual del hijo(a)	4 (1-4) sección C

La Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) subescala del cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Pérez-Mitré, 1998), la cual, a partir de 1915 sujetos del sexo femenino, fue sometida a un análisis factorial de Componentes Principales. Se usó una rotación Varimax que convergió en 57 iteraciones para extraer 16 factores que explicaban en 57% de la varianza. Se descartaron 9 factores al no cumplir los criterios de una carga factorial igual o mayor a 0.4 y un mínimo de 3 variables. El instrumento final quedó integrado por 7 factores que explicaban el 42.8% de la varianza. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89. Para esta investigación solamente se tomaron 4 de los factores, del EFRATA debido a que fueron las variables consideradas de mayor interés para la predicción de la dieta restringida.

El CIMEC, fue elaborado y validado en una población española de 59 anoréxicas y 59 controles, alcanzando un alfa de Cronbach de 0.93 (consistencia interna). Este cuestionario explora la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético. Originalmente constaba de 40 reactivos que valoraban la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la de las situaciones sociales. El instrumento fue sometido a un análisis factorial dando origen al CIMEC-26 que consta de cinco factores: Factor 1) Malestar por la imagen corporal; Factor 2) Influencia de la publicidad; Factor 3) Influencia de mensajes verbales; Factor 4) Influencia de modelos sociales y Factor 5) Influencia de situaciones sociales. La mayoría de los reactivos fueron calificados en una escala de cuatro puntos en donde 1 (nunca); 2 (pocas veces); 3 (muchas veces); 4 (siempre). La versión completa de este instrumento está en el anexo 3.

## **6.- Procedimiento**

### **Primer estudio piloto**

Para estructurar el instrumento de púberes a aplicar, en un primer momento, se realizó un estudio piloto, en el que se trabajó con estudiantes, hombres y mujeres, de quinto y sexto de primaria. Se agrupó a los púberes simulando grupos de enfoque de 8 integrantes cada uno, uno de niñas (4 de quinto y 4 de sexto) y otro de niños (4 de quinto y 4 de sexto), mismos que se trabajaron por separado.

Se discutieron temas específicos a través de preguntas abiertas y se revisó parte del instrumento diseñado específicamente para ellos. El estudio piloto tuvo la finalidad de obtener la información, a partir de los propios participantes, que permitiera complementar, corregir y determinar la comprensión y congruencia de los reactivos y de las variables a investigar a través del instrumento (Hudelson, 1994, Vaughn, Schumm y Sinaguh, 1996).

Para esta primera parte se solicitó autorización a los directivos del plantel a quienes se les explicó brevemente la finalidad del estudio. Una vez conseguida esta autorización, se acudió a cada grupo de quinto y sexto y se invitó a los niños y a las niñas para que participaran voluntariamente en el estudio, del que también se les dio una breve explicación. Solamente se aceptó el número establecido para cada grupo.

Se realizaron tres sesiones. En la primera sesión se tratarán los temas: hábitos alimentarios, dieta restringida y conductas alimentarias maternas; en la segunda se revisaron las secciones del instrumento con que ya se contaba y que correspondían, a imagen corporal y madurez sexual. En la tercera sesión, se revisó la parte del instrumento denominada CIMEC (Toro, Salamero y Martínez, 1994), que como se mencionó en párrafos anteriores, explora la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético.

La duración de cada sesión fue de aproximadamente 60 minutos (dependiendo de la participación e interés de los sujetos) y se hizo hincapié sobre la confidencialidad de la información aportada por cada participante, así como en el hecho de que no había respuestas buenas ni malas y que su participación no afectaría ninguna de sus calificaciones.

### **Segundo estudio piloto**

En este segundo estudio, se aplicó el instrumento resultante en una muestra de 80 niños hombres y mujeres, con características semejantes a la población de estudio, teniendo como propósito comprobar la comprensión, extensión y duración del mismo, así como la realización de los análisis estadísticos pertinentes tales como: análisis de frecuencias, medias, desviaciones estándar, y un primer análisis factorial de Componentes Principales para observar el comportamiento y agrupación de las variables que conformaban el instrumento. En esta ocasión, se envió a través de los niños, el instrumento diseñado para las madres, en el que se

anexaba una sencilla carta en la que se explicaba el propósito del estudio, la confidencialidad de sus respuestas y la importancia de su cooperación. Así mismo, se solicitó a las madres que al final del instrumento escribieran sugerencias, observaciones y correcciones sobre la extensión, comprensión del mismo y tiempo requerido para contestarlo.

#### **Aplicación de los instrumentos en su versión final**

Una vez concluidos los dos estudios piloto, se procedió a la aplicación de los instrumentos en sus versiones finales. Para ello se acudió a diversas escuelas de la Ciudad de México, tanto públicas como privadas, en las que después de haber obtenido la autorización por parte de los directivos y de los sujetos de estudio (consentimiento informado), se procedió a la aplicación grupal.

La aplicación grupal se realizó dentro de los salones de clase de las escuelas públicas y privadas en donde se obtuvo acceso y autorización, los días y horarios indicados en cada plantel. Esta actividad fue llevada a cabo por personas previamente capacitadas, quienes dieron exactamente las mismas instrucciones de llenado a cada grupo. Se procuró tener varios aplicadores (dependiendo de la cantidad de alumnos) de tal manera que fuera posible controlar a los participantes, tanto para garantizar que sus respuestas fueran individuales, como para aclarar cualquier duda.

Se daba inicio con una presentación del responsable del trabajo, posteriormente se explicaba a los alumnos el objetivo del estudio, la importancia de su participación voluntaria, la confidencialidad de sus respuestas y que cualquier duda sería aclarada en ese momento con solo levantar su mano. Así mismo, se les comunicaba que al terminar de responder sus cuestionarios, cada uno de ellos sería pesado y medido y, que después de esto se les entregaría otro cuestionario que llevarían a casa para ser respondido por sus madres. Una vez comprendido y aceptado todo lo anterior por los alumnos, los cuestionarios eran distribuidos en el aula y respondidos por ellos. A cada niño(a) se le asignó un número de código con el propósito de mantener su anonimato y posteriormente tener la posibilidad de vincularlo con el instrumento de la madre, al cual se le colocaba el mismo número de código.

Una vez que los púberes habían contestado el cuestionario se procedía a tomar su peso y talla. Estas fueron valoradas por personas previamente estandarizadas, de acuerdo a las

técnicas recomendadas para asegurar la confiabilidad de las mismas (Faulhaber, 1989 y Lohman, Roche, y Martorell 1988).

Para la recopilación del peso los estudiantes eran pesados con el mínimo de ropa permitido en el plantel (falda o pantalón y blusa o playera), sin zapatos indicándose que se colocaran en el centro de la plataforma de la báscula con los pies paralelos y en una posición erecta. Se utilizó una báscula profesional de plataforma marca Excell con una precisión de 50/10 g, la cual era calibrada al inicio de cada sesión antropométrica.

En la obtención de la talla se utilizó un estadiómetro portátil tipo escuadra, mismo que era perfectamente instalado sobre un muro liso sin bordes. El sujeto era colocado en posición erecta, con la cabeza en plano de Frankfort, las extremidades superiores colgando a los costados, los pies con los talones juntos y las puntas ligeramente separadas, formando un ángulo aproximado de 45°. La medición se realizó con el sujeto descalzo y sin ningún objeto en el cabello para evitar que interfiriera con la medición.

Una vez concluida esta etapa, se le entregaba a cada niño(a) el cuestionario para sus madres solicitándoles que hicieran el favor de llevarlo al día siguiente para ser recogido por la responsable de la investigación. El cuestionario de las madres era acompañado por una escueta explicación sobre el objetivo de la investigación, la importancia de su participación, la garantía de que toda la información proporcionada por ellas sería totalmente confidencial y que para aclarar cualquier duda podían dirigirse a la responsable del estudio a través de sus hijos(as) o de las autoridades de la escuela. El peso y la talla de las madres fueron recolectadas mediante el auto reporte a través de los cuestionarios.

## **CAPÍTULO VI)**

### **Resultados**

El análisis de los datos se llevó a cabo con dos paquetes estadísticos el SPSS versión 9 para Windows 2001 y el AMOS versión 2000.

Los estadísticos descriptivos utilizados fueron:

- Porcentajes (%)
- Media ( $\bar{x}$ )
- Desviación Estándar (DE)

Las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos fueron:

- Análisis factorial de componentes principales. El objetivo de esta técnica multivariante es encontrar un modo de agrupar un gran número de variables originales en un conjunto más pequeño de variables (factores) con una pérdida mínima de información.
- Análisis de correlación múltiple para determinar el grado de asociación entre la variable dependiente (dieta restringida) y las variables independientes (factores biológicos, socioculturales y psicológicos).
- Análisis de regresión múltiple STEPWISE (paso a paso), cuyo objetivo es predecir los cambios en una única variable dependiente en respuesta a cambios en varias variables independientes, permitiendo interpretar la influencia de cada variable independiente en la predicción de la dependiente.
- Modelos de ecuaciones estructurales, técnica que permite establecer relaciones de dependencia múltiples y cruzadas, evaluándolas exhaustivamente.

Los resultados se presentan por separado para los grupos de púberes, hombres y mujeres, y sus madres de la siguiente manera:

1. **Análisis factorial**
2. **Características sociodemográficas de cada uno de los grupos.**
3. **Distribución del Índice de la Masa Corporal en los tres grupos y de manera comparativa.**
4. **Distribución porcentual, medias y desviaciones estándar de los factores considerados para la construcción de los modelos predictivos de la dieta restringida en púberes hombres y mujeres.**
5. **Distribución porcentual, medias y desviaciones estándar de los factores considerados para la construcción del modelo predictivo de la dieta restringida en la muestra de las madres.**
6. **Matrices de correlación múltiple entre la variable dependiente y todas las variables independientes (factores) en hombres, mujeres y madres.**
7. **Modelos de regresión múltiple**
8. **Modelos predictivos de la dieta restringida para hombres, mujeres y madres, obtenidos mediante la técnica del modelo de ecuaciones estructurales.**

## 1.- Análisis factorial

En primera instancia, después de la aplicación grupal de los instrumentos, se efectuó a cada uno de ellos un análisis factorial de los componentes principales con rotación Varimax. Se aceptaron como factores solamente aquellos que tuvieron un mínimo de tres variables y una carga factorial igual o mayor a 0.40. El valor alfa de Cronbach de Cronbach mínimo aceptado fue de 0.60 tanto por factor como por escala.

### Instrumento de hombres

Del análisis factorial aplicado a la muestra de hombres, el instrumento final quedó integrado por 7 factores (11 iteraciones) que explicaron el 44.48% de la varianza, alcanzando un valor de alfa de Cronbach = 0.7973. En el cuadro 10 se muestra la distribución de los reactivos por factor junto con su carga factorial, eigen valor, porcentaje de varianza explicada y el valor de alfa de Cronbach alcanzada por factor.

Cuadro 10 Resultado del análisis factorial del instrumento para hombres.		
Factor 1 Influencia de la publicidad		
Reactivo		Carga factorial
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas		0.845
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca de peso, dietas y la figura del cuerpo		0.744
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.		0.823
Te llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar		0.828
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad		0.690
Eigen value = 4.221 Varianza explicada = 8.442% alfa de Cronbach = 0.8919		

IMPRESO CON  
ORIGEN

**Factor 2**  
**Percepción de la imagen corporal**

Reactivo	Carga Factorial
Escoge la figura que más se parezca a tu cuerpo	0.790
Con respecto a lo que cree que sería tu peso adecuado, dirías que te encuentras	0.780
Tú te consideras	0.820
Tu mamá te considera	0.809
Eigen value = 3.425 Varianza explicada = 6.851 alfa de Cronbach = 0.8563	

**Factor 3**  
**Malestar por la imagen corporal**

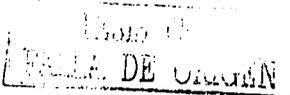
Reactivo	Carga Factorial
Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas	0.705
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.511
Te gustaría tener el cuerpo como Rambo, o los Guardianes de Bahía o Arnold Schwarzeneger	0.766
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre cómo volverse un hombre musculoso	0.737
Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.667
Eigen value = 3.0028 Varianza explicada = 6.056 alfa de Cronbach = 0.60	

**Factor 4**  
**Conducta alimentaria normal**

Reactivo	Carga Factorial
Cuidas que tu dieta sea nutritiva	0.642
Comes lo que es bueno para tu salud	0.692
Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra	0.548
Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	0.567
Cuidas lo que comes para no subir de peso	0.542
Procuras comer verduras	0.667
Eigen value = 2.955 Varianza explicada = 5.909% alfa de Cronbach = 0.7355	

**Factor 5**  
**Dieta restringida**

Reactivo	Carga Factorial
Para controlar tu peso te saltas comidas	0.641
Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	0.429
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes, la rompes y la vuelves a empezar	0.529
Te las pasas "munéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso	0.720
Tomas agua para quitarte el hambre	0.590
Eigen value = 2.276 Varianza explicada = 4.551% alfa de Cronbach = 0.6372	



Factor 6 Madurez sexual		
Reactivo		Carga Factorial
El sonido de tu voz		0.724
Consideras que en ti ya se presentó el estirón		0.546
Tienes vello en tus axilas		0.711
Vello púbico		0.841
Eigen value = 3.1554 Varianza explicada= 26.282 alfa de Cronbach = 0.8563		
Factor 7 Tiempos de comida		
Reactivo		Carga Factorial
Acostumbras realizar tus tres comidas		0.808
Acostumbras cenar o merendar		0.767
Acostumbras desayunar		0.679
Eigen value = 2.171 Varianza explicada = 4.342 alfa de Cronbach = 0.6892		

#### Instrumento de mujeres

En cuanto al instrumento de las mujeres, el análisis factorial permitió obtener un modelo final integrado por 6 factores (8 iteraciones) que explicaron el 51.1% de la varianza y obtuvo una *alfa de Cronbach* = 0.892. En el cuadro 11 se muestra cada factor con sus valores eigen, el porcentaje de varianza explicada y el valor de alfa de Cronbach alcanzado.

TESIS DE GRADO  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 11**  
**Resultado del análisis factorial en el instrumento para mujeres**

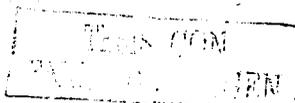
Factor 1 Influencia de la publicidad	
Reactivo	Carga factorial
Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.	0.633
Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo	0.686
Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas	0.742
Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar	0.748
Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad	0.695
Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura	0.732
Eigen value = 4.213 Varianza explicada = 12.393 alfa de Cronbach = 0.8625	
Factor 2 Malestar por la imagen corporal	
Reactivo	Carga factorial
Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas	0.737
Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión	0.684
Te gustaría tener el cuerpo de Britney Spears o Thalia	0.714
Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma	0.426
Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa	0.618
Eigen value = 2.986 Varianza explicada = 8.7383% alfa de Cronbach = 0.6834	
Factor 3 Percepción de la imagen corporal	
Reactivo	Carga factorial
Escoge la figura que más se parezca a tu cuerpo	0.793
Qué peso te gustaría tener	0.615
Tu te consideras	0.819
Tu mamá te considera	0.800
Eigen value = 2.917 Varianza explicada = 8.579% alfa de Cronbach = 0.8018	

79

Factor 4 Madurez sexual	
Reactivo	Carga factorial
Ya estas menstruando	0.789
Tienes vello en tus axilas	0.769
Desarrollo del busto (imagen)	0.763
Vello púbico (imagen)	0.847
Eigen value = 2.672 Varianza explicada= 8.447% alfa de Cronbach = 0.7957	
Factor 5 Dieta restringida	
Reactivo	Carga factorial
Para controlar tu peso te saltas comidas	0.542
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	0.436
Te la pasas "munéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.	0.722
Tomas agua para quitarte el hambre	0.676
Eigen value = 2.220 Varianza explicada = 6.530% alfa de Cronbach = 0.6630	
Factor 6 Preocupación por el peso y la comida	
Reactivo	Carga factorial
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso	0.439
Evitas comer alimentos "engordadores" (pan, dulces, pizza, frituras, chocolates)	0.742
Cuidas lo que comes para no subir de peso	0.751
Engordar te preocupa	0.438
Eigen value = 2.163 Varianza explicada= 6.363% alfa de Cronbach = 0.6416	

#### Instrumento de madres

El instrumento de las madres debido a su mayor magnitud y complejidad se analizó en base a los dos instrumentos que la conformaban, es decir, a la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) e imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997) y al CIMEC-26 (Toro y colaboradores, 1994), sección que evaluó la influencia sobre los modelos estéticos corporales.



Del análisis factorial de la primera parte del instrumento en la que se evaluaron conductas alimentarias de riesgo (EFRATA) e imagen corporal, el modelo final quedó estructurado por 6 factores (12 iteraciones) que explicaron el 43.4% de la varianza y obtuvo un alfa de Cronbach = 0.87. La distribución del mismo se muestra en el cuadro 12.

Cuadro 12 Resultados del análisis factorial para el instrumento de madres	
Factor 1 Conducta alimentaria compulsiva	
Reactivo	Carga factorial
Paso por periodos en los que como con exceso	0.555
Comer me provoca sentimientos de culpa	0.561
Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	0.735
No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene	0.669
Siento que mi forma de comer se sale de mi control	0.747
Estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	0.412
Una vez que empiezo a comer difícilmente puedo detenerme	0.754
No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	0.412
Siento que no puedo parar de comer	0.816
Como sin medida	0.741
Me deprimo cuando como demás	0.607
Soy de las que se hartan de comida (se llenan de comida)	0.697
Cuando estoy acompañada como poco, pero cuando estoy sola me atasco de comida	0.653
Como más de lo que la mayoría de la gente come	0.674
Los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	0.611
Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	0.781
Me avergüenzo de comer tanto	0.628
Eigen value = 9.102 Varianza explicada = 15.427 % alfa de Cronbach = 0.9159	
Factor 2 Conducta alimentaria normal	
Reactivo	Carga factorial
Cuido que mi dieta sea nutritiva	0.824
Como lo que es bueno para mi salud	0.768
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	0.749
Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	0.795
Como con moderación	0.536
Procuro comer verduras	0.733
Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	0.590
Procuro realizar mis tres comidas	0.479
Tengo control sobre mi manera de comer	0.494
Eigen value 4.67 = Varianza explicada = 7.92 % alfa de Cronbach = 0.8608	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Factor 3 Percepción de la imagen corporal	
Reactivo	Carga factor
Qué peso le gustaría tener	0.767
Con respecto a lo que cree que sería su peso recomendable, diría que se encuentra	0.831
De acuerdo con la siguiente escala, se considera	0.808
Engordar, le preocupa	0.528
De las siguientes figuras, escoja aquella (sólo una) que más se parezca a su figura corporal.	0.760
Eigen value 3.544 = Varianza explicada = 6.007 % alfa de Cronbach = 0.8413	
Factor 4 Conductas compensatorias	
Reactivo	Carga factor
Tomar algo que quite el hambre (pastillas, cápsulas)	0.703
Tomar diuréticos (té, gotas o pastillas para eliminar el agua)	0.465
Tomar productos comerciales (Fataché, Fat Hawaii, etc.)	0.640
Consumir productos dietéticos (light)	0.735
Tomar medicamentos homeopáticos o naturistas	0.608
Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas	0.650
Eigen value 3.243 = Varianza explicada = 5.5% alfa de Cronbach = 0.7595	
Factor 5 Preocupación por el peso y la comida	
Reactivo	Carga factor
Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos "engordadores"	0.435
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	0.726
Evito comer las tortillas y el pan para mantenerme delgada	0.698
Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	0.403
Como despacio y mastico más tiempo mis alimentos	0.550
Eigen value 2.58 = Varianza explicada = 4.37% alfa de Cronbach = 0.66	
Factor 6 Dieta restringida	
Reactivo	Carga factor
Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	0.493
Me la paso "munéndome" de hambre ya que constantemente hago dieta	0.779
"Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan comidas	0.706
Eigen value 2.49 = Varianza explicada = 4.22% alfa de Cronbach = 0.6336	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El análisis factorial de la sección que evaluaba la interiorización de los modelos estéticos corporales (CIMEC-26) arrojó un modelo final integrado por 2 factores (6 iteraciones) que explicaron el 41.45% de la varianza y obteniendo un alfa de Cronbach = 0.9428. La distribución de los factores, sus valores eigen, el % de varianza explicada y sus valores alfa de Cronbach se encuentran en el cuadro 13.

Cuadro 13 Resultados del análisis factorial del instrumento para madres Sección de Influencia sobre los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC).		
Factor 1 Influencia de la publicidad		
Reactivo		Carga factorial
Llaman su atención los comerciales de televisión que anuncian productos para adelgazar		0.589
Llaman su atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos para adelgazar		0.772
Siente deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ve anuncios dedicados a ellas		0.678
Ha hecho régimen para adelgazar alguna vez en su vida		0.536
Llaman su atención los anuncios de productos para adelgazar que aparecen en las revistas		0.789
Le angustia que le digan que está "lilenita", "gordita", "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo		0.504
Le atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, silueta, etc.		0.666
Le interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías		0.648
Le interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazar o el control de la obesidad		0.767
Siente deseos de seguir una dieta para adelgazar cuando ve u oye un anuncio dedicado a esos productos		0.775
Siente deseos de usar una crema o jabón para adelgazar cuando oye o ve anuncios dedicados a esos productos		0.478
Eigen value 6.607= Varianza explicada = 25.413% alfa de Cronbach = 0.9216		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Factor 2		
Malestar por la imagen corporal		
Cuando está viendo una película, ¿mira a las actrices fijándose especialmente en si son gordas o delgadas?		0.447
Envidia el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de muchachas que practican gimnasia rítmica		0.774
Le angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que le han quedado pequeñas o estrechas		0.606
Le angustia (por verse gordita) el contemplar su cuerpo en un espejo o en un aparador		0.540
Envidia la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas en los anuncios de prendas de vestir		0.707
Le angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño		0.481
Envidia la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta régimen para adelgazar		0.576
Le atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño ropa interior, y piensa: me gustaría estar como ellas		0.640
Eigen value = 4.170 Varianza explicada = 16.040% alfa de Cronbach = 0.8780		

## 2.- Características sociodemográficas

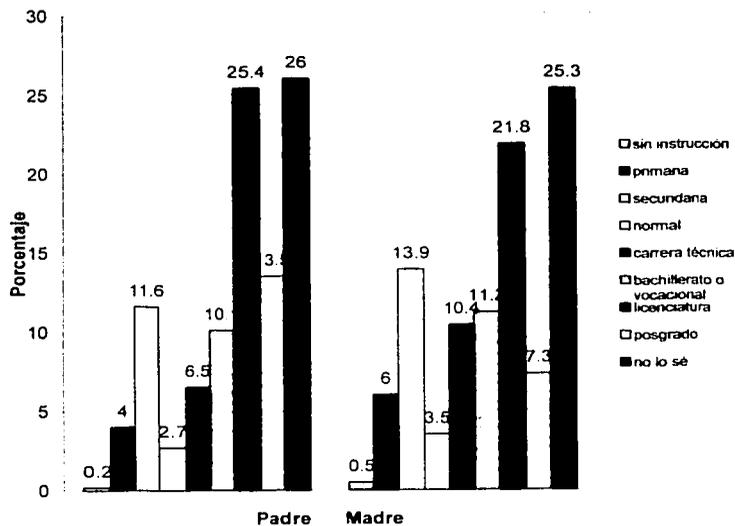
### Púberes

La media de edad de los púberes de la muestra fue de 12.54 de edad (DE = 0.9586). El 46% procedían de escuelas privadas y el 54% de escuelas públicas. El 23% eran estudiantes de sexto grado de primaria, el 37% estudiantes de 1° de secundaria y el 40% estudiantes de 2° de secundaria.

En cuanto al nivel máximo de estudios de sus padres, al preguntar con respecto al padre, el 0.2% de los sujetos los reportaron sin instrucción, contra un 25% al nivel licenciatura. Con respecto a las madres, solamente en tres casos (0.5%) los púberes las reportaron sin instrucción, mientras que el 22%, correspondió al nivel de licenciatura. En la gráfica 1 se describen estas características.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 1**  
**Máximo nivel de estudio de los padres**



A las preguntas ¿Cuántas personas habitan en tu casa, incluyéndote tú?, los púberes respondieron que viven dos personas en un 2.0%, alcanzando el número de 4 personas el máximo porcentaje, 36%. En cuanto a la pregunta relacionada con el tipo de habitación que poseían, el porcentaje más bajo fue para la opción que se consideraba otra, 0.4% contra el 70.0% en que afirmaron tener casa propia. Estos datos se muestran en el cuadro 14.

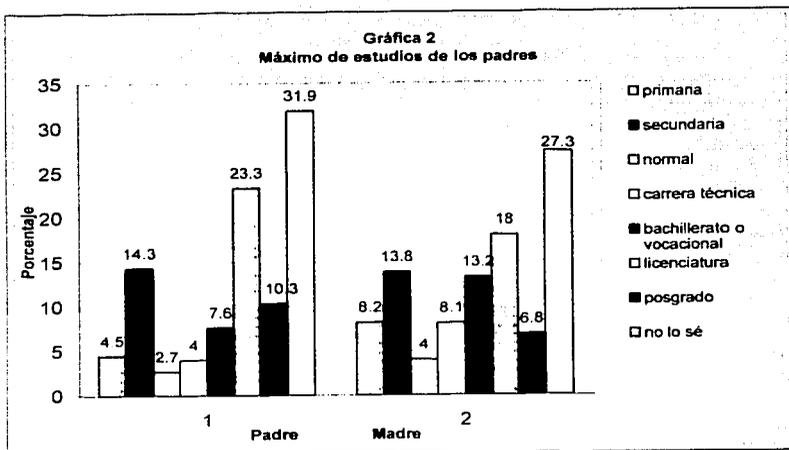
Cuadro 14								
Características de casa habitación								
PREGUNTA	¿Cuántas personas habitan donde tu vives, incluyéndote tú?							
OPCIÓN	2	3	4	5	6	7	8	9 o +
PORCENTAJE	2.5	14	35.8	26.3	9.1	5.1	2.2	5.1
PREGUNTA	¿La casa donde habitas actualmente es?							
OPCIÓN	Propia	Rentada	Se está pagando		De un familiar	Otra		
PORCENTAJE	70.3	17.7	3.6		7.9	0.4		

### Púberes

La media de edad de las púberes de la muestra fue de 12.08 de edad (DE = 1.29). El 40% procedían de escuelas privadas y el 60% de escuelas públicas. El 20% eran estudiantes de quinto grado de primaria y de sexto grado de primaria fueron el 16%, las estudiantes de 1° y de 2° de secundaria, representaron el 32 % y el 32%, respectivamente.

En cuanto al nivel de estudios de sus padres, el 2% registró al padre sin instrucción y con nivel de licenciatura al 23%. Cuando se preguntó en relación a la madre, las púberes reportaron el 0.6% sin instrucción y el nivel licenciatura alcanzó un 18%. En la gráfica 2 se describen estas características completas.

TESIS CON  
LA DE CALIDAD



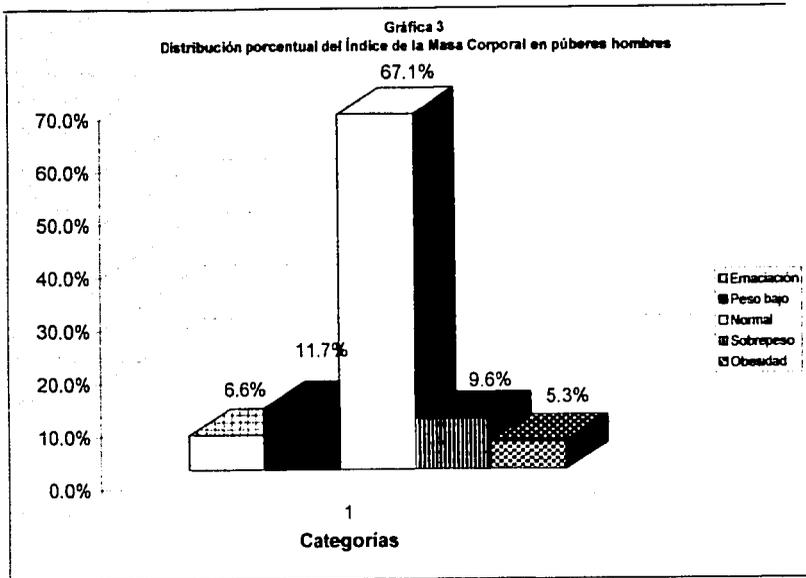
A las preguntas ¿Cuántas personas habitan en tu casa, incluyéndote tú?, las púberes respondieron que viven dos personas en un 3%, alcanzando el número de 4 personas el máximo porcentaje, 31%. En cuanto a la pregunta relacionada con el tipo de habitación que poseían, el porcentaje más bajo fue para la opción que se consideraba otra, 2% contra el 64% en que afirmaron tener casa propia. Estos datos se muestran en el cuadro 15.

**Cuadro 15**  
**Características de casa habitación**

PREGUNTA	¿Cuántas personas habitan donde tu vives, incluyéndote tú?							
OPCIÓN	2	3	4	5	6	7	8	9 o +
PORCENTAJE	3	12.5	31	27.6	10.4	5.0	2.4	8.1
PREGUNTA	¿La casa donde habitas actualmente es?							
OPCIÓN	Propia	Rentada	Se está pagando		De un familia	Otra		
PORCENTAJE	64.2	17.3	6		10.7	1.8		

### 3.- Índice de la Masa Corporal

En las gráficas 3, 4 y 5 se presenta la distribución del Índice de la Masa Corporal en hombres, mujeres y madres, respectivamente.

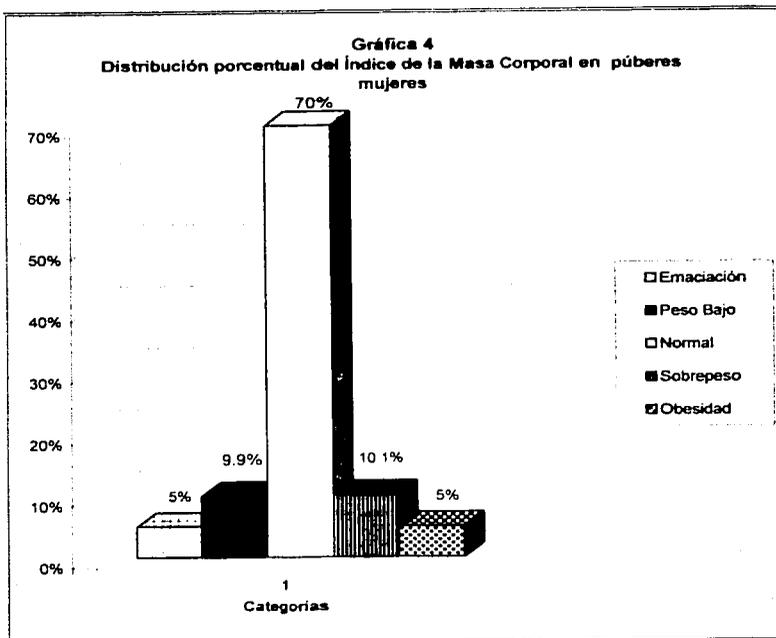


En la gráfica de púberes varones, el porcentaje más alto corresponde a la categoría de peso normal, 67% seguida de la representada por el peso bajo que registra un valor de 12%. Las categorías de emaciación y obesidad muestran valores muy parecidos, 7% y 5% respectivamente. Es este caso la muestra arroja una media de 20.7817 (DE= 4.055), que corresponde a la clasificación de peso normal

TESIS CON  
LA DEFENSA

Los puntos de corte obtenidos a partir de la muestra de N=666 hombres para la clasificación del IMC percentilar son:

Categoría	Percentil	Valor
Emaciación	< 5	<15.7541
Peso bajo	> 5 hasta 15	15.7541 - 17.0357
Normal	>15 hasta 85	17.0358 – 25.3555
Sobrepeso	> 85 y < 95	25.3556 – 28.1904
Obesidad	> 95	>28.1904



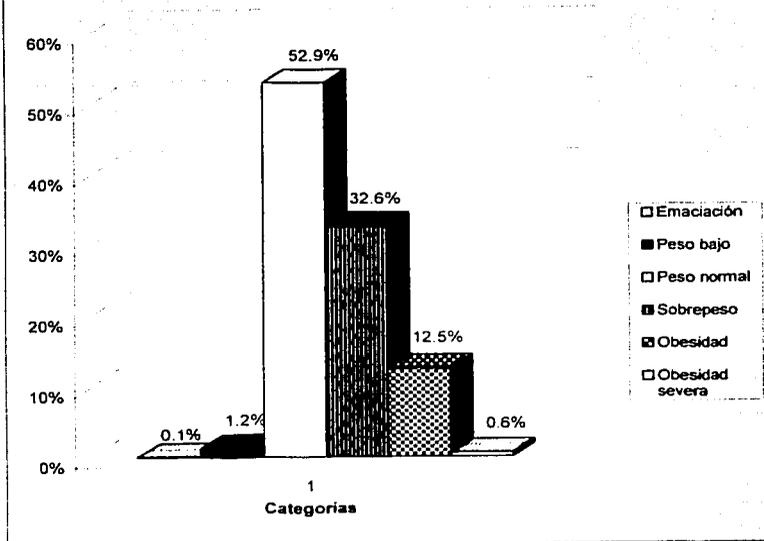
En la gráfica 4 correspondiente a la muestra de púberes mujeres resulta interesante apreciar que para las categorías de emaciación (5%) y obesidad (5%) se tiene el mismo porcentaje, ocurriendo lo mismo entre las categorías de peso bajo y sobrepeso ya que ambas alcanzan un 10%. La categoría que mayor porcentaje obtiene es la correspondiente al peso normal con un 70%. La media para este grupo es de 20.6451 (DE=3.6432) valor que cae en la categoría de peso normal.

Para el caso de la muestra de mujeres con una N= 626, los puntos de corte obtenidos a partir de los valores percentilares para la clasificación del IMC son:

Categoría	Percentil	Valor
Emaciación	< 5	<15.7446
Peso bajo	> 5 hasta 15	15.7446 – 16.9605
Normal	>15 hasta 85	16.9605 – 24.4347
Sobrepeso	> 85 y < 95	24.4347 – 27.1835
Obesidad	> 95	>27.1835

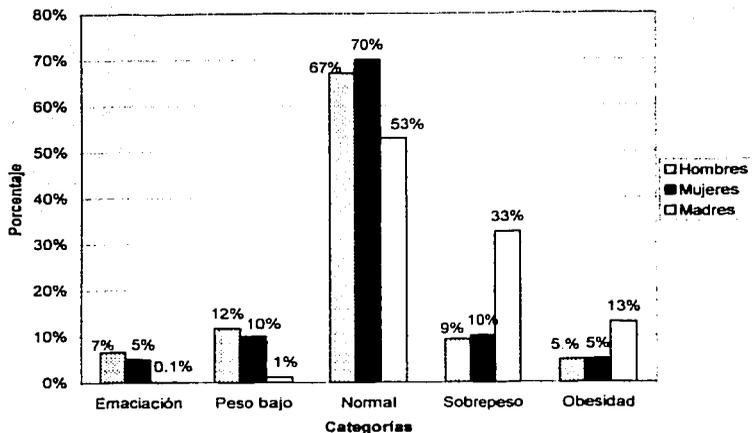
En la gráfica 5 se presenta la distribución porcentual de la muestra de madres (N= 815), empleando el Índice de Masa Corporal (IMC) como criterio de clasificación. Se aprecia que el porcentaje más alto pertenece nuevamente a la categoría de peso normal (53%), mientras que el segundo porcentaje corresponde a la categoría de sobrepeso con un 33%. En este caso la muestra registra una media de 25.8939 (DE = 4.2188) categoría que corresponde al sobrepeso.

**Gráfica 5**  
**Distribución porcentual de índice de la Masa Corporal en las**  
**madres**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 6**  
**Distribución porcentual del índice de la Masa Corporal en**  
**hombres, mujeres y madres**



En la gráfica 6 se muestra de manera comparativa la distribución porcentual del índice de la Masa Corporal para cada grupo, es decir hombres, mujeres, y madres. El porcentaje más alto para los tres grupos, se sitúa en la categoría de peso normal, registrando porcentajes de 67% para hombres, 70% para mujeres y 53% para madres, por otro lado tanto en hombres como en mujeres el segundo porcentaje más alto es para la categoría de peso bajo, con 12% y 10% respectivamente. Para las madres el segundo porcentaje más alto corresponde a la categoría de sobrepeso registrando un 33%. Tanto en hombres como en mujeres la categoría de obesidad alcanza un 5% contra un 13% obtenido por el grupo de las madres. Finalmente en el grupo de emaciación los porcentajes entre hombres y mujeres aunque no iguales si resultan bastante similares pues estos son de 7% y 5%, respectivamente. En el grupo de madres solamente hay un 0.1% de casos de emaciación que representan solamente a 1 sujeto de la muestra.

TESIS CON  
 FALLA DE CALIBRE

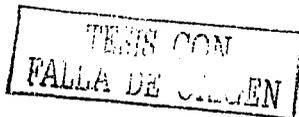
#### **4.- Distribución de las variables consideradas para el diseño de los modelos predictivos de dieta restringida en púberes.**

En el siguiente grupo de tablas se presenta la distribución porcentual de las variables que fueron consideradas para la elaboración de los modelos predictivos de la conducta dietaria restrictiva. Se debe señalar que cada factor para poder ser manejado de una manera más sencilla, fue transformado en un índice el cual se obtuvo a partir del promedio de la sumatoria de los reactivos que formaban el factor correspondiente, por ejemplo, el factor de madurez sexual, en el análisis factorial quedó conformado por 4 reactivos que alcanzaron un alfa de Cronbach = 0.72 en la muestra de hombres y 0.79 en la de mujeres. Para obtener el índice correspondiente se sumaban los 4 reactivos, se obtenía el promedio y posteriormente su distribución porcentual.

##### **4.1.- Satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal**

Con respecto a la medición de esta variable, los sujetos de la muestra, tenían que elegir en una primera ocasión, de un conjunto de cinco figuras, la silueta que más se pareciera a su cuerpo (Figura Actual). Posteriormente en otra parte del cuestionario, se les pedía que eligieran, del mismo conjunto de cinco figuras pero ordenado de diferente manera, la silueta que más les gustaría tener (Figura ideal). De esta manera, se midió la insatisfacción con la imagen corporal, al obtener la diferencia entre la Figura Actual menos la Figura Ideal.

Como se puede observar en la tabla 4 se aprecia claramente que el 41% de la muestra total está satisfecha con su figura corporal, que el 42% está insatisfecha porque quiere ser más delgada y solamente el 17% está insatisfecha porque quiere ser más robusta. Las diferencias por sexo resultan interesantes pues aparentemente los púberes están más insatisfechos que las púberes ya que estos registran un porcentaje menor de satisfacción, 36% contra 45%. Así mismo, el 20% de los hombres quieren ser más robustos contra un 14% en las mujeres, mientras que el 44% de los hombres están insatisfechos porque quieren ser más delgados contra un 40% para el caso de las mujeres.



**Tabla 4.**  
**Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción por sexos**

Sexo	Satisfechos	Quieren ser más delgados	Quieren ser más robustos	TOTAL
Hombres	36.2%	43.6%	20.2%	668
Mujeres	45.3%	40.4%	14.4%	627
Muestra total	40.6%	42%	17.4%	1295

En la tabla 5, se confirma que tanto en hombres como en mujeres hay un alto porcentaje de insatisfacción con la figura corporal. Además se observa en la muestra total, como los porcentajes son mayores en el sentido de querer estar más delgados o delgadas, tendiendo a ser estos valores superiores en los varones. El análisis de varianza mostró diferencias significativas por grupos ( $F(7, 1294) = 3.732 p < 0.01$ ).

Se debe recordar que valores positivos (+) se interpretan como querer estar más delgado(a) de lo que se está actualmente y valores negativos (-) se interpretan como querer estar más robusto(a) de lo que se está actualmente.

**Tabla 5**  
**Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción en la muestra de púberes.**

Grado de satisfacción/insatisfacción	Hombres n = 668	Mujeres n = 627	TOTAL N = 1295
-3 o menos	0.6%	0.0%	0.3%
-2	3.6%	1.6%	2.6%
-1	16%	12.8%	14.4%
0.0	36.2%	45.3%	40.6%
+1	26.6%	28.7%	27.6%
+2	13.2%	9.9%	11.6%
+3 o más	3.7%	1.8%	2.8%

**TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE**

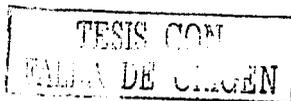
#### 4.2.- Madurez sexual

En la tabla 6, los porcentajes más altos para los púberes corresponden a los estadios de madurez sexual 1 y 2 (pubertad temprana) mientras que para las púberes los porcentajes más altos caen en las categorías en los estadios 1 (pubertad temprana) y 3 (pubertad media). Del total de la muestra el 40% se encuentra en el estadio 1, el 38% en el estadio 2 y el 22% en el 3. Solamente el 0.2% se registra en el estadio 4, que es el más cercano a la madurez adulta.

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTALO	N
Estadio 1	42%	37.8%	39.8%	506
Estadio 2	45.7%	29.5%	37.8%	482
Estadio 3	11.8%	33.3%	22.2%	281
Estadio 4	0.5%	0.0%	0.2%	3
N	661	611		1272
PORCENTAJE DE N	52%	48%	100%	100%

#### 4.3.- Influencia de la publicidad

En la variable denominada influencia de la publicidad, los porcentajes más altos en ambos sexos son para la categoría de nunca, 77% hombres y 60% mujeres, seguida de la categoría pocas veces con un porcentaje de 18% en los hombres y 29% en las mujeres. Es claro observar como para las mujeres es mayor el interés hacia la publicidad de productos para adelgazar y mejorar la figura, pues los porcentajes que reportan, aunque bajos, si son dignos de ser considerados, ya que para las categorías de muchas veces y siempre los valores son de 9% y 4%, respectivamente mientras que para los hombres los porcentajes son de 4% en la categoría muchas veces y 1% en la de siempre. Los resultados detallados se muestran en la tabla 7.



**Tabla 7**  
Distribución porcentual de la variable influencia de la publicidades por sexos.

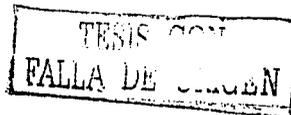
Categoría	Hombres	Mujeres	TOTALO	N
Nunca (1)	77.3%	59.6%	68.7%	837
Pocas veces (2)	17.8%	28.5%	23.1%	281
Muchas veces (3)	3.8%	8.3%	5.9%	72
Siempre (4)	1.1%	3.6%	2.3%	28
N	632	586		1218
Porcentaje de N	51.9%	48.1%	100%	100%

#### 4.4.- Malestar por la Imagen Corporal

En la tabla 8 se presenta la distribución porcentual del malestar que por la propia imagen corporal provocan las imágenes de los modelos estéticos dominantes al compararlos con el propio cuerpo. Los porcentajes más altos, en ambos sexos, corresponden a las categorías de nunca (37%) y pocas veces (43%), sin embargo, en la categoría de muchas veces los porcentajes son importantes, pues en los púberes el valor es del 14% y en las púberes es de 21%. Si a estos valores sumáramos los obtenidos en la categoría de siempre, los porcentajes totales en ambas categorías resultarían ser de 17% en hombres y 24% en mujeres y para la muestra total alcanzaría hasta un 20%.

**Tabla 8**  
Distribución porcentual de la variable malestar por la imagen corporal por sexos.

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTAL	N
Nunca (1)	40.4%	33.4%	36.9%	467
Pocas veces (2)	43%	43.1%	43%	543
Muchas veces (3)	14.3%	20.9%	17.6%	221
Siempre (4)	2.3%	2.6%	2.4%	30
N	647	614		1261
Porcentaje de N	51.3%	48.7%	100%	100%



#### 4.5.- Percepción de la Imagen Corporal

En la tabla 9 se presenta la distribución porcentual de los reactivos que conforman la variable nombrada percepción de la imagen corporal.

Tabla 9						
Distribución porcentual de los reactivos que integran la variable percepción de la imagen corporal por sexos.						
Reactivo	Escoge la figura que más se parezca a tu figura actual					
Categoría	Muy delgada	Delgada	Normal	Sobrepeso	Obesa	TOTAL N
Hombres	3.1%	25.3%	20.2%	36.9%	14.4%	672
Mujeres	5.9%	40.8%	29.9%	22.5%	0.9%	632
TOTAL	4.4%	32.8%	24.9%	29.9%	7.9%	1304
Reactivo	Qué peso te gustaría tener					
Categorías	Mucho más alto	Más alto	El mismo que tengo	Menor del que tengo	Mucho menor del que tengo	TOTAL N
Hombres	4.3%	14.9%	41.5%	29.4%	9.8%	670
Mujeres	2.1%	9.4%	34.8%	37.5%	16.3%	627
TOTAL	3.2%	12.3%	38.2%	33.3%	12.9%	1297
Reactivo	Con respecto a lo que crees que sería tu peso adecuado, te encuentras					
Categorías	Muy por abajo	Por abajo	En tu peso adecuado	Por arriba	Muy por arriba	TOTAL N
Hombres	2.7%	18.6%	46.8%	28%	3.9%	665
Mujeres	4.0%	16.6%	43.5%	28.8%	7.2%	628
TOTAL	3.3%	17.6%	45.2%	28.4%	5.5%	1293
Reactivo	Tú te consideras					
Categorías	Muy delgado(a)	Delgado(a)	Normal	Sobrepeso	Obeso(a)	TOTAL N
Hombres	5.4%	14.6%	61%	18%	1%	672
Mujeres	4.1%	17%	60.8%	17%	1%	628
TOTAL	4.8%	15.8%	60.9%	17.5%	1.0%	1300

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

Reactivo	Tu mamá te considera					
Categorías	Muy delgado(a)	Delgado(a)	Normal	Sobrepeso	Obeso(a)	TOTAL N
Hombres	9.9%	21.9%	51.6%	15.5%	1.0%	670
Mujeres	10.2%	24%	53.1%	11.9%	0.8%	629
TOTAL	10.0%	22.9%	52.3%	13.8%	0.9%	1299

En esta tabla se aprecia claramente como las mujeres manifiestan una mayor preferencia por una figura delgada y muy delgada al alcanzar un 47% en la sumatoria de ambas categorías a pesar de que en la realidad (IMC) solamente el 15% son delgadas y muy delgadas. En los hombres esta diferencia entre la figura actual y el IMC aunque si se presenta es menos drástica que en las mujeres ya que ellos registran en ambas categorías un 28% contra un 18% calculado por el IMC. En el caso de los varones hay una tendencia a preferir figuras más robustas al tener porcentajes mayores en las categorías de sobrepeso y obesidad, 37% y 14% respectivamente, siendo que sus valores reales (IMC) son de 10% para sobrepeso y 5% para obesidad.

#### 4.6.- Preocupación por el peso y la comida

En la variable designada como preocupación por el peso y la comida, las categorías que mayores porcentajes muestran en toda la muestra son las de nunca, 53% y pocas veces 38%. Sin embargo, en la categoría de muchas veces existe ya un 8% de sujetos preocupados por el peso y la comida, siendo mayor este porcentaje en las mujeres (10%).

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTAL	N
Nunca (1)	57%	48.5%	52.7%	636
Pocas veces (2)	36.1%	41.1%	38.4%	464
Muchas veces (3)	6.0%	9.7%	7.9%	95
Siempre (4)	0.8%	0.7%	0.9%	10
N	617	588		1205
Porcentaje de N	51.2%	48.8%	100%	100%

#### 4.7.- Conducta Alimentaria Normal y Tiempos de Comida

De la muestra total de púberes el 57% considera tener una conducta alimentaria normal pocas veces contra un 29% que reporta tener muchas veces una conducta alimentaria normal. Si observamos los porcentajes por sexos, en la tabla 11, los varones tienen un valor más alto en la categoría de pocas veces al compararlos con la de las mujeres, 58% contra un 55%, proporción que se invierte al observar la categoría de muchas veces, en donde los varones registran un porcentaje de 26% contra un 33% en las mujeres, datos que permiten establecer que las mujeres son más cuidadosas con los alimentos que consumen.

**Tabla 11**  
Distribución porcentual de la variable  
conducta alimentaria normal

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTAL	N
Nunca (1)	14%	10.6%	12.4%	140
Pocas veces (2)	58.4%	54.6%	56.6%	643
Muchas veces (3)	25.6%	32.7%	29%	330
Siempre (4)	2.0%	2.2%	2%	23
N	579	557		1136
Porcentaje de N	51%	49%	100%	100%

En la tabla 12, los porcentajes muestran como en las mujeres hay una menor tendencia hacia la realización ordenada de sus comidas a lo largo del día. Por ejemplo, en la categoría pocas veces realizo mis tiempos de comida, es decir mi desayuno, comida y cena, los hombres tienen un 21% contra un 29% en las mujeres. En la categoría siempre realizo mis tiempos de comida (desayuno, comida y cena) los varones tienen un porcentaje mucho mayor al compararlo con el de las mujeres, 36% contra 25%, respectivamente.

**Tabla 12**  
Distribución porcentual de la variable  
tiempos de comida por sexos.

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTAL	N
Nunca (1)	5.1%	9.3%	7.2%	88
Pocas veces (2)	21.1%	29.4%	25.1%	310
Muchas veces (3)	37.6%	36.6%	37.1%	458
Siempre (4)	36.2%	24.7%	30.6%	378
N	635	599		1234
Porcentaje de N	51.5%	48.5%	100%	100%

#### 4.8.- Conducta de restricción de la dieta o dieta restringida

En la variable de conducta de restricción de la dieta o dieta restringida, cuya distribución porcentual se muestra en la tabla 13, que se considera en el modelo como la variable dependiente, los porcentajes más altos, en ambos sexos, están en la categoría de nunca, 77% en los púberes y 75 % en las púberes, aunque son valores muy altos, es importante señalar que ya el 20% de los púberes y el 21% de las púberes pocas veces hacen dieta restringida con el propósito de controlar su peso y mejorar la figura. Aunado a ello, el 2% de los púberes y el 4% de las púberes, hacen dieta restringida muchas veces con este propósito.

**Tabla 13**  
Distribución porcentual de la variable  
dieta restringida por sexos.

Categoría	Hombres	Mujeres	TOTAL	N
Nunca (1)	77.1%	75.1%	76.3%	954
Pocas veces (2)	20.3%	21.1%	20.7%	260
Muchas veces (3)	2.3%	3.5%	3.0%	36
Siempre (4)	0.3%	0.3%	0.2%	3
N	641	612		1253
Porcentaje de N	51.2%	48.8%	100%	100%

Como se aprecia en la tabla 14, en las variables influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, preocupación por el peso y la figura, y conducta alimentaria normal las mujeres tienden hacia calificaciones más alta, se debe recordar que a mayor problema mayor calificación. En la variable tiempos de comida en los hombres, el valor de la media es mayor lo que deja ver que para los niños es más importante realizar sus comidas con regularidad a lo largo del día, al compararla con las niñas. El seguimiento de la dieta restringida aparentemente es muy similar entre los dos grupos.

tabla 14  
Medias y desviaciones estándar de las variables consideradas  
en el modelo predictivo de dieta restringida en la muestra de púberes.

Sexo	Hombres		Mujeres	
	$\bar{x}$	D.E.	$\bar{x}$	D.E.
Madurez sexual	2.07757	0.6498	2.2918	0.8366
Influencia de la publicidad	1.4929	0.6370	1.9031	0.8116
Malestar por la imagen corporal	2.1938	0.7447	2.3408	0.7835
Percepción de la imagen corporal	3.0503	0.7368	2.9773	0.6815
Preocupación por el peso	1.8271	0.7058	1.9394	0.6494
Conducta alimentaria normal	2.5477	0.5915	2.71139	0.7026
Tiempos de comida	3.2787	0.7553	3.0228	0.8287
Dieta restringida	1.5568	0.5190	1.5550	0.6095

101  
TESIS CON  
FALLA DE CUBIERTA

**5.- Distribución de las variables consideradas para el diseño del modelo predictivo de dieta restringida en las madres**

**5.1.- Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal**

Con respecto a la medición de esta variable en la muestra de madres (N = 825), ellas tenían que elegir en una primera ocasión, de un conjunto de nueve figuras, la silueta que más se pareciera a su cuerpo (Figura actual). Posteriormente en otra parte del cuestionario, se les pedía que eligieran, del mismo conjunto de nueve figuras pero ordenado de diferente manera, la silueta que más les gustaría tener (Figura ideal). De esta manera, se midió la insatisfacción con la imagen corporal, al obtener la diferencia entre la Figura actual menos la Figura ideal.

Como se puede observar en la tabla 15 se aprecia claramente que solamente el 21% de la muestra total está satisfecha con su figura actual, que el 71% de las madres están insatisfechas porque quieren ser más delgadas y el 8% de ellas están insatisfechas porque quiere ser más robustas.

**Tabla 15.**  
Distribución porcentual de la variable  
satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en las madres

Madres por sexo del hijo(a)	Satisfechas	Quieren ser más delgadas	Quieren ser más robustas	TOTAL
Hombre	22.4%	70.1%	7.5%	398
Mujer	20.5%	71.3%	8.2%	425
Muestra total	21.4%	70.7%	7.9%	823

TESIS CON  
SALA DE ORIGEN

**Tabla 16**  
Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción en la muestra de madres

Grado de satisfacción/insatisfacción	Madres de Hombres n = 398	Madres de Mujeres n = 425	TOTAL N = 823
-3 o menos	0.3	0.4	0.3
-2	1.3	1.2	1.2
-1	6.0	6.6	6.3
0.0	22.4	20.5	21.4
+1	27.6	28.2	27.9
+2	24.1	25.2	24.7
+3 o más	18.4	17.9	28.1

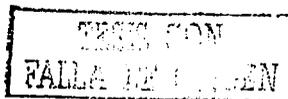
Desglosando el nivel de delgadez que les gustaría tener a las madres, en la tabla 16, se nota como al 28% le gustaría ser delgada, al 25% le gustaría ser más delgada y al 28% muchísimo más delgada.

### 5.2.- Distribución de la variable percepción de la imagen corporal

En la tabla 17 se muestra la distribución porcentual de la variable denominada percepción de la imagen corporal en base a cada uno de los reactivos que la conforman.

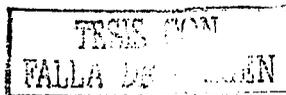
**Tabla 17**  
Distribución porcentual de los reactivos que integran la variable percepción de la imagen corporal en la muestra de madres.

Reactivo	Escoja la figura que más se parezca a su figura actual					TOTAL N
	Muy delgada	Delgada	Normal	Sobrepeso	Obesa	
Madres	0.8%	19.7%	51.3%	24.6%	2.9%	
TOTAL	7	169	426	204	24	830



Reactivo	Qué peso le gustaría tener					
Categorías	Mucho más alto	Más alto	El mismo que tiene	Menor del que tiene	Mucho menor del que tiene	TOTAL N
Madres	0.0%	2.0%	29.1%	52%	16.9%	
TOTAL	0	17	243	435	141	836
Reactivo	Con respecto a lo que cree que sería su peso adecuado, se encuentra					
Categorías	Muy por abajo	Por abajo	En peso adecuado	Por arriba	Muy por arriba	TOTAL N
Madres	0.6%	5.8%	27.9%	48.7%	17.1%	
TOTAL	5	48	232	405	142	832
Reactivo	Usted se considera					
Categorías	Muy delgada	Delgada	Normal	Gorda	Muy gorda	TOTAL N
Mujeres	0.5%	8.7%	48.3%	38%	4.6%	
TOTAL	4	72	401	316	38	831
Reactivo	Engordar, le preocupa					
Categorías	No le preocupa	Poco	Regular	Mucho	Demasiado	TOTAL N
Mujeres	10.6%	23%	37%	20.3%	9.1%	
TOTAL	88	192	308	169	76	833

Resulta interesante analizar los porcentajes registrados en los diferentes reactivos que conforman la variable percepción de la imagen corporal. Por ejemplo, en el reactivo donde se escoge la figura real o actual, el 51% de las madres seleccionaron la figura que correspondía a peso normal y esto es bastante adecuado puesto que el 53% de ellas alcanzaron un IMC dentro de la categoría de normalidad. Sin embargo, a pesar de que el 53% escogió una figura actual dentro de la normalidad, resulta interesante apreciar como el 52% de la muestra quisiera tener un peso menor al que tiene actualmente, porcentaje que coincide con el 49% que señala que cree que se encuentra por arriba de su peso adecuado. En la pregunta usted se considera, los porcentajes son bastante congruentes con el IMC ya que el base a este el 53% son normales y el 33% tienen sobrepeso, y las madres se consideran en un 48% normales y en un 38% con sobrepeso. En este mismo reactivo, solamente el 5% se consideran muy gordas (obesas) y en la distribución porcentual del IMC el porcentaje registrado para esta categoría es

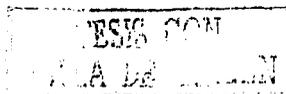


casi del 13%. Esta importante diferencia posiblemente se deba a que una mujer difícilmente se acepta como "obesa", aunque en realidad lo sea.

Finalmente en la pregunta le preocupa engordar, la distribución fue bastante equilibrada en las diferentes categorías ya que al 11% le no le preocupa, al 23% le preocupa poco, al 37% le preocupa de manera regular, al 20% mucho y al 9% demasiado. Si agrupáramos estas dos últimas categorías el porcentaje sería importante ya que el 29% estaría mucho y demasiado preocupada por engordar.

En la tabla 18 se presenta la distribución porcentual, de las variables que fueron consideradas para el modelo predictivo de dieta restringida en la muestra de madres. Se debe señalar que cada factor fue transformado en un índice mismo que se obtuvo a partir del promedio de la sumatoria de los reactivos que formaban el factor correspondiente, por ejemplo, el factor conducta alimentaria compulsiva, en el análisis factorial, quedó conformado por 17 reactivos que alcanzaron un alfa de Cronbach = 0.92. Para obtener el índice se sumaban los reactivos del factor, se obtenía el promedio, y posteriormente su distribución porcentual. En seguida se calculó la media y la desviación estándar de cada índice, resultados que se muestran en la tabla 19.

Variable	Porcentajes en cada categoría			
	Nunca (1)	Pocas veces(2)	Muchas veces(3)	Siempre(4)
Conducta alimentaria compulsiva.	87.6%	10.6%	1.8%	0.0%
Conductas compensatorias	91.1%	8.2%	0.7%	0.0%
Preocupación por el peso y la comida	58.6%	37.4%	3.7%	0.3%
Influencia de la publicidad	67.4%	24.5%	7.8%	0.3%
Malestar por la imagen Corporal	63.2%	26.1%	10.1%	0.6%
Dieta restringida	94.2%	5.4%	0.3%	0.1%



**Tabla 19**  
**Medias y desviaciones estándar de las variables consideradas para**  
**predecir dieta restringida en las madres.**

Variable o índice	Media	Desviación estándar	N
Conducta alimentaria compulsiva.	1.4299	0.4842	669
Percepción de la imagen corporal.	3.7242	0.7864	813
Conductas compensatorias	1.2923	0.4135	756
Preocupación por el peso y comida	1.8304	0.5701	789
Influencia de la publicidad	1.7747	0.6893	780
Malestar por la imagen corporal	1.8748	0.7206	801
Dieta restringida	1.1809	0.3620	809

TESIS CON  
 FALLA DE

## 6.- Matrices de correlación

Con la finalidad de construir los modelos predictivos de dieta restringida y poder emplear el modelo de ecuaciones estructurales, como primer paso, se realizó un análisis de correlación de Pearson para determinar las relaciones de las puntuaciones de las diferentes variables con la dieta restringida y entre sí. Las matrices se presentan en los cuadros 16, 17 y 18.

**Cuadro 16**  
Matriz de correlaciones bivariadas de Pearson en la muestra de púberes hombres.  
(N =388).

	DR	IMC	IP	PIC	MIC	CAN	TC	MS	S/I/N
Dieta Restringida	1.000								
Índice de la Masa Corporal	.160**	1.000							
Influencia de la Publicidad	.428**	.243**	1.000						
Percepción de la Imagen Corporal	.269**	.660**	.365**	1.000					
Malestar por la Imagen Corporal	.217**	.039	.429**	.075	1.000				
Conducta Alimentaria Normal	.102*	.069	.106*	.019	.049	1.000			
Tiempos de Comida	-.155**	-.086	.017	-.081	.015	.209*	1.000		
Madurez Sexual	.068	.113**	-.034	.069	-.063	.036	.003	1.000	
Satisfacción/ Insatisfacción	.130**	.269**	.282**	.373**	.042	-.094*	-.049	.005	1.000

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01; \*Correlación significativa al nivel de 0.05

DR =Dieta restringida; IMC =Índice de la Masa Corporal; IP = Influencia de la Publicidad;

PIC = Percepción de la Imagen Corporal; MIC =Malestar por la Imagen Corporal; CAN

=Conducta Alimentaria Normal; TC =Tiempos de Comida; MS = Madurez Sexual;

S/I = Satisfacción/Insatisfacción.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto al grupo de hombres las variables independientes que arrojaron los mayores valores de correlación a un nivel significativo con respecto a dieta restringida (VD) fueron: influencia de la publicidad (.428); percepción de la imagen corporal (.269); malestar por la imagen corporal (.217).

Las variables independientes que obtuvieron niveles de correlación más bajos, pero significativos fueron: el IMC (.160); tiempos de comida (-.155); satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (.130); y conducta alimentaria normal (.102). El hecho de que la variable tiempos de comida presente una correlación negativa, significa que hay una relación inversa entre dicha variable y la variable dependiente. La única variable que no resultó correlacionada con la dieta restringida fue madurez sexual.

En el caso de las púberes, las variables independientes que obtuvieron mayores correlaciones significativas con la variable dependiente (dieta restringida) fueron: influencia de la publicidad (.487); preocupación por el peso y la comida (.438); malestar por la imagen corporal (.420), percepción de la imagen corporal (.321) y el Índice de la Masa Corporal (.296). En menor grado pero con un nivel también significativo, las variables de madurez sexual (.194) y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (.178) resultaron correlacionadas con la dieta restringida. En el cuadro 17 de muestran las correlaciones completas en la muestra de púberes mujeres.

**Cuadro 17**  
**Matriz de correlaciones bivanadas de Pearson en la muestra de púberes mujeres**  
**(N = 497).**

	DR	IMC	IP	MIC	PIC	MS	PPC	S/IN
Dieta Restringida	1.000							
Índice de la Masa Corporal	.296**	1.000						
Influencia de la Publicidad	.487**	.261**	1.000					
Malestar por la Imagen Corporal	.420**	.213**	.584**	1.000				
Percepción de la Imagen Corporal	.321**	.642**	.325**	.314**	1.000			
Madurez Sexual	.194**	.254**	.263**	.169**	.169**	1.000		
Preocupación por Peso y Comida	.438**	.296**	.454**	.394**	.354**	.155**	1.000	
Satisfacción/insatisfacción	.178**	.260**	.249**	.294**	.396**	.051	.104*	1.000

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01; \*Correlación significativa al nivel de 0.05

DR = Dieta restringida; IMC = Índice de la Masa Corporal; IP = Influencia de la Publicidad; MIC = Malestar por la Imagen Corporal; PIC = Percepción de la Imagen Corporal; MS = Madurez Sexual; PPC = Preocupación por el Peso y la Comida; S/IN = Satisfacción/Insatisfacción.

En la muestra de madres las variables independientes que lograron las correlaciones significativas más altas con respecto a la dieta restringida fueron: comer compulsivamente (.441); influencia de la publicidad (.407); conductas compensatorias (.337); y malestar por la imagen corporal (.336). Solamente una variable alcanzó valores de correlación por arriba de 0.200 a un nivel significativo: preocupación por el peso y la comida (.237). La percepción de la imagen corporal (.186) registró una correlación significativa ligeramente por arriba del 0.100. La variable conducta alimentaria normal registró una correlación significativa pero negativa (-.101) lo que da a entender que a un incremento en la conducta alimentaria normal hay un menor

seguimiento de dieta restringida. En este grupo, dos variables registraron correlaciones significativas pero muy pequeñas con la dieta restringida: el Índice de la Masa Corporal (.099) y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (.083). En el cuadro siguiente se muestran todas las correlaciones.

**Cuadro 18**  
**Matriz de correlaciones bivariadas de Pearson en la muestra de madres.**  
 (N =490).

	DR	IMC	CCP	CAN	PIC	CCMP	PPC	IP	MIC	S/I
Dieta Restringida	1.000									
Índice de la Masa Corporal	.099**	1.000								
Comer Compulsivamente	.441**	.432**	1.000							
Conducta Alimentaria Normal	-.101**	-.299*	-.309**	1.000						
Percepción de la Imagen Corporal	.186**	.674**	.537**	-.292**	1.000					
Conductas Compensatorias	.337**	.148**	.407**	.021	.284**	1.000				
Preocupación por Peso y Comida	.237**	-.015	.177**	.420**	.123**	.177**	1.000			
Influencia de la Publicidad	.407**	.264**	.617**	-.180**	.509**	.617**	.305**	1.000		
Malestar por la Imagen Corporal	.336**	.224**	.608**	-.189**	.471**	.608**	.268**	.786**	1.000	
Satisfacción/ Insatisfacción	.083*	.411**	.366**	-.286**	.637**	.366**	-.051	.345**	.384**	1.000

\*\* Correlación significativa al nivel de 0.01; \*Correlación significativa al nivel de 0.05

DR = Dieta restringida; IMC = Índice de la Masa Corporal; CCP = Comer compulsivamente; CAN = Conducta Alimentaria Normal; PIC = Percepción de la Imagen Corporal; CCMP = Conductas Compensatorias; PPC = Preocupación por el peso y la Comida; IP = Influencia de la Publicidad; MIC = Malestar por la Imagen Corporal; S/I = Satisfacción/Insatisfacción.



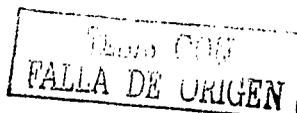
## 7.- Análisis de regresión

Como siguiente paso para el desarrollo de los tres modelos predictivos, se realizaron una serie de regresiones múltiples por pasos con la finalidad de determinar, en un primer momento, que variables independientes correlacionadas significativamente con la variable dependiente eran capaces de predecirla. Como segundo momento se verificaron análisis de regresión para identificar las interrelaciones entre todas las variables independientes al eliminar la única variable dependiente (dieta restringida). Por razones de extensión del trabajo únicamente se reportan los tres primeros modelos de regresión puesto que sirvieron como primer escalón para la estructuración de los modelos finales.

### 7.1.-Análisis de regresión en púberes varones

Para la estructuración del modelo de regresión en púberes, las variables independientes consideradas fueron: Índice de la Masa Corporal, influencia de la publicidad, percepción de la imagen corporal, malestar por la imagen corporal, conducta alimentaria normal, tiempos de comida y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El modelo de regresión obtenido se presenta en el cuadro 19.

Cuadro 19				
Modelo resumido para púberes varones				
Modelo	R	R cuadrada	R ajustada	Sig.
1	0.406a	.165	.163	.000a
2	0.445b	.198	.193	.000b
3	0.465c	.217	.211	.000c
4	0.474d	.226	.217	.000d
a. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad				
b. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, tiempos de comida				
c. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, tiempos de comida, percepción de la imagen corporal.				
d. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, tiempos de comida, percepción de la imagen corporal, conducta alimentaria normal.				
e. Variable dependiente: Dieta restringida.				



Para los púberes, el modelo de regresión para dieta restringida quedó integrado por cuatro variables: influencia de la publicidad, Índice de la Masa Corporal, y conducta alimentaria normal. Las cuatro variables explican el 22% de la varianza de la dieta restringida.

### 7.2.- Análisis de regresión en púberes mujeres

Las variables independientes consideradas para la predicción de dieta restringida en púberes mujeres fueron: Índice de la Masa Corporal, influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal; percepción de la imagen corporal, madurez sexual, preocupación por el peso y la comida y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. En el cuadro 20 se presenta el modelo de regresión resultante.

Cuadro 20				
Modelo resumido para púberes mujeres				
Modelo	R	R cuadrada	R ajustada	Sig.
1	0.484a	0.234	0.233	.000a
2	0.549b	0.301	0.298	.000b
3	0.562c	0.316	0.312	.000c
4	0.571d	0.326	0.321	.000d

a. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad

b. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, preocupación por peso y comida

c. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, preocupación por peso y comida, Índice de la Masa Corporal.

d. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, preocupación por peso y comida, Índice de la Masa Corporal, malestar por la imagen corporal.

e. Variable dependiente: Dieta restringida.

El modelo de regresión que explica la mayor proporción de la varianza de dieta restringida en mujeres, quedó constituido por cuatro variables: influencia de la publicidad, preocupación por peso y comida. Índice de la Masa Corporal, y malestar por la imagen corporal. Dicho modelo explica el 32% de la varianza de la variable dependiente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 7.3.- Análisis de regresión en las madres

Para la elaboración de este modelo, las variables introducidas como independientes fueron las que obtuvieron correlaciones significativas con la dieta restringida. Las variables son: Índice de la masa corporal, comer compulsivamente, conducta alimentaria normal, percepción de la imagen corporal, conductas compensatorias, preocupación por el peso y la comida, influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El modelo proveniente de la regresión está en el cuadro 21.

Cuadro 21				
Modelo resumido para las madres				
Modelo	R	R cuadrada	R ajustada	Sig.
1	0.411a	.169	.167	.000a
2	0.456b	.208	.205	.000b
3	0.468c	.219	.214	.000c
4	0.476d	.227	.220	.000d

a. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad.

b. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, comer compulsivamente.

c. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, comer compulsivamente, conductas compensatorias.

d. Predictores: (Constante), influencia de la publicidad, comer compulsivamente, conductas compensatorias, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.

e. Variable dependiente: Dieta restringida.

En este último modelo se puede apreciar que las variables que explican el mayor porcentaje de la varianza de dieta restringida en la muestra de madres son: influencia de la publicidad, comer compulsivamente, conductas compensatorias, y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, ya que en conjunto explican el 22% de su varianza.

## 8.- Modelos predictivos de dieta restringida.

Las preguntas de investigación del presente trabajo fueron:

¿Qué variables biológicas (madurez sexual e IMC), socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal), y psicológicas (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en púberes varones?

¿Qué variables biológicas (madurez sexual e IMC), socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal), y psicológicas (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en púberes mujeres?

¿Qué variables socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal) y psicológicas (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) predicen de manera directa e indirecta la dieta restringida en madres de púberes?

¿Qué variables contempladas para la construcción de los modelos predictivos, explicaran mayor varianza de la dieta restringida?

Como una guía para la elaboración de los modelos de la dieta restringida se emplearon tanto las preguntas de investigación como los análisis de correlación y regresión lo que dio origen a las siguientes hipótesis:

La dieta restringida en púberes varones es predicha por la influencia de la publicidad, los tiempos de comida, la percepción de la imagen corporal y la conducta alimentaria normal. El malestar por la imagen corporal, el IMC y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal no tienen efectos directos sobre ella pero sí se encuentran entrelazados tanto entre ellas como con las variables predictoras. La madurez sexual no es una variable significativa en la predicción de la dieta restringida. Las interrelaciones entre todas estas variables son las que explican el mayor porcentaje de la varianza de la dieta restringida

La dieta restringida en púberes mujeres es predicha por la influencia de la publicidad, la preocupación por el peso y la comida, el IMC y el malestar por la imagen corporal. La percepción por la imagen corporal, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, y la madurez sexual no tienen efectos directos sobre ella pero sí se encuentran entrelazadas tanto entre ellas como con las variables predictoras. Las interrelaciones entre todas estas variables son las que explican el mayor porcentaje de la varianza de la dieta restringida.

La dieta restringida de las madres es predicha de manera directa por la influencia de la publicidad, el comer compulsivamente, las conductas compensatorias y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. La percepción de la imagen corporal, el malestar por la imagen corporal, la preocupación por el peso y la comida y el IMC no tienen efectos directos sobre la dieta restringida pero se encuentran entrelazados entre sí y con las variables predictoras. Las interrelaciones entre todas estas variables son las que explican el mayor porcentaje de la varianza de la dieta restringida.

Para diseñar los modelos estructurales se emplearon todos los resultados de los análisis de correlación y de regresión. Para el cómputo de los modelos que se presentan a continuación se empleó el programa Amos versión 2000. Es pertinente indicar que los números sobre las flechas son los pesos beta ( $\beta$ ) o coeficientes de regresión estandarizados.

### 8.1.- Análisis de ecuaciones estructurales en púberes hombres

Con base en los análisis de correlación y de regresión se elaboró un modelo estructural de la dieta restringida considerando las siguientes variables: influencia de la publicidad, percepción de la imagen corporal, malestar por la imagen corporal, IMC, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal como variables endógenas (dependientes); conducta alimentaria normal y tiempos de comida como variables exógenas (independientes).

Empleando la técnica del modelo de ecuaciones estructurales, después de 13 iteraciones, con una N = 388, el modelo final para explicar dieta restringida en púberes varones, obtuvo un buen ajuste en el sentido de que el valor de Ji cuadrada no señaló diferencias significativas entre la matriz de entrada y la que produjo el modelo ( $\chi^2 (15) = 13.978$ ,  $p > 0.5$ ). El valor de  $R^2 = 0.216$ . Además, esto se corroboró con el valor de otras medidas de bondad del ajuste, las cuales se presentan en la tabla 20.

Medida de bondad del ajuste	Niveles de ajuste aceptable	Valor obtenido	Aceptabilidad
<sup>1</sup> NFI	Mayores que 0.90	0.998	Buena
<sup>2</sup> RMSEA	Niveles por debajo de 0.08	0.000	Buena

<sup>1</sup>Índice de ajuste normado. Mide el grado de ajuste entre el modelo propuesto y el modelo nulo.

<sup>2</sup>Error de aproximación cuadrático medio. Mide el grado de ajuste del modelo que se esperaría si el análisis se realizara con los datos de la población.

El análisis de los efectos totales muestra que la influencia de la publicidad (0.349) y la percepción de la imagen corporal son las variables que alcanzan los efectos de mayor magnitud. Los tiempos de comida y el Índice de la Masa Corporal tienen efectos totales semejantes pero con signos contrarios (-0.185 y 0.178, respectivamente). La variable con el menor efecto directo es la conducta alimentaria normal (0.098). Los efectos totales sobre dieta restringida se muestran en el cuadro 22.

Cuadro 22

## Efectos totales sobre dieta restringida

	IP	PIC	TC	IMC	CAN
IMC	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PIC	0.000	0.000	0.000	0.668	0.000
IP	0.000	0.352	0.000	0.235	0.000
S/IN	0.150	0.296	0.000	0.271	-0.106
MIC	0.445	0.126	0.000	0.075	0.013
DR	0.348	0.267	-0.185	0.178	0.098

DR =Dieta restringida; IMC =Índice de la Masa Corporal, IP = Influencia de la Publicidad;

PIC = Percepción de la Imagen Corporal; MIC =Malestar por la Imagen Corporal; CAN =Conducta Alimentaria Normal; TC =Tiempos de Comida; S/IN = Satisfacción/insatisfacción.

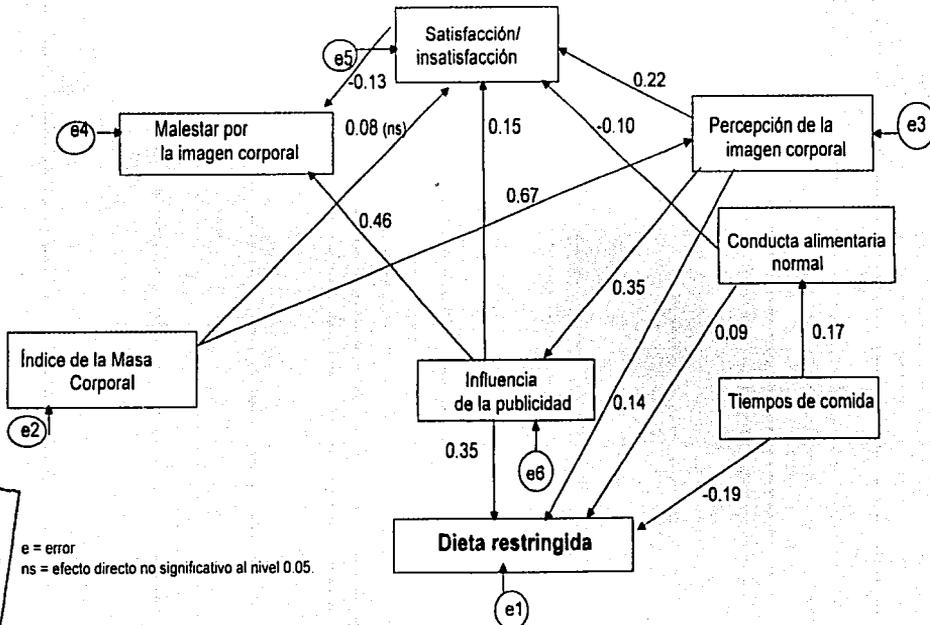
En el modelo de dieta restringida en púberes varones (figura 1), las variables que mayor efecto directo tienen sobre dicha conducta son: influencia de la publicidad (0.349), tiempos de comida (-0.169), y percepción de la imagen corporal (0.144). Todos estos efectos fueron significativos al nivel de probabilidad de  $p = 0.000$ . La conducta alimentaria normal muestra el efecto directo más pequeño (0.098), siendo significativo a un nivel de probabilidad de  $p = 0.02$ .

En este modelo, mucho más sencillo, también se distingue que la influencia de la publicidad tiene efectos directos, sobre otras dos variables que son: malestar por la imagen corporal (0.464) y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (0.150). Es importante remarcar que de acuerdo al modelo obtenido, ni el malestar por la imagen corporal, ni la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, tienen efectos sobre dieta restringida.

Estos resultados señalan que la influencia de la publicidad, la percepción de la imagen corporal y los tiempos de comida, juegan un papel importante en el seguimiento de la dieta restringida en púberes varones. El Índice de la Masa Corporal aunque no predice de manera directa la dieta restringida también juega un papel importante sobre dicha variable puesto que la predice influyendo significativamente sobre la percepción de la imagen corporal y la influencia de la publicidad, lo que puede traducirse que a mayor IMC el sujeto se percibe con sobrepeso y obesidad y hará dieta restringida o bien, a mayor IMC el sujeto será más influido por la publicidad y aumentará la probabilidad de hacer dieta restringida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Figura 1  
Modelo predictivo de dieta restringida en púberes varones.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8.2.- Análisis de ecuaciones estructurales en púberes mujeres

En base a los análisis de correlación y de regresión, se elaboró un modelo estructural de la dieta restringida en púberes mujeres contemplando las siguientes variables: preocupación por el peso y la comida, influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, percepción de la imagen corporal y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal como variables endógenas (dependientes); el Índice de la Masa Corporal se incluyó como variable exógena (independiente).

Mediante la técnica del modelo de ecuaciones estructurales, después de 13 iteraciones, con una N = 497, el modelo obtenido para explicar dieta restringida en púberes mujeres, resultó adecuado como lo indica el valor de Ji cuadrada ya que no señaló diferencias significativas entre la matriz de entrada y la que produjo el modelo ( $\chi^2 (6) = 10.659, p > 0.1$ ). Además, esto se corroboró con el valor de otras medidas de bondad del ajuste, las cuales se presentan en la tabla 21. El valor de  $R^2$  fue 0.319.

Medida de bondad del ajuste	Niveles de ajuste aceptable	Valor obtenido	Acceptabilidad
<sup>1</sup> NFI	Mayores que 0.90	0.999	Buena
<sup>2</sup> RMSEA	Niveles por debajo de 0.08	0.040	Buena

<sup>1</sup>Índice de ajuste normado. Mide el grado de ajuste entre el modelo propuesto y el modelo nulo.

<sup>2</sup>Error de aproximación cuadrático medio. Mide el grado de ajuste del modelo que se esperaría si el análisis se realizara con los datos de la población.

El análisis de los efectos totales muestra que la influencia de la publicidad, el Índice de la Masa Corporal, la preocupación por el peso y la comida presentan los efectos de mayor magnitud sobre dieta restringida (0.440, 0.262, 0.241, respectivamente). Las variables percepción de la imagen corporal y malestar por la imagen corporal tienen efectos totales muy similares (0.182 y 0.181, respectivamente) La variable que tiene el efecto total más pequeño es la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (0.009). En el cuadro 23 se muestran todos los efectos totales obtenidos.

119

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 23**  
**Efectos totales sobre dieta restringida**

	IP	IMC	PPC	PIC	MIC	S/IN
S/IN	0.151	0.246	0.000	0.047	0.249	0.010
PIC	0.033	0.664	0.000	0.010	0.055	0.222
MIC	0.613	0.125	0.000	0.190	0.010	0.042
IP	0.010	0.206	0.000	0.313	0.017	0.069
PPC	0.393	0.268	0.000	0.311	0.188	-0.062
DR	0.440	0.262	0.241	0.182	0.181	0.009

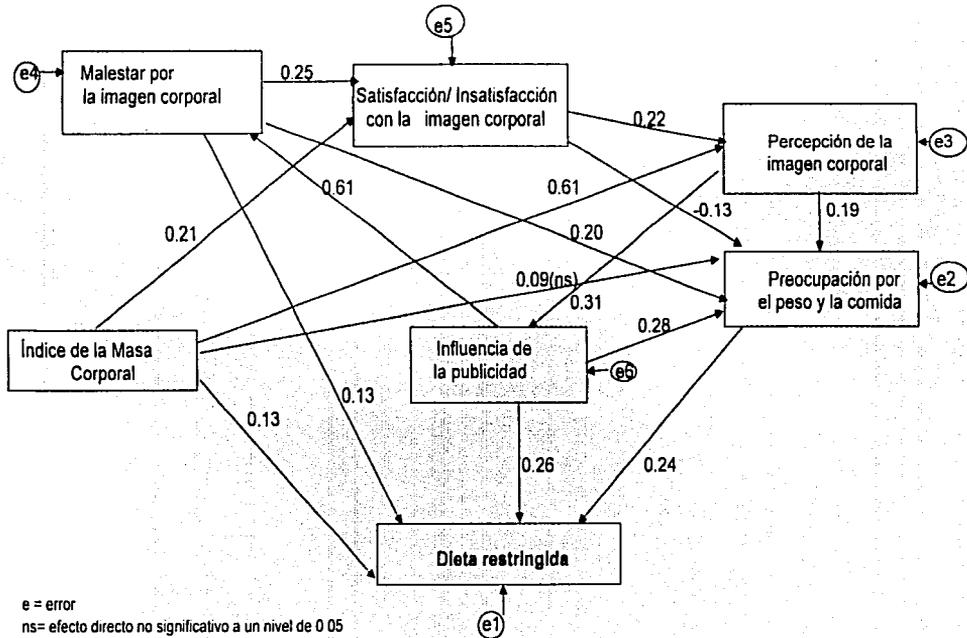
DR = Dieta restringida; IMC = Índice de la Masa Corporal; IP = Influencia de la Publicidad;  
MIC = Malestar por la Imagen Corporal; PIC = Percepción de la Imagen Corporal;  
PPC = Preocupación por el Peso y la Comida; S/IN = Satisfacción/Insatisfacción.

Como puede notarse en el modelo de dieta restringida (figura 2) en las púberes, la influencia de la publicidad es la variable que mayor efecto directo ejerce sobre dicha conducta (0.263) seguida de: preocupación por el peso y la comida (0.241); malestar por la imagen corporal (0.130); y el Índice de la Masa Corporal (0.127). Estos valores fueron significativos al nivel de  $p = 0.000$ .

Continuando con la revisión de los efectos directos de las variables involucradas en el modelo, la influencia de la publicidad tiene efectos directos y de mucho mayor peso sobre otras variables: malestar por la imagen corporal (0.607) y de preocupación por el peso y la comida (0.278). El malestar por la imagen corporal es una variable que también tiene efectos directos sobre satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (.246) y sobre preocupación por el peso y la comida (.203). Algo semejante ocurre con el Índice de la Masa Corporal, es decir, que además de tener un efecto directo para la predicción de dieta restringida, tiene efectos directos importantes en tres variables más: percepción de la imagen corporal (0.610), satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (.215) y preocupación por el peso y la comida (0.091). Todas estas variables actúan como mediadoras en la predicción de la dieta restringida.

Resumiendo, las variables que mayor impacto tienen sobre la dieta restringida en las púberes mujeres son: influencia de la publicidad, preocupación por el peso y la comida, Índice de la Masa Corporal y malestar por la imagen corporal.

Figura 2  
Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mujeres.



TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

### 8.3.- Análisis de ecuaciones estructurales en las madres.

Al igual que en las muestras anteriores, se tomó como base a los análisis de correlación y de regresión, para elaborar el modelo estructural de la dieta restringida las madres solamente que en esta ocasión las variables incluidas fueron: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida, percepción de la imagen corporal, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, comer compulsivamente y conductas compensatorias como variables endógenas (dependientes) y como única variable exógena (independiente) el Índice de la Masa Corporal.

Empleando la técnica del modelo de ecuaciones estructurales, después de 14 iteraciones, con una N = 490, el modelo obtenido para explicar dieta restringida en las madres de púberes, obtuvo un buen ajuste en el sentido de que el valor de Ji cuadrada no señaló diferencias significativas entre la matriz de entrada y la que produjo el modelo ( $\chi^2$  (14) = 19.678,  $p > 0.1$ ). El modelo obtuvo una  $R^2 = 0.226$ . Además, esto se corroboró con el valor de otras medidas de bondad del ajuste, las cuales se presentan en la tabla 22.

Medida de bondad del ajuste	Niveles de ajuste aceptable	Valor obtenido	Aceptabilidad
*NFI	Mayores que 0.90	0.998	Buena
*RMSEA	Niveles por debajo de 0.08	0.000	Buena

\*Índice de ajuste normado. Mide el grado de ajuste entre el modelo propuesto y el modelo nulo.

\*Error de aproximación cuadrático medio. Mide el grado de ajuste del modelo que se esperaría si el análisis se realizara con los datos de la población.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El análisis de los efectos totales muestra que las variables con efectos de mayor magnitud sobre dieta restringida son: la influencia de la publicidad (0.399); comer compulsivamente (0.274) seguidos por el Índice de la Masa Corporal (0.136) y conductas compensatorias (0.117). Lo que significa que estas cuatro variables son las que entran en juego en primera instancia en el seguimiento de dieta restringida en la muestra de las madres. La demás variables tienen efectos bajos (menores a 0.10). Los efectos totales completos se muestran en el cuadro 24.

Cuadro 24  
Efectos totales sobre dieta restringida.

	IP	CCP	IMC	CCMP	S/I/N	MIC	PIC	PPC
IF	0.000	0.000	0.234	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
MIC	0.781	0.000	0.202	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PPC	0.329	0.000	-0.026	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
CCP	0.556	0.000	0.410	0.000	0.000	0.318	0.000	0.000
PIC	0.374	0.159	0.658	0.000	0.000	0.051	0.000	0.069
CCMP	0.526	0.139	0.142	0.000	0.000	0.044	0.000	0.199
S/I/N	0.279	0.092	0.411	0.000	0.000	0.172	0.575	-0.104
DR	0.399	0.274	0.136	0.117	-0.099	0.073	-0.057	0.033

DR = Dieta restringida; IMC Índice la Masa Corporal; CCP = Comer compulsivamente; CAN = Conducta Alimentaria Normal; PIC = Percepción de la Imagen Corporal; CCMP = Conductas Compensatorias; PPC = Preocupación por el peso y la Comida; IP = Influencia de la Publicidad; MIC = Malestar por la Imagen Corporal; S/I = Satisfacción/Insatisfacción.

Como se aprecia en el modelo (figura 3), los efectos directos que mayor peso tienen para la predicción de esta conducta son: comer compulsivamente (0.267); influencia de la publicidad (0.217); conductas compensatorias (0.117). Todos estos valores fueron significativos al nivel de probabilidad  $p = 0.000$ . La variable denominada satisfacción/insatisfacción con la imagen muestra los efectos más bajos (-0.099) a un nivel de probabilidad  $p = 0.02$ .

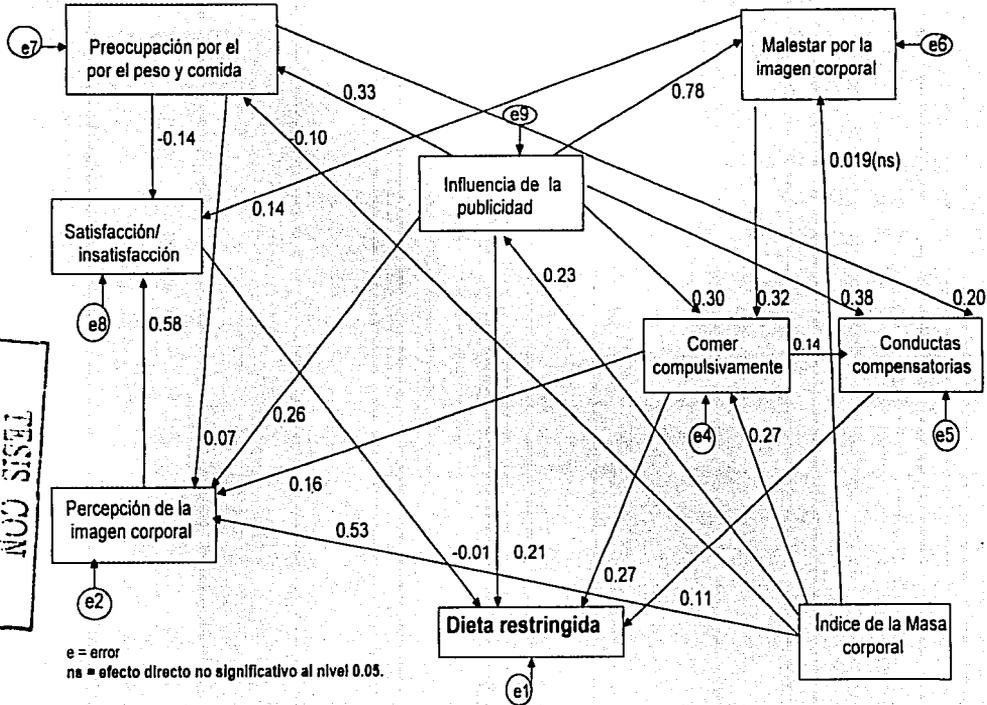
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La influencia de la publicidad, aunque no la de mayor peso para predecir de manera directa la conducta restrictiva en esta muestra, es una variable que se toma como en el centro del modelo, ya que por un lado tiene efectos directos, algunos de ellos muy importantes, sobre cuatro variables, estas son: malestar por la imagen corporal (0.781); conductas compensatorias (0.384); preocupación por el peso y la comida (0.329); comer compulsivamente (0.308); y percepción de la imagen corporal (0.262). Aunadamente, predice de manera indirecta la dieta restringida al tener como intermediarias a las variables: malestar por la imagen corporal, comer compulsivamente, conductas compensatorias, percepción de la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, lo que le proporciona el efecto total más alto sobre la dieta restringida (0.399).

El Índice de la Masa Corporal (IMC) es una variable que aunque no predice de manera directa la dieta restringida en la muestra de madres, si lo hace a través de la mediación de casi todas las variables que conforman el modelo es decir: percepción de la imagen corporal, influencia de la publicidad, comer compulsivamente, preocupación por el peso y la comida, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, malestar por la imagen corporal y percepción de la imagen corporal. La única variable que no toca el IMC para predecir la variable dependiente es la de conductas compensatorias. También puede observarse que la mayoría de las variables inciden de manera directa sobre la percepción de la imagen corporal, siendo el IMC (0.533) y la influencia de la publicidad (0.262) las de mayor efecto tanto directo como indirecto.

Finalmente las variables malestar por la imagen corporal, preocupación por el peso y la comida y percepción de la imagen corporal predicen de manera indirecta la dieta restringida teniendo como intermediaria a la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal.

Figura 3  
Modelo predictivo de dieta restringida en madres de púberes.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## **CAPÍTULO VII)**

### **Discusión y conclusiones**

Cada vez se confirma más que para avanzar en la comprensión de la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria las investigaciones deben partir de una perspectiva multifactorial. De esta manera los estudios realizados dentro de este tópico no solamente deben probar hipótesis acerca de los precursores inmediatos de dichos problemas, sino que deben considerar predicciones específicas con respecto a la manera en que un grupo de variables están interrelacionadas.

La principal aportación del presente trabajo es la de haber dado origen a los primeros modelos derivados de muestras de población mexicana, con el propósito de explicar una de las puertas de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria, la dieta restringida, desde una perspectiva biopsicosocial considerando factores de riesgo biológicos, psicológicos y socioculturales, en muestras detectadas como de riesgo, específicamente, púberes y mujeres. Otra aportación es el haber examinado y comparado dos generaciones, madres e hijos(as). Como última pero no menos importante contribución es el haber trabajado con una muestra poco estudiada hasta el momento como lo son púberes varones. Para visualizar de manera más precisa estas aportaciones es necesario analizar cada uno de los modelos obtenidos.

#### **Modelo de púberes varones.**

En el caso de los púberes varones, el modelo predictivo de la dieta restringida evidentemente muestra que la variable que mayor peso tiene para que ellos realicen la tantas veces señalada conducta es la influencia de la publicidad y lo más interesante es que este peso es mayor que en las púberes mujeres (0.349 vs, 0.263) lo que significa que en los varones hay una importante interiorización de los modelos promovidos por la cultura de la delgadez. Aunado a ello, la influencia de la publicidad provoca insatisfacción y malestar con la imagen corporal, pero no con la suficiente intensidad como para favorecer el seguimiento de dieta restringida. La posible explicación con respecto a que en los púberes varones la publicidad de productos para adelgazar tanto en televisión como en radio y otros medios de comunicación y las conversaciones relacionadas con el peso y la figura tengan un mayor impacto en el seguimiento de la dieta restringida, se apoya en el hecho de que para los púberes no existen otras maneras de sacar esta presión cosa que si ocurre en las púberes, ya

que ellas la canalizan tanto a través del malestar o de la insatisfacción por la imagen como de la preocupación por el peso y la figura, encauzándola hacia el seguimiento de dieta restringida. La respuesta de los varones parece ser mucho más directa que en las mujeres, lo que aparentemente permite atacar de manera más puntual la conducta de riesgo en este grupo.

En relación al IMC ocurre algo similar, ya que cuando este tiende a ser alto, provoca insatisfacción en el jovencito pero no lo empuja hacia una conducta de restricción. Sin embargo, cuando él tiene un IMC alto, se percibe obeso, y muestra gran interés por la publicidad de productos para adelgazar esta secuencia si favorece la conducta de restricción de la dieta.

Al seguir examinando el modelo, la percepción de la imagen corporal, predice de manera tanto directa como indirecta la dieta restringida. Si el sujeto se percibe obeso hace dieta restringida, pero si el sujeto además de percibirse obeso muestra gran interés por la publicidad de productos para adelgazar, y por conversaciones sobre "dietas" y el control de la obesidad, la conducta esperada es la de restricción de la dieta. En los púberes varones la percepción de obesidad sí ocasiona insatisfacción con la imagen corporal, pero ello no es suficiente como para originar la dieta restringida.

En este modelo aparecen dos variables nuevas: la conducta alimentaria normal y los tiempos de comida. Recordemos que la conducta alimentaria normal es definida como: la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades (Proyecto de Norma Oficial Mexicana, 2002); y los tiempos de comida como: la regularidad con la que se realizan las diferentes comidas (desayuno, comida, cena) durante un período de tiempo determinado (un día, una semana, etcétera). Lo interesante de estas variables es que una predice la dieta restringida de manera directa y en sentido positivo (0.098), este es el caso de la conducta alimentaria normal. La explicación de tal relación descansa en el hecho de que para "algunos" púberes (expresado por ellos mismos en el primer estudio piloto de esta investigación), el comer frutas y verduras, el tratar de mantener una dieta nutritiva, con poca grasa y el cuidar lo que comen para no subir de peso (aspectos considerados dentro del factor de conducta alimentaria normal) es muy parecido a hacer dieta para bajar de peso, o

sea, seguir una dieta restringida.

Con respecto a la variable tiempos de comida, en el modelo aparece como predictor directo de la dieta restringida pero en sentido negativo (-0.185), lo que significa que cuando esta variable aumenta la dieta restringida disminuye. Si continuamos analizando esta variable se observa como los tiempos de comida influyen de manera directa en la conducta alimentaria normal y que esta tiene un efecto directo negativo sobre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. El modelo da a entender que si un púber realiza sus tiempos de comida regularmente y además tiene una conducta alimentaria normal él tenderá a sentirse satisfecho con su imagen corporal. Todo ello da a entender que los tiempos de comida actúan como factor protector en este grupo y que la conducta alimentaria en un momento dado también lo es. Estos hallazgos deben ser tomados de manera cuidadosa al hacer programas de prevención pues los tiempos de comida si son directamente un factor de protección en los púberes, sin embargo es importante transmitir en este tipo de población la correcta comprensión y deferencia entre dieta restringida y conducta alimentaria normal, para que esta última también pueda ser utilizada como factor protector.

Poca atención se ha prestado a aquellos factores que pueden proteger a los púberes del riesgo de desarrollar un problema alimentario. Un factor protector es aquél que disminuye la probabilidad de que una enfermedad aparezca, y es fundamental identificarlos porque serán herramientas indispensables para el diseño y la implementación de programas preventivos eficaces.

#### **Modelo de púberes mujeres.**

En el modelo de púberes mujeres la influencia de la publicidad actúa como una variable fundamental para la explicación de la dieta restringida, pues además de tener efectos directos sobre ella, también lo hace indirectamente a través de tres variables que integran el modelo y que evalúan esencialmente aspectos relacionados con la imagen corporal como lo son: el malestar, la satisfacción/insatisfacción y la percepción de la imagen corporal. Este hallazgo puede interpretarse como que los anuncios y programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de revistas como de televisión y radio así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y en control de la obesidad, tienen gran influencia sobre la valoración de la propia imagen y que cuando esta autoevaluación provoca

incomodidad, insatisfacción y la percepción de "gordura u obesidad", ello conlleva o bien directamente a la dieta restringida o a una preocupación por el peso y la comida la que finalmente desembocará en la misma conducta.

Como se recordará la dieta restringida, definida por algunos como "dieta cosmética", (Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998), juega un papel muy importante en la evolución de los trastornos alimentarios. Además se ha tomado en una problemática de salud ya que se ha vuelto una conducta normativa, principalmente entre las mujeres. Así mismo, esta conducta provoca severos daños a la salud pues conduce a complicaciones nutricias y metabólicas; a alteraciones en el correcto funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular (Saucedo-Molina, 1999). Si dicha conducta se perpetua, conduce a la aparición de la desnutrición energético-proteínica ocasionando alteraciones en la digestión y absorción de todos los nutrientes; disminución importante del sistema inmunológico dando pie a diversas y severas infecciones (Toussaint y García-Aranda, 2001). Además el consumo inadecuado de alimentos también tiene consecuencias psicológicas importantes como son: irritabilidad, comportamientos obsesivo-compulsivos, tendencia al aislamiento social, y pérdida de interés sexual, tendencia a la hipocondría, así como incrementos importantes en la depresión e histeria (Asociación Psiquiátrica Americana, 1996).

Después de este paréntesis, continuando con el análisis del modelo de púberes mujeres, se aprecia que el Índice de la Masa Corporal (IMC), variable que evalúa la proporción entre el peso y la talla del sujeto, predice directamente la dieta restringida, lo que significa que cuando una púber se sabe obesa existe una mayor vulnerabilidad y consecuentemente un aumento en la probabilidad de hacer dieta restringida. Así mismo, cuando el IMC es alto en la púber, y ella se siente insatisfecha con su imagen corporal o se percibe obesa o está preocupada por el peso y la comida, la conducta esperada será la de restricción de la dieta.

Finalmente, al interpretar los efectos de la percepción de la propia imagen corporal sobre la conducta de restricción de la dieta, estos no son directos ya que lo que ocurre es que si una jovencita se percibe obesa, necesita estar o preocupada por el peso y la comida, o manifestar interés por la publicidad sobre productos para adelgazar y conversaciones sobre "dietas" y el control de la obesidad para que ocurra la conducta de riesgo.

### **Modelo de las madres**

Como era de esperarse el modelo de la dieta restringida en las madres resultó mucho más complejo que el de los púberes. En este modelo, la dieta restringida es predicha de manera directa por cuatro variables: comer compulsivamente, influencia de la publicidad, conductas compensatorias y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Revisemos cada una de ellas.

El comer compulsivamente es la variable que mayor efecto directo tiene sobre la predicción de la dieta restringida (0.267), pero además es una variable mediadora de esta conducta cuando inciden sobre ella: la influencia de la publicidad; o el malestar con la imagen corporal o un IMC alto. Estas tres variables explican el 50% de su varianza.

La segunda variable que predice de manera directa la dieta restringida es la influencia de la publicidad con un peso de 0.217. Esta variable es crucial ya que además de tener este efecto directo sobre la variable dependiente, la predice de manera indirecta al tener como mediadoras a casi todas las variables involucradas en el modelo, esto es: el malestar por la imagen corporal, el comer compulsivamente, las conductas compensatorias, la preocupación por el peso y la comida y la percepción de la imagen corporal. Esto puede traducirse como que la influencia de la publicidad actúa directamente sobre aspectos actitudinales, cognoscitivos y conductuales relacionados con la alimentación en mujeres adultas.

La influencia de la publicidad recibe el efecto directo de las variables malestar por la imagen corporal y del IMC, las cuales conjuntamente explican el 62% de su varianza, lo que denota que si una mujer adulta tiene o un alto IMC o manifiesta un alto malestar por su imagen corporal, tendrá un considerable interés y sensibilidad hacia los anuncios de productos para adelgazar ya sea en radio, televisión y revistas, por conversaciones por la silueta y el control de la obesidad, lo que la hace vulnerable aumentando la posibilidad de seguir una dieta restringida. Cabe señalar que este interés y sensibilidad es generado por la interiorización de los modelos corporales delgados promovidos por los medios masivos de comunicación y por la presión social, lo que significa, que a una mayor interiorización hay una mayor influencia de la publicidad (Toro, 1996).

Pasemos a las conductas compensatorias. Estas predicen de manera directa la dieta restringida (0.117), pero además actúan como mediadoras de dicha conducta al recibir los efectos directos, nuevamente, de la influencia de la publicidad, de la preocupación por el peso y la comida, y del comer compulsivamente variables que en conjunto explican el 33% de su varianza. Analizando estos resultados pareciera que en la muestra de mujeres adultas, son mucho más comunes las conductas características de la bulimia nervosa (comer compulsivamente y conductas compensatorias) mismas que posteriormente llevan a la dieta restringida. La posible explicación para tales acontecimientos es que actualmente muchas mujeres son madres y trabajan, esto hace las labores del hogar complicadas. Por ejemplo, en muchas ocasiones la madre no tiene el tiempo disponible e ir a comprar los alimentos necesarios para abastecer su hogar, por lo tanto hay que comer lo que se tiene en frente. En otras ocasiones, llegan a preparar los alimentos para la familia (después de haber cubierto su jornada de trabajo) de tal manera que el hambre con la que se sientan a la mesa es voraz, por supuesto después de esto se sienten culpables y hay que hacer algo para eliminar lo que se comió de manera excesiva (conductas compensatorias o dieta restringida). Una frase coloquial que se escucha con suma frecuencia en nuestro entorno es: "Hoy me desmandé, pero mañana empiezo mi dieta". De tal manera que las madres están encerradas en un círculo vicioso de comer compulsivamente, conductas compensatorias y dieta restringida.

En el modelo predictivo de las madres, se confirman dos descubrimientos propuestos por Schlundt y Johnson (1990) investigadores que argumentan que para que un modelo de los trastornos de la conducta alimentaria sea más comprensible debe mostrar el entrecruzamiento sustancial entre conductas características de la anorexia y de la bulimia. En el modelo obtenido es claro apreciar que el comer compulsivamente (atracción), los métodos para compensar el comer excesivo (conductas compensatorias), la preocupación por el peso y la comida, la percepción de una imagen corporal obesa y el deseo de evitar el aumento de peso mediante una dieta restringida están plenamente vinculados y existen en población general, como lo es el caso de las madres que participaron en esta investigación.

Un resultado no esperado se vincula con una variable que predice de manera directa la dieta restringida, esta es, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal cuyo efecto aparte de ser pequeño (-0.099), es negativo lo que en un primer momento debería traducirse como: a mayor insatisfacción con la imagen corporal menor seguimiento de dieta restringida. Estos resultados son contradictorios con lo encontrado en la literatura pues en diversos

estudios (Fabian y Thompson, 1989; Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993) se ha reportado con insistencia que la variable insatisfacción con la imagen corporal, es uno de los más poderosos predictores de los factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria. Lo que sí resulta congruente en el modelo es que si una mujer está preocupada por su peso y la comida, se percibe obesa y además expresa malestar por su imagen corporal lo esperado es que esté insatisfecha con su imagen corporal, sin embargo se cae en la misma contradicción ya que esta mujer aunque esté insatisfecha no hará dieta restringida. Posiblemente esta paradoja esté fundamentada en el hecho de que para este grupo de mujeres adultas mexicanas no sea un motivador suficiente el estar insatisfechas con su imagen corporal como para efectuar una dieta restringida y esto se corrobora con el bajo impacto que la satisfacción/insatisfacción tiene sobre la mencionada conducta (-0.099). Algunos de los datos que apoyan esta paradoja son los procedentes del análisis de la muestra de madres en los que a pesar de que el 70% de la muestra total de ellas expresa estar insatisfecha en el sentido de querer ser más delgadas, solamente el 9% está demasiado preocupada por engordar y el 0.4% de hacen dieta restringida muchas veces y siempre.

Una posible explicación a tales descubrimientos estaría fundamentada en el hecho de que en la muestra de mujeres adultas que además son madres, la insatisfacción con la imagen corporal no es un factor favorecedor para el seguimiento de una dieta restringida, ya que hay cosas más importantes a "satisfacer" en la casa como lo son: la educación de los hijos, la salud de los hijos, la alimentación de los hijos y del marido, de tal manera que su propia satisfacción pasa a segundo término. Además en nuestra cultura todavía es muy valorada la comida como expresión de amor, de celebración tanto a nivel individual como familiar y social por lo que el comer poco o mucho, el hacerlo o el no hacerlo, son aspectos importantes en nuestra cultura. Finalmente recordemos que hasta hace unas pocas décadas (y todavía en la actualidad en algunas zonas del país) se consideraba cultural y tradicionalmente a la delgadez como una mayor vulnerabilidad a enfermarse y además como un reflejo de una situación económica pobre (Bourges-Rodríguez y González, 1992).

Concluyendo, es este grupo de mujeres mexicanas existen otros motivadores, posiblemente emocionales y/o culturales, que impiden el seguimiento de dieta restringida ante la insatisfacción con la imagen corporal. Estos controversiales hallazgos podrían ser equiparables a los encontrados por Lee (citado en Toro, 1996, p: 129) en pacientes chinas anoréxicas quienes no reportaron miedo a engordar, ni alteración en su imagen corporal a

diferencia de las mujeres de las culturas occidentales quienes usan el miedo a engordar como un factor estresante. Según este investigador, en estas pacientes, la renuncia a tener una alimentación correcta está basada en una aparente pérdida de apetito, en la repugnancia que provocan los alimentos o en molestias gástricas y digestivas. Él afirma que esta incongruencia tiene como punto de partida el que dentro de la sociedad china tradicionalmente se ha aceptado e incluso valorado positivamente un cierto grado de gordura (en China es frecuente lisonjear a alguien diciéndole "has recuperado peso"). Aunque actualmente las jóvenes chinas prefieren estar delgadas, todavía existe muy poca estigmatización sobre la obesidad, la cual no es equiparable a incapacidades físicas, mentales o morales. En contraste, la delgadez está asociada a poca salud y mala suerte y no como ocurre en las culturas occidentales, que se coliga a autodisciplina, atractivo o bienestar económico (Lee, Hsu y Wing, 1992).

Si estudios futuros confirman nuestras observaciones entonces podremos entender porque en nuestras madres mexicanas hay más conductas tendientes a la bulimia que a la anorexia y podremos contestar, por ejemplo, el porqué en mujeres adultas, madres de familia, la insatisfacción con la imagen corporal no es un factor favorecedor del seguimiento de la dieta restringida. Sería muy interesante valorar variables como depresión, ansiedad, enojo, situaciones estresantes y otros aspectos culturales en estas mujeres para determinar su relación y peso con dieta restringida.

### **Conclusiones**

Al examinar los modelos estructurales de dieta restringida, pareciera que la "piedra angular" de los tres es la variable denominada: influencia de la publicidad (Toro, 1984, Toro, Salamero y Martínez, 1994), hallazgo que puede traducirse en que la publicidad de productos para adelgazar y moldear la figura emitida a través de diversos medios (revistas, televisión, radio y establecimientos), las conversaciones sobre el peso, la figura y el control de la obesidad, despiertan gran interés tanto en púberes varones como mujeres y en sus madres haciéndolos frágiles a la tentación de seguir dietas con el propósito de perder peso y mejorar la figura. El hecho de que se torne en el centro de los modelos no solamente radica en que la publicidad prediga directamente la dieta restringida, sino que a su vez, influye directamente y de manera importante sobre otras variables vinculadas con la señalada conducta, tal es el caso de: malestar por la imagen corporal, Índice de la Masa Corporal, comer compulsivamente, conductas compensatorias, preocupación por el peso y la comida y percepción de la imagen corporal.

El malestar por la imagen corporal (Toro, Salamero y Martínez, 1994), factor considerado en esta investigación como parte del entorno sociocultural, predice de manera tanto directa como indirecta la dieta restringida en la muestra de púberes mujeres, de manera indirecta en la muestra de madres y aunque en el grupo de púberes no la predice, si se encuentra fuertemente entrelazada con la influencia de la publicidad y con el Índice de la Masa Corporal.

Es así como en este trabajo se constata al igual que en otros (Martínez, Toro, Salamero, Blecua, y Zaragoza, 1993 y Martínez, Toro y Salamero, 1996) que síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria (en este caso la dieta restringida), están altamente asociados a la publicidad dedicada a productos para adelgazar, cualquiera que sea el medio que la difunda y al malestar por la imagen corporal ocasionada por la transmisión de los modelos estéticos corporales promovidos por la denominada "cultura de la delgadez".

Estos hallazgos también coinciden con los provenientes de los estudios realizados por Huon y colaboradores (1998,1999) quienes en esencia proponen, en su modelo para explicar el nivel de dieta en adolescentes mujeres, mismo que descansa sobre la teoría del análisis psicosocial clásico de la influencia social, que la pérdida de peso a través de una dieta emerge de un contexto en el cual la persuasión para realizarla deriva de *varias influencias sociales*, principalmente de los padres, compañeros y el medio. Ellos también concluyen que la *influencia social* está presente por medio del modelamiento, y de una persuasión directa a través de la presión para satisfacer las demandas de otras personas o del entorno social. En nuestros modelos, esta presión es ejercida por el entorno social procedente de los medios masivos de comunicación y por el malestar que estos ocasionan con respecto a la propia figura, a diferencia del de ellos en el que el factor sociocultural está representado por la influencia de los pares.

De acuerdo con Toro (1996), confirmamos que en nuestra cultura se ha difundido por diversas edades y en ambos géneros, la búsqueda de la delgadez y que el constante bombardeo en televisión, radio, revistas y demás medios masivos de comunicación, ha facilitado la impregnación colectiva de los valores de la cultura de la delgadez favoreciendo patrones alimentarios aberrantes.

Otra variable que aparece de manera constante en los tres modelos es el Índice de la Masa Corporal (IMC), variable relacionada a través de la literatura con conductas alimentarias de riesgo y con alteraciones en la percepción de la imagen corporal. Por ejemplo, Williamson (1990) en su modelo conceptual expone que la obesidad es un antecedente primario de los trastornos alimentarios y según este autor, en una sociedad donde se enfatiza la delgadez, es fácil desarrollar patrones alimentarios rígidos con la finalidad de controlar el peso corporal. De igual manera el modelo biopsicosocial de Garfinkel y Garner (1982) revisado por Toro y Vilardel (1987) presenta como factor predisponente de la anorexia nervosa a la obesidad. En los modelos de púberes, esto se pudo confirmar ya que cuando un jovencito o jovencita tiene un IMC alto, tiende a desarrollar medidas rígidas de alimentación para controlar su peso corporal, es decir se incrementa su vulnerabilidad para realizar dieta restringida. El mismo Williamson (1990) propone que cuando un sujeto obeso no puede controlar el hambre, puede caer en un "atacón", posteriormente iniciar conductas compensatorias, principalmente de tipo purgativo como métodos de control de peso, dando origen a la bulimia nervosa. La importancia de comparar este modelo con el precedente de la muestra de madres, radica en que cuando una madre tiene un IMC alto en efecto tiende a comer compulsivamente y posteriormente a realizar conductas compensatorias, abriéndose la posibilidad de que esta mujer desarrolle posteriormente bulimia nervosa.

Resulta importante presentar los porcentajes de sobrepeso y obesidad en cada una de las muestras consideradas en el estudio. En las púberes el sobrepeso registró un 10% y para obesidad 5%; en los púberes los porcentajes fueron iguales 10% y 5%, respectivamente. En el grupo de madres los porcentajes alcanzaron un 33% para sobrepeso y 13% para obesidad. Si estos porcentajes los agrupáramos obtendríamos que el 15% de púberes tanto hombres como mujeres tienen un IMC alto y en las madres este porcentaje alcanza hasta un 46%. Como dato complementario, en la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, el 53% de las mujeres de 12 a 49 años de edad fueron clasificadas con sobrepeso u obesidad (IMC alto); 31% se clasificaron con sobrepeso y el 22% con obesidad (Encuesta Nacional de Nutrición, 2001). Agrupando los datos de púberes mujeres y madres dentro del mismo rango de edad, es decir, de los 12 a los 49 años, los porcentajes serían: de 37% para sobrepeso y de 13% para obesidad dando un total de 60% de IMC alto, proporciones preocupantes, ya que esta característica está asociada tanto al surgimiento de trastornos de la conducta alimentaria como a un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, las cuales tienen importantes repercusiones en la salud

pública. Con la muestra de púberes no fue posible hacer esta comparación por no disponer de datos epidemiológicos representativos.

En cuanto a las conductas alimentarias, debemos hacer un espacio, pues en las muestras de púberes hubo un comportamiento interesante. En las púberes, la preocupación por el peso y la comida predice de manera directa dieta restringida, mientras que en los púberes esta variable no aparece. Contrariamente, en los púberes aparecen la conducta alimentaria normal y los tiempos de comida, variables interrelacionadas, que aparentemente funcionan como protectoras una de la insatisfacción con la imagen corporal y otra de la dieta restringida en este tipo de población. Esta contraposición probablemente se debe, como se ha confirmado en otros estudios (Gómez Pérez-Mitré, 1997, 1998), a que en las niñas el deseo de alcanzar y mantener una figura delgada como lo dictan los cánones exteriores, es mucho más importante que el realizar regularmente sus comidas. En el modelo de las madres tampoco aparece la variable conducta alimentaria normal sino que como se explicó anteriormente, se aprecian las conductas alimentarias de riesgo típicas de los trastornos alimentarios, comer compulsivamente (atracción) y conductas compensatorias, que además de estar relacionadas entre ellas, ambas predicen de manera directa la dieta restringida, confirmando así lo propuesto por Herman y Polivy (1980) investigadores que señalan que el comer compulsivo demanda más dieta restringida o purga con el propósito de eliminar las kilocalorías consumidas en el atracón, y que estas tres conductas se pueden vincular de tal manera que generan un ciclo que se perpetúa.

El presente estudio revela que la percepción de la propia imagen corporal está ligada con importantes factores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria como lo son: factores socioculturales (publicidad y malestar con la imagen corporal); conductas alimentarias de riesgo (conductas compensatorias y comer compulsivamente), satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y el Índice de la Masa Corporal (IMC), ya sea de una manera directa, indirecta, como precursora o como mediadora. Revisemos cada uno de ellos. En el modelo de púberes mujeres, la percepción de la imagen corporal, predice de manera indirecta la dieta restringida teniendo como mediadoras ya sea a la influencia de la publicidad o a la preocupación por el peso y la comida, y sobre ella recaen el IMC, el malestar por la imagen corporal y la insatisfacción/satisfacción con la imagen corporal variables que en conjunto explican el 50% de su varianza. En el caso de los púberes, sí la predice de manera directa y además de manera indirecta a través de la publicidad. En este grupo la única variable que

recae sobre ella es el IMC pero por sí sólo explica el 45% de su varianza. Para terminar, en el modelo de las madres predice de manera indirecta la dieta restringida al tener como intermediaria a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, y la predice también indirectamente al actuar como mediadora de la influencia de la publicidad, comer compulsivamente, de la preocupación por el peso y la comida, y del IMC, variables que conjuntamente explican el 58% de su varianza. Estos resultados concuerdan con el modelo teórico de Levine y Smolak (1992), en el que se afirma que la percepción de la imagen corporal es un aspecto central en el origen de los trastornos alimentarios. Análogamente los hallazgos concuerdan con lo expuesto por Gómez Peresmitré (1997) para quien las variables que agrupan los factores relacionados con la imagen corporal son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto actitudinales. Además agrega que los factores de riesgo asociados con alteraciones de la imagen corporal son el resultado de la interacción entre:

- Condiciones sociales externas, representadas principalmente por la presión ejercida por los medios de comunicación los cuales difunden y mantienen los estereotipos, valores y normas según el marco de la cultura de la delgadez.
- Variables individuales objetivas como son el peso, tamaño y forma real del cuerpo.
- Conductas alimentarias.
- Variables psicosociales subjetivas como: autopercepción y percepciones de los otros referidos al peso o tamaño corporal y de la forma y peso deseados o figura ideal (Gómez Peresmitré, Saucedo-Molina y Unikel, 2001).

Concluyendo, varios son los factores que influyen en la percepción de la imagen corporal y por lo tanto en la satisfacción/insatisfacción con esta imagen y en base a los modelos obtenidos dos son los que más impacto tienen en esta autovaloración el primero es, la influencia de la publicidad y el segundo el Índice de la Masa Corporal.

## Limitaciones

Dentro de las limitaciones de esta investigación se encuentra el hecho de que las muestras trabajadas no son representativas de la población de la Ciudad de México por lo que los resultados obtenidos hasta este momento no pueden ser generalizados, debido a ello se sugiere realizar el mismo tipo de estudio en diferentes zonas de la ciudad con poblaciones semejantes con el fin de identificar si los modelos se corroboran o sufren modificaciones importantes. Además, se recomienda que esto se haga no sólo en población general sino en población clínica para diseñar estrategias preventivas tanto a nivel primario como secundario y terciario.

Otra de las limitaciones está relacionada con los valores de varianza explicada de la dieta restringida en los tres modelos, que en general resultaron bajos, ya que en promedio alcanzan un 26% dejando, también en promedio, un 74% de varianza sin explicar, esto es comprensible si reconocemos que en esta investigación solamente se consideraron algunas de las muchas variables asociadas con tan compleja conducta, pero no por ello este trabajo deja de ser un punto de partida para seguir indagando el entramado de dicho comportamiento.

Una tercera limitación se encuentra relacionada con la variable madurez sexual, la cual en un inicio se propuso como posible predictor de la dieta restringida al menos en la muestra de púberes mujeres. Desafortunadamente esta variable quedó fuera de los modelos estructurales de la dieta restringida tanto en hombres como en mujeres. Seguramente este inconveniente podría ser eliminado si se ampliaran las muestras y se hicieran análisis considerando tanto grupos de edad como cada una de las etapas del desarrollo propuestas por Tanner (1962).

Así mismo, es importante resaltar que los modelos presentados en esta investigación deben seguir siendo estudiados y comprobados estableciendo comparaciones entre varios modelos alternos, que es una de las grandes ventajas con las que se cuenta al emplear el modelo de ecuaciones estructurales (diseño de modelos alternos), ya que ello permitirá por un lado obtener el modelo óptimo para comprender la causalidad de la dieta restringida en poblaciones semejantes, y por el otro proveer cimientos robustos para desarrollar intervenciones preventivas eficaces.

Los programas de prevención primaria tendrían como finalidad evitar la dieta restringida y para ello deben considerar los factores que mayor peso tienen en su predicción y la manera en que estos se encuentran entrelazados, es decir, que los programas para ser eficientes y eficaces deben tocar temas como: edad, sexo, estado fisiológico y peso recomendable; riesgos de las dietas restringidas; diferencias entre dieta restringida y alimentación correcta; formación de audiencias críticas; autoconceptos positivos; satisfacción general por la vida; composición corporal y diferencias en la constitución física.

## Referencias

- Acosta G.V. (2000). *Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: imagen corporal y conducta alimentaria: una investigación transcultural entre España y México*. Tesis Doctoral. Universidad de Almería, España.
- Agras, S.W., y Hammer, L., y McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating-disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders* 25: 253-262.
- Aguilar, C.I. y Rodríguez, C.A. (1997). Relación entre nivel socioeconómico. *La autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel superior*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México
- Alvarez, G., Mancilla, J.M., López, A.X., Vázquez, A.R., Ocampo, T.M. y López, A.V. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: algunos avances de investigación. *Psicología Iberoamericana*. 6 (2):22-28.
- Andersen A. (1983). Anorexia nervosa and bulimia: a spectrum of eating disorders. *Journal of Adolescent Health Care*. 4: 15-21.
- Anstine, D. y Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disorders eating in collage-aged females in the primary care setting. *Journal of Adolescent Health* 5(26): 338-342.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1996). *Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV*, Barcelona: Masson Editores.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnóstico*. Barcelona: Masson Editores.
- Avila G., L., Lozano, R. V., y Ortiz, O.L. (1997). *Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México

- Ávila-Rosas, H. y Tejero-Barrera E. (2001). Evaluación del estado de nutrición. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, AB Pérez-Lizaur, P. Arroyo (Eds.) *Nutriología Médica*. (pp. 594-614) México: Médica Panamericana.
- Bilukha, O O y Utermohlen, V (2002) Internalization of western standards of appearance, body dissatisfaction and dieting in urban educated Ukrainian females. *European Eating Disorders Review* 2(10), 120-137.
- Booth, D.A., Lewis, V.J., y Blair, A.J. (1990). Dietary restraint and binge eating. Pseudoquantitative anthropology for a medicalised problem habit? *Appetite*. 14; 116-119.
- Bourges-Rodríguez, H. (1990) Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. *Cuadernos de Nutrición* 13 (2), 18-32.
- Bourges-Rodríguez, H y González, B.J. (1992). Obesidad. *Cuadernos de Nutrición*, 15(1):17-32.
- Bruce, B. y Wilfley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: A serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*. 96 (1), 58-61
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, Anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980) Thin and fat people. En J.R. Kaplan (De.) *A woman's conflict: The special relationship between women and food*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bruchon-Scheitzer, M. (1992) *Psicología del cuerpo*\_Biblioteca de Psicología. Barcelona:Herder.
- Bulik, CM., Sullivan, PF, y Kendler, KS. (1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry* 44(12): 1210-18.
- Casanueva E., y Morales, M. (2001). Nutrición del adolescente. En E. Casanueva, M. Kaufer-Horwitz, AB Pérez-Lizaur, P. Arroyo (Eds.) *Nutriología Médica*. (pp. 88-101) México: Médica Panamericana.
- Castro, F. (1988) ¿Cuándo empieza la obesidad? *Cuadernos de Nutrición* 11 (3), 3-8.

- Cogan, JC y Ernsberger, P. (1999) Dieting, weight, and health: reconceptualizing research and policy. *Journal of Social Issues* 2 (55); 187-205.
- Crispo, R, Figueroa, E, y Guelar, D. (2001) *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Encuesta Nacional de Nutrición (2001) *Cuadernos de Nutrición*. 24(2): 69-76.
- Dae, A., Robinson, P., Lawson, M., Turpin, JA., Gregory, B., Tobías, JD. (2002). Psychological and physiologic effects of dieting in adolescents. *Southern Medical Journal* 9(95), 1032-1041.
- Díaz Marsá, M., y Carrasco P.J. y Sáiz Ruiz, J. (2000). Decreased platelet MAO activity in female anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 101:1-5.
- Díaz Marsá, M., y Carrasco P.J. (2002). La personalidad y sus trastornos en la anorexia y en la bulimia nerviosa. En Sáiz Ruiz, J. y García-Camba M.E. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. (pp. 93-106). Barcelona: Masson.
- Edmunds, H, y Hill, A.J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescents children. *International Journal of Eating Disorders* 25: 435-440.
- Ekwall, W.S. (1993). Pediatric nutrition in chronic diseases and developmental disorders. New York: Oxford University Press. pp. 165-201.
- Fabian, L.J., y Thompson, J.K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*. 8: 63-74.
- Faulhaber J. (1989). *Crecimiento: somatometría de la adolescencia*. México, D .F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Felner, L.A., Jason, J.N., Moritsugu y Faber, S.S. (1983). *Preventive Psychology. Theory, research and practice*. New York: Pergamon Press.
- Felner, R.D. Aber, M.S. (1983) Primary prevention for children: A framework for the assessment of need. *Prevention in Human Services*.

- Fuentes C.J.A., Hurtado, M.A., González V.M.I., Escartí N.A., y García-Camba M.E. (2002) Mensajeros centrales de la ingesta y polimorfismo de genes candidatos en los trastornos de la conducta alimentaria. En Sáiz, R.J., y García-Camba M.E. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. Barcelona: Masson editores.
- Garfinkel, P.E. y Garner, D.M. (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- Garfinkel, P.E., Rose, D.M., Darby, P.L., Branders, J.S., O'Hanlon, J., y Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in families of patient with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*. 13, 821-828.
- Garner, D., y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9, 237-279.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1985). *Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York: Guilford Press.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993a). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. *Investigación Psicológica*. 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993b). 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-Mitre, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas púberes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14; 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo-Molina, M.T., y Ávila, A.E. (1997). Factores de riesgo: anomalías de la conducta alimentaria en escolares preadolescentes. Congreso Regional

- de Psicología para profesionales de América.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A.E. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana* 6: 37-46.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998) Cuestionario de Alimentación y Salud.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Cuestionario de Alimentación y Salud.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1); 153-165.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T. y Unikel, S.C. (2001). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud. En N. Calleja, y G. Gómez-Peresmitré (comp.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp: 267-315) México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Pérez-Mitré, G (2001) Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACyT) México:UNAM.
- González S.L.M., Lizano, M.M. y Gómez Pérez-Mitré G. (1999). Factores de Riesgo en Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-atribución en una muestra de Niños Escolares Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1); 117-126.
- Gordon, C. (1989). The parents' relationship and the child's illness in anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 17 (1), 29-42.
- Griffiths, R., Beumont, J., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S., y Varano, P. (1999). Sociocultural attitudes toward appearance in dieting disordered and non dieting disordered subjects. *European Eating Disorders Review*, 7(3); 193-203.
- Gustafson-Larson A.M. y Rhonda D.T. (1992). Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association*;92: 818-22.
- Herman, C.P. y Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*. 43:

647-660.

- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (De.) *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia:Saunders.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A.J. Stunkard y E. Stellar (ed.) *Eating and Its Disorders* (pp.141-156). New York: Raven Press.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1988). A boundary model for the regulation of eating. En B.T. Walsh (ed.) *Eating Behavior in Eating Disorders* (pp.97-111). Washington D.C. American Psychiatric Association Press.
- Hill, J.A. (1993). Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry* 5: 87-100.
- Holtz V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México.
- Hsu, G.K.L. (1990). *Eating Disorders*. New York. Guilford Press.
- Hsu, G.K.L. (1997). Can dieting cause an eating disorder? *Psychological Medicine*. 27: 509-513.
- National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States (2000) recuperadas el 7 junio de 2002. en <http://www.cdc.gov/nchs>.
- Hudelson, P.M. (1994). *Qualitatives research for health programmes*. Division of Mental Health. World Health Organization, Geneva.
- Humphrey, L.L. (1986a). Differentiating bulimia-anorexic from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54, 190-195.
- Humphrey, L.L. (1986b). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 95 (4), 395-402.
- Humphrey, L.L. (1989 ). Observed family among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57 (2), 206-214.

- Huon, G.F. y Strong, G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: Structural Models for Large-scale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders* 23: 361-369.
- Huon, GF, Hayne A, Gunewardene A., Strong K, Lunn N., Piira T., y J.Lim (1999) Accounting for Differences in Dieting Status: Steps in the Refinement of a Model. *International Journal of Eating Disorders* 26: 420-433.
- Johnson, C. y Flach, A. (1985). Family characteristics of IO5 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*. 142; 1321-1324.
- Joja, O. (2002). History and current state of treatment for eating disorders in Romania. *European Eating Disorders Review* 6(9), 374-380.
- Kaye, W.H., Lilenfeld, L.R., Berretini, W.H., Strober, M., Devlin, B., Klump, K.L. et al. (2000). A search for susceptibility loci for anorexia nervosa: methods and sample description. *Biological Psychiatry*. 47(9): 749-803.
- Kaplan, DW, y Mammel,AK. Adolescencia (1994). En Silver, Kempe, Bruyn y Fulginiti. *Manual de Pediatría* (279-287). México: Manual Moderno
- Keefe, K. (1994). Perceptions of normative social pressure and attitudes toward alcohol use: Changes during adolescence. *Journal of Studies an Alcohol*. 55 , 46-54.
- Kenardy, JM. Brown, WJ y Vogt. E. (2001) Dieting and health in young Australian women. *European Eating Disorders Review* 4(9), 242-254.
- Kendler, KS., MacLean C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, L. (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 149(8): 1122.
- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Siméoni, M.C. y Adès, J. (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry*. 14: 189-198.
- Klump, L.K., Kaye, H.W., y Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 24 (2):
- Koff, E. y Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early

- adolescent girls. *Journal Adolescence Health*. 14 (6), 433-439.
- Koskelainen, M. Sourander, A. y Helenius, H. (2001) Dieting and weight concerns among Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 6(55), 427-431.
- Kreipe, R.E. (1994). Crecimiento y desarrollo somático normal en el adolescente. En Mc Anamey R.E., Kreipe, E.R. Orr P.D. y Comerci G.D. *Medicina del Adolescente*. (pp: 78-101). México: Panamericana.
- Lee, L.K., Hsu, G., y Wing, Y.K. (1992). Bulimia nervosa in Hong Kong chinese patients. *British Journal of Psychiatry*. 161: 545-551.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. y Vara L.S. (1988). Exposure plus response-prevention. Treatment of Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56, 535-541.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L. y Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk state for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*. 102: 138-444.
- Levine, P.M., y Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: the example of early adolescence. En J.H. Crowther, D.L. Tennebaum, S.E. Hobfoll, M.P. Stephens (Eds.). *The etiology of bulimia nervosa* (pp. 59-80). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Lilenfeld, L.R., Kaye WH., Greeno C.G., Merikangas K.R., Plotnicov K., Pollice C., et al. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives General Psychiatry* 55(7): 603-10.
- Lissau, I., y Sorensen, T.I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *LANCET*. 5 (343), 324-327.
- Lohman, G.T., Roche, A.F., y Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual*. Illinois: Abridged Edition. Human Kinetics Books.

- Lucas, A.R. (1992). Bulimia and Anorexia. *American Journal of Psychiatry*, 148, 917-922.
- Mancilla D.J.M., Mercado G.L., Manríquez R.E., Alvarez R.G., López A.X., Román F.M. (1999). Factores de Riesgo en los Trastornos Alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1); 37-46.
- Martínez y Martínez, R. (1996). *La salud del niño y del adolescente*. Federación de Pediatría Centro-Occidente de México. 3a. edición. México: JGH Masson Salvat.
- Martínez, M.E., Toro, J., Salamero, M., Blecua M.J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 20(2): 51-65.
- Martínez, M.E., Toro, J., y Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 23(5): 125-133.
- Matsanuga, H., Kaye W.H., McConaha C., (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 27(3): 353-357.
- Medina-Mora, M.E. (1982). Prevalencia de trastornos emocionales y factores de riesgo en diferentes poblaciones. En IMP (Comp.) *Memoria de la I reunión sobre investigación y enseñanza*: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Neumark-Sztainer D. (1995). Excessive weight preoccupation. *Nutrition Today* 30; 68.
- Neumark-Sztainer, D. Story, M. Resnick, M.D. y Blum W.R. (1998). Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. *Journal of the American Dietetic Association*. 96 (12):1449-56.
- Newton, J.R., Freeman, C.P. y Munro J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity? *Acta Psychiatrica*

- Scandinava. 87: 389-394.
- Olvera-Osante, C. (1984). La formación de los hábitos alimentarios en la infancia. *Cuadernos de Nutrición* .7 (5), 39-43.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (1981). *Formulating strategies for health for all by year 2000*. Ginebra.
- Orientación alimentaria: glosario de términos (2001) *Cuadernos de Nutrición* 24 (1) México.
- Palazzoli Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A.M. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Papalia E.D. y Wendkos O.S. (1995) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGrawHill.
- Perpiña, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Revista de Psiquiatría*. 16 (6), 303-312. Facultad de Medicina de Barcelona.
- Pike. K.M. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*. 100: 198-204.
- Polivy, J., y C.P. Herman. (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanisms. En *Binge Eating, Nature, assessment and treatment*, Fairburn, C.G., y G.Terence Wilson (Eds.), New York: The Guilford Press. 173-205
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana. (2002). PROY-NOM-043-SSA2-1999. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *Cuadernos de Nutrición*. 25(1): 29-44.
- Raich, E.R. (1994). *Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Reiter, R.E. y Kulin, E.H. (1994). Regulación neuroendocrina de la pubertad. En Mc Anamey R.E., Kreipe, E.R. Orr P.D. y Comerci G.D. *Medicina del Adolescente*. (pp. 45-77). México: Panamericana.
- Reyes T.G.J, y Nuñez T.C. (1998). *Nomenclatura anatómica internacional, del latín al español*. México: Médica Panamericana y Facultad de Medicina de la UNAM.

- Rhodes, B., y Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation individuation difficulties among late adolescent eating disorders women. *Child Psychiatry and Human Development*. 22 (4), 249-263.
- Ritter, M. (1998). Mothers, daughters, culture and criticism. An examination of eating problems in adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Science and Engineering*. 58 (9-B): 5138.
- Robinson, H.C. (1987). *Biblioteca de Nutrición*. México:CECSA. pp: 217-224.
- Rodríguez,M.J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis.
- Rutherford, J., McGuffin P., Katz RJ., y Murray RM. (1993) Genetic influences on eating attitudes in a normal female twin population. *Psychological Medicine* 23(2): 425-36.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1989). La prevención primaria en salud mental: el papel del psicólogo hacia el fin del siglo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2 (1 y 2), 279-292.
- Sánchez, G.O. (2000). Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. *Acta Pediátrica de México* 21 (84):115-8.
- Sands, R, Tricker, J, Sherman, C, Armatas, C, y Machette, W. (1997). Disordered Eating Patterns, Body Image, Self-Esteem, and Physical Activity in Pubescent School Children. *International Journal of Eating Disorders*. 21 (2):159-166.
- San Martín, H. (2001). *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*. (2e.reimp.) México: La Prensa Médica Mexicana.
- Santos, O.M., (1998) Salud Pública. Promoción de la salud y educación para la salud. En *Psicología de la Salud en América Latina*, Facultad de Psicología. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Saucedo-Molina, T.J. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM
- Saucedo-Molina,T.J. (1999). Nutrición y alimentación del adolescente. En Alimentación en el primer año, nutrición y alimentación el preescolar; del escolar y del adolescente,

- Colección Familia, Nutrición y Salud.* (pp: 55-80). México: ISSSTE.
- Shils, M. (1994). *Modern Nutrition in Health and Disease* D.C.: Lea and Febiger.
- Shisslak, C.M., Pazda, S.L. y Crago, M. (1990). Body weight and Bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and obese women. *Journal of Abnormal Psychology* 99 (4), 380-384.
- Shisslak, C.M., Crago, M., Neal M.E., y Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: 55 (5), 660-667.
- Siegel, O. (1982). Personality developmental in adolescence. *Handbook of Developmental Psychology*. USA.
- Schlundt D.G., y Johnson, G.W. (1990). *Eating Disorders. Assessment and treatment*. USA: Allyn and Bacon.
- Stice, E., Agras, S.W., y Hammer L.D. (1999). Risk Factors for the Emergence of Childhood Eating Disturbances: A Five-Year Prospective Study. *International Journal Eating Disorders* 25:375-387.
- Strober M., Freeman, R., Lampert C., Diamond, J., y Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal Psychiatry* 157(3): 393-401.
- Strong, K.G. y Huon, G.F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescents girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3/4): 315-326.
- Tanner, J.M. (1962). *Growth at Adolescence*. Blackwell.
- Tobin, D.L., Johnson, C., Streinberg, S., Staats, M, y Dennis, A.B. (1991). Multifactorial assessment of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 ; 14-21.
- Toro, J., y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nervosa. *Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000*. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. Cervera, M, Pérez, P. (1988). Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Psychiatry and Epidemiology*, 23: 132-135.

- Toro, J. (1989). Factores socioculturales en los trastornos de la ingestión. *Anuario de Psicología*. 38 (1); 25-47.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994) Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava* 89: 147-151.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Toussaint MG y García-Aranda J. (2001) Desnutrición energético-proteínica. En Casanueva E, Kaufner-Horwitz, M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P (editores) *Nutriología Médica* (pp:212-242). México: Médica Panamericana.
- Unikel, S.C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología* 16 (4):121-126.
- Unikel, S.C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Unikel, S.C., Villatoro, V.J., Medina-Mora I.M.E., Fleiz, B.C., Alcántar, M.E., Hernández, R. S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica* 52 (2): 14-147.
- Ussher, J. (1991). *La Psicología del cuerpo femenino*. Madrid: Arias Montano.
- Vargas, L.A. y Casillas E.L. (1999). Perspectiva antropológica de la participación comunitaria para la promoción de la salud. En García, V. M. (Eds.) *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp.131-45). Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y sanitaria, Las Palmas de Gran Canaria, España: ICEPSS editores
- Vargas, L.A., Aguilar, P. (2002). Una visión integral de la alimentación: cuerpo, mente y

- sociedad. *Cuadernos de Nutrición* 25 (2): 88-92.
- Vaughan, V.C., Litt I.F. (1990). *Child and Adolescent Development: Clinical Implications*. Philadelphia: WB Saunders.
- Vázquez, A.R. (1997). *Aspectos familiares en la Bulimia y Anorexia Nervosa*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Waaddegaard, M. (2002) Dieting and desire for weight loss among adolescents in Denmark: A questionnaire survey. *European Eating Disorders Review* 5(10), 329-346.
- Wade, T., Martin, N.G., Neale, M.C., Tiggemann, M., Trebor, S.A., Bucholz, K.K. Madden, P.A., Heath, A.C. (1999). The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disorders eating. *Psychological Medicine*. 29(4): 925-34.
- Wade TD., Bulik CM., Neale M. y Kendler KS. (2000). Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 157(3): 469-71.
- Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research* 62: 3-9.
- Walters, E.E., y Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*. 152: 64-71.
- Wilson, T. G. (1993). Binge Eating and Addictive Disorders. En C.G. Fairburn y G.T. Wilson (eds.) *Binge Eating, Nature, Assessments, and Treatments*. (pp. 97-120). New York. Guilford Press.
- Williamson, D.A. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia nervosa*. USA: Pergamon Press.

TESIS COM  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HOMBRES

Nombre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Por favor tacha con una cruz (X) la opción que te corresponda:

**1.- Tipo de escuela a la que asistes:**

- 1) Privada ( )  
2) Pública ( )

**2.- Grado que cursas:**

- 1) Quinto grado ( )  
2) Sexto grado ( )  
3) Primero de secundaria ( )  
4) Segundo de secundaria ( )

**3.- ¿Cuántas personas habitan donde tu vives?**

(inclúyete tú)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

**4.- ¿Cuántos cuartos hay en la casa donde vives?**

(no cuentes cocina y baño)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

**5.- ¿De qué bienes y servicios disfrutas en tu casa?**

- 1) Cuarto de baño (0) (1) (2) (3) (4)  
2) Lavadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)  
3) Horno de microondas (0) (1) (2) (3) (4)  
4) Teléfono celular (0) (1) (2) (3) (4)  
5) Televisión por cable (0) (1) (2) (3) (4)  
6) Computadora personal (0) (1) (2) (3) (4)  
7) Calentador de agua (0) (1) (2) (3) (4)  
8) Secadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)  
9) Línea telefónica (0) (1) (2) (3) (4)  
10) Video grabadora (0) (1) (2) (3) (4)  
11) Antena parabólica (0) (1) (2) (3) (4)  
12) Fax (0) (1) (2) (3) (4)  
13) Aspiradora (0) (1) (2) (3) (4)  
14) Tostador de pan (0) (1) (2) (3) (4)  
15) Persona de servicio de planta  
y/o entrada por salida (0) (1) (2) (3) (4)

**6.- ¿Cuántos focos contando lámparas de techo, mesa y piso hay en tu casa?**

- 1) 3 o menos ( )  
2) De 4 a 8 ( )  
3) De 9 a 13 ( )  
4) De 14 a 18 ( )  
5) De 19 a 23 ( )  
6) De 24 a 28 ( )  
7) De 29 a 33 ( )  
8) De 34 a 38 ( )  
9) De 39 a 43 ( )  
10) 43 o más ( )

**7.- ¿Cuál es el máximo nivel de estudio de tus padres?**

- | Nivel máximo de estudio           | Madre | Padre |
|-----------------------------------|-------|-------|
| 1) Sin instrucción                | ( )   | ( )   |
| 2) Primaria                       | ( )   | ( )   |
| 3) Secundaria                     | ( )   | ( )   |
| 4) Escuela normal                 | ( )   | ( )   |
| 5) Carrera técnica                | ( )   | ( )   |
| 6) Bachillerato o vocacional      | ( )   | ( )   |
| 7) Licenciatura o normal superior | ( )   | ( )   |
| 8) Posgrado                       | ( )   | ( )   |
| 9) No lo sé                       | ( )   | ( )   |

**8.- La casa donde habitas actualmente es:**

- 1) Propia ( )  
2) Rentada ( )  
3) Se está pagando ( )  
4) De un familiar ( )  
5) Otra ( )

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## SECCIÓN A

En la siguiente sección, aparecen una serie de aspectos relacionados con la salud física, el crecimiento y desarrollo. Lee con cuidado y elige una opción por pregunta, tachándola con una cruz (X). Es importante que sepas que no hay respuestas ni buenas ni malas pues cada persona es diferente.

1- Tu edad en años y meses es: \_\_\_\_\_

2- Tu peso es \_\_\_\_\_ Kg.

3- Tu estatura es \_\_\_\_\_ cm.

4.- Acostumbras pesarte:

- 1) Una vez al año
- 2) Cada 6 meses
- 3) Cada mes
- 4) Cada semana
- 5) Diariamente

Esta parte no la contestes

P.r. \_\_\_\_\_  
T.r. \_\_\_\_\_

5.- ¿ Actualmente practicas algún deporte o actividad física ?

- 1) NO (pasa a la pregunta 7)
- 2) Sí (pasa a la siguiente pregunta)

6.- Este deporte o actividad física es \_\_\_\_\_ y lo practicas:

- 1) Ocasionalmente
- 2) Una vez al mes
- 3) Los fines de semana o 2 veces a la semana
- 4) 3 a 5 veces a la semana
- 5) Diariamente

7.- Durante los últimos seis meses:

- 1) Subiste de peso
- 2) Bajaste de peso
- 3) No hubo cambios en tu peso corporal
- 4) No sé

8.- El sonido de tu voz:

- 1) No ha cambiado
- 2) Comienza a cambiar
- 3) Se encuentra en pleno cambio
- 4) Ya cambió.

9.- Consideras que en ti ya se presentó "el estirón".

(Se entiende por estirón el haber crecido durante el último año entre 10 y 20 cm)

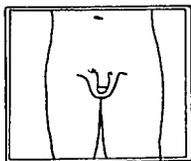
- 1) No se ha presentado
- 2) Comienza a presentarse
- 3) Te encuentras en pleno "estirón"
- 4) Ya está completo.

10.- Tienes vello en tus axilas:

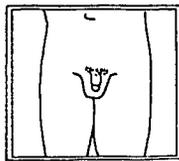
- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

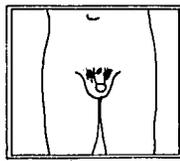
11.- Observa con cuidado las siguientes figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que refleje más tu desarrollo actual marcando con una cruz (X) la letra correspondiente.



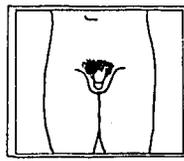
(A)



(B)



(C)



(D)

12.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge la figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECCIÓN B

En la siguiente sección encontraras preguntas relacionadas con hábitos alimentarios. Te recordamos que no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona es diferente. Por favor, señala con una cruz (X), la frecuencia con que realizas lo que se menciona en cada enunciado, considerando la siguiente clave:

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas Veces	4 Siempre
1.- Tus alimentos los consumes en tu casa	1	2	3	4
2.- Cuidas que tu dieta sea nutritiva	1	2	3	4
3.- Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso	1	2	3	4
4.- Acostumbras realizar tus tres comidas (desayuno, comida, cena)	1	2	3	4
5.- Comes lo que es bueno para tu salud	1	2	3	4
6.- Si no ves la comida te la puedes pasar sin comer	1	2	3	4
7.- Para consumir tus alimentos te tomas entre 20 y 30 minutos	1	2	3	4
8.- Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra (pan integral, All Bran y frutas con cáscara)	1	2	3	4
9.- Evitas comer alimentos "engordadores" (pan dulce, pizza, frituras, chocolate, etc.) para no subir de peso	1	2	3	4
10.- Acostumbras cenar o merendar	1	2	3	4
11.- Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	1	2	3	4
12.- Cuidas lo que comes para no subir de peso	1	2	3	4
13.- El ambiente a las horas de las comidas es tranquilo y agradable	1	2	3	4
14.- Comes con moderación (hasta sentirte satisfecho)	1	2	3	4
15.- Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no comes tu lunch o no cenas).	1	2	3	4
16.- Tus comidas las realizas a las mismas horas	1	2	3	4
17.- Procuras comer verduras	1	2	3	4
18.- Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	1	2	3	4
19.- Acostumbras tomar agua "natural" durante el día	1	2	3	4
20.- Te interesa saber lo que es una dieta adecuada	1	2	3	4
21.- Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	1	2	3	4
22.- Tus alimentos los consumes con tus padres	1	2	3	4
23.- Acostumbras desayunar	1	2	3	4
24.- Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso	1	2	3	4
25.- Comes entre comidas (entre el desayuno y la comida y entre la comida y la cena)	1	2	3	4
26.- Tomas agua para quitarte el hambre	1	2	3	4

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## SECCIÓN C

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones, y marca con una cruz (X) aquella opción que más se aproxime a tu manera de ser o de pensar. Te recordamos nuevamente que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues cada persona es diferente. Contesta lo más sinceramente posible.

1.- ¿ Qué peso te gustaría tener ?

- 1) Mucho más alto del que actualmente tengo
- 2) Más alto del que actualmente tengo
- 3) El mismo que tengo
- 4) Menor del que actualmente tengo
- 5) Mucho menor del que actualmente tengo

2.- Con respecto a lo que crees que sería tu peso adecuado, dirías que te encuentras:

- 1) Muy por abajo de él
- 2) Por abajo de él
- 3) Estas en tu peso adecuado
- 4) Por arriba de él
- 5) Muy por arriba de él

3.- En cuanto a tu estatura.

- 1) Me gustaría medir mucho más
- 2) Me gustaría medir un poco más
- 3) Me gusta la estatura que actualmente tengo
- 4) Me gustaría medir un poco menos
- 5) Me gustaría medir mucho menos

4.- Tú te consideras:

- 1) Muy delgado (Peso muy por abajo del normal).
- 2) Delgado (Peso por abajo del normal )
- 3) Ni gordo ni delgado (Con peso normal)
- 4) Gordo (Con sobrepeso)
- 5) Muy gordo (Obeso)

5.- Tu mamá te considera

- 1) Muy delgado (Peso muy por abajo del normal).
- 2) Delgado (Peso por abajo del normal )
- 3) Ni gordo ni delgado (Con peso normal)
- 4) Gordo (Con sobrepeso).
- 5) Muy gordo (Obeso).

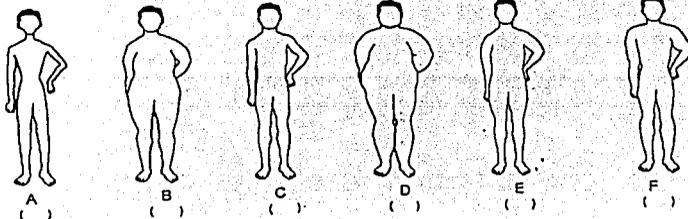
6.- Engordar.

- 1) No te preocupa
- 2) Te preocupa poco
- 3) Te preocupa de manera regular
- 4) Te preocupa mucho
- 5) Te preocupa demasiado

TESIS COM  
FALLA DE ... EN

7.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener en este momento y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



### SECCIÓN D-

Esta sección contiene una serie de preguntas referidas a la influencia que la publicidad ejerce sobre las personas. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, comparte tus experiencias al contestar marcando con una cruz X la respuesta que consideres más adecuada.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- ¿Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas?	1	2	3	4
2.- ¿Te gusta que te digan que te ves delgado o esbelto?	1	2	3	4
3.- ¿Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas?	1	2	3	4
4.- ¿Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas, y la figura del cuerpo?	1	2	3	4
5.- ¿Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión?	1	2	3	4
6.- ¿Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas?	1	2	3	4
7.- ¿Te gustaría tener el cuerpo como Rambo, o los Guardianes de la Bahía o Arnold Schwarzeneger.	1	2	3	4
8.- ¿Te llaman la atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar?	1	2	3	4
9.- ¿Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad?	1	2	3	4
10.- ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas sobre como volverse un hombre musculoso?	1	2	3	4
11.- ¿Te molesta que te digan que estás llenito o gordito, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma?	1	2	3	4
12.- ¿Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa?	1	2	3	4

TESIS CON  
PAJILLA DE CAJEN

## MUJERES

Nombre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Por favor tacha con una cruz (X) la opción que te corresponda:

**1.- Tipo de escuela a la que asistes:**

- 1) Privada ( )  
2) Pública ( )

**2.- Grado que cursas:**

- 1) Quinto grado ( )  
2) Sexto grado ( )  
3) Primero de secundaria ( )  
4) Segundo de secundaria ( )

**3.- ¿Cuántas personas habitan donde tú vives?  
(incluyete tú)**

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

**4.- ¿Cuántos cuartos hay en la casa donde vives?  
(no cuentes cocina y baño)**

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

**5.- ¿De qué bienes y servicios disfrutas en tu casa?**

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1) Cuarto de baño   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 2) Lavadora de ropa   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 3) Horno de microondas                                      | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 4) Teléfono celular   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 5) Televisión por cable                                     | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 6) Computadora personal                                     | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 7) Calentador de agua                                       | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 8) Secadora de ropa   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 9) Línea telefónica   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 10) Video grabadora   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 11) Antena parabólica                                       | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 12) Fax   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 13) Aspiradora  | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 14) Tostador de pan   | (0) (1) (2) (3) (4) |
| 15) Persona de servicio de planta<br>y/o entrada por salida | (0) (1) (2) (3) (4) |

**6.- ¿Cuántos focos contando lámparas de techo,  
mesa, y piso hay en tu casa?**

- 1) 3 o menos ( )  
2) De 4 a 8 ( )  
3) De 9 a 13 ( )  
4) De 14 a 18 ( )  
5) De 19 a 23 ( )  
6) De 24 a 28 ( )  
7) De 29 a 33 ( )  
8) De 34 a 38 ( )  
9) De 39 a 43 ( )  
10) 43 o más ( )

**7.- ¿Cuál es el máximo nivel de estudio de tus padres?**

- | Nivel máximo de estudio           | Madre | Padre |
|-----------------------------------|-------|-------|
| 1) Sin instrucción                | ( )   | ( )   |
| 2) Primaria                       | ( )   | ( )   |
| 3) Secundaria                     | ( )   | ( )   |
| 4) Escuela normal                 | ( )   | ( )   |
| 5) Carrera técnica                | ( )   | ( )   |
| 6) Bachillerato o vocacional      | ( )   | ( )   |
| 7) Licenciatura o normal superior | ( )   | ( )   |
| 8) Posgrado                       | ( )   | ( )   |
| 9) No lo se                       | ( )   | ( )   |

**8.- La casa donde habitas actualmente es:**

- 1) Propia ( )  
2) Rentada ( )  
3) Se esta pagando ( )  
4) De un familiar ( )  
5) Otra ( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## SECCIÓN A

En la siguiente sección, aparecen una serie de aspectos relacionados con la salud física, el crecimiento y desarrollo. Lee con cuidado y elige una opción por pregunta, tachándola con una cruz (X). Es importante que sepas que no hay respuestas ni buenas ni malas pues cada persona es diferente.

1- Tu edad en años y meses es: \_\_\_\_\_.

2- Tu peso es \_\_\_\_\_ Kg.

3- Tu estatura es \_\_\_\_\_ cm.

4.- Acostumbras pesarte:

- 1) Una vez al año
- 2) Cada 6 meses
- 3) Cada mes
- 4) Cada semana
- 5) Diariamente

Esta parte no la contestes

P.r. \_\_\_\_\_  
T.r. \_\_\_\_\_

5.- ¿ Actualmente practicas algún deporte o actividad física?

- 1) NO (pasa a la pregunta 7)
- 2) SI (pasa a la siguiente pregunta)

6.- Este deporte o actividad física es \_\_\_\_\_ y lo practicas:

- 1) Ocasionalmente
- 2) Una vez al mes
- 3) Los fines de semana o 2 veces a la semana
- 4) 3 a 5 veces a la semana
- 5) Diariamente

7.- Durante los últimos seis meses:

- 1) Subiste de peso
- 2) Bajaste de peso
- 3) No hubo cambios en tu peso corporal
- 4) No sé

8.- ¿ Ya estas menstruando?

- 1) No
- 2) Si (Edad en que tuviste tu primera menstruación \_\_\_\_\_.)

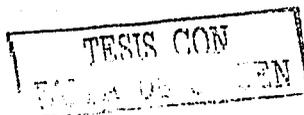
9.- Consideras que en ti ya se presento "el estirón".

(Se entiende por estirón el haber crecido durante el último año entre 7.5 y 15 cm)

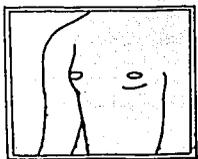
- 1) No se ha presentado
- 2) Comienza ha presentarse
- 3) Te encuentras en pleno "estiron"
- 4) Ya está completo.

10.- Tienes vello en tus axilas:

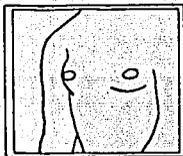
- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho



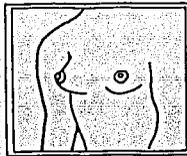
11.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niña. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que refleje más tu desarrollo actual marcando con una cruz (X) la letra correspondiente.



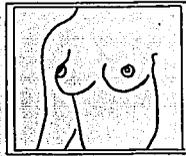
(A)



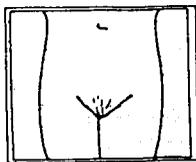
(B)



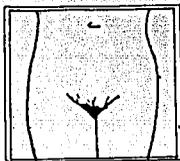
(C)



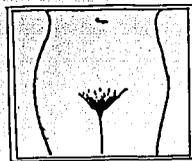
(D)



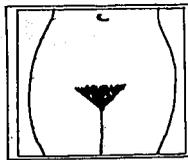
(A)



(B)



(C)



(D)

12.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niña. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge la figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.



(A)



(B)



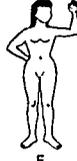
(C)



(D)



(E)



(F)

TESIS CON  
FALLA EN EL  
EN

### SECCIÓN B

En la siguiente sección encontraras preguntas relacionadas con hábitos alimentarios. Te recordamos que no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona es diferente. Por favor, señala con una cruz (X), la frecuencia con que realizas lo que se menciona en cada enunciado, considerando la siguiente clave:

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas Veces	4 Siempre
1.- Tus alimentos los consumes en tu casa	1	2	3	4
2.- Cuidas que tu dieta sea nutritiva	1	2	3	4
3.- Inquieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso	1	2	3	4
4.- Acostumbras realizar tus tres comidas (desayuno, comida, cena)	1	2	3	4
5.- Comes lo que es bueno para tu salud	1	2	3	4
6.- Si no ves la comida te la puedes pasar sin comer	1	2	3	4
7.- Para consumir tus alimentos te tomas entre 20 y 30 minutos	1	2	3	4
8.- Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra (pan integral, All Bran y frutas con cáscara)	1	2	3	4
9.- Evitas comer alimentos "engordadores" (pan dulce, pizza, frituras, chocolate, etc.)	1	2	3	4
10.- Acostumbras cenar o merendar	1	2	3	4
11.- Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	1	2	3	4
12.- Cuidas lo que comes para no subir de peso	1	2	3	4
13.- El ambiente a las horas de las comidas es tranquilo y agradable	1	2	3	4
14.- Comes con moderación (hasta sentirte satisfecho)	1	2	3	4
15.- Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no comes tu lunch o no cenas).	1	2	3	4
16.- Tus comidas las realizas a las mismas horas	1	2	3	4
17.- Procuras comer verduras	1	2	3	4
18.- Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	1	2	3	4
19.- Acostumbras tomar agua "natural" durante el día	1	2	3	4
20.- Te interesa saber lo que es una dieta adecuada	1	2	3	4
21.- Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	1	2	3	4
22.- Tus alimentos los consumes con tus padres	1	2	3	4
23.- Acostumbras desayunar	1	2	3	4
24.- Te la pasas "muriéndote" de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso	1	2	3	4
25.- Comes entre comidas (entre el desayuno y la comida y entre la comida y la cena)	1	2	3	4
26.- Tomas agua para quitarte el hambre	1	2	3	4

TESIS CON  
ENCUESTA EN

## SECCIÓN C

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones, y marca con una cruz (X) aquella opción que más se aproxime a tu manera de ser o de pensar. Te recordamos nuevamente que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues cada persona es diferente. Contesta lo más sinceramente posible.

1.- ¿ Qué peso te gustaría tener ?

- 1) Mucho más alto del que actualmente tengo
- 2) Más alto del que actualmente tengo
- 3) El mismo que tengo
- 4) Menor del que actualmente tengo
- 5) Mucho menor del que actualmente tengo

2.-Con respecto a lo que crees que sería tu peso adecuado, dirías que te encuentras:

- 1) Muy por abajo de él
- 2) Por abajo de él
- 3) Estas en tu peso adecuado
- 4) Por arriba de él
- 5) Muy por arriba de él

3.- En cuanto a tu estatura.

- 1) Me gustaría medir mucho más
- 2) Me gustaría medir un poco más
- 3) Me gusta la estatura que actualmente tengo
- 4) Me gustaría medir un poco menos
- 5) Me gustaría medir mucho menos

4.- Tú te consideras:

- 1) Muy delgada (Peso muy por abajo del normal).
- 2) Delgada (Peso por abajo del normal )
- 3) Ni gorda ni delgada (Con peso normal)
- 4) Gorda (Con sobrepeso)
- 5) Muy gorda (Obesa)

5.- Tu mamá te considera

- 1) Muy delgada (Peso muy por abajo del normal).
- 2) Delgada (Peso por abajo del normal.)
- 3) Ni gorda ni delgada (Con peso normal)
- 4) Gorda (Con sobrepeso).
- 5) Muy gorda (Obesa ).

6.- Engordar.

- 1) No te preocupa
- 2) Te preocupa poco
- 3) Te preocupa de manera regular
- 4) Te preocupa mucho
- 5) Te preocupa demasiado

TESIS CON  
FALLA EN EL EXAMEN

7.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener en este momento y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.



A  
( )



B  
( )



C  
( )



D  
( )



E  
( )



F  
( )

### SECCIÓN D

Esta sección contiene una serie de preguntas referidas a la influencia que la publicidad ejerce sobre las personas. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, comparte tus experiencias al contestar marcando con una cruz (X) la respuesta que consideres más adecuada.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- ¿ Te da envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otros deportistas?	1	2	3	4
2.- ¿ Te gusta que te digan que te ves delgada o esbelta ?	1	2	3	4
3.- ¿ Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas ?	1	2	3	4
4.- ¿ Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas, y la figura del cuerpo?	1	2	3	4
5.- ¿ Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión ?	1	2	3	4
6.- ¿ Llamam tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas ?	1	2	3	4
7.- ¿ Te gustaría tener el cuerpo como Britney Spears o Thalia?	1	2	3	4
8.- ¿ Llamam tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar?	1	2	3	4
9.- ¿ Te interesan los artículos , programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad ?	1	2	3	4
10.- ¿ Llamam tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura?	1	2	3	4
11.- ¿ Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma?	1	2	3	4
12.- ¿ Envía el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa ?	1	2	3	4

TRABAJO CON  
FALLA DE CREENCIAS

Código \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

El objetivo de esta investigación es conocer diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) **TANTO DE USTED COMO LA DE SU HIJO(A)**, para poder contribuir así al desarrollo de programas educativos cuya finalidad sea la de promover y mantener **ESTILOS DE VIDA SANOS**.

El logro de estos propósitos dependen de su **COOPERACIÓN**, que consiste en contestar completo el presente cuestionario y de la manera más verídica posible. Se le garantiza que toda la información proporcionada por usted será **TOTALMENTE CONFIDENCIAL**..

Por favor conteste con tinta roja o azul. Para cualquier duda puede dirigirse a la responsable de la investigación, a través de su hijo(a).

MUCHAS GRACIAS

MÉXICO D.F. OCTUBRE 2001

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por favor tache con una cruz (X) la opción que te corresponda:

1.- Grado que cursa su hijo(a):

- 1) Quinto grado ( )
- 2) Sexto grado ( )
- 3) Primero de secundaria ( )
- 4) Segundo de secundaria ( )

2.- La casa donde habita actualmente es:

- 1) Propia ( )
- 2) Rentada ( )
- 3) Se esta pagando ( )
- 4) De un familiar ( )
- 5) Otra ( )

3.- ¿Cuántas personas habitan donde usted vive?  
(incluyéndose usted)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

4.- ¿Cuántos cuartos hay en la casa donde vive?  
(no cuenta cocina y baño)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

5.- ¿De qué bienes y servicios disfruta en su casa?

- 1) Cuarto de baño (0) (1) (2) (3) (4)
- 2) Lavadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)
- 3) Horno de microondas (0) (1) (2) (3) (4)
- 4) Teléfono celular (0) (1) (2) (3) (4)
- 5) Televisión por cable (0) (1) (2) (3) (4)
- 6) Computadora personal (0) (1) (2) (3) (4)
- 7) Calentador de agua (0) (1) (2) (3) (4)
- 8) Secadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)
- 9) Línea telefónica (0) (1) (2) (3) (4)
- 10) Video grabadora (0) (1) (2) (3) (4)
- 11) Antena parabólica (0) (1) (2) (3) (4)
- 12) Fax (0) (1) (2) (3) (4)
- 13) Aspiradora (0) (1) (2) (3) (4)
- 14) Tostador de pan (0) (1) (2) (3) (4)
- 15) Persona de servicio de planta  
y/o entrada por salida (0) (1) (2) (3) (4)

6.- ¿Cuántos focos contando lámparas de techo,  
mesa y piso hay en su casa?

- 1) 3 o menos ( )
- 2) De 4 a 8 ( )
- 3) De 9 a 13 ( )
- 4) De 14 a 18 ( )
- 5) De 19 a 23 ( )
- 6) De 24 a 28 ( )
- 7) De 29 a 33 ( )
- 8) De 34 a 38 ( )
- 9) De 39 a 43 ( )
- 10) 43 o más ( )

7.- ¿Cuál es el máximo nivel de estudios?

- Nivel máximo de estudio
- 1) Sin instrucción ( )
  - 2) Primaria ( )
  - 3) Secundaria ( )
  - 4) Escuela normal ( )
  - 5) Carrera técnica ( )
  - 6) Bachillerato o vocacional ( )
  - 7) Licenciatura o normal superior ( )
  - 8) Posgrado ( )
  - 9) No lo se ( )

8.- ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales  
familiares, sin considerar impuestos?

- Equivalencia en pesos
- 1) Menos de 2,421 ( )
  - 2) De 2,421 a menos de 4,842 ( )
  - 3) De 4,842 a menos de 7,263 ( )
  - 4) De 7,263 a menos de 9,684 ( )
  - 5) De 9,684 a menos de 12,105 ( )
  - 6) Más de 12,105 ( )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### SECCIÓN A

En esta sección, aparecen una serie de aspectos relacionados con la salud física. Lea con cuidado y elija una opción por pregunta, marcándola con una X. Es importante que sepa que no hay respuestas buenas ni malas, pues cada persona es diferente.

1.- Su edad en años cumplidos es \_\_\_\_\_

2.- Actualmente su peso es \_\_\_\_\_ Kg.  
Si no conoce su peso exacto, escríbalo de manera aproximada.

3.- Su estatura es \_\_\_\_\_ m.  
Si no conoce su estatura exacta, escríbala de manera aproximada.

4.- Acostumbra pesarse:

- 1) Una vez al año
- 2) Cada 6 meses
- 3) Cada mes
- 4) Cada semana
- 5) Diariamente

5.- Actualmente practica algún deporte o actividad física

- 1) NO (pase a la pregunta 7)
- 2) SI (pase a la siguiente pregunta)

6.- Este deporte o actividad física es \_\_\_\_\_ y lo practica

- 1) Ocasionalmente
- 2) Una vez al mes
- 3) Los fines de semana o 2 veces a la semana
- 4) 3 a 5 veces por semana
- 5) Diariamente

7.- Durante los últimos seis meses:

- 1) Subió de peso
- 2) Bajó de peso
- 3) No hubo cambios en su peso corporal
- 4) No sabe

8.- ¿ A qué edad comenzó a menstruar? \_\_\_\_\_  
Si no lo recuerda con exactitud de un dato aproximado.

9.- ¿ En los últimos 6 meses ha tenido problemas con su menstruación?

- 1) NO (pase a la pregunta 11)
- 2) SI ( si ha tenido problemas pase a la siguiente pregunta)

10.- Estos problemas han sido:

- 1) Cólicos
- 2) Retrasos
- 3) Irregularidades (un mes sí otro no)
- 4) Sangrado abundante
- 5) Problemas por la menopausia (antes o después de tenerla)
- 6) Amenorrea (ausencia de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos).

11.- Actualmente existen muchas técnicas para bajar o mantener el peso corporal, por favor señale con una X, la frecuencia con que practica o ha practicado, durante los últimos 3 meses alguna o algunas de las siguientes acciones.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- Ejercicio (10 o más horas semanales)	1	2	3	4
2.- Dejar de desayunar	1	2	3	4
3.- Tomar algo que quite el hambre (pastillas, cápsulas)	1	2	3	4
4.- Tomar diuréticos (tes, gotas o pastillas para eliminar agua)	1	2	3	4
5.- Laxantes y/o purgantes	1	2	3	4
6.- Productos comerciales (Fataché, Fat away, etc.)	1	2	3	4
7.- Ayunos	1	2	3	4
8.- Consumir productos dietéticos (light)	1	2	3	4
9.- Dejar de cenar	1	2	3	4
10.- Vomitar	1	2	3	4
11.- Tomar medicamentos homeopáticos o naturopáticos	1	2	3	4
12.- Beber agua durante todo el día	1	2	3	4

12.- ¿Qué peso le gustaría tener?

- 1) Mucho más alto del que actualmente tiene.
- 2) Más alto del que actualmente tiene.
- 3) El mismo que tiene
- 4) Menor del que actualmente tiene
- 5) Mucho menor del que actualmente tiene

13.- Con respecto a lo que cree que sería su peso recomendable, diría que se encuentra:

- 1) Muy por abajo de él
- 2) Por abajo de él
- 3) Esta en su peso recomendable
- 4) Por arriba de él
- 5) Muy por arriba de él.

14.- De acuerdo con la siguiente escala, se considera:

- 1) Muy delgada (peso muy por abajo del normal)
- 2) Delgada (peso por abajo del normal)
- 3) Ni gorda ni delgada (con peso normal)
- 4) Gorda (con sobrepeso)
- 5) Muy gorda (obesa)

15.- Engordar:

- 1) No le preocupa.
- 2) Le preocupa poco
- 3) Le preocupa de manera regular
- 4) Le preocupa mucho
- 5) Le preocupa demasiado

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

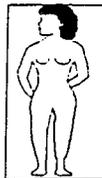
16.- Observe cuidadosamente las siguientes siluetas o figuras. Cada una tiene una letra, escoja aquella (sólo una) que más se parezca o más se aproxime a su figura corporal y marque con una X la letra correspondiente.



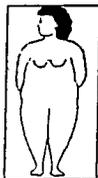
(A)



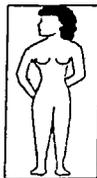
(B)



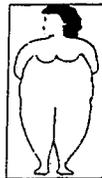
(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### SECCIÓN B

En la siguiente sección encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con sus hábitos alimentarios. Le recordamos que no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona es diferente. Por favor, conteste todas las afirmaciones lo más sinceramente posible, con base a la siguiente clave, señalando con una X su respuesta:

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1 - Paso por periodos en los que como con exceso	1	2	3	4
2 - Comer me provoca sentimientos de culpa	1	2	3	4
3 - Cuido que mi dieta sea nutritiva	1	2	3	4
4 - Tengo temporadas en las que matenamente "me mato de hambre"	1	2	3	4
5 - Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	1	2	3	4
6 - Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas con el proposito de cuidar mi peso	1	2	3	4
7 - Como lo que es bueno para mi salud	1	2	3	4
8 - Me gusta la sensación de estómago vacío	1	2	3	4
9 - No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me de bene	1	2	3	4
10 - Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos "engordadores"	1	2	3	4
11 - Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	1	2	3	4
12 - Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	1	2	3	4
13 - Siento que mi forma de comer se sale de mi control	1	2	3	4
14 - Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	1	2	3	4
15 - Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	1	2	3	4
16 - Estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	1	2	3	4
17 - Una vez que empiezo a comer difícilmente puedo detenerme	1	2	3	4
18 - Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	1	2	3	4
19 - Como con moderación	1	2	3	4
20 - Me la paso "muriendome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	1	2	3	4
21 - No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	1	2	3	4
22 - Evito comer las tortillas y el pan para mantenerme delgada	1	2	3	4
23 - Procuro comer verduras	1	2	3	4
24 - "Penetrezco al cibi" de las que para controlar su peso se saltan comidas	1	2	3	4
25 - Siento que no puedo parar de comer	1	2	3	4
26 - Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	1	2	3	4
27 - Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	1	2	3	4
28 - Difícilmente pierdo el apetito	1	2	3	4
29 - Me preocupo constantemente por la comida	1	2	3	4
30 - Como sin medida	1	2	3	4
31 - Procuro realizar mis tres comidas	1	2	3	4
32 - Me deprimo cuando como demás	1	2	3	4
33 - Soy de las que se hartan (se llenan de comida)	1	2	3	4
34 - Como cuando siento hambre	1	2	3	4
35 - Cuando estoy acompañada como poco, pero cuando estoy sola me atasco de comida	1	2	3	4
36 - Como más de lo que la mayoría de la gente come	1	2	3	4
37 - Como lo que es bueno para mi salud	1	2	3	4
38 - Los problemas se les de quitarme el apetito me lo incrementan	1	2	3	4
39 - Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	1	2	3	4
40 - Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	1	2	3	4
41 - Tengo control sobre mi manera de comer	1	2	3	4
42 - Me avergüenzo de comer tanto	1	2	3	4
43 - Sueño comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero como mucho, o no desayuno ni como, pero como mucho)	1	2	3	4

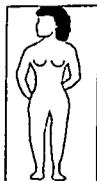
TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

El siguiente grupo de preguntas se refieren a la influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay respuestas "buenas" ni "malas". Tan solo ha de reflejar sus experiencias en este terreno. Contestte marcando con una X la respuesta que más se adecue a usted. Agradeceremos su sinceridad y recuerde que sus respuestas son CONFIDENCIALES.

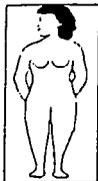
	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- Cuando está viendo una película, ¿mira a las actrices fijándose especialmente en si son gordas o delgadas?	1	2	3	4
2.- Cuando come con otras personas, ¿se fija en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	1	2	3	4
3.- ¿Envidia el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de muchachas que practican gimnasia rítmica?	1	2	3	4
4.- ¿Le angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que le han quedado pequeñas o estrechas?	1	2	3	4
5.- ¿Llaman su atención los comerciales de televisión que anuncian productos para adelgazar?	1	2	3	4
6.- ¿Llaman su atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos para adelgazar?	1	2	3	4
7.- ¿Siente deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ve un anuncio dedicado a ellas?	1	2	3	4
8.- ¿Le angustia (por verse gordita) el contemplar su cuerpo en un espejo o en un aparador?	1	2	3	4
9.- Cuando va por la calle, ¿se fija en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	1	2	3	4
10.- ¿Ha hecho régimen para adelgazar alguna vez en su vida?	1	2	3	4
11.- ¿Llaman su atención los anuncios de productos para adelgazar que aparecen en las revistas?	1	2	3	4
12.- ¿Envidia la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	1	2	3	4
13.- ¿Le angustia que le digan que está "lientita", "gordita", "redondita", o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	1	2	3	4
14.- ¿Le atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	1	2	3	4
15.- ¿Le angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	1	2	3	4
16.- ¿Le interesan los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	1	2	3	4
17.- ¿Le angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	1	2	3	4
18.- ¿Le interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazar o el control de la obesidad?	1	2	3	4
19.- ¿Algunas de sus amigas o compañeras están angustiadas o muy preocupadas por su peso o por la forma de su cuerpo?	1	2	3	4
20.- ¿Siente deseos de seguir una dieta para adelgazar cuando ve u oye un anuncio dedicado a esos productos?	1	2	3	4
21.- ¿Envidia la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen para adelgazar?	1	2	3	4
22.- ¿Siente deseos de usar una crema o jabón para adelgazar cuando oye o ve anuncios dedicados a esos productos?	1	2	3	4
23.- ¿Cree que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	1	2	3	4
24.- ¿Le atraen las fotografías y anuncios de muchachas con trajes de baño o ropa interior, y piensa me gustaría estar como ellas?	1	2	3	4
25.- ¿Llaman su atención los anuncios de productos laxantes?	1	2	3	4
26.- Si la invitan a un restaurante o a una comida colectiva, ¿le preocupa la cantidad de comida que puede verse obligada a comer?	1	2	3	4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

27.- Observe cuidadosamente las siguientes siluetas o figuras. Cada una tiene una letra, escoja la figura (sólo una) que más le gustaría tener y marque con una X la letra correspondiente.



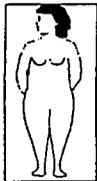
(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

PRUEBA DE FALSA EN  
PRUEBA CON