

01921
69



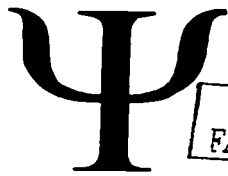
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"RELACION ENTRE LOCUS DE CONTROL
Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA
ALIMENTARIA"

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ITZEL FLORES CRUZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
COMITE: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ
MTRA. MARIA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO
JHONEM BARRAGAN TORRES
MTRA. GILDA JOYA LAUREANO
AUTONOMA DE MEXICO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



OCTUBRE DE 2003

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA

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.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a la Universidad Nacional Autónoma de México por enriquecer mi vida en tantos sentidos, por permitirme crecer como profesionista y como persona, por abrirme las puertas a una vida distinta. Por hacerme más humana y más crítica. Por recibirme como en casa.

Así mismo, quiero dar las gracias a los miembros que conforman el jurado. Gracias por su tiempo, su apoyo y sus aportaciones:

Dra. Lucy Reidl Martínez

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

Mtra. Luz María Javiedes Romero

Lic. Noemí Barragán Torres

Mtra. Lilia Joya Laureano

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enviar a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a digitalizar en formato electrónico e imprimir el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Lucy Flores Cruz

FECHA: 16 oct -03
Def. Juez

DEDICATORIAS

A mi abuelo:

Aunque ya no estés con nosotros, siempre admiré la tenacidad con que hacías las cosas, gracias por ese gran ejemplo.

A mi abue:

Por ser el mayor ejemplo de sabiduría, amor y fuerza que he tenido. Por ser el gran ser humano que eres y por el inmenso amor con el que me has colmado y cuidado.

A mi mamá:

Por todo el amor y apoyo incondicional que he recibido de ti, por ser un ejemplo de fuerza y perseverancia. Por que lo que soy ahora en gran parte es gracias a ti.

A mi papá:

Por estar a mi lado y procurarme siempre lo mejor. Por tu inmenso cariño. Gracias.

A mi hermano:

Por los momentos de risa y pelea, por estar cuando te he necesitado. Por la vida que hemos compartido juntos. Gracias

A Raquel:

Por alegrar muchos momentos, por el apoyo y la escucha que sé puedo encontrar en ti.

A Elo:

Porque de tu sensibilidad he aprendido mucho. Por los ejemplos que me has dado al ejercer tu vida. Gracias.

A Claudia:

Por caminar conmigo y demostrarme la certeza de tu presencia. Porque esto que hemos construido es grande y lo vivo como una bendición.

A Tannia:

Por las mutuas confianzas, por los pequeños y grandes momentos. Por contagiarme con tu óptica a través de la cuál ves la vida como algo ligero.

A Arletta:

Por esos sentirse encontrados, reencontrados en algún lado que han hecho que ese "poco" sea realmente grande.

A Germán:

Por compartir ese salir un tanto de lo cotidiano, por estar y hacerme refr. Gracias.

A Anix Brown: Por compartir conmigo un momento tan lindo e importante. Por ayudarme a pisar tierra cuando comenzaba a despegarme de ella.

A papá Gerardo: Por tu cariño sincero, por procurarme y echarme porras. Por la gran confianza depositada. Gracias.

Al Heitor: Por ser como eres, por tu amistad y tu negro sentido del humor.... te extraño...

A Vios, Yolox y Andrea: por los gratos momentos compartidos y todo lo demás...

A Carlos: ... por los instantes... todos y cada uno de ellos... gracias...

A Christophe: ...cause when stars look tiny it is due to eyes, not to stars...

A todos aquellos que han pasado y me han dejado una parte... con la que me he construido, renovado, revivido.

Gracias

Itzel

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I. ADOLESCENCIA	
1.1 Desarrollo físico.....	4
1.2 Características sexuales primarias y secundarias.....	5
1.2.1 Maduración sexual masculina.....	6
1.2.2 Maduración sexual femenina.....	6
1.3 Cambios cognoscitivos.....	8
1.4 Desarrollo psicosocial.....	10
1.4.1 Familia.....	11
1.4.2 Compañeros, amigos y medio social.....	12
1.4.3 Escuela.....	14
1.5. Identidad.....	14
CAPITULO II. ANOREXIA Y BULIMIA	
2.1 Definición	18
2.2 Anorexia y bulimia nervosa.....	18
2.3 Factores de los trastornos de la conducta alimentaria.....	20
2.3.1 Factores predisponentes.....	20
2.3.2 Factores precipitantes.....	20
2.3.3 Factores de mantenimiento.....	21
2.4 Prevalencia.....	
2.4.1 Anorexia.....	21
2.4.2 Bulimia.....	22
2.5 Curso.....	
2.5.1 Anorexia.....	22
2.5.2 Bulimia.....	23
2.6 Características de personalidad.....	
2.6.1 Anorexia.....	23
2.6.2 Bulimia.....	25
2.7 Consecuencias médicas.....	
2.7.1 Anorexia.....	26
2.7.2 Bulimia.....	27
2.8 Características cognoscitivas.....	28
2.9 Características conductuales.....	30
2.10 Patrón familiar.....	30
2.11 Factores socioculturales.....	32
2.12 Anorexia Nervosa (DSM-IV)	
2.12.1 Criterios diagnósticos.....	34
2.12.2 Características diagnósticas.....	34
2.12.3 Subtipos.....	36
2.12.4 Diagnóstico diferencial.....	36
2.13 Bulimia Nervosa (DSM-IV)	
2.13.1 Criterios para el diagnóstico.....	37
2.13.2 Características diagnósticas.....	38
2.13.3 Subtipos.....	40
2.13.4 Diagnóstico diferencial.....	40

2.14 Anorexia Nervosa (CIE-10)	
2.14.1 Pautas para el diagnóstico.....	41
2.14.2 Diagnóstico diferencial.....	42
2.15 Bulimia Nervosa (CIE-10)	
2.15.1 Pautas para el diagnóstico.....	43
2.15.2 Diagnóstico diferencial.....	44
CAPITULO III. FACTORES DE RIESGO	
3.1 Imagen corporal.....	45
3.1.1 Satisfacción- insatisfacción con la imagen corporal.....	49
CAPITULO IV. LOCUS DE CONTROL	
4.1 Investigaciones.....	63
4.1.1 Control externo-interno relacionado con la estructura de la tarea.....	63
4.1.2 Personalidad.....	64
4.1.3 Control interno-externo y adaptación.....	65
4.1.4 Ansiedad.....	66
4.1.5 Intentos de controlar el ambiente.....	67
4.1.6 Orientación al logro.....	68
4.1.7 Reacción a estímulos sociales.....	69
4.1.8 Reacción ante la amenaza.....	70
4.1.9 Control percibido.....	71
4.1.10 Diferencias entre grupos étnico y clases sociales.....	73
4.1.11 Diferencias por sexo y edad.....	73
4.1.12 Conducta alimentaria.....	74
CAPITULO V. AUTOATRIBUCIÓN	
Autoatribución.....	79
CAPITULO VI. MÉTODO	
6.1 Plan de investigación.....	84
6.1.1 Objetivo.....	84
6.1.2 Problema general de investigación.....	84
6.1.3 Problemas específicos.....	84
6.1.4 Planteamiento de hipótesis de trabajo.....	84
6.1.5 Definición de variables.....	85
6.1.5.1 Definición conceptual de las variables.....	87
6.1.5.2 Definición operacional.....	85
6.1.6 Tipo y diseño de investigación.....	87
6.1.6.1 Muestra.....	88
6.1.6.2 Instrumentos y aparatos.....	88
6.1.7 Procedimiento.....	89
CAPITULO VII. RESULTADOS	
7.1 Descripción de la muestra.....	91
7.1.1 Tabla 1.....	91
7.1.2 Tabla 2.....	91
7.1.2 Figura 1.....	92
7.1.3 Figura 2.....	92
7.1.4 Figura 3.....	93

7.2 Descripción de las variables de estudio.....	94
7.2.1 Figura 4.....	94
7.2.2 Figura 5.....	94
7.2.3 Figura 6.....	95
7.2.4 Figura 7.....	95
7.2.5 Figura 8.....	96
7.2.6 Figura 9.....	96
7.2.7 Figura 10.....	97
7.2.8 Figura 11.....	97
7.2.9 Figura 12.....	98
7.2.10 Figura 13.....	98
7.2.11 Figura 14.....	99
7.2.12 Figura 15.....	99
7.2.13 Figura 16.....	100
7.2.14 Figura 17.....	100
7.2.15 Figura 18.....	101
7.3 Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos.....	102
7.3.1 Tabla 3.....	103
7.3.2 Tabla 4.....	103
7.3.3 Tabla 5.....	104
7.3.4. Tabla 6.....	105
7.3.5 Tabla 7.....	105
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS	116
ANEXO 1	
ANEXO 2	

RESUMEN

El propósito del presente estudio¹ fue determinar si existe relación entre la variable locus de control (LC) y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. Para tal efecto se trabajó con una muestra de adolescentes no probabilística con una N= 100, la cual se subdividió en cuatro grupos: hombres con locus de control externo (LCE), hombres con locus de control interno (LCI), mujeres con LCE y mujeres con LCI, de una preparatoria pública del D.F. con un rango de edad de 14 a 18 años. Se aplicó un instrumento de alimentación y salud para explorar las variables relacionadas con la imagen corporal y la conducta alimentaria. Así mismo se aplicó una escala de locus de control. El estudio fue de tipo exploratorio con un diseño de cuatro muestras con observaciones independientes. Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la variables sexo y alteración de la imagen corporal, seguimiento de dieta restrictiva y preocupación por el peso y la comida. En relación con la variable LC, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre esta variable y seguimiento de dieta restrictiva y autoatribución. También pudo comprobarse que son las mujeres y en especial las mujeres con LCE, las que resultan estar en mayor riesgo.

¹ Este estudio forma parte del proyecto de investigación titulada "Desarrollo de estrategia para la intervención en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria" Proyecto No. IN301501 financiado por el Programa de Apoyos a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

INTRODUCCIÓN

El interés de la presente investigación, reside en la importancia de evaluar y conocer aspectos relacionados a nivel psicológico- social, de las variables locus de control y autoatribución, y entender cómo influyen en el equilibrio tanto físico como mental del ser humano. Los estudios hasta ahora llevados a cabo en éste ámbito, en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, no son concluyentes y demandan mayor investigación al respecto; es por ello que se decidió indagar sobre las variables antes mencionadas, con el propósito de ampliar y generar la información necesaria para entrar en una dinámica de prevención, más que de tratamiento de un problema ya instaurado.

El motivo que nos llevó a trabajar con una muestra de adolescentes es la alta incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria durante esta etapa de la vida, durante la cual se atraviesa por un periodo especialmente difícil, debido a los cambios que se suscitan a diario en sus cuerpos, su ámbito familiar, escolar, cognoscitivo y social, implicando esto, un desbalance o desequilibrio que representa un riesgo, ya que se encuentran más vulnerables a la influencia de agentes externos que no son siempre los más positivos, en este caso hablamos de los medios de comunicación que resaltan la figura esbelta como estándar de belleza, rindiendo culto a un cuerpo casi esquelético, casi sin vida.

En este sentido es de gran relevancia detectar posibles factores de riesgo relacionados tanto con los hábitos de la conducta alimentaria como con el factor psicológico-emocional, que tiene que ver con la percepción que la persona tiene de sí misma y su sentir hacia ella (imagen corporal).

Debido a la importancia de esta temática se revisó en el capítulo I, aspectos relacionados con la adolescencia y los cambios por los que se atraviesa a través de la misma; en el capítulo II se ahonda en la temática de los trastornos de la conducta alimentaria y su respectiva sintomatología; en el capítulo III se abordan los factores de riesgo relacionados con estos trastornos; en el capítulo IV se hace referencia al locus de control y los diversos estudios llevados a cabo para conocer las características de las personas con locus de control interno (LCI) y locus de control externo (LCE) y por último, en el capítulo V se indaga sobre lo que es la autoatribución desde diversas teorías.

ADOLESCENCIA

La palabra "adolescencia" deriva de la voz latina *adolescere*, que significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez". Sociológicamente, la adolescencia es el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Psicológicamente, es una "situación marginal" en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones; aquellas que, dentro de una sociedad dada, distinguen la conducta infantil del comportamiento adulto. Cronológicamente, es el lapso que comprende desde aproximadamente los doce o trece años hasta los primeros de la tercera década, con grandes variaciones individuales y culturales (Muuss, 1995).

Las palabras "pubertad" y "pubescencia" se derivan de las voces latinas *pubertas*, "la edad viril", y *pubescere*, "cubrirse de pelo", "llegar a la pubertad". Ausubel (1954, citado en Muuss, 1995) empleó el vocablo "pubescencia" con sentido más restringido, exclusivamente referido a los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual. Adolescencia se refiere a un concepto más amplio, más lato, que abarca también los cambios de conducta y de estrato social. La pubescencia es el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras; es filogenética e incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así como la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios. La pubescencia corresponde, pues, al período de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora. Esos cambios se producen en un lapso de aproximadamente dos años. Es probable que, con excepción del nacimiento, no haya otro período en la vida humana en el que se produzca una transición de tanta importancia. Si bien es cierto que los cambios fisiológicos se producen en todas las edades, durante ese período la velocidad de cambio es inmensamente mayor que en los años anteriores y posteriores. (Ausubel, 1954, citado en Muuss, 1995)

La adolescencia es un período de transición, un tiempo de cambio de una fase de la vida a otra. Durante la adolescencia se considera a toda conmoción como algo normal, teniendo en cuenta que sería anormal la presencia de un equilibrio estable durante este proceso. La adolescencia está caracterizada por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. Se da una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. La adolescencia debe ser tomada como un proceso universal de cambio, de desprendimientos, pero que se teñirá con connotaciones peculiares a cada cultura que lo favorecerán o dificultarán según la circunstancia (Aberastury, 1989).

DESARROLLO FÍSICO

Los cambios biológicos de la pubertad, que señalan el fin de la niñez, originan el aumento rápido de la estatura y el peso, la modificación de las proporciones y las formas del cuerpo y la llegada de la madurez sexual. Estos cambios drásticos forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que comienza aún antes de nacer, y cuyas ramificaciones psicológicas continúan en la edad adulta (Papalia, 2001).

Durante la adolescencia se da una notable aceleración en el ritmo de crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de grasa en el cuerpo y la masa muscular; así como el crecimiento y la maduración de los órganos sexuales. Algunos cambios ocurren en niños y niñas – mayor estatura, fuerza y vigor- pero la mayoría son específicos de cada sexo (Papalia, 2001).

El crecimiento de hombres y mujeres es diferente. Las dimensiones de los hombres son mayores en todo: sus hombros son más amplios, las piernas son más largas en relación con el tronco y sus antebrazos son más largos en relación con las extremidades superiores y su estatura. La pelvis de una mujer se ensancha para que el parto sea más fácil; las capas de grasa se apilan justo debajo de la piel dándole una apariencia más redondeada. Este crecimiento afecta prácticamente todas las dimensiones de los músculos y del esqueleto; el crecimiento muscular llega al máximo a los doce años y medio en las mujeres y catorce y medio en los hombres. La mandíbula inferior es más larga y mas gruesa, la mandíbula superior y la nariz se proyectan más y los dientes incisivos son más salientes. Debido a que cada uno de esos cambios tiene su propio cronograma, las partes del cuerpo pueden parecer desproporcionadas durante algún tiempo (Papalia, 2001).

Todos estos cambios físicos están controlados por hormonas, sustancias bioquímicas que envían un mensaje poderoso y sumamente especializado a células y tejidos concretos del organismo. Son producidas por las glándulas endocrinas, que utilizan los vasos sanguíneos para transportar sus productos hormonales hasta las células. Existen diversos sistemas endocrinos interrelacionados; uno es el sistema gonadal, que incluye los testículos en los hombres, y los ovarios en las mujeres; otro es el sistema suprarrenal y un tercero es el del hipotálamo, que inicia los procesos de crecimiento y reproducción y la hipófisis, que produce diversas variedades de hormonas, incluyendo la del crecimiento, que controla el desarrollo general del cuerpo. Las hormonas también pueden producirse por otros tejidos corporales o por transformaciones bioquímicas que suceden en el organismo (Kimmer y Weiner, 1998). Todo este delicado y complejo balance de hormonas tiene efectos lo mismo físicos que emocionales en los adolescentes (Craig, 1997).

Las gónadas producen hormonas que circulan en el torrente sanguíneo a las que, debido a sus efectos sobre los ciclos reproductores y la maduración sexual, se las conoce como hormonas sexuales. La liberación de hormonas sexuales por las gónadas está controlado por otro grupo de hormonas, las hormonas **gonadotrópicas**, producidas por la hipófisis. Estas hormonas gonadotrópicas son la hormona **foliculo-estimulante (FSH)** y la **hormona luteinizante (LH)**. La hipófisis es estimulada por el hipotálamo (parte del cerebro localizada encima de la hipófisis) para producir hormonas gonadotrópicas. Mediante un sistema de feedback complejo estos tejidos transmiten mensajes en un sentido y otro para estimular o inhibir la producción de hormonas sexuales por parte de las gónadas. Existen tres tipos de hormonas sexuales producidas en el organismo tanto en hombres como en mujeres: **andrógenos, estrógenos y progestinas**. Normalmente nos referimos a los andrógenos como las hormonas sexuales masculinas; su forma más importante es la testosterona. Los estrógenos y las progestinas se conocen por lo general como las hormonas sexuales femeninas; la progesterona es la forma más importante de progestinas. Hombres y mujeres tienen diferentes cantidades de cada una de esas hormonas, pero las tres circulan por el torrente sanguíneo en ambos géneros (Kimmer y Weiner, 1998).

Características sexuales primarias y secundarias

Las características sexuales primarias son los órganos para la reproducción. En las mujeres, los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina; en los hombres, los testículos, el pene, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática. Durante la pubertad, estos órganos crecen y maduran. En los hombres el primer signo de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto. En las mujeres, el crecimiento de las características sexuales primarias no es tan evidente porque sus órganos son internos. Las características sexuales secundarias son señales fisiológicas de madurez sexual que no involucran directamente los órganos sexuales. Otras características secundarias son los cambios de voz y en la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello corporal, axilar, facial y púbico (Papalia, 2001).

Los sexos se desarrollan a distintos ritmos. En promedio las niñas dan el estirón y pasan por otros cambios biológicos de la pubescencia unos dos años antes que los niños. Pero hay grandes variaciones en las tasas de desarrollo entre los miembros del mismo sexo. Una vez que la maduración sexual ha comenzado, progresa en un orden constante (Craig, 1997).

Maduración sexual masculina.

Detrás del estrón, el segundo cambio biológico más importante es el desarrollo del sistema reproductor. En los hombres, el primer indicio de la pubertad es el crecimiento acelerado de testículos y escroto. En los testículos, la FSH estimula el crecimiento de los túbulos seminíferos que producen el esperma; la LH estimula la producción de testosterona. Los andrógenos, en forma de testosterona, alrededor de un año después fomentan el crecimiento del pene, la próstata (que fabrica el líquido seminal), las vesículas seminales (los tubos que almacenan temporalmente el semen), el conducto deferente (que transmite el esperma desde los testículos hasta el conducto eyaculatorio) y el epidídimo (tubos que recogen el esperma del escroto) (Kimmer y Weiner, 1998). Entre ambos sucesos comienza a parecer el vello púbico, pero no cumple su despliegue completo sino hasta la culminación del desarrollo genital. La primera emisión seminal puede suceder tan pronto como a los 11 años y tan tarde como a los 16, ésta suele ocurrir en la etapa de crecimiento rápido, durante la masturbación o en un "sueño húmedo". El cambio de voz acontece tarde en la secuencia de los cambios de la pubertad, y en muchos los hace tan paulatinamente que no alcanza a ser un hito del desarrollo (Tanner, 1978, citado en Craig, 1997).

Maduración sexual femenina.

En las niñas, los "brotos del pecho" suelen ser, aunque no siempre, la primera señal de que la pubertad ha comenzado. Hay un simultáneo desarrollo del útero y la vagina, con alargamiento de los labios y el clitoris. La progesterona y los estrógenos desempeñan un papel vital en el desarrollo de las glándulas mamarias durante la pubertad, también parecen estar implicadas en los cambios cíclicos de temperatura y en la secreción de LH durante el ciclo menstrual. De igual manera, los estrógenos estimulan la feminización de los contornos del cuerpo y, junto a la progesterona y la FSH, dan origen al funcionamiento del sistema reproductor, incluyendo la primera menstruación o menarquia (Ville, 1975, citado en Kimmer y Weiner, 1998).

La menarquia, que es con toda probabilidad el más dramático y simbólico suceso del nuevo estado de la niña, de hecho ocurre tarde en la secuencia, después del punto más alto del estrón. La menarquia aparece tan pronto como a los nueve años y medio o incluso hasta los 16 y medio. En general, la menarquia sucede cuando la niña casi ha alcanzado su estatura de persona adulta y ha logrado acumular una mínima cantidad de grasa corporal. (Craig, 1997). El momento de la menarca puede ser afectado por la combinación de influencias genéticas, físicas, emocionales y ambientales (Papalia, 2001). En casi la mitad de las adolescentes, la menstruación está acompañada de cólicos (Wildholm, 1985, citado en Craig, 1997) y también pueden ser un problema la tensión premenstrual

y sus síntomas asociados: irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos, etc.

Las modificaciones morfológicas experimentadas tanto en niños como en niñas al final del período infantil están provocadas fundamentalmente por una secreción diferente de hormonas. La GH (hormona del crecimiento) y la tiroidea provocan, por una parte, la maduración de los cartilagos de la epifisis y el aumento del tamaño celular. Las proporciones del cuerpo que hasta entonces diferían de modo discreto en varones y mujeres comienzan a divergir dimensionalmente y morfológicamente. Junto a la adquisición de los caracteres sexuales secundarios es notorio en ambos sexos un crecimiento más rápido de las extremidades y el cuello respecto del tronco. En relación a las cinturas (escapular y pelviana), acontece un cambio marcado diferencial en el varón y en la joven. En ellos el crecimiento preferencial está orientado en el ensanchamiento de hombros (troncos trapezoidales) y en las niñas el mayor aumento se produce en la región pélvica (troncos rectangulares). En esta etapa la composición corporal sufre una diferente redistribución; así, los varones se vuelven más delgados y angulosos y aumenta su masa muscular de manera notoria. En las adolescentes, por el contrario, existe un aumento de tejido adiposo subcutáneo en prácticamente la totalidad del cuerpo, si bien es especialmente notorio en caderas, muslos y nalgas, pechos y antebrazos (Prado, 1998).

La siguiente tabla resume los cambios físicos característicos de esta época:

Características femeninas

- Crecimiento de los senos
- Crecimiento de vello púbico
- Crecimiento corporal
- Menarca
- Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas

Características masculinas

- Crecimiento de testículos y saco escrotal
- Crecimiento de vello púbico
- Crecimiento corporal
- Crecimiento del pene, la glándula prostática y la vesícula seminal
- Cambio de voz

- Primera eyaculación
- Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (Papalia, 2001).

CAMBIOS COGNOSCITIVOS

Durante la adolescencia otra de las áreas que conlleva un cambio importante es la relativa a las funciones y el desarrollo cognoscitivo. Cognición es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimientos acerca del mundo. Entre estos procesos se cuentan los de percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria (Horrocks, 1990).

Vygotsky (1934, citado en Horrocks, 1990) identificó tres etapas en el desarrollo cognoscitivo, la última de las cuales (formación de conceptos) surge durante la adolescencia, aunque aparecen formas preliminares de ella en etapas anteriores. Este autor escribió "un concepto sólo surge cuando los rasgos abstraídos se sintetizan nuevamente, y la síntesis abstracta resultante se convierte en el principal instrumento de la mente" (pp.100).

Elkind (1966, citado en Horrocks, 1990) establece que el pensamiento adolescente no sólo tiene una mayor complejidad lógica, sino que también es más flexible y mutable. La estructura cognitiva adolescente constituye un complejo entramado de esquemas sensorimotores, esquemas cognitivos y operaciones lógicas, que le permiten poseer una imagen del mundo consistente en sí misma y relativamente permanente. Esta imagen mental explicativa del mundo, que posee el adolescente, ha sido construida a lo largo de todo su desarrollo ontogenético. La mayoría de los datos perceptivos que ahora llegan a su sistema, encajarán perfectamente sin mayores problemas, y si no encajan habrá que reorganizar el sistema. En este sentido se puede decir que ahora, al adolescente, subordina los datos sensoriales a los razonamientos lógicos inherentes a su estructura cognitiva (Lara, 1998).

En la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, el sello del cambio cognoscitivo de la adolescencia es la aparición del pensamiento operacional formal, durante esta etapa el niño ya no tiene que restringirse a los datos que percibe de su ambiente inmediato, temporal y espacial. El periodo de operaciones formales, anunciado por un desequilibrio que rompe el balance cognoscitivo previo, lleva al adolescente más allá de la experiencia personal y le permite basar sus hipótesis en hechos no observados y no experimentados. Ahora puede manejar la información más allá de las

barreras espaciales y temporales en términos probabilísticos y, si lo desea, puede reconstruir la realidad. Por lo tanto durante este período, el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Se da cuenta de que lo posible contiene a lo real, y ya posee la capacidad para razonar de manera hipotético-deductiva. Es decir, su pensamiento se ha vuelto proposicional y ahora puede interrelacionar proposiciones (Horrocks, 1990).

Inhelder y Piaget (1958, citado en Horrocks, 1990) han demostrado que la necesidad es una característica importante del pensamiento formal. El adolescente no se conforma con causas suficientes, busca causas necesarias; como resultado, percibe mejor las relaciones que el niño que se encuentra en la etapa de operaciones concretas. El adolescente puede simbolizar. En esta etapa, las palabras son multipotenciales porque pueden simbolizar a otros símbolos. Por ejemplo, el adolescente puede manejar la metáfora, y dedica un tiempo considerable, con un gran placer más o menos inocente, a los juegos de doble significado, tanto en palabras como en bromas. Además, ya puede dedicarse a la labor de autoestructuración, empleando algunos aspectos de sí mismo como símbolos de otros aspectos, o incluso utilizándose a sí mismo como símbolo de su propia persona. Un adolescente puede aceptar cierta premisa acerca del futuro y comportarse activamente en función de las suposiciones de la misma (Horrocks, 1990).

De acuerdo con Horrocks (1990) cuando el adolescente aprende los primeros conceptos acerca de acción social, acción política, u otros temas semejantes, por lo regular asume un punto de vista egocéntrico y narcisista. Cuando los adolescentes se encuentran en esta fase, se habla de un idealismo e intolerancia, así como de su creencia intensamente expresada de que de alguna manera, poseen la verdad eterna. A medida que se avanza y se logra la madurez, las áreas de egocentricidad tienden a reducirse, aunque antes de alcanzar la madurez cualquier nueva área que se introduzca tenderá a producir, hasta cierto grado, un comportamiento egocéntrico. Este estado de cosas va cambiando a medida que avanza el desarrollo; el pensamiento formal va madurando, lo que implica una cierta capacidad para conjugar más acertadamente las teorías con los hechos, para juzgar más acertadamente las posibilidades de realización de las diferentes hipótesis mentalmente concebidas. Además, el adolescente va realizando una paulatina inserción en el medio laboral, social y cultural, con lo que se le obliga a considerar otras perspectivas diferentes a las suyas, que le van apartando paulatinamente de esa excesiva confianza en sí mismo y en las ideas propias, característica de los primeros momentos de la adolescencia (Lara, 1998).

Inhelder y Piaget (1958; citado en Horrocks, 1990) observan que la transición a las operaciones formales surge de las presiones culturales y de la necesidad que tiene el adolescente de asumir papeles adultos y seguir el ejemplo y el pensamiento de éstos. Cuando así sucede, el ámbito conceptual del adolescente se amplía de manera importante hacia lo hipotético y hacia el futuro.

DESARROLLO PSICOSOCIAL

La socialización es un proceso a través del cual el individuo aprende e interioriza los diversos elementos de la cultura en la que se halla inmerso (valores, normas, códigos simbólicos y reglas de conducta), integrándolos en su personalidad con el fin de adaptarse en su contexto social. Las clases o tipos de socialización son:

- 1) **Socialización primaria.** Es la primera que el individuo realiza durante su infancia, y normalmente dentro de la familia. Se hace miembro de la sociedad al asimilar la cultura básica en su grupo, imitando e identificándose con las figuras mayores con las que mantiene lazos de sangre y/o afecto. En este proceso ontogenético realiza la interiorización de la realidad (Gerger y Lukman, 1989, citado en González, 1998).
- 2) **Socialización secundaria.** Se produce en otros grupos, normalmente secundarios o formales, a través de los cuales el individuo contacta con nuevas formas sociales, ampliando la visión de la realidad. Prolonga y completa la socialización primaria en el grupo de iguales, centro educativo, medios de comunicación, etc; en cuyo proceso puede darse también, aunque en menos medida, la identificación (González, 1998).

La adolescencia es una época en la que se busca un papel social apropiado y relaciones sociales satisfactorias que concuerden con los conceptos de sí mismos; es un período en que el ajuste personal, presente y futuro, se relaciona estrechamente con el éxito social y con la habilidad para desempeñar el papel que el individuo desea. Las complicaciones por las que se enfrenta el adolescente en su vida social son diversas; ha pasado recientemente por etapas de desarrollo durante las cuales su papel personal aceptado y el papel que otros esperan de él eran muy diferentes del papel que debe desempeñar ahora. Es un individuo sin experiencia, de hecho todavía un niño, que se encuentra a sí mismo en lo que le parece un mundo adulto de rápida expansión. Siente que tiene nuevos impulsos, un nuevo crecimiento físico, nuevos intereses y valores, y nuevos conceptos de sí mismo. El proceso de crecimiento es difícil y extraño, en especial por las relaciones que provoca con otras personas, contemporáneos o adultos. El adolescente debe emerger al final de sus exploraciones sociales, en particular de aquellas en que sus coetáneos

están implicados, con actitudes, estándares y habilidades sociales maduras y adecuadas para que logre obtener un grado de ajuste social como adulto (Horrocks, 1990).

En la transición a la adolescencia aparecen cuatro aspectos relevantes que caracterizan el desarrollo social. En primer lugar está el advenimiento de la pubertad y la diferencia emocional que trae consigo la interpolación de la motivación sexual, no tan sólo en las relaciones con el mismo sexo sino también en las intersexuales. En segundo lugar se cuenta una nueva habilidad para contemplar al mundo en términos más teóricos e hipotéticos a medida que los jóvenes llegan a la etapa de razonamiento formal. En tercer lugar, si en la preadolescencia el niño aprendía las reglas del juego del intercambio social con poca referencia a sí mismo, en la adolescencia mira hacia su interior; comienza a considerarse a sí mismo como una persona con un interés correspondiente por otras que lo impelen a ver lo que son como personas. Y en cuarto lugar, se han adquirido las reglas básicas de la conducta y la manipulación interpersonal, y pueden desempeñar el juego social en forma automática sin tener que referirse constantemente a las reglas básicas (Horrocks, 1990).

A medida que se amplían sus relaciones sociales, el niño cambia tanto en el aspecto psicológico como en el físico, aparecen nuevos intereses, actitudes y valores que reemplazan a los antiguos. Las personas adoptan nuevos valores y significados en cuanto encajan en la norma individual de crecimiento psicológico (Horrocks, 1990).

Los adolescentes extraen muchas de sus ideas acerca de papeles y valores adecuados de grupos de referencia, que pueden constar de individuos cercanos a ellos o de grupos mayores con los que comparten actitudes e ideales, grupos religiosos, étnicos, generacionales o de interés. Cada cual se compara con el grupo de referencia -amplio o estrecho- y se topa con valores que acepta o rechaza. En algunas ocasiones los muchachos no abrevan de los valores y actitudes de todo un conjunto sino de una sola persona, llamada el otro significativo, que puede ser un amigo, un maestro admirado, un hermano mayor, etc. Los adolescentes, pues, están rodeados de una variedad desconcertante de papeles ofrecidos por una multitud de grupos de referencia y otros significativos. Estos papeles deben ser integrados en una identidad personal, y los contrapuestos han de ser reconciliados o descartados (Craig, 1997).

FAMILIA

Durante la etapa adolescente la familia juega un papel preponderante en el proceso socializador. Como señala Moulton et al. (1966, citado en Horrocks, 1990) le proporciona a la persona un sistema socializante en que se enfrenta a un moldeamiento de conductas afectivas y disciplinarias.

Según lo demostrado en numerosos estudios, las experiencias que tiene un niño en sus relaciones familiares son de gran importancia durante el desarrollo de su personalidad. Mandelbaum (1969, citado en Horrocks, 1990) dice que la familia proporciona una estructura dentro de la cual el niño puede encontrar raíces, continuidad, y un sentido de pertenencia. Así mismo, considera que la adolescencia es una recapitulación de las actitudes de los padres hacia la infancia. Si el niño fue capaz de aprender a tener confianza, armonía y un sentido de identidad, cabe esperar que la transición a la edad adulta sea fácil. Sin embargo si los padres se han resistido a la búsqueda de autonomía del niño, puede esperarse que el adolescente recurra a métodos rebeldes cuando emprenda la transición a la edad adulta.

Como observa Debesse (1967, citado en Horrocks, 1990), cuando un niño llega a la adolescencia, el hogar ya no es la única influencia como sucedía en la infancia, pero todavía es el apoyo indispensable para su desarrollo emocional. Mientras esté en contacto con su familia, el adolescente está muy influenciado por ésta y se convierte en un importante factor determinante en su espacio psicológico funcional. Musgrove (1967, citado en Horrocks, 1990) señala el papel continuo de los padres como personas de referencia incluso en la última etapa de la adolescencia.

La forma en que los padres se relacionan con sus hijos afecta de modo radical el cambio del adolescente al adulto. Sus interacciones deben considerarse en el contexto de un sistema familiar dinámico, en el que los cambios en la conducta de uno de sus miembros influyen en todos los demás. Como la adolescencia es un tiempo de transformaciones grandes y a menudo drásticas, la familia como sistema social también se modifica, lo mismo que la comunicación intergeneracional. La meta de los padres es ayudar al adolescente a salir de la última etapa de la niñez listo para asumir las responsabilidades del adulto (Craig, 1997).

COMPAÑEROS, AMIGOS Y MEDIO SOCIAL

Durante la adolescencia crece enormemente la importancia de los grupos de camaradas. Los adolescentes buscan apoyo de otros para enfrentar las transformaciones física, emocionales y sociales de su edad. Las redes de compañeros son esenciales para el desarrollo de las habilidades sociales de los muchachos. Los adolescentes aprenden de sus amigos y coetáneos las conductas que la sociedad recompensa y los papeles que mejor les van. La competencia social es un elemento capital en su habilidad para establecer nuevas amistades y mantener las viejas (Fischer, Sollie y Morrow, 1986, citado en Craig, 1997). El desarrollo de la competencia social se basa en parte en la capacidad para hacer comparaciones sociales, las que permiten que el adolescente forme una identidad personal y organice y valore las características de los demás. Entre los 12 y los

17 años los adolescentes desarrollan las capacidad de establecer amistades más cercanas e íntimas, a la vez que crece la intimidad entre amistades del mismo sexo, comienzan a aparecer las relaciones con miembros del sexo opuesto. Esta es una etapa para probar, imaginar y descubrir en qué consiste participar en grupos y parejas de educación mutua. Les da a los muchachos un periodo de prueba en el que pueden acopiar ideas y experiencias para conformar sus actitudes básicas hacia los roles y la conducta sexual sin sentir la presión de quedar demasiado comprometidos con alguien (Douvan y Adelson, 1996, citado en Craig, 1997).

Siguiendo el análisis de diversos autores (Hartup, 1980; Perret-Clermont, 1981 y 1984; Coll, 1984; Gonzalez-Anleo, 1991; Sánchez de Horcajo, 1991; Díaz, 1991, citados en González, 1998) se puede afirmar que en el grupo de iguales se realiza un insustituible y diversificado aprendizaje social. Su función socializadora se resume en los tres siguientes puntos:

- 1) Ayuda a transformar la estructura emocional jerárquica de los adultos, proporcionando un espacio de mayor libertad; favoreciendo así la autonomía del pensamiento mediante la discusión y la crítica. Esto produce un efecto liberador de las perspectivas anteriores al agudizar el juicio personal y desvalorizar en cierto sentido el ambiente familiar.
- 2) Convierte las reglas y principios heterónomos en convicciones propias interiorizando los conocimientos, normas y valores, rol sexual, por medio de una adaptación a su propio grupo. Éste proporciona al sujeto una nueva fuente de aprobación y aceptación no adulta. La aprobación y/o rechazo del grupo va a influir en la autoestima; lo que contribuye directa o indirectamente al desarrollo del concepto de sí mismo (Mussen, Conger y Kagan, 1969, citados en González, 1998).
- 3) Amplía los modelos de identificación que ofrecen los medios de comunicación de masas. El grupo de iguales presta una función selectiva y orientadora en relación con la "exposición" del niño ante estos medios. Éstos son valorados según su contribución a la vida social del grupo. La afición a ciertos medios, programas o personajes depende en gran medida de las corrientes de opinión del grupo que suponen un instrumento de prestigio (González, 1998).

Dentro de un contexto socializador, el grupo de iguales adquiere una importancia capital, pues es el medio adecuado para definir la propia identidad, intereses, habilidades y personalidad; construir su propia reputación; desarrollar un equilibrio entre individualidad y conformidad; dar apoyo emocional e instrumental; construir y mantener la amistad; participar y entretenerse (González, 1998). Además el grupo de coetáneos puede dar seguridad, una oportunidad de estatus, y una sensación de pertenecer a un grupo. Permite aprender algo sobre los derechos de otras personas entre sus

iguales que se inclinan a sus propios intereses. El grupo brinda al adolescente un refugio del mundo adulto, actúa como una agencia de control y un lugar para aprender (Horrocks, 1990).

ESCUELA

En el centro educativo el adolescente mantiene y amplía la interacción social tanto entre iguales como con otros adultos. La escuela, tiene la función específica de socializarlo al inculcarle los conocimientos, habilidades, actitudes e intereses, que le puedan proporcionar el desempeño de su rol social. El contenido ideológico del sistema educativo, como un subsistema del sistema social más amplio, es a la vez fuente de socialización y de alineación (González, 1998).

La escuela también tiene una función renovadora de las estructuras sociales, y contribuye a la movilidad y cambio sociales. Los profesores son, o pueden ser, modelos significativos y diversificados para el adolescente; y proporcionan un espacio para la actividad crítica. Las experiencias de aprendizaje donde el adolescente es uno más entre otros, su interacción social, el ambiente físico y social diferentes en muchos aspectos del contexto familiar, (Wells, 1988, citado en González, 1998) pueden ser un marco teóricamente positivo.

IDENTIDAD

Cada etapa de la vida presenta retos y dificultades para el desarrollo que requieren de nuevas habilidades y respuestas. La mayoría de los psicólogos concuerda en que los adolescentes deben enfrentar dos cometidos principales: a) lograr un grado de autonomía e independencia de los padres y b) formar una identidad mediante la creación de un yo integrado que combine de manera armoniosa los diferentes elementos de la personalidad (Craig, 1997).

La identidad es entendida como la versión privada que la propia persona hace sobre el conjunto de características personales que mejor la definen; la percepción de uno mismo como algo distinto y separado de los demás (Hopkins, 1987, citado en Labajos, 1998). Según Monedero (1976, citado en Labajos, 1998) la identidad es la vivencia que cada persona tiene de sí mismo, en la cual se experimenta como poseyendo una continuidad y una uniformidad.

Los elementos más significativos en la formación de la identidad son:

- 1) *El establecimiento del concepto de sí mismo o la toma de consciencia de sí mismo.* Aunque el niño desde el comienzo de su existencia va construyendo la propia imagen, es la adolescencia la etapa en la que, de una manera clara, toma consciencia de sí mismo, el yo

empírico del niño es sustituido por el yo reflexivo del adolescente. El adolescente descubre que además del mundo exterior hay en él un mundo interior insospechado, este yo interior se convierte en centro de sus preocupaciones y en objeto de sus meditaciones. Esta toma de conciencia de sí mismo está principalmente condicionado por el nivel de autoestima, la imagen de su propio cuerpo, el ambiente familiar y el ambiente o contexto sociocultural.

- 2) *Independencia y autonomía.* La adolescencia marca también el paso de una vida dependiente a una vida autónoma. Abandona el mundo cerrado de los primeros años para lanzarse a la forma de vida y las actividades de los adultos. El adolescente quiere asegurar su autonomía frente al medio, y la consecución de unos fines fijados por él mismo. En este proceso de autonomía personal y de independencia social tiene un papel importante la emancipación de la familia. No se pretende durante esta etapa marcharse de casa, sino vivir en ella de otra forma. Necesita por una parte, romper el apego materno, y por otra, liberarse de la imposición autoritaria del padre.
- 3) *Adopción de decisiones frente a la vida.* La necesidad de poner orden respecto a la nueva situación y la de ajustarla a las demandas de la sociedad hace que el adolescente tenga que plantearse en este momento dos problemas principales:
 - *El ajuste a las demandas de su propio sexo.* Aparte de los problemas internos derivados de su maduración sexual, se encuentra con las exigencias de una sociedad que le pide una conducta propia de su condición sexual. Con un buen modelo paterno o materno el adolescente o la adolescente no sólo conseguirá una clara y adecuada percepción de su identidad sexual, sino que también cumplirá las exigencias de la sociedad respecto a dicha conducta.
 - *La elección ocupacional.* La elección y fijación de lo que quiere ser en el futuro es un elemento más de la formación del yo o de la identidad. La elección de la profesión es, ciertamente, un hecho complejo que se inicia en la infancia, pero que tiene una importancia especial en la adolescencia (Labajos, 1998).

La búsqueda de la identidad, definida por Erikson como la confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio, es la principal tarea durante los años adolescentes. Como destacó Erickson (1950, citado en Papalia, 2001), el esfuerzo del adolescente para dar sentido al yo no es "un malestar de la madurez", sino parte de un proceso vital saludable construido sobre los logros de las primeras etapas: confianza, autonomía, iniciativa e ingenio, el cual sienta las bases para enfrentar las crisis de la edad adulta.

La formación de la identidad adolescente se corresponde propiamente con la quinta etapa de Erikson, que denomina identidad frente a confusión y cuyo objeto principal es el desarrollo de una identidad que ofrezca una base firme para la vida adulta. El rápido crecimiento físico y la madurez sexual son los factores que alertan al niño de una inminente vida adulta, de manera que ya desde el comienzo de esta etapa los adolescentes se encuentran curiosamente preocupados por lo que parecen ser a los ojos de los demás en comparación con lo que ellos sienten ser, así como con la cuestión relativa a cómo conectar los roles y capacidades anteriormente cultivados, con los prototipos ideales de la actualidad (Labajos, 1998).

De una manera general se puede decir que la identidad viene a ser un conjunto de las identificaciones parciales con diferentes personas. La vida humana es, ciertamente, un proceso de absorción de comportamientos, conductas y normas de personas admiradas, imitadas y tomadas como modelo o patrón de comportamiento. Sin embargo, la identidad del adolescente es algo más que la suma de las identificaciones de la infancia; viene a ser el resultado de la interacción fundida de las identificaciones de la infancia con la propia individualidad, lo que permitirá que el adolescente presente una nueva configuración, afirme su individualidad, integre en su yo todas sus identificaciones y dé un nuevo sentido a su existencia. Según Erikson (1968, citado en Labajos, 1998) la identidad fijada para el final de la adolescencia está por encima de cualquier identificación aislada con individuos del pasado, e incluye todas las identificaciones de importancia, mas también las altera, a fin de construir con ellas una totalidad única y razonablemente coherente.

El proceso de identidad de la adolescencia sólo queda completo cuando el individuo ha subordinado sus identificaciones infantiles a un nuevo género de identificación, llevado a cabo mediante una absorbente sociabilidad, y en el aprendizaje competitivo entre compañeros de la misma edad, y junto con ellos. Estas nuevas identificaciones fuerzan, con urgencia, al adolescente a elecciones y decisiones que tienden de modo creciente e inmediato a compromisos de por vida (Labajos, 1998).

Como se puede ver, la adolescencia es una etapa particularmente rica aunque difícil del desarrollo, en la que es preciso enfrentar una cantidad de cambios no sólo en el propio cuerpo, sino también a nivel psíquico, afectivo, cognitivo, social y sobre todo de tipo existencial. Es entonces cuando surgen las grandes preguntas y la búsqueda de nuevas respuestas personales; todo este movimiento lo lleva necesariamente a cuestionar roles y estándares sociales, a autoreconocerse a sí mismo con ayuda de referencias externas, a relacionarse de distinta manera y a reflexionar con

respecto a sí y con respecto a su futuro. Es en este momento, en el que el adolescente hace una serie de replanteamientos en diversos aspectos de su vida, por medio de los cuales logrará llegar a la transición hacia la vida adulta.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La anorexia nervosa (AN) y la bulimia nervosa (BN) están incluidas dentro del término trastornos del comportamiento alimentario (TCA) y constituyen dada su frecuencia y trascendencia clínica uno de los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes más relevantes en la época actual (Conde, Ballesteros, Blanco y Medina, 2001).

Aunque no son del todo bien conocidos, por dificultades variadas, últimamente tienen una gran resonancia social, tanto por su gravedad como por su aparentemente creciente incidencia, e incluso por la aparición en edades cada vez más tempranas (Chinchilla, 1995; Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Los trastornos alimentarios son caracterizados por patrones anormales de alimentación, comprenden una preocupación intensa por la gordura, que llevan a realizar intentos extremos para controlar el peso corporal. La mayoría de los casos ocurren entre mujeres, especialmente jóvenes, quienes tienen la presión de llevar a cabo dietas con el fin de ajustarse a los modelos de belleza femenina de hoy en día (Gamer & Garfinkel, 1980, citado en Gamer, 1997).

La restricción voluntaria de alimento, a que se someten determinadas personas es antigua en lo que se conoce; lo que va cambiando a lo largo del tiempo son los motivos que llevan a restringirlos. Así por ejemplo en la edad media se describen casos cuyo ayuno estaba movido por ideas religiosas de ascetismo; el ayuno tenía una connotación de autodisciplina y pureza. En la época romántica, la mujer debía, al menos en público, comer pero como expresión de feminidad (Conde, Ballesteros, Blanco y Medina, 2001). En la actualidad, la restricción alimentaria practicada está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Parece ser que sólo mediante un cuerpo delgado se logra la aceptación social y, por ende, la aceptación de uno mismo (Toro, 1996).

El cuerpo como distingo social, como "instrumento" de competitividad, en un medio donde predominan los estereotipos y valores estéticos culturales concenientes al cuerpo femenino (Toro y Villardel, 1987, citados en Chinchilla, 1995) está implicado en la génesis de estos trastornos, igual que otros factores patogénicos sociofamiliares, biológicos y psicológicos, sin que se pueda afirmar hoy en día con rotundidad qué factor o variable es la fundamental, necesaria o suficiente, para que aparezcan estos trastornos (Chinchilla, 1995).

ANOREXIA NERVOSA Y BULIMIA NERVOSA

De acuerdo con Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etc. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuya alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que "obliga" a mantener la restricción alimentaria. Las causas de la anorexia nervosa son múltiples, interviniendo unas u otras de modo diferente en distintos pacientes (Toro, 1996).

La bulimia nervosa se trata de un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón. Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. Las restricción alimentaria y los ayunos compensatorios, son también frecuentes. Estas limitaciones alimentarias constituyen una característica que emparenta la bulimia nervosa con la anorexia nervosa, así como la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo, y la excesiva influencia de la misma en la determinación de la autoestima, son otras tantas coincidencias que explican la existencia de anorexias bulímicas, de restricciones alimentarias en la bulimia, y de transiciones entre ambos trastornos, muy especialmente desde la anorexia hacia la bulimia (Toro, 1996).

FACTORES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien desarrolle un "trastorno del comer", pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquieren características particulares en cada caso. Mas que pensarlos

como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo (Crispo, Figueroa, y Guelar, 1996).

Según Gamer y Garfinkel (1980, citados en Crispo, Figueroa y Guelar, 1996), los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes que influyen en estos trastornos son los siguientes:

I. Factores predisponentes	II. Factores precipitantes	III. Factores perpetuantes
<ul style="list-style-type: none">- Socioculturales- Familiares- Individuales	<ul style="list-style-type: none">- Estrés- Actitudes anormales con peso y figura- Dietas extrema y pérdida de peso	<ul style="list-style-type: none">- Atracciones y purgas- Secuelas fisiológicas y psicológicas

Gamer y Garfinkel (1980) citados en Crispo, Figueroa, y Guelar (1996). Pág. 51.

Factores predisponentes

En ambos trastornos, los estudios familiares y de concordancia gemelar apoyan la existencia de factores genéticos. Desde la perspectiva individual, las complicaciones perinatales, los acontecimientos estresantes tempranos, la edad y el sexo así como la obesidad previa son factores antecedentes. Dentro de los factores familiares encontramos antecedentes de trastornos depresivos y abuso de sustancias, obesidad materna, alteraciones en la dinámica familiar, dependencia parental y preocupación familiar por la apariencia (Chinchilla, 1995; Toro, 1996).

Las alteraciones del hambre y la saciedad supuestamente integrantes de la bulimia han llevado a postular la existencia de disfunciones en los mecanismos biológicos de su regulación. También parece estar demostrada la existencia de hipofuncionalismo noradrenérgico y serotoninérgico (Toro, 1996).

Factores precipitantes

Entre los factores desencadenantes de la anorexia se encuentran los acontecimientos estresantes, separaciones o pérdidas familiares, fracaso en las experiencias emocionales y/o sexuales u otras experiencias que son vividas como un fracaso personal; así mismo, los comentarios peyorativos, desagradables y/o críticos provenientes de personas significativas acerca de su cuerpo (Chinchilla, 1995).

En la bulimia, los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales, pero al igual que en la anorexia los son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que, previamente, han quedado asociadas a los atracones (situaciones condicionadas) (Toro, 1996). Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta (DSM-IV, 1996).

Las dietas estrictas para adelgazar y el anhelo de delgadez, además de la insatisfacción con el propio cuerpo junto al mimetismo sobre la moda del adelgazamiento juegan un papel importante como factores desencadenantes en ambos trastornos. El ejercicio físico riguroso y en exceso asociado a ciertas profesiones también favorece la presentación clínica de esos cuadros. La presencia de conflictos familiares o anomalías en relación con la ingesta o una exagerada preocupación por la apariencia puede también ser influyente, bien como predisposición, bien como desencadenantes, en un momento determinado (Chinchilla, 1995).

Factores de mantenimiento

Los factores perpetuantes de los TCA pueden darse a nivel fisiológico, con alteraciones hipotalámicas en base a la disminución de la regulación de la temperatura, de la hormona pituitaria y de los centros de hambre-saciedad; así mismo las actitudes y la preocupación hacia la comida, la conducta de atracones y purgas y la hiperactividad (que se realiza más en solitario o a escondidas, con bicisetas, paseos, etc.) son factores que favorecen que estas conductas se mantengan (Chinchilla, 1995).

Según Rock (1999), las consecuencias fisiológicas y psicológicas de la inanición funcionan como factores perpetuantes que impiden el progreso hacia la mejoría, así como los patrones anormales de alimentación que desarrollan episodios repetidos de dieta y atracones.

PREVALENCIA

Anorexia

En los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas se ha revelado un porcentaje de 0.5-1% para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos de anorexia nervosa, sin embargo, los cuadros incompletos son más numerosos. La mayoría de los autores refieren que en un alto porcentaje, aproximadamente 90%, afecta a mujeres (Conde, Ballesteros, Blanco y Medina, 2001).

Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. Behar y McColl (1992) encuentran que la prevalencia concerniente a los varones alcanza solamente el 0.02%. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado (DSM-IV, 1996).

Bulimia

La bulimia afecta aproximadamente a un 1-3% de mujeres jóvenes, aunque las conductas bulímicas, pueden ser encontradas en un porcentaje mucho mayor (Romano, 1999).

La bulimia nervosa afecta, al igual que la anorexia nervosa, en más de un 90% de los casos a mujeres; también los varones la sufren, pero su prevalencia es diez veces menor, representando tal vez un 10-15% de los casos (Conde, Ballesteros, Blanco y Medina, 2001; Romano, 1999).

Según estudios realizados utilizando los criterios del DSM-III se encontró una prevalencia de aproximadamente 4-9% en estudiantes de bachillerato y universidad (Johnson, 1982; Pyle, 1983; & Carter, 1984, citados en Romano, 1999).

CURSO

Anorexia

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso de la edad de inicio (Toro, 1996).

El curso de la anorexia nervosa ha sido ampliamente estudiado. A manera de resumen, se puede afirmar que cerca del 50% de los pacientes se recupera en términos de peso y funciones menstruales, 5% muere (por suicidio o complicaciones de la enfermedad) y los restantes permanecen en diferentes etapas de recuperación. Para aquellos que se recuperan, la duración de la enfermedad después de la iniciación del tratamiento es aproximadamente de 5 años. Varios estudios llevando a cabo seguimientos de hasta 20 años muestran que al parecer, los pacientes, o se recuperan o mueren de la enfermedad hacia sus 40 o 45 años (George, 1999).

Según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (1996), la mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10%.

Bulimia

La edad de inicio de este trastorno tiende a darse en la adolescencia tardía o al principio de la vida adulta. En contraste con la anorexia las pacientes con bulimia comienzan en sus veinte o treinta años, habiendo comenzado a sufrir síntomas algunos años antes (Romano, 1999).

La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de remisión que se alternan con atracones. La evolución a largo plazo se desconoce (DSM-IV, 1996).

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Anorexia

Tradicionalmente se han encontrado ciertas características típicas de la personalidad de estos pacientes; en general, suelen mostrar un alto nivel intelectual, son responsables, inseguras, obsesivas, exageradamente sumisas, serviciales y adaptables, con frecuencia de hábito pícnico, preocupadas por la eficacia y la apariencia con el objeto de agradar a los demás, y con un grado elevado de espiritualidad como ideal o modo de vida ascética. Por su falta de asertividad, simplemente no son capaces de rehusar requerimientos, lo que sería compatible con el estereotipo que el rol femenino posee. La anoréxica piensa que no puede defraudar a los otros ni permitirse fracasar; obviamente, dentro de los excelsos estándares que se autoexige e impone (Behar, 1992; Chinchilla, 1995).

Son individuos en los que predomina una tendencia al perfeccionismo, al hipercontrol, a la obediencia y la sumisión, pero con actitudes competitivas y una búsqueda de metas muy altas (Halmi y cols., 1977; citados en Padin & Chinchilla, 1995), en general, prefieren lo familiar, tienen una gran necesidad de aprobación y muestran poca adaptación a los cambios (Casper, Hedeker, & Mc Clough, 1992, citados en Mash y Wolfe, 1999). Frecuentemente tienen sentimientos de incapacidad para afrontar las exigentes demandas de la vida; se muestran laboriosos y sacrificados, extremadamente sensitivos, con tendencia al aislamiento, a la labilidad emocional e irritabilidad, y a las conductas ritualizadas (King, 1963, citado en Padin, y Chinchilla, 1995). En una amplia revisión realizada por Johnson y Connors (1987, citados en Padin y Chinchilla, 1995) destacan como características más importantes la baja autoestima, los déficit reguladores del "self", las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individuación, las distorsiones cognitivas. Cuando han sufrido una considerable pérdida de peso, presentan algunos síntomas de estado de

ánimo depresivo: tristeza, aislamiento, irritabilidad, insomnio, llanto, anhedonia, sentimientos de minusvaloración, pérdida de interés por el sexo y sentimientos de culpa y desesperanza, pudiendo presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. (Hudson y cols., 1983; Swift y cols., 1986, citados en Turón, 1997; DSM-IV, 1996).

La ansiedad también juega un papel importante, siendo provocada por la relación que la paciente establece con su enfermedad; esta ansiedad que se manifiesta de forma generalizada, se puede focalizar para determinadas cuestiones, la principal es el miedo, en ocasiones poco racional, a engordar; este miedo se manifiesta como una auténtica fobia (Toro y Villardel, 1987, citado en Turón, 1997), rápidamente se presenta un proceso de generalización, apareciendo en la paciente actitudes fóbicas con respecto a la alimentación: miedo a comer, a deglutir y a ciertos alimentos; fobias relativas al cuerpo: aversión a sus muslos, cadera o a mirarse en el espejo; temor a situaciones o personas vinculadas a su patologías: la cocina, el comedor, los padres, etc. También pensamientos o palabras como kilos, engordar, grasa, comer, etc., les provocan gran ansiedad (Turón, 1997).

En general, los pacientes con AN (restrictiva) son bastante reservadas, inhibidas, retraídas, algunas veces bordeando lo "esquizoide", pensativas, meditabundas y serias, con frecuencia presentan alexitimia (dificultad para expresar con palabras afectos y emociones). Se ha argumentado que la fenomenología de los trastornos de conducta alimentaria es de naturaleza obsesiva; por otra parte, también es frecuente la existencia de rasgos premórbidos de personalidad caracterizada por rigidez, orden, escrupulosidad, perfeccionismo, meticulosidad e introversión, todo típico de la personalidad obsesiva. Los pacientes con trastornos de conducta alimentaria suelen manifestar pensamientos recurrentes, persistentes e intrusivos acerca de su imagen corporal y del deseo de adelgazar, reconociendo que estos pensamientos son el producto de su propia mente (Padin y Chinchilla, 1995).

Existen características que a veces pueden asociarse a la anorexia nervosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa. En comparación con los individuos con anorexia nervosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar de alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente (DSM-IV, 1996).

Bulimia

El tipo bulímico tiende a mostrar mayor extroversión, simpatía, labilidad emocional, con frecuentes oscilaciones del humor, y temperamento impulsivo, lo que parece reflejar cognitiva y conductualmente un mayor grado de desorganización (Padin y Chinchilla, 1995).

La bulimia, al igual que la anorexia, se asocia frecuentemente a síntomas depresivos, en algunos casos severos, como tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación autolítica. Varios autores ven estas características depresivas como secundarias al trastorno pues muy frecuentemente son abatidas con el tratamiento y mejora de las conductas bulímicas. Se ha encontrado que la etiología de los síntomas depresivos es en parte fisiológico y ligado a los efectos negativos de la malnutrición y de las conductas purgativas, sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nervosa, no quedando claro si estos síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si constituyen una patología secundaria a la alteración de la conducta alimentaria (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

Existe evidencia de que las bulímicas tienen mayores dificultades de control del impulso y de regulación del afecto que las anoréxicas restrictivas y que la población en general (Yates, 1990, citado en Mora y Raich, 1994). Clínicamente, las alteraciones de la impulsividad en estas pacientes se presentan en un amplio abanico cuyo extremo de mayor gravedad serían las pacientes con claros rasgos caracteropáticos (conducta antisocial, alcoholismo y drogodependencias, robos y un mayor riesgo autolítico) (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992). La inestabilidad afectiva y los déficits en autocontrol tienen vinculaciones especiales con el trastorno de personalidad límite. En una revisión se obtuvieron índices de prevalencia de trastorno límite de la personalidad en pacientes bulímicas, que oscilaron entre el 0 y el 53% (McCan U, et al., 1991, citado en Mora y Raich, 1994). Así mismo, las evidencias muestran una fuerte asociación entre bulimia nervosa y abuso y dependencia al alcohol. El alcoholismo u otras drogodependencias se presentan en una tercera parte de las bulímicas. Estudios sobre morbilidad familiar en estas pacientes señalan que el alcoholismo es el trastorno psicopatológico más frecuente en familiares de primer grado (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

En general las mujeres que padecen desórdenes de la alimentación, reciben diagnósticos en el Eje I y Eje II dentro del Manual del Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (Casper, Eckert, Halmi, Goldberg & Davis, 1980, citado en Crowther & Sherwood, 1997), cumpliendo con los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad. Así, un tercio de las personas con

anorexia reciben el diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad por evitación y obsesivo compulsivo (Herzog, Sélner, Sacks, Yeh, & Lavori, 1992, citados en Mash y Wolfe, 1999). Adicionalmente a depresión mayor y trastorno obsesivo-compulsivo que son desordenes característicos de ambos trastornos, algunos pacientes con bulimia (menos del 10%) entran dentro de los criterios para el Axis II (desordenes de la personalidad) como trastorno límite de la personalidad y trastorno histriónico de la personalidad (Herzog et al., 1992, citado en Mash y Wolfe, 1999). Otros autores muestran cifras que oscilan entre el 35% y el 77% de prevalencia de trastornos de la personalidad en la bulimia nervosa. Es necesario matizar de qué forma el trastorno en el eje II actúa como factor desencadenante del cuadro bulímico, como modulador, o bien sí, por el contrario, la conducta bulímica estaría acentuando rasgos preexistentes de la personalidad (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

Aunque no reciban diagnóstico alguno, frecuentemente experimentan problemas psicológicos incluyendo depresión, ansiedad generalizada, expresada primeramente como evitación fóbica, ante ciertos alimentos, tipos de ropa o situaciones que tienen que ver con los alimentos (Romano, 1999), obsesividad, inestabilidad emocional, poco control de impulsos, baja autoestima, pasividad y poca asertividad, dependencia, necesidad de aprobación y dificultades interpersonales (Bemis, 1978; Rosh, Crowther & Grahan, 1992, citados en Crowther & Sherwood, 1997).

Los elementos clínicos básicos de ambos trastornos en hombres y mujeres serían coincidentes: excesiva preocupación por el peso corporal y pánico a la ganancia ponderal; pero la mujer utiliza como modalidad defensiva frente a estos temores, principalmente el abuso de laxantes, mientras que el hombre recurre preferentemente a la hiperactividad física. En cuanto a las manifestaciones premórbidas, se observa en los varones mayor proclividad de presentar rasgos depresivos y narcisistas de personalidad; lo distinto en las mujeres es su tendencia a la obsesividad, competitividad y afán por lograr el éxito. En los dos sexos destaca la mayor concomitancia de enfermedades afectivas entre sus miembros y la ausencia, distanciamiento y/o debilidad del padre (Behar y McColl, 1992).

CONSECUENCIAS MEDICAS

Anorexia

La anorexia puede llevar a serias complicaciones médicas, que en casos extremos pueden ser fatales (Nevid, Ratus y Grenne, 2000). La mayoría de los signos y síntomas físicos de la anorexia nervosa pueden atribuirse al estado de inanición en que se encuentran estas personas. La

malnutrición produce alteraciones de todo orden, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisario- gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y a pérdida de interés y potencia sexuales en los varones (Toro, 1996). Esta desnutrición progresiva se acompaña de síntomas somáticos, entre los que destacan: la caída del cabello, alteraciones de la piel, hipotensión, bradicardia, hipotermia, alteraciones del esmalte dental, anemia, aparición de lanugo, coloración amarillenta (asociada a hiper胡萝卜素emia), intolerancia al frío, letargia, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, como constipación, dolor abdominal y obstrucción o parálisis de los intestinos. Debilidad muscular y un anormal crecimiento de los huesos puede ocurrir, causando pérdida de estatura y osteoporosis (Chinchilla, 1995; DSM-IV, 1996; Nevid, Ratus y Grenne, 2000; Toro, 1996).

La amenorrea, aunque generalmente aparece después de instaurada la desnutrición, también puede presentarse con anterioridad, debido en algunos casos a la disminución del porcentaje de grasa corporal, secundaria tal vez al ejercicio físico exagerado, lo que limita la metabolización adecuada de las hormonas sexuales femeninas (Chinchilla, 1995).

Bulimia

La bulimia también está asociada a varias complicaciones médicas (Nevid, Ratus y Grenne, 2000). Muchas de estas consecuencias son debidas a los vómitos repetitivos, por ejemplo, irritación en la piel alrededor de la boca por el contacto con ácidos del estómago, bloqueo de los conductos salivales, deterioro del esmalte dental y caries.

El ciclo del atracón y la purga pueden dar lugar a dolor abdominal, hernia hiatus, y otras quejas abdominales. El estrés que se produce sobre el páncreas tiende a producir pancreatitis, que es considerada como emergencia médica; además, el excesivo uso de laxantes puede causar dependencia a los mismos, necesitando de ellos para que los movimientos del intestino funcionen adecuadamente (Nevid, Ratus y Grenne, 2000).

El vómito repetitivo o el abuso de laxantes puede causar deficiencia de potasio, produciendo debilidad muscular, irregularidades cardíacas y hasta la muerte repentina, especialmente cuando se utilizan diuréticos. En las mujeres se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no estando del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés emocional (Nevid, Ratus y Grenne, 2000).

Se han observado otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, roturas gástricas y arritmias cardíacas). En comparación con los enfermos

que padecen bulimia nervosa del tipo no purgativo, los del tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrólitos (DSM-IV, 1996).

El ácido del vómito puede llegar a dañar los receptores del paladar, lo cual hace a la persona menos sensible al sabor del mismo. (Rodin, Bartoshuck, Peterson, & Schank, 1990, citados en Nevid, Ratus y Grenne, 2000). Esta pérdida de la sensibilidad al sabor aversivo del vómito mantiene la conducta purgativa (Rodin, 1990, citado en Nevid, Ratus y Grenne, 2000).

CARACTERÍSTICAS COGNOSCITIVAS

En general, las mujeres con desordenes de la alimentación, mantienen pensamientos irracionales y maladaptativos con respecto a la alimentación, forma y peso de su cuerpo (Zotter & Crowther, 1991, citados en Crowther & Sherwood, 1997). Las alteraciones cognitivas, afectan sobre todo a su imagen corporal y a la percepción de su cuerpo; mostrando una tendencia a percibirlo como grande o demasiado gordo, desproporcionado globalmente o en algunas regiones particulares (Padin y Chinchilla, 1995). Estas cogniciones pueden asemejarse a las experimentadas por cualquier persona cuando inicia un régimen con el deseo de perder peso, pero en estos pacientes se convierten en algo reiterativo, en preocupaciones obsesivas con respecto a su autoevaluación (muy influida por sus características físicas) que ocupa la mayor parte de sus pensamientos (Conde, Ballesteros, Blanco y Medina, 2001; Romano, 1999).

La preocupación y los pensamientos acerca de la comida y el comer son resultado de cualquier situación de inanición. De hecho, la percepción de que son o están gordos aumenta con el estado de inanición (Bruch, 1973; Garfinkel y Games, 1982, citados en Padin y Chinchilla, 1995). En el caso de una gran emaciación, no son capaces de objetivar su extrema delgadez; no valoran la gravedad de su estado y durante el tratamiento sobredimensionan las medidas o el peso de su cuerpo y provocan resistencias a la recuperación (Turón, 1997).

Los pacientes con trastornos de conducta alimentaria mantienen una actitud hipervigilante a las sensaciones corporales. Las sensaciones de plenitud, hambre, digestión, hinchamiento, estreñimiento, náusea, dolores y fatiga son habituales y parecen estar construidas sobre una variedad de alteraciones perceptivas, entre las que se incluyen la magnificación y exageración de estas sensaciones por atención selectiva, o lo que es lo mismo un "estilo amplificador" de las sensaciones corporales. Estos estímulos somáticos proporcionan la base para la aparición de creencias erróneas acerca de sus procesos metabólicos, el efecto de diferentes alimentos, qué y

cuándo deberían comer, el efecto de las purgas, y otras muchas en relación con el peso y la alimentación (Padin y Chinchilla, 1995).

A menudo, los pacientes con trastornos de conducta alimentaria manifiestan que la gente los valora principalmente por su apariencia, y que otros atributos personales no significan mucho (Fairburn y Garner, 1988, citados en Padin y Chinchilla, 1995), por ende, están exageradamente preocupados con su aspecto exterior. La delgadez parece el único aspecto importante de su imagen. Los pacientes experimentan la delgadez como una sensación de pureza, de control, de distinción. Si no están delgadas se consideran débiles, perezosas, antipáticas, repugnantes e incompetentes. Hay un deseo de delgadez, metáfora de un ideal comprensible en una compleja interacción de aspectos históricos, culturales, experiencia personal, temperamento, etc. y un miedo intenso a la obesidad. Esto da lugar a continuas valoraciones de sí mismo y oscilaciones del estado de ánimo, con la alternancia de sentimientos de insuficiencia-suficiencia, aunque generalmente existe un predominio de los sentimientos negativos. De hecho estas personas han sido descritas como personas rígidas y absolutistas (actitud de todo o nada) en su pensamiento (Butow, Beumont & Touyz, 1993, citados en Mash y Wolfe, 1999), viéndose a ellos mismos o como personas completamente bajo control o completamente fuera de él, y percibiendo los eventos de la vida diaria en extremos de blanco o negro. Esto se refleja en una relación con el mundo en términos de ambivalencia constante (Mash y Wolfe, 1999).

Estas personas presentan una conducta de evitación fóbica, un aspecto de esta conducta en las anoréxicas que parece ser único de este trastorno es que la paciente no puede poner mucha distancia entre sí misma y el "objeto fóbico" cuando el estímulo temido es ella misma en niveles más altos de peso. Como el escape total del estímulo aversivo es imposible, puede ser controlado únicamente a través de una vigilancia constante. Al contrario de pacientes con otros trastornos, el paciente con anorexia nerviosa no quiere aliviar su ansiedad acerca de la comida y del aumento de peso. Esta experiencia aversiva es funcional en tanto ayuda al paciente en la difícil tarea de restringir y reprimir el impulso de comer (Garner & Bemis, 1982, citado en Crowther & Sherwood, 1997).

Además de la motivación por este "miedo fóbico a la gordura", los pacientes anoréxicos también lo están por un reforzamiento positivo, que es el sentido de triunfo, maestría, autocontrol y superioridad que sienten al perder peso de manera exitosa. Bemis notó esto como característica general; bajar de peso, los pacientes lo perciben como estimulante, vigorizante, triunfante; es visto

como un logro, una virtud, una fuente de placer, como una sensación de deleite y poder (Garner & Bemis, 1982, citados en Crowther & Sherwood, 1997).

CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES

Las personas con TCA realizan conductas que están ligadas estrechamente al pensamiento obsesivo que mantienen acerca de su imagen, la forma y peso de su cuerpo y su alimentación. La mayoría de los pacientes con trastornos alimentarios evitan situaciones sociales pues creen que llaman la atención por su apariencia (Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991, citados en Rosen, 1997). Si se encuentran en estas situaciones, encuentran la manera de evitar exponer su apariencia en público, usando ropas holgadas, arreglándose de más, moviendo o acomodando su cuerpo de tal manera que se esconda aquello que ellos creen desagradable. Las verificaciones de su cuerpo son comunes, como buscar o inspeccionar sus defectos en un espejo, pesarse repetidamente, llevar a cabo rituales de arreglo personal, preguntar a otros repetidamente cómo se ven y comparar su apariencia con la de otros (Toro, Salamero, & Martínez, 1994, citados en Rosen, 1997).

En el caso de las anoréxicas, es común el llevar a cabo conductas ritualistas que tienen que ver con los alimentos como escogerlos y prepararlos, cortar la comida en piezas pequeñas y masticar cada bocado con un número específico de veces (Romano, 1999); así como verificar repetidamente el contenido calórico de los alimentos antes de comer o después de haber comido (Turón, 1997). Un paciente anoréxico puede pasar horas leyendo y coleccionando recetas, hablando acerca de platillos y preparándolos. Es frecuente que seleccionen trabajos en los cuales están en contacto con comida (Bermont, Beumont, Touyz, Williams, 1997).

Como las compulsiones, éstas conductas son difíciles de evitar, en algunos casos extremos, estos rituales o conductas repetitivas puede durar horas en un mismo día (Rosen, 1997).

PATRÓN FAMILIAR

Se ha hablado de la familia como posible factor decisivo en la génesis de los trastornos de la alimentación. Diversos autores defienden que estos se producen en el seno de una interacción familiar particular (Vidal, 1997).

En términos generales, los padres de estos pacientes tienden a ser inconsistentes, poco amables e indiferentes en sus interacciones con sus hijas; (Humphresy, Apple, & Kirschenbaum, 1986, citado

en Bloom, 1988) además, parecen ser menos capaces de promover su independencia (Strober & Humphrey, 1987, citados en Nevid, Ratus, Grenne, 2000). Mash & Wolfe (1999) afirman que las familias de adolescentes con desórdenes alimentarios muestran una comunicación negativa y contradictoria, además de menor confianza y ayuda entre sí. Las madres de adolescentes con TCA en general son más infelices con el funcionamiento de la familia, tiene sus propios problemas con la comida y la dieta y creen que sus hijas deben bajar de peso, además las perciben como poco atractivas (Pike & Rodin, 1991, citados en Nevid, Ratus, Grenne, 2000).

Existen ciertas particularidades en la familia de la anoréxica, observándose que suele haber un cierto predominio de estilo educativo sobreprotector, se posee un elevado control emocional y una cohesión extrema en aras de mantener y mejorar su estatus social, económico y cultural (Zegers, et al., 1988, citado en Behar, 1992). Estas familias se describen como en apariencia perfectas, pero con interacciones superficiales, vacías y poco afectivas. Hay una tendencia a no expresar los conflictos y si se expresan los sentimientos se hace una manera hiperintelectualizada. La relación madre-hija suele ser muy compleja; con frecuencia son madres con cierto grado de frustración en su vida profesional que toman a su hija como confidente íntima, fomentando en ella la ambición y las altas metas (Vidal, 1997).

La anoréxica comparte con su familia una serie de valores éticos que tienen que ver con principios de esfuerzo individual y autosuperación (Behar, 1987, citado en Behar, 1992). El hecho de que más de 2/3 de éstas jóvenes provengan de hogares donde no hay hijos varones ha sugerido que sus padres tratan de satisfacer sus ambiciones a través de ellas (Behar, 1992).

Las relaciones familiares del grupo bulímico presentan mayores alteraciones que las de pacientes con anorexia restrictiva: mayor nivel de conflicto, menor organización y cohesión, peor relación emocional con los padres, peor comunicación y expresión afectiva y distinto proceso de separación-individuación (Vidal, 1997). Además, parece existir cierta tendencia a que los miembros de las familias de bulímicos sostengan un exceso de implicaciones mutuas, propendan a manifestaciones de hostilidad y no siempre tengan presentes las necesidades afectivas de los hijos (Toro, 1996).

Todos estos datos, aunque en muchos casos son una constante, no deben ser tomados como preliminares pues no queda claro si esta relación padres-hija es una causa del problema o es consecuencia del desorden de alimentación (Bloom, 1988). No puede afirmarse que la familia como tal y sus disfunciones y conflictos son agentes causales específicos de estos trastornos (Toro, 1996).

FACTORES SOCIOCULTURALES

No cabe duda que los factores socioculturales juegan un papel altamente significativo tanto en la aparición como en el mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria (Gamer & Garfinkel, 1980, citados en Vidal, 1997). También son determinantes del aumento de incidencia de estas enfermedades en las últimas décadas (Vanderickx y Hoerck, 1992, citados en Vidal, 1997).

Es conocido que los TCA afectan generalmente a adolescentes, en su mayoría mujeres, que se limitan a las sociedades occidentales o desarrolladas. Este hecho está íntimamente relacionado con el rol sexual que cada individuo asume en una determinada comunidad (Toro, 1987, citado en Vidal, 1997). Por una parte, la mujer asume el rol tradicional de ser bella y atractiva y para ello debe amoldarse al modelo estético vigente. Por otra parte, la existencia de importantes cambios socioculturales y estéticos, como la liberación de la mujer en la cultura occidental le han llevado a integrarse en el mundo laboral adoptando un rol más masculino. El cuerpo delgado y casi androgénico se ha convertido en el símbolo de la mujer liberada y emancipada (Vidal, 1997).

Así mismo, es evidente la presión que ejercen los medios de comunicación en la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético cultural actual. El continuo y enorme auge de la publicidad sobre normas alimentarias, dietas, ejercicios físicos desmesurados o no reglados, e ideales de perfección manipulada, contribuyen a que las conductas y actitudes alimentarias anómalas, propias de estos trastornos, sean comunes en buena parte de la población, no llegando siempre a establecer un cuadro clínico completo. Muchos de estos casos subclínicos se aceptan como conductas normalizadas de nuestra cultura; el problema reside en que estas conductas socialmente aceptadas nos llevan a entrar en un continuo que va desde la normalidad hasta la patología (Nylander, 1971, citado en Vidal, 1997).

A este respecto, dada el importante papel que juegan los medios de comunicación, especialmente la televisión, en la transmisión de estos ideales, se han hecho propuestas de educación para los medios, en donde se propone formar personas críticas y activas frente a los diversos procesos de comunicación desde una perspectiva de género. En una primera etapa, informando y sensibilizando a los diferentes grupos acerca de la división de géneros existentes en la sociedad y la manera en que éstas distinciones van en detrimento de la sociedad en su conjunto y en una siguiente etapa trabajando sobre la recepción en sí misma (Bustos, 1995).

La anorexia y la bulimia necesitan entenderse dentro de un contexto sociocultural. Vivimos en una sociedad que que rinde culto al cuerpo, más que a otros valores, y capacidades; que valora la delgadez y estigmatiza la obesidad, particularmente entre las mujeres. Virtualmente desde el momento del nacimiento, el rol sexual determina como los niños empiezan a pensar acerca de si mismos, y las niñas, más que los niños , piensan en si mismos en términos de su apariencia física (Bloom, 1988). La presión por mantener un estándar corporal irreal, combinado con la importancia de la apariencia que se le atañe a la mujer en nuestra sociedad, pueden llevar a mujeres jóvenes a esforzarse por llegar a un ideal de delgadez y a sentir miedo a subir de peso, lo cuál las pone en mayor riesgo de desarrollar algún TCA (Nevid, Ratus, Grenne, 2000).

La sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria es sumamente variada y compleja, siendo la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. La combinación de todos estos factores es lo que lleva a una persona en determinado momento a desarrollar estos problemas. Por lo tanto, es imprescindible conocer en detalle cada uno de estos factores y su interacción para poder tener un mejor entendimiento de los mismos y así, poder realizar labor preventiva, detectar a tiempo posibles riesgos y dar un tratamiento adecuado cuando el problema ya está instaurado.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA (DSM-IV Y CIE-10)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV

Crterios para el diagnóstico de Anorexia nerviosa

- 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 esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de 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 nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. Ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

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

Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término *anorexia* es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.)

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada al uso de pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. Ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

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

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

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulantes (FSH) y luteinizante (LH) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D)). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía.

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de enfermedad.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de estas clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Diagnóstico diferencial

Es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas (como el inicio de la enfermedad después de los 40 años). En las *enfermedades médicas* puede producirse una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar más. El *síndrome de la arteria mesentérica superior* debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, aunque este síndrome aparece algunas veces en individuos que presentan aquella (debido a su emaciación). En el *trastorno depresivo mayor* puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con ese trastorno no tienen deseo de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la *esquizofrenia* se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan

en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal.

Algunas características de la anorexia nerviosa forman parte de los criterios para la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno dismórfico. Los enfermos se sienten humillados y molestos al comer en público (al igual que en la fobia social); pueden presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos (al igual que en el trastorno obsesivo-compulsivo) o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario (como en el trastorno dismórfico). Cuando el individuo con anorexia nerviosa tiene miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social, pero, si existen fobias sociales no relacionadas con la conducta alimentaria (p. ej., miedo excesivo a contaminarse), y el de trastorno dismórfico sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporales (p. ej., preocupación por tener una nariz demasiado grande)

En la bulimia nerviosa los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso (p. ej., vómitos), y se encuentran excesivamente preocupados por la silueta y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo, las personas con bulimia nerviosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo.

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las persona ingerirían en un periodo 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, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

Tipos:

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, 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

Características diagnósticas

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producir al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C).

Se define *atacón* como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón. Un "período corto de tiempo" significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tiene por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consumen en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero para inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90% de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas persona pueden emplear una gran variedad técnicas para provocar el vómito con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otra conducta de purga es el excesivo uso de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede

considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia ponen demasiados énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para terminar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica **anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo**, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa.

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el **síndrome de Kleine-Levin**) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo característico de la bulimia nerviosa). El comer en exceso es frecuente en el **trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos**, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se

cumplen los criterios para ambos trastornos, deben establecerse los dos diagnósticos. Los atracones están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del trastorno límite de la personalidad, de modo que si se cumplen los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL CIE-10

ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nervosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que en el diagnóstico resulta fiable con un alto grado de concordancia entre clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que, de entre los enfermos que no se recuperan, una proporción considerable continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nervosa.

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nervosa siguen sin conocerse, hay una evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. Aún hay dudas sobre si el trastorno endocrino característico se debe únicamente a la desnutrición y al efecto directo del comportamiento que la ha provocado (por ejemplo, restricciones en la dieta, ejercicio físico excesivo con alteraciones del equilibrio metabólico, provocación de vómitos y utilización de laxantes, con los consiguientes desequilibrios electrolíticos) o si intervienen otros factores aún desconocidos.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de la anorexia nervosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

c) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal o de Quetelet¹ de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

d) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

e) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

f) Trastorno endocrino generalizado que afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

g) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso esta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

Diagnóstico diferencial

No suele plantear dificultades. Pueden presentarse además síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de la personalidad anormales, lo que trae consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una característica diagnóstica. Deben distinguirse de ésta enfermedad las causas somáticas de pérdida de peso en enfermos jóvenes, incluyendo enfermedades emaciantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de malabsorción.

Excluye: Anorexia, falta de apetito

Anorexia psicógena

¹ Índice de masa corporal de Quetelet = peso (kg)/altura² (m)

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal y lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que están relacionadas con la anorexia nervosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nervosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nervosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (tetania, crisis comiciales, arritmias cardíaca o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

Pautas para el diagnóstico

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nervosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal como se indica:

- 1) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida, en periodos cortos de tiempo.
- i) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.
- j) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Incluye: Bulimia sin especificar.

Hiperorexia nerviosa

Diagnóstico diferencial

La bulimia nervosa debe ser diferenciada de:

- k) Trastornos del tracto digestivo superior que pueden producir vómitos repetidos (no existe la psicopatología característica).
- l) Alteración más profunda de la personalidad ya que el trastorno de la conducta alimentaria puede existir con dependencia al alcohol y conducta antisocial (por ejemplo, robar en comercios).
- m) Trastornos depresivos (ya que los enfermos bulímicos padecen con frecuencia síntomas depresivos).

Incluye: Bulimia con peso normal.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA

Para comprender de mejor manera la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), es necesario hacer alusión a los factores de riesgo. Se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente (Beckett, Davies y Petró Barvasián, 1986, citado en Morales, 1997).

Según Chorot, Perez y Sandín (1995) factores de riesgo son condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado; señalando tres tipos fundamentales: los concomitantes sociales, los factores predisponentes y los factores precipitantes. Los concomitantes sociales serían aquellos elementos que coexisten con algún tipo de trastorno, por ejemplo, la clase social, el aislamiento social, etc. Los factores predisponentes están ligados al concepto de vulnerabilidad del organismo, actuando durante períodos prolongados de tiempo, o bien en etapas precoces de la vida, por ejemplo las complicaciones del embarazo, los problemas de nacimiento, la patología familiar, etc. Cooper y Sheperd (1983, citados por Chorot, Perez y Sandín, 1995) identifican al menos tres modalidades de factores predisponentes: 1) factores genéticos; 2) factores prenatales y perinatales y 3) factores psicosociales. Por último los factores precipitantes se han entendido como aquellos que concurren momentos antes de desencadenarse el trastorno en cuestión o cuando se produce una asociación significativa entre el inicio del trastorno y la presencia de un cambio ambiental claramente definido; así, serían factores precipitantes situaciones traumáticas de estrés (por ejemplo situaciones de guerra, desastres naturales, etc.) como los referidos a los sucesos vitales estresantes (cambios vitales que exigen un alto grado de reajuste individual, como la pérdida de un familiar, el divorcio o el cambio de lugar de residencia). Al hablar de factores predisponentes se hace más referencia a aspectos relacionados con el organismo y al hacer referencia a los precipitantes se hace alusión más bien a factores ambientales. Factores como la dieta alimenticia y el ejercicio físico poseen características de ambas categorías.

Tanto Garfinkel, Garner y Goldboom (1986) como Striegel-Moore, Silberstein y Rodin (1987, citados en Gómez-Peresmitré, Saucedo, Unikel, 2001) han especificado tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desórdenes del comer: factores

socioculturales (en los que la delgadez es altamente valorada), factores individuales (desórdenes psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes) y factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar).

Gómez Pérez-Mitré (1997) menciona que entre las variables catalogadas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, deben señalarse, -la distorsión de la imagen corporal, la sobreestimación y la subestimación- y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Según esta autora, las variables que agrupan estos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y auto-actitudinales, siendo el resultado de la interacción de: a) condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; b) variables individuales más o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-; c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y d) variables psicosociales subjetivas como: autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y figura deseada o ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras. De igual manera, las conductas alimentarias que se derivan de la insatisfacción de la imagen corporal o de una preocupación por la misma pueden tomarse en conductas de riesgo, como todas aquellas conductas compensatorias utilizadas con el fin de evitar el aumento de peso: la dieta restrictiva, el ayuno, el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos, etc.

IMAGEN CORPORAL

El concepto de imagen corporal fue introducido por Schilder en 1935, pero se ha intercambiado con otros términos. Dependiendo de las diferentes conceptualizaciones, e incluso de los autores, encontramos términos que hablan de vivencia de la corporalidad, esquema corporal, yo corporal, límites corporales, distorsión de la imagen corporal, sobreestimación del tamaño corporal, insatisfacción del cuerpo o trastorno de la imagen corporal (Padin y Chinchilla, 1995).

La definición más clásica de imagen corporal la describe la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Una concepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación

interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto, notando que la gente varía respecto a la definición que adscribe a sus límites corporales (Raich, 2000).

De acuerdo con Rosen (1992, citado en Raich, 2000), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Thompson (1990, citado en Raich, 2000) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- a) *Componente perceptual*, que se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). En la investigación sobre trastornos alimentarios frecuentemente se ha hablado de sobrestimación del tamaño corporal.
- b) *Componente subjetivo (cognitivo-afectivo)*, se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.). Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal.
- c) *Componente conductual*, son las conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc) (pag 24).

Para Cash y Pruzinsky (1990, citados en Raich, 2000) la imagen corporal implica:

- a) Perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.
- b) Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias referentes al cuerpo y a la experiencia corporal.
- c) Emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (pag 25).

Según Bruchon-Schweitzer (1992) la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol, etc.) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. Se han definido dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial) llamada imagen "espacial" del cuerpo. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo", identidad corporal percibida...) es decir, una imagen "afectiva" del cuerpo. La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre adquisiciones múltiples, no solo visuales y cinestésicas sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto".

La imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras, sin embargo, es considerada como una construcción social compleja con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socio culturales. Los factores comunes más frecuentemente señalados son: su naturaleza subjetiva (autoperceptiva o autoevaluativa), actitudinal (cognoscitiva, afectiva o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor y placer, entre otros) (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Es decir, es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

La alteración de la imagen corporal, en la que se distinguen dos formas de expresión; una perceptual, que se refiere al grado de exactitud o en este caso de inexactitud con el que la persona estima sus dimensiones corporales, y un componente afectivo o emocional, que se refiere a las cogniciones y actitudes respecto al propio cuerpo, e indirectamente al grado de satisfacción o insatisfacción con el mismo (Fernández y Probst, 1994, citados en Fernández, 1997) podría ser el factor nuclear en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria; aunque no se establezca una relación causal, se ha argumentado que la imagen negativa del cuerpo desempeña un papel primordial en el desarrollo de trastornos alimentarios, ya que la dieta extrema es debida a las percepciones y actitudes alteradas (Fairbum y Garner, 1988; Striegel-Moore, McAvay & Rodin, 1986, citados en Padin y Chinchilla, 1995).

SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

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

La satisfacción-insatisfacción constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes, ya que modula las relaciones entre las realidades externas más o menos objetivas –por ejemplo, cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros y las realidades internas de orden subjetivo, por ejemplo, la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución. Varios investigadores han usado medidas que consisten en comparar el tamaño actual percibido en un dibujo esquemático con tamaños ideales seleccionados para darse una idea de los niveles de satisfacción-insatisfacción (Fallon & Rozin, 1985; Thompson, 1990, citados en Heinberg, 1996).

La satisfacción corporal parece depender de la distancia entre el cuerpo ideal y el cuerpo real; una gran divergencia entre tamaño estimado e ideal es síntoma de gran insatisfacción; mientras que una escasa distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal predice una gran satisfacción si mismo (Bruchon-Schweitzer, 1992; Thompson, 1990, citados en Heinberg, 1996). La satisfacción corporal contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestima favorable, así como el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o a la que se ha visto abocado por la presión cultural) y el modelo real genera una enorme insatisfacción que no se reduce al aspecto personal, sino que se generaliza a otras importantes áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar o subestime cualquier otra área de sus capacidades o incluso de su aspecto corporal. En estudios controlados se ha visto que existe relación entre la discrepancia del ideal y depresión, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios (Raich, 2000). La insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Silberstein, Striegel-Moore y Rodin (1987, citados en Heinberg, 1996) indicaron que la discrepancia puede llevar a insatisfacción con la imagen corporal en poblaciones no clínicas siendo tan frecuente en la población general que se piensa como una experiencia normativa para la mayoría de las mujeres.

Las partes del cuerpo que predicen más la satisfacción de sí mismo y la estima en el hombre son la musculatura, una gran estatura, ciertos rasgos faciales atractivos y el hecho de no tener una sobrecarga adiposa. Y para la mujer, predicen una autoevaluación de sí mismo favorable, el atractivo físico, después la delgadez y la ligereza y ciertos rasgos faciales atractivos. El atractivo físico autoevaluado es el que predice con mayor fuerza la satisfacción corporal (Bruchon-Schweitzer, 1992).

El origen de la insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado, de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos –percepción, aprendizaje y pensamiento- y, por el otro, es actitudinal, en tanto que, además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializa o internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Datos de un estudio de Fernández, Dahme y Merman, 1994, citados en Fernández, (1997) en el que se compararon dos grupos de pacientes con trastornos de alimentación con un grupo control, se observó que la mayoría de las mujeres con peso normal, tanto pacientes como no, presentan insatisfacción con su imagen corporal, aunque de forma más marcada en las primeras. Según Van Coppenolle, Probst, Vandereycken, Goris, y Merman, (1984, citados en Fernández, 1997) lo que caracterizaría especialmente a las pacientes con trastornos de la alimentación y las diferenciaría de la población general y más concretamente de aquellas mujeres preocupadas por la dieta y el peso, no sería la insatisfacción con la silueta, también común en éstas, sino una actitud negativa extrema hacia el propio cuerpo.

En los últimos 15 años, un gran número de investigaciones correlacionales han encontrado una asociación entre problemas con la imagen corporal y problemas con la alimentación (Rosen, 1990; Thompson, 1990, citados en Thompson, 1996). Gamer, Garfinkel, Rockert & Olmsted (1987, citados

en Thompson, 1996) encontraron que la insatisfacción con la imagen corporal y la tendencia a seguir dietas restrictivas predicen el desarrollo de síntomas de TCA en estudiantes de ballet.

Una encuesta nacional llevada a cabo en E.E.U.U. con 11,467 estudiantes de secundaria y preparatoria y 60,861 adultos, realizada por los Centros de control y prevención de enfermedades, nos muestra información relevante (Serdula et al., 1993, citado en Thompson, 1996); entre los adultos, el 38% de las mujeres y el 24% de los hombres estaban intentando bajar de peso en el momento de la encuesta; entre los estudiantes de preparatoria, las diferencias fueron aún más extremas, el 44% de las mujeres y el 15% de los hombres estaban tratando de reducir su peso. En una encuesta nacional a mujeres, Cash y Henry (1995, citados en Thompson, 1996) encontraron que más del 40% tenía una imagen corporal negativa, siendo las áreas de mayor insatisfacción principalmente la cadera, la cintura y los muslos. Aunque estas cifras no revelan que los problemas relativos al peso y a la apariencia sean exclusivos de mujeres, si sugieren que las mujeres se encuentran en mayor riesgo. Para ambos sexos, ser atleta, o bailarín representa igualmente un mayor riesgo. En los gimnastas, corredores, luchadores y físico culturistas se han encontrado elevados niveles de perturbación (Andersen, Barlett, Morgan & Brownell, 1995; Sykora, Grilo, Wilfley, Brownell, 1993, citados en Thompson, 1996).

La sobreestimación del tamaño del cuerpo es encontrada entre mujeres adolescentes en varios países. En un estudio realizado en Suecia, a toda la población femenina de un pequeño pueblo a finales de los años 60's, 26% de las niñas de 14 años se percibieron como gordas; y entre las de 18 años, cerca del 50% reportaron sobrepeso. En los E.E.U.U. se realizaron diferentes estudios durante distintas décadas encontrando resultados interesantes. Se encuestó a 1000 adolescentes en los 70's mostrando que las niñas estaban particularmente preocupadas con la forma y el peso de su cuerpo; cerca de la mitad se clasificaron como obesas, siendo que las medidas antropométricas demostraron que solo el 25% eran obesas siguiendo el criterio de los autores basado en los estándares de peso, talla y edad en los EU. En los años 80's, 2500 adolescentes entre 15 y 18 fueron encuestadas. Hubo un cambio muy pequeño con respecto a su percepción en cuanto a peso y forma y sus actitudes con respecto a la gordura, encontrándose que 43% se percibieron como pasadas de peso y 31% temía verse gorda, 82% quería bajar de peso, 39% estaba preocupadas por comer de más y 18% temía subir de peso. En 1991, el 60% de estudiantes en promedio de 16 años se describió como pasadas de peso, 75% quería bajar de peso y 80% expresó que estaban arriba del peso con el cual estaría a gusto (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

En investigaciones realizadas en Australia se obtuvieron resultados similares. De una muestra de 900 adolescentes, la mitad, cuyo peso era normal, se percibían como pasadas de peso. Varias de estas adolescentes tenían problemas alimentarios, un tercio había realizado dietas sin éxito, la mitad evitaban comidas y 23% habían ya usado medidas patológicas para bajar de peso: 63% dijeron tener episodios de atracones sin poder parar, 18% de las adolescentes entre 15 y 18 años y 23% de entre 18 y 26 años realizaban atracones habituales. Para controlar su peso la mayoría de las adolescentes australianas evitaban comer entre comidas, hacían ejercicio, se mantenían ocupadas y evitaban la tentación de comer, se saltaban uno o más comidas al día y escogían comidas bajas en calorías (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997).

Estudios realizados por Gómez Pérez-Mitré (1997) con escolares mexicanos pre-adolescentes con edades promedio de 10.8 años evidencian la presencia de factores de riesgo, encontrando que de una muestra de 200 pre-adolescentes, el 65% presentó distorsión de la imagen corporal, sobreestimando su peso corporal y en más del 50% se encontró un indicador de riesgo relacionado con insatisfacción con la imagen corporal. Así mismo se encontró una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez, sobresaliendo la elección de una figura ideal prácticamente anoréctica. De igual manera dentro de una muestra de 487 escolares de la misma edad, un 25% de preadolescentes aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso: un 19% con intenciones de bajar y un 6% para subir de peso. Así mismo se encontró que más niñas que niños de esta muestra se saltaban un alimento del día (en general, la cena) y que consumían en menor proporción alimentos "engordadores" como tortilla, pan, frijol, etc. (Gómez Pérezmitré y Avila, 1998).

Mancilla, Mercado, Manríquez, Álvarez, López y Roman (1999) realizaron una investigación con población universitaria mexicana, obteniendo 44 casos de chicas con trastornos alimentarios de una población de 524 universitarias, lo cual representa el 8.3% de la población, de las cuales 5.1% pertenecieron al grupo con anorexia nerviosa y el 3.2% pertenecieron grupo con bulimia nerviosa ; encontrando como factores de riesgo principalmente la insatisfacción corporal, miedo a engordar, baja autoestima, motivación para adelgazar e ineffectividad.

En otros estudios como el de Ávila, Lozano y Ortiz, (1997, citados en Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001) realizado con niñas de primaria y secundaria con una edad promedio de 11.9 se encontraron altos índices de insatisfacción con la imagen corporal, reportando 57% satisfacción y 43% insatisfacción con la misma. Así mismo, en una submuestra del estudio, Estrada Robles y Zúñiga (1997, citado en Gómez Pérez-Mitré, Saucedo, Unikel, 2001) con niños de secundaria con edad promedio de 13.4 años observó que 49% de la muestra se encontraba satisfecha, mientras

que el 51% restante mostró insatisfacción. Murrieta (1997, citado en Gómez Pérez-Mitré, Saucedo, Unikel, 2001) encontró que entre mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas, solo el 17% mostraron estar satisfechas con su imagen corporal. Al hacer una comparación entre niñas de secundaria con las de bachillerato (edad promedio de 16.6 años) se encontró que la satisfacción disminuye con la edad, tanto en hombres como en mujeres.

Es evidente que en varios países del occidente, la mayoría de las mujeres jóvenes (y algunos hombres) están innecesariamente preocupados por su forma corporal y creen tener problemas con su peso. Estas preocupaciones pueden llevarlos a tomar medidas para bajar de peso, aunque su peso actual este dentro de la norma (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997). Según Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, (2001), la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con conductas alimentarias de riesgo como el seguimiento de dieta entre muchas otras conductas anómalas

La medicina define a la dieta como "la cantidad de comida y bebida que una persona ingiere diariamente" y puede ser, según sus características, adecuada, hídrica, animal, vegetal, láctea, modular, elemental, hipercalórica, etcétera. Sin embargo, en el ámbito familiar, en el lenguaje cotidiano, "dieta" se equipara a la "privación de comer" (Rausch, 1996). En general, los individuos que intentan bajar de peso o en su caso, mantenerlo restringen su toma de alimentos a través de dietas crónicas o intermitentes que es la estrategia más común para controlar el peso (Williamson, et al., 1992, citado en Rock, 1999).

El patrón dietario más común es primeramente el decremento en el consumo de comida que contiene grasas y azúcares, y después evitar estos alimentos de manera generalizada (Beumont, O'Connor, Touyz & Williams, 1987, citado en Beumont, Beumont, Touyz & Williams, 1997). Durante la realización de dietas estrictas o ayuno se evita comer durante largos periodos de tiempo; se autoprohíben ciertos alimentos o bien reducen notablemente la cantidad total de comida; se suelen tener reglas muy fijas acerca de qué deben comer y cuándo (Rausch, 1996).

Las dietas llevan a la restricción de calorías por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. Cuando la restricción es suficientemente severa, el cuerpo comienza a producir su propia energía: almacena y utiliza el tejido adiposo para cubrir el déficit de energía y, como consecuencia, hay pérdida de peso. En una persona delgada, el déficit de energía se cubrirá a partir de consumir los propios músculos (Guelar y Crespo, 2000).

La mayoría de mujeres en nuestra sociedad ha hecho dieta en algún momento de su vida, muchas experimentan episodios alimentarios que consideran incontrolados y casi todas desean ser delgadas independientemente de su peso real, no sin razón, la insatisfacción corporal ha sido considerada un fenómeno normativo entre la población femenina occidental (Mora y Raich, 1994). Así, por ejemplo, en muestras de adolescente mexicanas (13 a 19 años) se ha encontrado que, el querer bajar de peso y hacer dieta restrictiva están presentes independientemente de si el peso de las chicas está por abajo y aún muy debajo de peso normal (Bolaños, 1988; Poblano y Trigueros, 2000, citados en Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

La dieta, especialmente entre las mujeres jóvenes es aceptada socialmente y reforzada, llevando a la persistencia de períodos de privación nutricional y el subsecuente desarrollo de medios desordenados de consumo de comida (Romano, 1999). Al parecer, las jóvenes eligen realizar dietas desde muy temprana edad. Una medición a gran escala dentro de una escuela pública, con estudiantes desde 10 a 14 años, encontró que casi un tercio de la población había realizado dietas y 45% querían perder peso (Childress, Brewerton, Hedges & Jarrel, 1993, citado en Mash y Wolfe, 1999) lo que es consistente con la noción de que estas preocupaciones suelen comenzar por temprano durante la escuela primaria e incrementarse constantemente a través de la adolescencia (Moreno & Telen, 1995, citado en Mash y Wolfe, 1999).

Los problemas alimentarios pueden abarcar desde el comer selectivo (elegir los alimentos según ciertas categorías, pasando por la conducta dietante (alimentarse según regímenes de diseño propio o leídos en algún libro o revista) hasta llegar al trastornos alimentario propiamente dicho .

Múltiples autores han postulado un espectro de severidad en por lo menos dos variables: las preocupaciones por el peso y la dieta, uno de cuyos polos sería la anorexia o la bulimia, el otro la conducta alimentaria sana y los dietistas crónicos e intermitentes ocuparían los eslabones intermedios, existiendo un continuo y un amplio solapamiento en términos de conductas alimentaria y actitudes hacia el peso, entre población clínica con trastorno alimentario y mujeres sin un diagnóstico tal (Rodin, Silberstein y Strigel-Moore, 1984, citado en Mora y Raich, 1994).

El DSM- III –R en un intento de operacionalizar este continuo, incorpora una categoría de trastorno alimentario atípico que incluye casos en los que hay uno o más rasgos ausentes: hiperfagia sin vómito o vómito sin hiperfagia y dietistas crónicos, y una categoría de casos subclínicos o “borderline” (Mora y Raich, 2000).

Mintz y Betz (1988, citados en Mora y Raich, 1994) tomaron una muestra de 682 universitarias de las que eliminaron las obesas y las anoréxicas, el resto fue clasificado en una de seis categorías representando una continuidad. Un 3% fueron identificadas como bulímicas, tan solo un 33% manifestaron hábitos alimentarios sanos y un 61% tuvo algún tipo de alteración alimentaria: dieta crónica, episodios bulímicos, métodos de reducción del peso sin hiperfagia o bulimia subclínica. En este estudio no solo se obtuvo continuidad en términos de patología alimentaria sino también en autoestima, alteraciones de la imagen corporal y adherencia al modelo estético-corporal, factores hallados de manera constante en la mayoría de los estudios que ponen en relación estas variables. Este estudio demuestra que las alteraciones del comportamiento alimentario ocurren también en un continuo conductual (Mora y Raich, 1994).

Nada permite descartar que lo que hoy, son tan solo dietistas, mañana sean pacientes con trastorno alimentario. Patton (1988, citado en Mora y Raich, 1994) en un estudio longitudinal prospectivo efectuado con adolescentes, obtuvo que un 21% de las dietistas fueron diagnosticadas como casos, tras un periodo de 12 meses, al ser de nuevo entrevistadas, en contraste con un 3% de no dietistas. Así mismo, en un estudio longitudinal efectuado con niñas en edad escolar en Londres (de las cuales 31% estaban a dieta) se encontró que una quinta parte profesaron a un trastorno alimentario durante un periodo de 12 meses de observación (Rock, 1999). En México, Unikel (1988, citado en Gómez Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998), demuestra claramente la existencia de este continuo al trabajar con muestras de población normal, de alto riesgo y clínica, compuesta esta última por mujeres con diagnóstico de trastornos de la alimentación.

Seguir un régimen, ayunar, hacer actividad física y estar pendiente de la comida y el peso son tan comunes en la actualidad que serían pocas las mujeres que quedarían excluidas si éste fuese el criterio de clasificación. Datos proporcionados por (Rausch, 1996) advierten que más del 70% de las mujeres de menos de 21 años se sienten lo suficientemente gordas como para hacer dieta, aunque sólo un 15% realmente tenga sobrepeso.

Las dietas que intentan reducir el peso corporal, en la mayoría de ocasiones, producen gran insatisfacción con la restricción a la que se someten las personas que las siguen y, en un grandísimo porcentaje, los que han perdido peso vuelven a recuperarlo rápidamente. Para aquellas personas para las que hacer dieta supone demasiado esfuerzo o que ven muy difícil alcanzar la extrema delgadez, emplean métodos más drásticos y peligroso como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos o el ejercicio extremo. Otro resultado de la dieta son los atracones.

Lo que sucede generalmente cuando se realiza una dieta restrictiva o hipocalórica es que se suprimen los alimentos ricos en hidratos de carbono, y por este motivo aparece una necesidad imperiosa de comerlos. A lo largo de los días esa necesidad crece hasta que el organismo no lo tolera más y puede entonces manifestarse el primer atracón o descontrol alimentario, que no es más que la compensación de la falta de hidratos de carbono (Guelar y Crespo, 2000).

Una gran proporción de aquellos que realizan dietas (particularmente las adolescentes y mujeres jóvenes) no tienen sobrepeso. Según Rock (1999), por lo menos 30% de las mujeres en edad reproductiva practican alguna actividad anormal para bajar de peso, adentrándose regularmente en conductas bulímicas, incluyendo sobreingesta compulsiva o conducta purgativa.

En una revisión hecha por Polivy (1996, citado en Rock, 1999), existe evidencia de que la restricción dietaria, juega un papel etiológico importante en el desarrollo de patrones anormales de alimentación. En los clásicos estudios de Keys et al, (1950, citado en Rock, 1999), se observó que los comedores normales aumentaban su atención en la comida cuando llevaban a cabo una dieta restringida y sobreingesta compulsiva cuando tenían permitido el acceso a los alimentos seguidamente de una restricción dietaria. Entre los factores etiológicos de la bulimia nervosa, la dieta parece ser una precondition crucial. La privación de comida asociada con la dieta y la restricción de alimentos sienta las bases para el desarrollo de la sobreingesta compulsiva y la conducta purgativa, que son seguidas normalmente por dietas más estrictas, en un ciclo que se convierte en autoperpetuante (Walsh, 1993; Polivy, 1993, citado en Rock, 1999).

Además de promover la sobreingesta compulsiva, la dieta crónica causa los cambios cognitivos característicos de los desórdenes del comer, como dificultad para concentrarse en tareas y la resistencia a consejos psicoterapéuticos (Garner, 1993, APA, 1993, citados en Rock, 1999). De hecho, muchos de los trastornos cognitivos y afectivos de los TCA, especialmente en la anorexia, pueden ser un resultado directo de la falta de energía y nutrientes esenciales resultante de la dieta inadecuada y crónica (Rock, 1995, citado en Rock, 1999).

Una investigación para medir los efectos y los riesgos vinculados con las dietas restrictivas fue la desarrollada en Minnesota, Estados Unidos, en los años 40, que consistió en reducir el aporte calórico en la alimentación de un grupo de 36 hombres jóvenes y sanos, y aparentemente normales psicológicamente. Si bien la respuesta de la semiinanición no fue idéntica en todos los miembros del grupo, todos ellos sufrieron importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales. En cuanto a las transformaciones anímicas se observó lo que comúnmente los jóvenes describen como

un bajón general en el estado de ánimo, en algunos de los integrantes se presentó un estado de depresión anímica profunda que se reflejaba en una visión pesimista sobre sí mismos y sobre el futuro. También se detectaron signos claros de intolerancia, irritabilidad, comportamientos autodestructivos y cambios abruptos del humor. El grado de apatía creció y los test de personalidad revelaron también signos de hipocondría, histeria y desorganización general de la conducta. En el área social, los voluntarios sometidos al experimento, extrovertidos y sociables, fueron paulatinamente cayendo en un estado de aislamiento y ensimismamiento, manifestando también una disminución marcada en su interés amoroso y sexual. En cuanto al aspecto cognitivo, los voluntarios mostraron dificultades en la concentración, en la comprensión y el estado de alerta durante la experiencia. Las transformaciones físicas que se evidenciaron durante el experimento fueron cefaleas; hipersensibilidad a la luz y a los ruidos; molestias gastrointestinales: acidez, constipación, diarrea; problemas de visión y auditivos; adormecimiento de miembros (especialmente los pies y las manos) calambres, pérdida de cabello y desarrollo de lanugo en zonas donde habitualmente no hay pelo; entecimiento metabólico; disminución de la tolerancia al frío por anemia; pérdida de temperatura corporal; cambios cardiológico: bradicardia y taquicardia; interrupción de la menstruación en mujeres (amenorrea); debilidad muscular, deshidratación, entre otros (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Este experimento demuestra cómo, aun en personas sin problemas psicológicos ni familiares, el someterse a una dieta muy restrictiva produce una cantidad de efectos muy similares a los que observamos en una anorexia o una bulimia nervosas. Esto significa que cualquiera que se someta a una restricción calórica semejante corre el riesgo de enfermarse con iguales características. Algunas personas podrán recuperarse sin mayor dificultad y otras correrán el riesgo de evolucionar hacia alguno de los trastornos alimentarios conocidos, pues estos síntomas predisponen y/o contribuyen a su mantenimiento. La gran diferencia entre los voluntarios y las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria reside en la autoimposición de la dieta restrictiva. Esta diferencia de motivación para comenzar con la dieta no tiene consecuencias diferentes a la hora de evaluar los efectos que produce la mala alimentación. De este experimento se puede aseverar que lo adictivo es la dieta restrictiva y no la comida en sí misma, es decir, hacer dieta es lo que lleva a toda la sintomatología descrita (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

En la mayoría de la literatura, tanto nacional como internacional se identifica a la pubertad y adolescencia como uno de los factores más relevantes relacionados con problemas de la conducta alimentaria. Así mismo, se destaca su importancia en la formación de la imagen corporal (Heinberg, 1996). Esta etapa está asociada a múltiples cambios físicos y psicológicos para ambos géneros:

Según Toro (1996), los cambios corporales de esta etapa del desarrollo obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general tras su evaluación. Es el momento en que el adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, anhelando y procurando que su cuerpo, se aproxime máximamente a aquél; algunos jóvenes se someten a dietas intensivas mientras otros se embarcan en programas rigurosos de acondicionamiento y entrenamiento físico con el fin de alcanzar estos ideales (Craig, 1997).

Aunque no hay una sola explicación para el inicio de estos trastornos, durante la adolescencia, varios cambios a nivel de desarrollo y presiones sociales pueden explicar el gran riesgo que corren. Dentro de los cambios relacionados con el desarrollo puberal como cambio natural hay un aumento hasta de 11 kilogramos de grasa corporal en las niñas, por ende, la preocupación por la dieta y el peso se intensifica durante la adolescencia temprana y sienta la bases para una problemática más seria a posteriori. Así mismo, la formación de la identidad es una cuestión fundamental en esta etapa. Eric Erikson sugiere que la noción de identidad está relacionada con la experiencia de autocohesión de la persona, es decir, el sentido de continuidad e igualdad en el tiempo; el desarrollo de una identidad cohesiva depende de muchos factores individuales y sociales. El período más crítico en este desarrollo es durante la adolescencia, cuando la persona se encuentra frente a las nuevas exigencias y desafíos planteados por las experiencias durante este período (Padín y Chinchilla, 1995). Las adolescentes que tienen sentimientos de inseguridad y dependencia, son más propensas a depender de la apariencia física como un camino concreto para construir su identidad (Striegel-Moore, 1993; citado en Mash & Wolfe, 1999). Así mismo, durante la pubertad, como consecuencia de los cambios biológicos y psicológicos que ella envuelve, aparece una toma de conciencia más evidente de los roles genéricos y, por lo tanto, una mayor vulnerabilidad a la influencia social (Behar, 1992).

Abraham y Lewellyn-Jones (1992) en sus estudios muestran que, a diferencia de las mujeres mayores, las adolescentes perciben su cuerpo por partes, prestando especial atención al tamaño y la forma de sus pechos, muslos, glúteos, caderas y abdomen. Alrededor de los 15 años muchas chicas comienzan a probar métodos simples y seguros de control de peso, tales como evitar comer entre comidas y hacer ejercicio físico. Desafortunadamente, más tarde suelen comenzar a hacer dietas para bajar de peso. A los 17 años, del 14 al 30% de las jóvenes hace durante días ayuno, el 3% se provoca vómitos y del 1 al 5% toma laxantes como intento de controlar su peso. A los 18 años, entre el 14 y el 46% tiene atracones habituales. El atracón generalmente es seguido de

alguno o una combinatoria de los mecanismos de purga, cuyo empleo es variable a lo largo del tiempo. Las conductas compensatorias más habituales con el fin de evitar el aumento de peso son:

- los vómitos autoinducidos
- el abuso de laxantes y/o diuréticos u otra medicación que se toma con el objeto de controlar el peso
- la dieta estricta
- el ayuno
- la actividad física vigorosa y extenuante

Estudios realizados en países de Occidente muestran hallazgos peligrosos: un tercio de las mujeres recurre al ayuno durante ciertos periodos y una de cada 10 a los vómitos para controlar su peso. Afortunadamente, a medida que advierten que el abuso de laxantes es un método ineficaz para bajar de peso, su uso se ha disminuido de 5 a 2% en la última década. Por el contrario, la provocación de vómitos es cada vez más frecuente y comienza a una edad cada vez más temprana, algunas veces a partir de los 13 años. Esta práctica es esporádica en la mayoría de la adolescentes pero una de cada veinte recurre a ella una vez por semana (Rausch, 1996).

Los laxantes suelen comenzar a utilizarse de forma esporádica; siendo un método absolutamente ineficaz para anular el efecto de la ingesta copiosa, porque, en rigor, el laxante actúa después que el alimento ha sido digerido y absorbidas las calorías. La pérdida de peso es ilusoria, porque lo único que se elimina es líquido. Sin embargo, los consumidores de laxantes entran en un círculo reiterativo cada vez más intenso. El organismo se acostumbra al consumo de laxantes y cada vez son necesarios más para lograr el mismo efecto, porque progresivamente el intestino pierde su movimiento natural. Al igual que los laxantes, los diuréticos son absolutamente ineficaces para inhibir la absorción de calorías. Las variaciones que producen sobre el peso son de corta duración y se deben estrictamente al pasaje de líquidos. Los diuréticos también determinan acostumbramiento, y su abuso produce un efecto sumamente peligroso (Rausch, 1996).

La actividad física y extenuante se hace con el objeto de controlar la forma o el peso corporales. Estudios indican que esta practica puede ser en parte responsable de los atracones alimentarios y está asociada a la insatisfacción con el propio cuerpo y a la conducta dietante (Rausch, 1996).

Entre los factores que contribuyen a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, también ocupa un lugar importante la imposición ideológica de un modelo femenino que ha adquirido la capacidad de ejercer presión social y que se difunde a través de los medios de

comunicación (Gómez Pérez-Mitré, 1993). La mayoría de los investigadores concuerda en que las fuertes influencias en el desarrollo de la imagen corporal y sus alteraciones en las sociedades occidentales son debidas a factores socioculturales (Fallon, 1990; Heinberg, Thompson, & Stomer, 1995, citados en Heinberg, 1996) siendo la adolescente quien más susceptible se muestra a esta presión social (Prado, 1998). Los ideales de belleza femenina han cambiado de acuerdo con los estándares estéticos de un particular periodo de tiempo y un gran porcentaje de mujeres han intentado alterar sus cuerpos con el fin de alcanzar estos ideales (Mazur, 1986, citado en Heinberg, 1996).

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva *fisicamente*, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la *totalidad* de la mujer se expresa —casi únicamente— a través de la imagen corporal (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996). Según Bruchon-Schweitzer (1992), las mujeres perciben la conformidad con ciertas normas (delgadez, belleza) como signo de adecuación a su rol. Este rol es complejo porque implica a la vez su impotencia en ciertos campos reservados (fuerza física, posición social) y su poder extremo en los procesos que implican la receptividad, la seducción y el atractivo interpersonal. La identidad femenina se define esencialmente por la relación con los otros (de amistad, amorosa, materna, conyugal). El cuerpo de una mujer es juzgado tanto más femenino cuánto más coherente es con diversos roles asignados, lo que anuncia su delicadeza y su atractivo. De ahí el interés considerable dirigido a los cuidados del cuerpo, maquillaje, peinado, vestidos, que demuestran que el cuerpo femenino sólo existe indirectamente, es decir, a través de la mirada del otro.

Se ha reportado frecuentemente, que las mujeres alrededor de una edad promedio de 11 años ya han hecho suyo el ideal de una figura corporal delgada y muy delgada (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998). Gómez Pérez-Mitré cita datos provenientes de una revista juvenil mexicana en donde se reporta que el prototipo de la mujer bella en México es de una mujer joven (con edad promedio de 25 años) y un peso por debajo del normal. Partiendo de estos datos, se realizó una investigación sobre imagen corporal con preadolescentes y adolescentes, encontrando que el 94% de la muestra escogió una figura ideal delgada y muy delgada (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), con el fin de encontrar si en los escolares mexicanos pre-púberes ya están presentes los factores riesgo en TCA encontraron que efectivamente, las escolares más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno social y que comparten con las chicas más grandes no sólo el deseo de

una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal, percibiéndose con mayor peso del que realmente tienen.

El problema de los TCA es indiscriminado, pues se ha encontrado que las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, al contrario de los supuestos que plantean que estos problemas son característicos de sociedades altamente desarrolladas. Estos son problemas que se extienden rápida e interculturalmente y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Es posible conceptualizar el clima sociocultural actual como sentando las condiciones para desarrollar problemas relacionados con la imagen corporal o la alimentación (Thompson, 1992, citado en Heinberg, 1992). Aunque la exposición ante ideales de delgadez y apariencia promovidos por la sociedad no resulten en alteraciones de la imagen corporal o en trastornos alimentarios, la combinación de estos factores dan como resultado mayor riesgo para desarrollarlos.

En realidad, los trastornos de la conducta alimentaria son cuadros complejos, cuyas causas no se conocen con precisión. Más bien pareciera tratarse de un crisol en el que confluyen el estado del cuerpo, la mente, la cultura, la persona, la familia y las relaciones interpersonales problemática (Rausch, 1996).

LOCUS DE CONTROL

El término locus de control es una construcción teórica, elaborada para explicar y describir las creencias, más o menos estables, a partir de las cuales el sujeto establece la fuente de control de los acontecimientos cotidianos y de su propio comportamiento. El concepto fue propuesto por Rotter bajo el contexto de la teoría de aprendizaje social, el cual postula que la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento está en función directa de la expectativa de que ese comportamiento sea seguido de un reforzamiento determinado (Rotter, 1954, citado en Lefcourt, 1966). Los decrementos o incrementos en las expectativas seguidas del reforzamiento, parecen variar sistemáticamente, dependiendo de la naturaleza de la situación y también de las características consistentes de la persona en particular que es reforzada. La naturaleza del reforzamiento por sí mismo, la historia pasada, secuencia y patrones de reforzamiento, el valor puesto en el mismo, así como la evaluación de las conductas alternativas disponibles en la misma situación, son altamente importantes y probablemente los más cruciales determinantes de la conducta (Rotter, 1975).

En la primera investigación concerniente a la dimensión de control (Rotter, Seeman, & Liveran, 1962, citados en Lefcourt, 1966), el concepto fue descrito como un acuerdo de distribución individual del grado en que las personas aceptan la responsabilidad de lo que les pasa o perciben poseer o carecer de poder ante lo que les sucede. Para Rotter, la percepción del control conductual es dicotómica: varía de la internalidad a la externalidad, en donde control interno se refiere a la percepción de que los eventos positivos y/o negativos son consecuencia de las acciones personales y por lo tanto están bajo control personal y control externo se refiere a la percepción de que los eventos positivos y/o negativos no están relacionados con las conductas personales en ciertas situaciones y por lo tanto no están bajo el control personal (Lefcourt, 1966).

Rotter (1975) supone que cuando un organismo percibe dos situaciones como similares, sus expectativas por un reforzador en particular o clase de reforzadores, se generalizará de una situación a otra, es decir, las expectativas en cada situación no están determinadas únicamente por experiencias específicas en una situación, sino en gran medida, también por experiencias en otras situaciones que el individuo percibe como similares. De esta manera, una misma persona puede actuar tanto internamente como externamente, dependiendo de la forma en que una situación dada esté considerada culturalmente, aunque siempre observará una tendencia más marcada hacia la creencia en el control interno o hacia la creencia en el control externo. Esta tendencia produce diferencias conductuales que influyen directamente en la personalidad del sujeto (Ramírez, 1993).

Levenson (1973;1974; 1978, citado en Tamayo, 1993) distingue tres dimensiones del locus de control: a) la dimensión personal; o sea, la convicción del sujeto de controlar su vida; b) la dimensión social, representada por los otros como fuente de control, particularmente los poderosos que tienen influencia sobre el sujeto; y, c) la dimensión impersonal, constituida por fuerzas irracionales como suerte, azar, destino, etc.

Los conceptos como competencia, desesperanza aprendida, impotencia y control, han sido utilizadas de una forma u otra para describir el grado en el cual el individuo es capaz de controlar los eventos importantes que ocurren en su vida. Para Rotter, el concepto de locus de control interno-externo difiere de los conceptos antes mencionados en ser una unidad integrada de una elaborada teoría; siendo una variable contingente más que una motivacional (Lefcourt, 1966).

En la literatura científica, el locus de control se define a veces en términos de expectativa con relación al reforzamiento (Lefcourt, 1966) o de motivación o necesidad intrínseca (Romero-García, 1983; 1986, citado en Tamayo, 1993). Lefcourt (1981, citado en Tamayo, 1993) en la introducción a los tres volúmenes sobre investigación con el locus de control, afirma que algunos investigadores han dado más importancia a la orientación motivacional en su discusión del control, mientras que otros adoptan una perspectiva fenomenológica y existencial. Por consiguiente, el locus de control parece no limitarse exclusivamente a la contingencia entre comportamiento y resultado, sino ser un fenómeno cognitivo-perceptivo-emocional, y posiblemente, representar una modalidad de existencia a través de la cual el sujeto no solamente explica, sino que también define la estructura de su propio destino (Tamayo, 1989, citado en Tamayo, 1993).

INVESTIGACIONES

Control interno-externo relacionado con la estructura de la tarea

Se han realizado investigaciones relacionando diversas variables con el locus de control, por ejemplo, Phares (1957, citado en Lefcourt, 1966) dio a un grupo de sujetos instrucciones en las que se enfatizaba que el éxito en una tarea se debía a su propia habilidad y a otro grupo le enfatizó que el éxito se debía a la suerte. Los dos grupos recibieron el mismo reforzamiento, sin embargo los sujetos del primer grupo cambiaron sus expectativas más frecuentemente y más en dirección de la experiencia previa que los del segundo grupo. Phares concluye que al categorizar una situación como guiada por la habilidad, el sujeto usa los resultados de su experiencia anterior para formular expectativas hacia futuras ejecuciones.

En un experimento realizado por Rotter & Mulry (1965) estudiando el locus de control relacionado con el tiempo de decisión, se encontró que los individuos caracterizados como internos, tomaron más tiempo en decidir al realizar una tarea cuando ésta estaba definida como controlada por la habilidad, que cuando estaba definida como controlada por la suerte. Lo opuesto ocurrió cuando con los sujetos caracterizados como externos, tendían a tomar más tiempo para decidir en la respuesta correcta cuando la tarea era definida como controlada por la suerte que cuando era controlada por la habilidad.

En general, los internos tienden a seleccionar actividades en donde puedan demostrar sus habilidades y los externos actividades en donde puedan demostrar su suerte, mostrando un mejor desempeño en las actividades elegidas. Rotter & Mulry (1965) sugieren como una explicación a estos hechos, que los internos tienden a valorar los reforzamientos contingentes a la habilidad más que a la suerte y los externos, viceversa. En otro estudio, Schneider (1968, citado en Joe, 1971) al construir una escala preferencial de actividades a elegir, notó que los hombres internos preferían actividades de habilidad pues esto confirmaría sus expectativas de control interno, mientras que los hombres externos, preferían actividades donde estuviera involucrada la suerte pues no se ponía de manifiesto la ejecución individual.

Feather (1959, citado en Rotter & Mulry, 1965) asume que el reforzamiento en una tarea de suerte esta basado en el valor del reforzamiento únicamente, pero en tareas que implican habilidad, es una combinación del valor del reforzamiento y el valor del éxito que está basado en la necesidad de logro.

Personalidad

En cuanto a la variable personalidad, Hersch y Scheibe (1967, citados en Joe, 1971) correlacionaron una escala de locus de control con el California Psychological Inventory (CPI) y con el Adjective Check List (ACL) y encontraron que los sujetos orientados internamente obtuvieron puntajes más altos en las escalas de dominancia, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, capacidad intelectual, ejecución via conformismo, y bienestar en el CPI. En el ACL los orientados internamente se describieron a si mismos como asertivos, poderosos, independientes, efectivos, industriosos y con logros.

En otro estudio, Feather (1967, citado en Joe, 1971) noto una tendencia significativa de los sujetos externos a reportar más ansiedad y síntomas neuróticos. Joe (1971) cita a Williams y Vantress (1969), quienes encontraron que los externos experimentan más sentimientos de impotencia y

frustración y son más proclives a manifestar agresión y hostilidad. De igual forma distintos estudios sugieren que los externos tienden a ser menos confiados y más sospechosos de otras personas, así como más dogmáticos que los internos (Hamsher, Sélter y Rotter, 1968; Miller y Minton, 1969; Clouser y Hjelle 1979, citados en Joe, 1971).

Dies (1968, citado en Joe, 1971) desarrolló una medida proyectiva para evaluar control interno-externo, basándose en historias del TAT (Test de Apercepción Temática), encontrando que los sujetos orientados internamente, contaban más historias manifestando una creencia en el control interno, mientras que los orientados externamente daban más historias manifestando una creencia en el control externo.

En comparación con las personas con locus de control interno, las externas experimentan mayor ira o furia y perciben a los demás como menos amigables (Holmes, 1975; citado en Gergen y Gergen, 1984); los niños tienden a ser menos populares socialmente (Nwicky, 1971; citado en Gergen y Gergen, 1984); en cuanto al desarrollo de tareas, los externos son menos vivos para resolver problemas mentales (Lefcourt, 1976; citado en Gergen y Gergen, 1984) y menos competentes para ejecutar tareas (Pines, 1972; citado en Gergen y Gergen, 1984).

De los resultados encontrados en estudios manipulando un aparente control y las investigaciones para hacer predicciones diferenciales entre conductas relacionadas con el control, se puede concluir que el control percibido es una variable útil y está relacionada con problemas como psicopatología, apatía y aislamiento (Lefcourt, 1966). Se ha encontrado que existe una correlación entre el control percibido y la deseabilidad social. Así mismo se ha encontrado una relación entre la dimensión de control y la inteligencia, encontrándola positivamente relacionada con control interno (Lefcourt, 1966).

Control interno-externo y adaptación

Varios investigadores han encontrado relación entre control interno-externo y adaptación (Crego, 1970; Platt & Einsenman, 1968; Wall, 1970, citados en Joe, 1971). James (1957, citado en Lefcourt, 1966) encontró una correlación significativa entre la escala James-Phares, el primer instrumento para medir locus de control y un instrumento de frases incompletas, encontrando una relación curvilínea, en donde el extremo de internos y el de externos parecen los menos adaptados. Shybut (1968, citado en Joe, 1971) investigó la relación entre perspectiva del tiempo, locus de control y severidad en disturbios psicológicos y encontró que los sujetos psicóticos tenían una perspectiva significativamente más corta del tiempo y puntajes externos más altos que los sujetos normales y

que los neuróticos. Shybut sugirió que la hospitalización prolongada y otros factores podrían reducir la creencia de los individuos en obtener metas a largo plazo y podría incrementar sus creencias en el control externo. Estos resultados son consistentes con estudios anteriores que reportaron que los sujetos con patologías tienden a puntuar como externos en las escalas de locus de control (Bialer, 1961; Cromwell, Rosenthal, Shakow, & Kahn, 1961, citados en Joe, 1971).

Harrow & Ferrante (1969, citados en Joe, 1971) investigaron la distribución de varios tipos de pacientes mentales (ej. Esquizofrénicos, depresivos, etc.) en un continuo de locus de control, reportando que los esquizofrénicos son más externos que el resto de la muestra. Después de 6 semanas de tratamiento clínico, los depresivos se orientaron más hacia la intemalidad, mientras que los esquizofrénicos y maníacos mostraron una tendencia (no significativa) a aumentar su externalidad.

Varios estudios que han tenido importantes implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia se han enfocado en alterar las expectativas de control externo. Joe (1971) cita a Lefcourt (1967) y Ladwig (1965), quienes notaron que la conducta de las personas con expectativas de control externo, podía ser alterada hacia expectativas de control interno, si metas nuevas eran ligadas cognitivamente con éxitos anteriores. En un estudio diseñado para examinar la relación entre locus de control y momentos de crisis, Smith (1970, citado en Joe, 1971) notó que los pacientes en crisis, contrariamente a los pacientes en condiciones normales, mostraron un cambio significativo hacia la dimensión del locus de control interno siguiendo el periodo de resolución de crisis. De manera similar, Gotesfield y Dossier (1966, citados en Joe, 1971) observaron un incremento en la creencia de control interno en sujetos que habían participado en programas de acción comunitaria o en psicoterapia. Estos estudios sugieren que la expectativa de control externo puede ser cambiada hacia una estructura de referencia interna.

Ansiedad

En estudios realizados por medio de instrumentos de auto-reporte, se ha encontrado que los sujetos externos se describen a sí mismos como ansiosos, poco capaces de mostrar respuestas constructivas ante situaciones frustrantes, y preocupados con el miedo al fracaso más que con la ejecución per se. Por otro lado, los internos se describen como preocupados por la ejecución, más constructivos al enfrentarse con situaciones frustrantes y menos ansiosos (Feather, 1967; Ray & Catan, 1968, citados en Joe, 1971). Estos resultados despiertan la duda de si la creencia en el control externo produce la ansiedad o si la ansiedad produce la creencia en el control externo. Estudios en este ámbito ayudarían a determinar si la creencia en un control externo es una reacción

contra la ansiedad aprendida en base a experiencias pasadas en situaciones estresantes o si es una reacción a la percepción de que el mundo es impredecible, predeterminado y controlado por otros poderosos (Feather, 1967; Watson, 1967, citados en Joe, 1971).

Intentos de controlar el ambiente

Varias investigaciones han demostrado que los internos muestran mayor iniciativa en sus esfuerzos por alcanzar sus metas y controlar su ambiente que los externos (Phares, 1965; Seeman, 1963; Seeman & Evans, 1962, citados en Joe, 1971). Straits & Sechrest (1963) y James, Woodruff & Wemer (1965, citados por Joe, 1971) reportan evidencia de que los internos pueden controlar no solo su ambiente sino también sus propios impulsos mejor que los internos.

Variables como independencia y resistencia a la influencia relacionadas con locus de control, han tenido implicaciones obvias en conductas sociales importantes. Por ejemplo, con la variable de inteligencia controlada, prisioneros con LC interno se mostraron mucho más interesados que los prisioneros con LC externo en aprender, conocer y recordar información sobresaliente acerca de las reglas y oportunidades para su liberación (Seeman, 1963, citado en Strickland, 1989). Así mismo, en 1962, Seeman y Evans (citados en Strickland, 1989) trabajando en experiencias de hospitalización, encontraron que pacientes tuberculosos internos, en contraste con los externos sabían más acerca de su condición física, preguntaron más a los médicos y enfermeras, e indicaron menos satisfacción con la información que recibían del personal del hospital. En contraste, los pacientes externos tenían un conocimiento menos objetivo acerca de su condición de salud.

En investigaciones realizadas por Odell, 1959 (citado en Lefcourt, 1966) se encuentra que los sujetos altos en externalidad muestran mayores tendencias al conformismo. De la misma manera, parecen mostrarse menos seguros que los sujetos tendientes a la internalidad. Utilizando la escala de Rotter IE, Gore y Rotter (1963, citados en Strickland, 1989) encontraron que los estudiantes internos tienden mucho más que los externos a involucrarse en actividades relacionadas con causas sociales, derechos civiles, lucha por la no violencia, etc. Resultados de diversas investigaciones muestran que los individuos que tienden a percibir el reforzamiento como contingente a su conducta, son más propensos a tomar acciones sociales para mejorar sus condiciones de vida (Gore & Rotter, 1963, citados en Rotter & Mulry, 1965), parecen tener una mayor necesidad de independencia (Crowne, & Liverant, 1963, citados en Rotter & Mulry, 1965) y están generalmente más preocupado por sus habilidades y sus fracasos (Efran, 1964, citado en Rotter & Mulry, 1965).

Las estrategias que los individuos utilizan para entender y controlar los eventos en sus vidas depende no solo de entender las contingencias entre su conducta y los eventos subsecuentes, sino incluye la creación de nuevos patrones de contingencias. Las conductas de realce y otros aspectos, sugieren que los individuos se enrolan en un proceso creativo al construir su mundo, planear sus actividades y regular su conducta sobre bases reales. Los individuos tendientes a la internalidad, en particular manejan varias de las características atribuidas a la creatividad, como autonomía, búsqueda de información que dirija al cambio, independencia de juicio, disposición a tomar riesgos razonables, confianza en sí mismos y una imagen creativa de sí mismos (Barron & Harrington, 1981, citados en Strickland, 1989).

Hersch y Scheibe (1967, citados en Joe, 1971) observaron que los estudiantes que puntuaban como internos trabajando como voluntarios en hospitales mentales eran más efectivos que los que puntuaban como externos al trabajar con los pacientes.

De estas investigaciones se concluye que los internos en contraste con los externos, muestran una mayor tendencia a buscar información y a adoptar patrones de conducta que facilitan el control personal sobre su ambiente.

Orientación al logro

Rotter ha llevado a cabo investigaciones en cuanto a establecimiento de metas bajo condiciones de éxito y fracaso que nos dan claves acerca de la relación entre las expectativas y la realidad en el desempeño. Rotter, 1982 (citado en Strickland, 1989) ha descrito conductas de realce (aumento) que facilitan respuestas positivas a experiencias de la vida y mantienen un estado de ánimo positivo. Cuando la gente espera sentirse bien en una situación dada, puede enrolarse en conductas de realce que prolonguen los efectos del reforzamiento positivo en estados afectivos, o a la inversa, intenten aliviar los efectos del reforzamiento negativo. Lau (1983, citado en Strickland, 1989), encontró que tanto en condiciones de éxito como de fracaso, en niveles de aspiración a una tarea, las expectativas cercanas o por debajo del nivel de desempeño previo (que sugería una respuesta demasiado cautelosa y defensiva para protegerse del fracaso), estaban asociados con niveles bajos de ajuste personal y las expectativas de algún modo por arriba de los niveles anteriores de desempeño (que indica una visión optimista o estilo de respuesta ambicioso), estaba asociado a un mejor ajuste personal. Catanzaro (1988, citado en Strickland, 1989) indagó en esta área dando instrucciones de realce a estudiantes de universidad para el mismo nivel de aspiración a un tarea, les dijo que los otros estudiantes universitarios encontraron la tarea motora bastante entretenida y los incitó a disfrutarla lo mejor posible. No se encontraron diferencias en el

desempeño, pero los sujetos en condiciones de realce, percibieron la tarea y su desempeño de forma más positiva (Strickland, 1989).

Lao, 1970 (citado en Joe, 1971) notaron que los estudiantes con un alto sentido de control personal tienen mayores logros y mejores calificaciones, un más alto desempeño académico y mayores expectativas de educación, así como mayores aspiraciones que los estudiantes que tienen creencias externas. Por el contrario, Eisenman y Platt (1968, citado en Joe, 1971) no encontró ninguna evidencia de que el locus de control fuera determinante en el desempeño académico.

Al correlacionar el nivel de aspiración de un grupo de sujetos con la escala de James-Phares (Rotter, 1954, citado en Lefcourt, 1966), se encontró que los sujetos externos cambiaron de estimación frecuentemente, y aparentemente tenían dificultades para establecer una evaluación de sus propias habilidades. De la ejecución en la escala del nivel de aspiración se derivaron patrones, encontrándose que los externos presentan estrategias de precaución-defensividad o fracaso-evitación, mientras que los sujetos con patrones de agresividad y esfuerzo por el éxito tenían bajo puntaje en externalidad.

Aquellos con un locus de control externo creen que su propia conducta no influencia los resultados en un futuro. Esto hace que estos individuos luchen menos por alcanzar su potencial de manera completa, debido al déficit motivacional, emocional y cognoscitivo que esto les crea. De hecho, las personas con locus de control externo sufren más de depresión y otras enfermedades pues creen que sus acciones no pueden mejorar su condición actual. Aquellos con locus de control interno ven el mundo a través de una perspectiva adaptativa, creen que el trabajo duro y sus habilidades personales los llevarán a tener resultados positivos. Esto los hace más confrontadores y exitosos en sus esfuerzos futuros; por lo tanto, aquellos que tienen un sentido de responsabilidad personal en sus aspiraciones y pensamientos parecen estar más aptos para vivir en el mundo social (Wise, 1999).

Reacción a estímulos sociales

Rotter (1966, citado en Joe, 1971) sugirió que los internos serían más resistentes a la manipulación del ambiente si están concientes de ésta, mientras que los externos, esperando el control desde fuera, serían menos resistentes. Biondo & MacDonald (citados en Joe, 1971), encontraron que los externos son más influenciables que los internos cuando se les presentan mensajes encaminados a dicha tarea en diferentes niveles de impacto. Estudios realizados por Getter, (1966 y Strickland,

1970, citados en Joe, 1971) brindan evidencias que sugieren que los internos en general se muestran mas resistentes a la gestión que los externos.

Reacción ante la amenaza

Los investigadores han sugerido que el locus de control puede también mostrar las diferentes formas en que los individuos enfrentan la amenaza. Efran (1964, citado en Joe, 1971) encontró que la tendencia a recordar el fracaso estaba relacionada con puntajes externos, sugiriendo que los externos podían aceptar el fracaso pues se podía explicar a través de factores externos, mientras que los internos necesitaban evitar sus experiencias de fracaso que creían reflejaban su habilidad de enfrentarse con el ambiente.

En un estudio en que 50 estudiantes evaluaron la seriedad de cuatro tipos de discapacidad (discapacidad sensorial, motora, etc.) en seis áreas socio-personales (vocacional, social, etc.), los individuos internos percibieron los desordenes emocionales como más debilitantes que los externos (MacDonald & May, 1969, citados en Joe, 1971). Estos autores sostuvieron que los desordenes emocionales implican una pérdida del control personal que es más amenazante para los internos que para los externos.

Los internos muestran una mayor tendencia a atender y recordar material inmediato que está presente en el ambiente (Seeman, 1963; Seeman & Evans, 1962, citados en Phares, Ritchie & Davis, 1968). Así mismo, Davis y Phares (1967, citados en Phares, Ritchie & Davis, 1968) encontraron que los internos son superiores a los externos cuando se trata de buscar y utilizar información relevante para la solución de problemas. Gore & Rotter (1963, citado en Phares, Ritchie & Davis, 1968) sugirió que los internos tienden más a tomar acciones abiertas para realizar cambios sociales que los externos. En una investigación acerca de la reacción ante la amenaza, realizada por Phares, Ritchie & Davis (1968), se aplicaron tests de personalidad a grupos de internos y externos, dándoles subsecuentemente un reporte que contenía información positiva y negativa acerca de su personalidad. Contrariamente a las predicciones, no se presentaron diferencias en los niveles de ansiedad entre los grupos después de la lectura de material amenazante; y de acuerdo con éstas, los externos recordaron mayor cantidad de información negativa que los internos, así como del material en general; sin embargo, los internos mostraron una disposición significativamente mayor a involucrarse en conductas para confrontar los problemas sugeridos en las interpretaciones de los instrumentos. Juntas, estas investigaciones sugieren que los internos tienen un patrón mas tendiente a involucrarse en conductas que confrontarán directamente los problemas.

La teoría de Rotter estableció y desarrolló la importancia de las expectativas individuales con respecto a la conducta, en donde las creencias internas generalmente median respuestas adaptativas de enfrentamiento. El automonitoreo, la autorregulación (incluyendo el adecuado establecimiento de metas), la autoeficacia y el autocontrol han sido descritos como estrategias cognitivas efectivas y productivas de enfrentamiento (Bandura, 1977, 1986; Carver & Scheiner, 1981; Hull, Van Treusen, Ashford, Propson, & Andrus, 1988; Kanfer, 1970, 1977; Kanfer & Karoly, 1972; Kanfer & Stervenson, 1985; Karoly & Kanfer, 1982; Meichenbaum, 1977; Rotter, 1982, citados en Strickland, 1989). Esta atención, entendimiento y esfuerzo sirve no solo para ayudar al sujeto en cuestión a funcionar y responder efectivamente a los eventos de la vida, sino puede servir también para interrumpir patrones de conducta disfuncionales. Las estrategias cognitivas y los esquemas (Kiehlstrom & Cantor, 1984, citados en Strickland, 1989) dan significado y dirección a la conducta, mediante los efectos de una tasación de la realidad, fundamentalmente ligada a estados afectivos. Las evidencias nos dicen que las creencias de control interactúan con funciones fisiológicas fundamentales como ocurren en el sistema nervioso central y el sistema inmunológico (Jasnowski & Langer, 1986; Kiecolt-Glaser, Stephens, Lipetz, Speicher, & Glazar, 1985; Ludenslager & Reite, 1984; Levy, 1982, 1983; Levy, Herberman, Maluish, & MacClamrock, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1988, 1984*, 1988*, citados en Strickland, 1989). De forma clara, las expectativas tienen implicaciones para la salud física, mental y puede influenciar la vida y la muerte.

Control percibido

El control percibido asume que la causalidad es básica para la atribución de control. En la teoría de auto-eficacia de Bandura, por ejemplo, la expectativa de eficacia depende de la percepción de la contingencia e involucra confianza en lograr el resultado deseado a través de la propia acción (Bandura, 1977, 1986, citado en Strickland, 1989). Dentro de la teoría de atribución, las atribuciones causales llevan a los individuos a sentir que pueden ganar cierto significado, coherencia, previsibilidad y control en su mundo (Fiske & Talyor, 1984; Heider, 1958; Kelley, 1967; Langer, 1983; Rodin, 1986, citados en Strickland, 1989). Generalmente, el esfuerzo de la gente por obtener control los lleva a ser más efectivos y puede hasta tener implicaciones en actitudes tan complejas como el prejuicio. Fiske y sus colegas (citados en Strickland, 1989), han demostrado que los individuos que tienen interés en controlar sus interacciones personales son menos propensos a estereotipar a otras personas que las personas que no están interesadas en obtener este control. Las creencias acerca de causalidad y control también influyen en los sentimientos de libertad y responsabilidad que los individuos mantienen.

El control percibido tiene implicaciones importantes en el área de salud, especialmente en condiciones que usualmente fomentan la pérdida de control. Lange, Janis y Woifer (1975, citados en Strickland, 1989) enseñaron a pacientes pre-quirúrgicos que podían controlar el dolor y el estrés enfocándose en los aspectos positivos y optimistas de la experiencia. Estos pacientes fueron juzgados por sus enfermeras, en los momentos pre y post operatorio encontrándolos mucho menos ansiosos y en mejores condiciones de enfrentar el estrés que los pacientes sin este control cognitivo preparatorio. También se les encontró menos tendencias a pedir sedantes después de la cirugía. De manera similar, pacientes cuidados en casa a quienes se le dio este tipo de preparación, se mostraron en mejores condiciones tanto en el aspecto físico como el psicológico que los pacientes que no lo recibieron, aún después de un año de seguimiento (Langer & Rodin, 1976; Rodin & Langer, 1977, citados en Strickland, 1989).

La pérdida de control puede producir reacciones elevadas al estrés, las personas en estas situaciones, generalmente intentan restaurar el control, especialmente bajo condiciones aversivas (Averill, 1973; Miller, 1979; S. C. Thompson, 1981, citados en Strickland, 1989). Seligman (1975, citado en Strickland, 1989) describió la "desesperanza aprendida" como una percepción de no contingencia que lleva a un individuo a creer que él/ella no tiene los medios para escapar de una situación aversiva. El modelo reformulado de la desesperanza aprendida (Abramson, Seligman, & Teasdales, 1978, citados en Strickland, 1989) se extendió para incluir el análisis del individuo acerca de las causas de la no contingencia o la falta de habilidad percibida para ejercer control. Por ejemplo, los depresivos atribuyen los eventos negativos de su vida a causas estables, globales e internas. Seligman ha profundizado en este aspecto y ha sugerido que los "estilos explicativos", la forma habitual en que el individuo explica la ocurrencia de los eventos determina las conductas de salud. Una explicación pesimista en la adultez temprana parece ser un factor de riesgo para una salud deficiente en la adultez media o tardía (Peterson, Seligman & Valliant, 1988, citados en Strickland, 1989) y está relacionado con un funcionamiento inmunológico por debajo de lo normal (Kamen, Rodin, Seligman, 1987, citados en Strickland, 1989) y enfermedad (Peterson, 1988, citado en Strickland, 1989).

El concepto de "resistencia" que involucra control, respuesta y compromiso ante los retos está también relacionada con la salud (Kobaza, 1983; Kobaza & Makki, 1977, citados en Strickland, 1989). Kobaza, (1979, citado en Strickland, 1989) buscó correspondencia entre ejecutivos bajo estrés y estados de enfermedad física, encontrando que los ejecutivos que no se enfermaron tenían un claro sentido de sus valores, metas y capacidades. Estas personas tenían control interno y estaban activamente en contacto con su ambiente.

Varios científicos han buscado una relación entre los puntajes de control interno-externo e indicadores de bienestar físico y emocional, encontrando que aquellos que piensan que su vida es controlada por circunstancias externas se asemejan mucho a los sujetos que experimentan desesperanza aprendida (Gergen y Gergen, 1984). Se ha mostrado de igual manera que las personas con locus de control interno viven menos experiencias de ansiedad (Strassberg, 1973; citado en Gergen y Gergen, 1984); experimentan mayor satisfacción en la vida y viven menos depresión (Lefcourt, 1976; citado en Gergen y Gergen, 1984); además de tender menos al suicidio (Strickland, 1977; citado en Gergen, 1984). En lo que respecta a la salud física, los internos se enferman menos y tienen menor tendencia a fumar (Coan, 1973; citado en Gergen y Gergen, 1984), además de realizar mayor ejercicio físico (Walker, 1973; citado en Gergen y Gergen, 1984). Es importante recalcar que hay menos problemas de gordura entre las jóvenes de secundaria que presentan puntajes internos elevados que entre las que tienen puntajes externos elevados. El bienestar de las personas que tienden a ser internas parece debido, en parte al hecho de que utilizan en general estrategias preventivas (Gergen y Gergen, 1984).

Diferencias entre grupos étnicos y clases sociales

Casi todas las investigaciones realizadas al respecto indican que los negros y los individuos de clase baja tienen puntajes más altos de control externo que los blancos e individuos de clase media (Battle & Rotter, 1963; Lefcourt & Ladwig, 1965, 1966, citados en Joe, 1971).

Los datos son consistentes con la explicación teórica de que los individuos restringidos por barreras ambientales y que han estado sujetos a oportunidades limitadas desarrollaran una orientación externa.

Diferencias por sexo y edad

El impacto de la variable sexo se ha estudiado abundantemente en diversas culturas. Strickland y Haley (1980, citados en Tamayo, 1993) con una muestra de estudiantes universitarios, encontraron mayor externalidad en las mujeres que en los hombres. Resultados semejantes habían sido observados anteriormente por Feather (1967, citado en Tamayo, 1993) con estudiantes australianos, de oriente y occidente (Parson y Schneider, 1973, citados en Tamayo, 1993) así como con sujetos japoneses y de la india (Aggarwal & Kumari, 1975; Khana & Khana, 1979, citados en Tamayo, 1993).

Algunos investigadores han hallado diferencias sexuales en dirección opuesta, es decir, las mujeres presentando mayor internalidad que los hombres o, al menos, puntajes inferiores a los de los hombres en alguno de los factores que miden la externalidad; esto puede ser debido a las transformaciones realizadas en los últimos años en la imagen de la mujer, particularmente en los países más desarrollados y en las clases dominantes de algunos países del tercer mundo, provocando una mayor percepción de internalidad en la mujer, como consecuencia de sentir que tienen más control de su propio destino (Tamayo, 1993).

Los resultados relativos al impacto de la variable sexo sobre el locus de control no permiten formular una conclusión definitiva, sin embargo, las diferencias observadas podrían estar relacionadas con los roles culturales asignados a cada sexo, a la clase social y a efectos regionales (Tamayo, 1993; Joe, 1971).

Los resultados relativos al impacto de la edad sobre el locus de control parecen ser más convergentes que los relacionados con la influencia del sexo. Los estudios realizados con niños generalmente han encontrado que la internalidad aumenta con la edad (Norvicki & Strickland, 1973; Penk, 1969, citados en Tamayo, 1993). Sobre la base de investigaciones anteriores, Lao (1974, citado en Tamayo, 1993) formuló como hipótesis de su investigación que la internalidad aumenta desde la adolescencia hasta la edad adulta, se estabiliza hacia los 30-59 años y decrece a partir de los 60 años. Según Tamayo (1993) este aumento en la internalidad con la edad cronológica y, particularmente a partir de los 25 años, puede ser consecuencia de la independencia financiera progresiva, característica de este período de la vida, así como de la creciente necesidad de construir su propio destino.

Conducta alimentaria

Algunos investigadores han llevado a cabo estudios encaminados a encontrar una relación entre locus de control y conducta alimentaria. Diversos autores coinciden en indicar que estas pacientes presentarían, previamente al desarrollo de la enfermedad problemas de autonomía e independencia, aceptación de las dificultades de la vida adulta, sensación de ineficacia, fracaso o falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, además de esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar cierto grado de autonomía (Bruch, 1973; Crisp, 1981; Garner y Bemis, 1982; Slade, 1982; Chichilla, 1994, citados en Gismero, 1996).

Según estudios de Bruch (1978) y Selvini-Palazzoli (1974, citados en Gismero, 1996), tanto la falta de aserción, la baja autoestima como la percepción de control externo se han tenido en cuenta de

forma anecdótica como características importantes de los pacientes con trastornos alimentarios primarios, anorexia y bulimia. Bruch (1982, citada en Gismero, 1996) atribuye la predisposición fundamental a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal. Esta autora describe a los anoréxicos como personas que se autoperciben sin control de sus necesidades e impulsos, así como de su conducta; no sintiéndose dueños de sus propios cuerpos, careciendo de un centro de gravedad, y encontrándose bajo la influencia de fuerzas externas. Según Bruch (1973, citado en Hood, Moore & Garner, 1982) el comienzo de la anorexia puede ser vista como una defensa maladaptativa contra sentimientos de ineficacia y como una lucha por obtener control.

Huon y Brown (1984, citados en Gismero, 1996) encontraron que las anoréxicas creen no tener control sobre su desarrollo corporal, su peso y sobre su aspecto personal, evaluando negativamente su ropa, peinado y apariencia en general y siendo críticas en relación con lo que comen (cuánto, qué y cómo).

Williams, Chamove y Millar (1990, citados en Gismero, 1996) compararon un grupo de sujetos con trastorno alimentario (tanto anorexia como bulimia) con tres grupos controles: pacientes psiquiátricos, mujeres que hacían dieta y personas que no llevaban a cabo dieta, encontrando que la sintomatología de trastornos alimentarios y el grupo psiquiátrico presentaban fuertes correlaciones positivas con locus de control externo y agresividad auto-dirigida. En 1993, en una investigación escocesa llevada a cabo por Williams y cols. (citado en Gismero, 1996), comparando anoréxicos, bulímicos, obesos que hacían dieta, no obesos con dieta y normales se encontró que tanto los anoréxicos como los bulímicos informaban significativamente mayor control externo. Estos resultados sugieren que estos dos grupos parecen sentirse menos controlados por causas internas. Aunque en estas dos investigaciones se encuentra una relación entre anorexia y locus de control externo, Strober (1982, citado en Gismero, 1996) comparó adolescentes anoréxicas con grupos de depresivas, con trastornos de conducta y normales, encontrando que las anoréxicas tenían un locus de control significativamente más interno que los demás grupos controles. Las más externas mostraban mayor psicopatología y tenían peor pronóstico.

Dentro de la misma línea de investigación, Strober (1981, citado en Lugli-Rivero y Vivas, 2001) estableció que las pacientes anoréxicas presentan un locus de control interno, mientras que aquellas anoréxicas con episodios bulímicos tienden a presentar una mayor externalidad. Hood, Moore & Garner (1982), de la misma manera, determinaron que existe un locus de control interno en pacientes anoréxicas y un incremento de la externalidad relacionado con la edad en este mismo

grupo. Contrariamente, King, (1989, citado en Lugli-Rivero y Vivas, 2001) no encontró diferencias significativas relativas a esta variable con trastornos alimentarios.

Las relaciones entre bulimia y locus de control tampoco aparecen claras en las investigaciones. Algunas encuentran que tanto los bulímicos como los comedores compulsivos, los obesos, y las personas que se auto-inducen vómitos, tienden a mostrar un locus de control más externo que la población en general (Holleran y cols., 1988; Brice, 1981; Carter y Eason, 1983; Dunn y Onderein, 1981; Garner y cols., 1976; Rost y cols., 1982, citados en Gismero, 1996). Hood y cols. (1982, citados en Gismero, 1996) encuentran que la externalidad va asociada a una sintomatología clínica específica, y a medidas de personalidad tales como depresión y neuroticismo, y que los que tienen un locus de control más externo muestran con más probabilidad patrones bulímicos de atracones y vómitos. Por otra parte, Fisher-McCanne (1985, citado en Gismero, 1996) no encontró ninguna relación entre bulimia y locus de control externo.

Las conductas llevadas a cabo para el control de peso, tales como dietas extremas, vómitos autoinducidos, uso de laxantes y diuréticos, la práctica excesiva de ejercicio físico, etc., dejan ver las dificultades que presentan estas personas para ejercer el autocontrol adecuadamente, encontrándose siempre en los extremos: la pérdida de control (episodios de sobreingesta) o el excesivo control (episodios de inanición). No resulta extraño encontrar en estos sujetos sentimientos de ineffectividad para planificar y llevar a cabo estrategias de autocontrol. Ya que las percepciones de autoeficacia juegan un papel fundamental para la acción, la baja percepción de autoeficacia encontrada en estas personas de alguna manera facilita la pérdida o el exceso de control que intentan ejercer para mantener el peso ideal y alcanzar la figura socialmente aceptada para la mujer (Lugli-Rivero y Vivas, 2001).

Gismero (1996) estudió diversas variables, comparando grupos de bulímicas, mujeres que siguen dietas de adelgazamiento, mujeres en psicoterapia, y un grupo control, encontrando que en lo que respecta al locus de control, la única diferencia significativa fue que el grupo control se siente con más autocontrol sobre su conducta, impulsos y necesidades, así como sobre su cuerpo y cree menos en la suerte que en el esfuerzo en comparación con los demás grupos. Así mismo, encontró que las de mayor edad estaban más convencidas de la relación peso-destino, de forma que parece que la edad va generando una cierta "desesperanza" respecto al cambio del peso, así como una mayor resignación. El grupo de las bulímicas difirió del grupo control y de las que hacen dieta en sentirse más presionadas por su familia, sentirse menos dueñas de sus conductas, sus impulsos y sus necesidades; así como de su propio cuerpo. Además el grupo de bulímicas difiere del grupo

control en valorar menos el propio esfuerzo frente a la suerte. De este estudio, se concluyó que el locus de control parece un variable relevante en este tipo de trastornos, más quizá en el caso de las bulímicas. Este locus de control no es genérico, sino que en estos casos aparece más referido a alteraciones relacionada con el autocontrol (sobre todo de hábitos alimentarios).

Utilizando una escala multidimensional de locus de control, además de otros instrumentos para medir depresión, imagen corporal, actitud alimentaria, hábitos alimenticios y personalidad, los puntajes de un grupo de anoréxicas se compararon con los de una población normal, encontrando resultados interesantes. De manera generalizada la externalidad incrementó con la edad en el grupo de las anoréxicas. Así mismo, se encontró que la incidencia de la dieta auto iniciada fue significativamente mayor entre los sujetos intemos, mientras que los externos reportaron que el inicio de su dieta fue influido por parientes o amigos. Dentro de los hábitos alimentarios, se encuentra que los externos tienden más que los intemos a comer bocadillos fuera de las horas de comida, se autoinducen el vómito dos veces más que los intemos de manera regular, así mismo, la bulimia y el abuso de laxantes se encontraron 20% más en el grupo de externos. Comparados con los intemos, los externos, sufren de mayor fluctuación en el peso, pérdida de control y sentimientos de culpa en relación con su alimentación. Por otra parte, al estimar su figura ideal, los intemos tendieron a expandir su imagen, mientras que los externos mostraron poca desviación de su tamaño actual, viéndola mas estrecha. Estos resultados son contrarios a lo encontrado por Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976 (citados en Hood, Moore & Garner, 1982) quienes reportaron una correlación significativa entre externalidad y distorsión de la imagen corporal. Los externos en la mayoría de las escalas mostraron mayores síntomas de depresión, neuroticismo e introversión, además de labilidad emocional inseguridad, tensión y suspicacia. En los resultados de este estudio no se encontró correlación directa entre externalidad y anorexia, sugiriendo que la orientación externa no es una característica global de estos pacientes. Esta orientación intema-externa puede estar influencia de por el éxito con el que la anoréxica es capaz de controla su peso (Hood, Moore & Garner, 1982).

En una investigación realizada por Lugli-Rivero y Vivas, (2001) con el fin de explorar el control personal de la conducta en sus tres aspectos: control objetivo, control subjetivo y creencias de control en mujeres con trastorno alimentario subclínico, en riesgo de padecer trastornos alimentarios y normales, encontraron que las personas con trastornos alimentarios subclínicos presentan dificultad en la emisión de conducta de autocontrol, menor sentimiento de eficacia personal para autorregular su conducta y mayor creencia en el control de otros poderosos sobre sus actos y consecuencias. Este déficit en las habilidades para el control objetivo y subjetivo, así

como una creencia de que otros mantienen el control de los eventos podría explicar, en parte, la razón por la cual algunas personas desarrollan un trastorno alimentario y otras no. Resulta interesante notar que las personas clasificadas en riesgo, a pesar de presentar una alta tasa de conductas y actitudes sugestivas de un trastorno de alimentación, mostraron un patrón de control personal de conducta semejante a las personas clasificadas como normales. Estas personas tienen las destrezas objetivas y subjetivas para controlar su conducta, además de caracterizarse por tener menores creencias en el poder de otros poderosos en su vida. Se podría hipotetizar que tener estas habilidades y creencias les permite mantenerse en un nivel de control que les impide desarrollar todas la sintomatología típica de la anorexia o la bulimia; permanecen preocupadas por el peso y la silueta, pero se logran controlar de forma tal que alcanzan su ideal sin caer en la enfermedad. Se podría plantear que el control personal de la conducta parece intervenir de forma protectora al evitar que alguna persona con conductas sugestivas de un trastorno de alimentación lleguen a presentar una sintomatología más severa del trastorno. Esta hipótesis debe ser corroborada por estudios posteriores de tipo prospectivo, que permitan el seguimiento de la muestra clasificada como de riesgo y la observación de su comportamiento tomando en cuenta las destrezas de control conductual que presentan (Lugli-Rivero y Vivas, 2001).

Como se puede observar a lo largo de las diferentes investigaciones llevadas a cabo dentro de este rubro, es evidente la discrepancia de los estudios, los cuales no presentan un panorama claro sobre el papel del locus de control en este tipo de trastorno (Lugli-Rivero y Vivas, 2001). El hecho de que las anoréxicas tengan o no característicamente un control externo o este tienda a ser limitado a un subgrupo clínico específico como el de las bulímicas, es una pregunta empírica que en realidad demanda mayor investigación.

Los resultados encontrados constituyen una primera aproximación para entender el papel que juega la variable psicológica "control personal de la conducta" como factor protector o de riesgo en el desarrollo de la anorexia o bulimia nervosa.

AUTOATRIBUCIÓN

Los modelos de autoatribución se desarrollan sobre el supuesto de que las inferencias de atribución guían nuestro comportamiento respecto a las demás personas. En los procesos de atribución se pone en juego la percepción que tenemos del otro y el juicio que hacemos sobre él. Sin embargo, esta atribución del comportamiento a rasgos latentes constituye sólo la primera parte de la formación de una impresión sobre otra persona. Para que el observado llegue a un juicio definitivo es necesario que integre todas las informaciones disponibles. Una vez integrada la observación aparece una representación que sobrentiende una teoría implícita completa por parte del observador. Así, cuando queremos explicar nuestro comportamiento y el de otro entran en función tanto las características de la persona como las características de la situación (Moscovici, 1982).

Cuando el observador obtiene información de múltiples fuentes, según la teoría de Kelley (1967; 1973, citado en Hewstone, Stroebe, Codol y Stephenson, 1993) se usa un principio de covariación: se atribuye la causa de un efecto o resultado a tres condiciones: la entidad, la persona y las circunstancias.

Cuando evaluamos los comportamientos de otras personas, por lo regular nuestro propósito es descubrir sus intenciones, capacidades y rasgos. Sabemos qué ha sucedido y queremos saber por qué; en este caso la perspectiva es desde afuera y miro hacia adentro. Sin embargo, cuando hacemos evaluaciones de nuestro propio comportamiento tenemos acceso inmediato a nuestros propios estados internos; la perspectiva es desde dentro y miro hacia fuera. Así, tenemos diferentes perspectivas, disponemos de información distinta y formulamos diferentes preguntas cuando tratamos de explicar nuestro comportamiento y cuando tratamos de explicar el de los otros (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982).

La autoatribución se entiende como uno de los procesos por medio del cuáles se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto. En la conformación de la autoatribución también son importantes las creencias culturales, las experiencias que se viven a través y con los otros, así como los papeles y los comportamientos premiados o castigados (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

En el proceso de interacción con los demás, en el mismo acto de intentar crear una determinada impresión, inevitablemente manifestamos indicios de nuestra identidad real, indicios que otros recogen, interpretan y usan en sus respuestas a nuestra conducta. La visión que tienen de nosotros y, a través de ellos, la que tenemos de nosotros mismos, nos permiten desarrollar un concepto de nuestro ser. Es decir, descubrimos, al menos en parte, lo que somos comparándonos con otros, especialmente si ellos son importantes. Evaluamos nuestras capacidades, opiniones, juicios y sentimientos mediante un proceso de comparación social. Y las indicaciones que obtenemos de otras personas (su aprobación, su porte y su apariencia) configuran la opinión que tenemos de nosotros mismos (Raven y Rubin, 1976).

Existen dos modelos para explicar la autopercepción: La teoría de Daryl Bem, quién trato de explicar la forma en que sabemos qué actitudes tenemos basándose en los efectos de la presión social; y la teoría de Schachter, quién afirma que las señales internas no son suficientes para decirnos qué emociones estamos sintiendo, son necesarios indicadores cognoscitivos y ambientales para inferirlas (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982).

Bem sugirió la idea de que nuestras actitudes son inferencias de la información en cuanto a nuestro propio comportamiento y a varias fuerzas externas. Sugirió explícitamente que inferimos nuestras actitudes exactamente de la misma manera y utilizando los mismos tipos de información que cuando inferimos las actitudes de otros (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982). De la misma manera que, al observar los efectos de las acciones de otra persona, hacemos inferencias acerca de sus intenciones y disposiciones, también podemos observar nuestras acciones y después hacer atribuciones acerca de nuestro subyacente estado de ánimo. Sin duda muchas veces tenemos primero el sentimiento o la actitud concreta y luego la traducimos en actos; sin embargo, existen otras situaciones en las que comenzamos el análisis de nuestro comportamiento realizando una acción e interpretando luego esta acción a la luz de lo que pensamos haber sentido en aquel momento.

La teoría de Bem se presentó originalmente como una alternativa a la teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger, la cuál postula que no existe congruencia entre lo que una persona dice y lo que cree, creándose así una disonancia. Como la cognición de lo que uno ha dicho no se puede cambiar fácilmente, la disonancia se reduce haciendo que la propia creencia coincida con la información. Entonces, cuando las personas llevan a cabo comportamientos en contra de sus creencias, tratan de cambiar sus actitudes en función de las exigencias sociales en la medida que

hay una adecuada justificación para la conducta previa. La afirmación básica de la teoría de autopercepción de Bem dice que cuando las claves internas sobre nuestros sentimientos son "débiles, ambiguas o difíciles de interpretar, inferimos nuestros sentimientos con base en nuestras observaciones de nuestro propio comportamiento y de las fuerzas situacionales que lo influyen, de la misma manera que lo haría un observador extraño que no tiene acceso a nuestro estado interno (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982).

La teoría de Schachter, denominada autorrotulación emocional plantea que efectivamente las señales internas no son suficientes para decirnos qué emociones estamos sintiendo, pues existen pocas diferencias notables asociadas con las diversas emociones a nivel fisiológico. Schachter agrega, lo mismo que Bem, un componente cognoscitivo al postulado de la excitación general; sin embargo mientras que Bem destacó las observaciones del propio comportamiento y el contexto situacional y restó importancia a las señales internas, Schachter hizo énfasis en las observaciones del propio estado interno y del contexto situacional y no se interesó en las señales del comportamiento. Schachter propuso que la experiencia de la emoción requiere dos cosas: 1) un estado de excitación fisiológica indiferenciado, que dice a la persona que está agitada, y 2) una inferencia cognoscitiva, basada en señales situacionales, que dice a la persona lo que significa la agitación .

Con respecto a la percepción de uno mismo versus la percepción del otro, Bem supuso explícitamente que la autopercepción es simplemente una variante de la percepción general de las personas. La experiencia de todos los días indica que sabemos más de las causas de nuestro propio comportamiento que de las causas del comportamiento de cualquier otra persona, particularmente de un extraño. Si esto es así, debemos esperar que las autoatribuciones y las atribuciones difieran algunas veces (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982). El modelo de Jones y Nisbett afirma que las heteroatribuciones tienden a ser internas, mientras que las autoatribuciones tienden a ser externas. Es decir, el observador suele atribuir la conducta del actor a las características personales de éste, pero el actor muestra la tendencia a explicar esa misma conducta, que es la suya, a las características de la situación. Ello implica que la propia conducta se considera variable según las situaciones, pero la de la otra persona se considera constante. Estos autores atribuyen que las diferencias entre actor y observador son sistemáticas y obedecen a diversos factores informativos, perceptivos y motivacionales. Con frecuencia el observador desconoce si la conducta que ha observado es representativa, no excepcional. En cambio, el actor sabe si ha reaccionado de la misma o distinta forma en situaciones similares en el pasado y puede

ajustar su atribución en la forma más adecuada. El principal factor perceptivo lo constituyen las diferencias en las saliencias respectivas de conducta y situación. Para el actor que realiza la conducta, lo saliente es la situación puesto que debe actuar frente a ella. Para el observador es la conducta lo que resulta importante puesto que es ella, y no la situación lo que atrae su atención. Por último, las diferencias motivacionales también son claras: una atribución externa permite al actor, en muchos casos, eludir las responsabilidades que se pueden derivar de una conducta poco apropiada y mostrar su flexibilidad y capacidad de adaptación en otros. El observador, a la hora de explicar la conducta, no tiene por qué recurrir a este tipo de justificaciones (Morales, 1994).

Varios estudios de investigación sugieren que las autoatribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente, la persona puede asignarse tanto atributos positivos como negativos; la evidencia actual indica que los rótulos positivos tienen mayor probabilidad de influir en el comportamiento futuro. Varios estudios (Steele, 1975; Gurwitz y Topol, 1978, citados en Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982) que han tratado de hacer que las personas se comporten de manera acorde con los rótulos negativos han encontrado que las personas se comportan de maneras que contradicen los rótulos negativos. Esto indica que con frecuencia las personas pueden tener la motivación de mostrar que un rótulo negativo no les corresponde. Ciertamente hay situaciones en que los rótulos negativos generan comportamientos de autoconfirmación, pero no se conocen bien las condiciones en que esto ocurre.

Una vez que el rótulo se ha establecido, la persona acepta y actúa conforme a la característica asignada y difícilmente podrá modificar su comportamiento a pesar de que se presenten condiciones diferentes. Muchas veces los otros pueden fortalecer también el comportamiento congruente premiando ese comportamiento acorde con el rótulo. Nuestros sentimientos acerca de nuestras capacidades y nuestros esfuerzos afectan nuestra autoestima general y pueden afectar nuestra motivación y nuestro comportamiento en una amplia variedad de situaciones (Schneider, Hastorf y Ellsworth, 1982).

En un estudio realizado por Barajas (1998), se correlacionaron los puntajes referentes a autoatribución y autoestima en un grupo de adolescentes satisfechas con su imagen corporal, encontrando una correlación positiva, es decir, a mayor satisfacción con imagen corporal, mayor autoestima y mejor autoatribución. Así mismo, en otra investigación, se encontró en que la autoatribución negativa se relaciona con problemas alimentarios, pues los niños que más adjetivos

negativos se atribuyen a si mismos, tienden a tener mayor cantidad de problemas alimentarios, como hábitos inadecuados y conductas de dieta (González, Lizano, Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Los datos anteriores, así como la relación que la autoatribución tiene con la autoestima de los sujetos nos da indicios de la posible naturaleza de esta variable como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, por ello la importancia de indagar cómo se comporta esta variable o que papel juega dentro del área de la salud.

MÉTODO

PLAN DE INVESTIGACIÓN

- **Objetivo**

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre la variable locus de control y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. También se consideró importante explorar la variable autoatribución en relación con el género y el locus de control.

- **Problema general de investigación**

Determinar si el locus de control (interno/externo) y el sexo se relacionan con factores de riesgo asociados con Imagen corporal y con conducta alimentaria.

- **Problemas específicos**

Existe relación entre locus de control (interno/externo) y:

- 1) Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal?
- 2) Alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)?
- 3) Preocupación por el peso corporal?
- 4) Seguimiento de dieta restrictiva?
- 5) Autoatribución?

- **Planteamiento de hipótesis de trabajo**

Hipótesis de trabajo generales:

- Se encontrará relación entre locus de control y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria
- Se encontrará relación entre sexo y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria

Hipótesis de trabajo específicas:

- h1: Se encontrará relación entre locus de control y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal
- h2: Se encontrará relación entre locus de control y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)
- h3: Se encontrará relación entre locus de control y preocupación por el peso y la comida

- h4: Se encontrará relación entre locus de control y seguimiento de dieta restrictiva
- h5: Se encontrará relación entre locus de control y autoatribución
- h6: Se encontrará relación entre sexo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal
- h7: Se encontrará relación entre sexo y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)
- h8: Se encontrará relación entre sexo y preocupación por el peso y la comida
- h9: Se encontrará relación entre sexo y seguimiento de dieta restrictiva
- h10: Se encontrará relación entre sexo y autoatribución

- **Definición de variables**

La presente investigación se centra en el estudio de la inter-relación de las variables, más que en una relación de independencia-dependencia.

Variable de clasificación :

- 1) Locus de control
- 2) Sexo

Variables respuesta:

- 1) Satisfacción- Insatisfacción con la imagen corporal
- 2) Alteración de la imagen corporal (subestimación-sobrestimación)
- 3) Preocupación por el peso corporal
- 4) Seguimiento de dieta restrictiva
- 5) Autoatribución

- **Definición conceptual de las variables**

ψ **Dieta restrictiva**

Es la limitación y/o supresión de los alimentos ricos en hidratos de carbono acostumbrados mediante la reducción o supresión de las grasas y la limitación.

ψ **Satisfacción/insatisfacción**

La satisfacción corporal se refiere a una percepción evaluativa favorable del propio cuerpo que la persona elabora durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon- Schweitzer, 1992). La insatisfacción es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que

puede estar distorsionada, esto es, mas o menos alejada de la realidad. (Agras, 1988; citado en Saucedo, 1996). Es decir, es el grado de aceptación o rechazo hacia el propio cuerpo.

ψ Distorsión de la imagen corporal

Es un factor central y común a los trastornos alimentarios que agrupa las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo, deseo de tener un "peso ideal" por lo general inalcanzable y siempre debajo de lo normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo o imagen corporal, variables a las que subyace un temor por el cuerpo, su forma y tamaño, así como por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

ψ Preocupación por el peso corporal

Es el grado en el que una persona tiende a presentar más o menos pensamientos sobre su imagen corporal con respecto a las demás personas de su edad.

ψ Locus de control

Son las creencias a partir de las cuales el sujeto establece la fuente de control de los acontecimientos cotidianos y de su propio comportamiento. El locus de control es el grado en que las personas aceptan la responsabilidad de lo que les pasa o perciben poseer o carecer de poder ante lo que les sucede. Este control es dicotómico, varía de la internalidad a la externalidad, en donde control interno se refiere a la percepción de que los eventos positivos y/o negativos son consecuencia de las acciones personales y por lo tanto están bajo control personal y control externo se refiere a la percepción de que los eventos positivos y/o negativos no están relacionados con las conductas personales en ciertas situaciones y por lo tanto no están bajo el control personal (Lefcourt, 1966).

ψ Autoatribución

La autoatribución se entiende como uno de los procesos por medio del cuáles se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto. (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

- **Definición operacional**

- ψ **Dieta restrictiva**

- Un puntaje alto en la escala dada significará mayor problema y un puntaje bajo significará menor problema, es decir, el puntaje alto señalará una conducta alimentaria negativa.

- ψ **Satisfacción/insatisfacción**

- Se define como una diferencia entre figura actual y figura ideal. Se interpretan como insatisfacción las diferencias positivas y negativas; mientras más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción (Gómez-Peresmitré, 1997).

- ψ **Alteración de la imagen corporal**

- Se estima como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice de Masa Corporal (IMC). Las diferencias positivas se interpretan como sobrestimación mientras que las diferencias negativas son consideradas como subestimación (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

- ψ **Preocupación por el peso**

- Un puntaje alto en la escala correspondiente significa mayor preocupación y un puntaje menor significa menor preocupación por el peso corporal.

- ψ **Locus de control**

- Un puntaje alto en la escala de locus de control externo significa mayor problema, un puntaje bajo menor problema y viceversa para el locus de control interno.

- ψ **Autoatribución**

- Se estima de acuerdo con los puntajes dados a la escala correspondiente. En el caso de la autoatribución positiva, a mayor puntaje menor problema y para la autoatribución negativa, a mayor puntaje mayor problema.

- **Tipo y diseño de investigación**

- La investigación fue de campo, correlacional o ex post-facto y de tipo transversal con cuatro muestras independientes.

- **Muestra**

La muestra fue de carácter no probabilístico con una N= 181. Para efectos del estudio se establecieron puntos de corte con el fin de evaluar la variable independiente Locus de Control (LC), quedando la muestra dividida en 4 grupos: hombres con LCI (n= 23), hombres con LCE (n= 25), mujeres con LCI (n= 26) y mujeres con LCE (n=26). Los sujetos fueron hombres y mujeres con edades entre 14 y 18 años que estudian en una preparatoria pública.

- **Instrumentos**

Se aplicó un cuestionario de alimentación y salud (Gómez Pérez Mitre, 1995, 1998) (ver anexo 1) para adolescentes en sus dos versiones, para hombres XY y para mujeres XX que explora las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica (sección A), compuesta por 13 reactivos que indagan sobre escolaridad, trabajo, personas con quien vive la persona, lugar que ocupa entre sus hermanos, ingreso mensual familiar, etc.
- 2) Imagen corporal (sección C) está compuesta de una escala visual con 9 siluetas cada una que cubren un continuo de peso corporal que va desde una muy delgada hasta una obesa pasando por una de normopeso.
- 3) Autoatribución (sección D) con 33 reactivos que preguntan que tanto se describe el sujeto como ansioso, inteligente, fuerte, eficiente, agradable, etc. Esta escala contiene adjetivos calificativos positivos y negativos que tienen una escala para responder que va desde me describe exactamente hasta no me describe nada.
- 4) Peso corporal (sección E) con 10 reactivos con 4 opciones de respuesta y dicotómicas que preguntan respecto al peso corporal, si se mantuvo en el peso, si hubo cambios en bajar o subir de peso o si subió y bajó de peso. Además en la misma sección una escala con 48 reactivos con 5 opciones de respuesta describen al sujeto con preguntas como cuido que mi dieta sea nutritiva, siento que la comida me tranquiliza, procuro comer verduras, etc. Esta escala contiene enunciados que describen maneras de ser y/o pensar, a estas se les asigna un puntaje que va de nunca a siempre pasando por frecuentemente.
- 5) Conducta alimentaria (sección F) con 24 reactivos con 5 opciones de respuesta que preguntan por ejemplo: me cuesta trabajo hacer amigos, me llevo bien con los demás, me considero una persona agradable, etc. Esta escala contiene frases que describen creencias y sentimientos con respecto a la conducta alimentaria y se califican asignando un puntaje que va desde muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo.

- 6) Figura ideal (sección G) compuesta por una escala visual con 9 siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va desde una muy delgada hasta una obesa pasando por una de normopeso.
- 7) Percepción subjetiva del peso corporal (sección K) compuesta por 14 reactivos con 5 opciones de respuesta donde se pregunta que peso te gustaría tener, como te sientes con tu figura, cómo consideras tu figura, etc. Se dará el puntaje más alto a la figura que implique mayor problema.

(VER ANEXO 1)

Calificación de las escalas: Un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una conducta alimentaria negativa y un puntaje bajo una conducta alimentaria positiva.

Por otro lado, se aplicó una escala de Locus de Control que consiste en una lista de 20 afirmaciones con 5 opciones de respuesta tipo Lickert cada una. Estas opciones son:

- 1) completamente en desacuerdo
- 2) en desacuerdo
- 3) ni en acuerdo ni en desacuerdo
- 4) de acuerdo
- 5) completamente de acuerdo

(VER ANEXO 2)

- **Aparatos**

Con el propósito de obtener las medidas antropométricas, se utilizó un estadímetro de madera de 2 m. de altura para medir la estatura y una báscula electrónica de la marca Excel con una capacidad de 300kg y una precisión de 50 gr.

- **Procedimiento**

Se solicitó permiso a los directivos de la Escuelas Nacional Preparatoria No. 6, "Antonio Caso" para la aplicación de los cuestionarios y escala antes mencionados.

Una vez obtenido el acceso, se seleccionó una muestra de 181 adolescentes en total que cubriera con los requisitos preestablecidos en la muestra. A los adolescentes se les dijo que su participación era voluntaria, que los datos eran confidenciales y que se manejarían estadísticamente.

Se aplicaron los instrumentos colectivamente bajo las siguientes instrucciones:

"Esta investigación tiene como propósito conocer tus hábitos, formas de ser y de pensar relacionados con tu alimentación y salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de tu colaboración y de la sinceridad y seriedad con la que respondas a los cuestionarios. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas. Adelante y gracias".

Para el cuestionario de alimentación y salud las instrucciones fueron las siguientes:

"Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuadernillo".

Para la escala de locus de control las instrucciones son las siguientes:

"A continuación hay una lista de afirmaciones. Por favor indique en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles: 1= completamente en desacuerdo; 2= en desacuerdo; 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4= de acuerdo; 5= completamente de acuerdo. Especifique su respuesta haciendo un círculo alrededor del número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas; hay puntos de vista diferentes. CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES. Gracias."

Con el propósito de obtener los datos antropométricos (talla y peso) se obtuvo una submuestra del 20% de la muestra original con el método de selección sistemática aleatoria.

Al terminar la aplicación se dieron las gracias a los adolescentes, a los maestros y autoridades de la institución por su cooperación en la investigación.

RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre las variables locus de control y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. Para tal efecto, los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 8.0. Los resultados se presentan a continuación.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total no probabilística de la presente investigación estuvo formada por una $N = 181$ adolescentes. Para efectos del estudio se establecieron puntos de corte con el fin de evaluar la variable independiente Locus de Control (LC), tomando el percentil 25 para el Locus de Control Interno (LCI) y el percentil 75 para el Locus de Control Externo (LCE), quedando la muestra dividida en 4 grupos, como se indica en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra total por sexo y locus de control

LOCUS CONTROL	DE MASCULINO	FEMENINO	total
LCI	n1= 23	n3 =26	49
LCE	n2 = 25	n4 = 26	51
total	48	52	100

ψ Edad

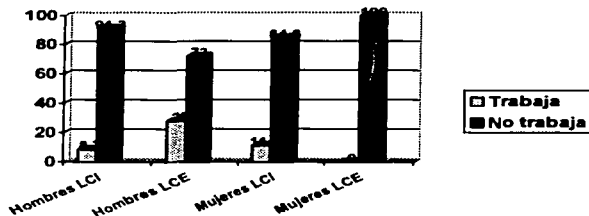
Tomando la muestra total, el promedio de edad fue de 17.02 años con una desviación estándar de 3.13. Como se puede observar en la tabla 2, en el caso de los varones, la externalidad aparece asociada a mayor edad ($x = 17.30$) y en las mujeres a menor edad ($x = 15.85$). De modo contrario, la internalidad se observó en los varones a menor edad ($x = 16.93$) y en las mujeres a mayor edad ($x = 18.02$).

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de acuerdo a la edad de la muestra total y por grupo

SEXO	LOCUS CONTROL	DE MEDIA	DESVIACION ESTÁNDAR
Masculino	Interno	16.93	1.18
	Externo	17.30	1.64
Femenino	Interno	18.02	5.01
	Externo	15.85	2.72
Total	Interno	17.50	3.74
	Externo	16.56	2.35
	Total	17.02	3.13

ψ Trabajo

Figura 1. Distribución porcentual por grupo de la variable trabajo

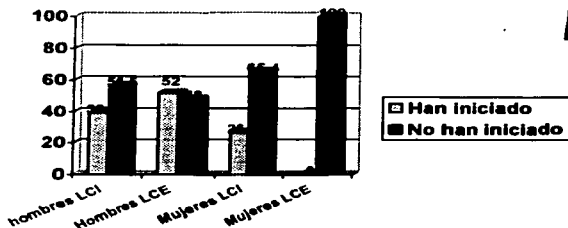


Como se puede observar en la figura 1, en general no es un porcentaje alto el que tiene un trabajo, sin embargo dentro de los que lo tienen, se observa que un mayor porcentaje de hombres con LCE reportó estar trabajando (28%) al compararlo con el grupo de hombres con LCI (9%). De modo contrario, en los grupos de mujeres, el mayor porcentaje de personas que trabajan se presentó en el grupo con LCI (11%) en contraste con un porcentaje nulo para el grupo con LCE.

ψ Vida sexual

Como se puede observar en la figura 2, el inicio de vida sexual, en los hombres aparece asociado con LCE, presentando un mayor porcentaje (52%) de inicio de vida sexual y en las mujeres parece estar relacionado con locus de control interno (27%).

Figura 2. Distribución porcentual por grupo de la variable vida sexual

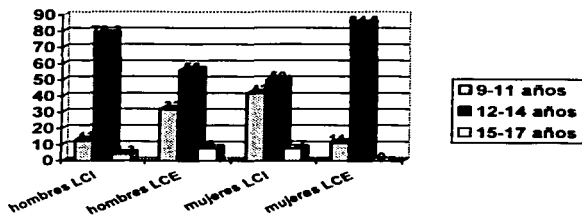


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ψ Maduración sexual

Como se observa en la figura 3, la mayoría de los grupos maduró sexualmente entre los 12 y los 14 años. Sin embargo es importante hacer notar que un 42% de las mujeres con LCI y un 32% de los hombres con LCE maduró tempranamente, es decir, entre los 9 y los 11 años de edad. Por lo tanto, una maduración sexual temprana parece estar asociada en los hombres con LCE y en las mujeres con LCI.

Figura 3. Distribución porcentual por grupo de la variable maduración sexual



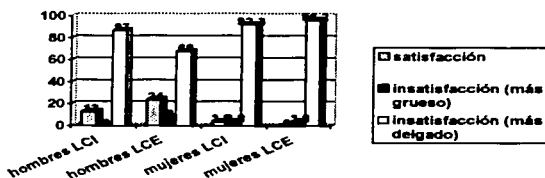
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

ψ Satisfacción con la imagen corporal

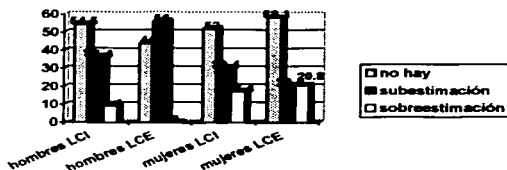
Tomando en cuenta la variable satisfacción con la imagen corporal, se encontró en todos los grupos un porcentaje muy alto de insatisfacción ya sea porque quieren ser más gruesos o más delgados, pareciendo ser ésta última la causa mayoritaria de la insatisfacción. Al hacer una comparación intergrupual observamos que el porcentaje mayor de insatisfacción se asocia al grupo de las mujeres con LCE (100%), presentando la totalidad del grupo insatisfacción, le sigue el grupo de mujeres con LCI con un 92%. Para los hombres los porcentajes de insatisfacción resultaron también altos aunque están por debajo del grupo de mujeres; el 87% de los hombres con LCI y el 68% con LCE presentan insatisfacción con su imagen corporal (ver figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual por grupo de la variable satisfacción



ψ Alteración de la imagen corporal

Figura 5. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal



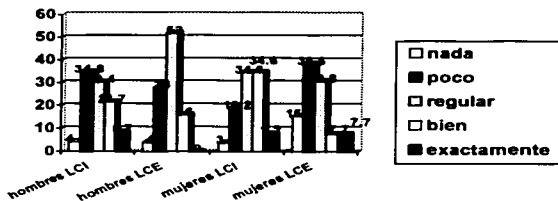
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se puede observar en la figura 5, la subestimación de la imagen corporal predominó en la mayoría de los grupos; se presentó en un 36% de los hombres con LCI y en un 56% en los hombres con LCE; en el caso de las mujeres se observó menor porcentaje, obteniendo un puntaje mayor las mujeres con LCI (30%). En el grupo de las mujeres en comparación con el de los hombres, se presentó un aumento en el porcentaje de sobreestimación, siendo de un 17% para las de LCI y de 21% para las de LCE.

Variables de autoatribución

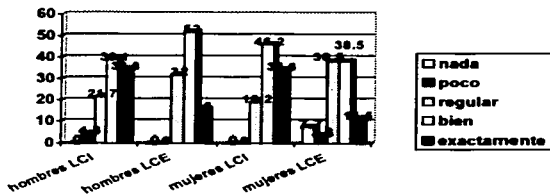
Las figuras que encontramos a continuación son de la escala de autoatribución, la cuál tiene las siguientes opciones de respuesta: no me describe nada, me describe poco, me describe regular, me describe bien y me describe exactamente. Tales opciones se muestran en cada una de las figuras.

Figura 6. Distribución porcentual por grupo del atributo atractiva



Dentro del atributo atractiva, perteneciente a la escala autoatribución, podemos observar en la figura 6 que el grupo que se describe como nada y poco atractiva en un porcentaje mayor (15% y 38% respectivamente) es el de las mujeres con LCE. El 43% de las mujeres con LCI reporta que el atributo las describe bien mientras que del grupo de mujeres con LCE, lo reporta únicamente el 8%. Para los grupos de hombres se observan porcentajes mayores para el grupo con LCI en las opciones "me describe bien y exactamente" (10% y 25% respectivamente) y para el grupo con LCE, en la opción "me describe bien" solo un 16%.

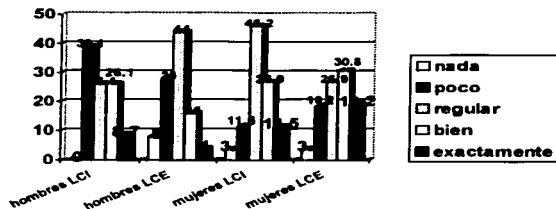
Figura 7. Distribución porcentual por grupo del atributo inteligente



TESIS CON FALLA DE CALIDAD

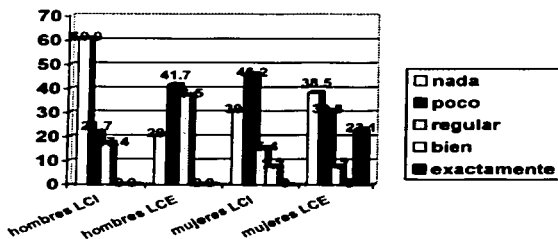
Es interesante notar que tomando en cuenta el atributo inteligente, en la mayoría de los grupos la opción con mayor porcentaje fue "me describe bien". Sin embargo, el único grupo que se describe como "nada inteligente" es el de las mujeres con LCE (11%). Por otro lado se observa que los dos grupos, tanto hombres como mujeres con LCI presentaron un porcentaje más alto (35% para ambos) que los de LCE (16% y 11% respectivamente) en la opción "me describe exactamente" (Ver figura 7)

Figura 8. Distribución porcentual por grupo del atributo estudiosa



Como se puede observar en la figura 8, en el caso del atributo estudiosa, los mayores porcentajes de ambos grupos de hombres cae entre "me describe poco y me describe regular", mientras que los mayores porcentajes para las mujeres caen dentro de "me describe regular" y "me describe bien", esto nos habla de que las mujeres se consideraron más estudiosas, en especial el grupo de mujeres con LCE, de las cuales un 19% reporta que el adjetivo las describe "exactamente" y un 31% dice que las describe "bien".

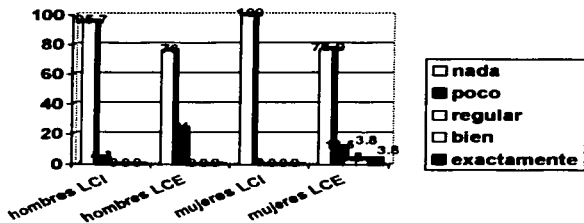
Figura 9. Distribución porcentual por grupo del atributo triste



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

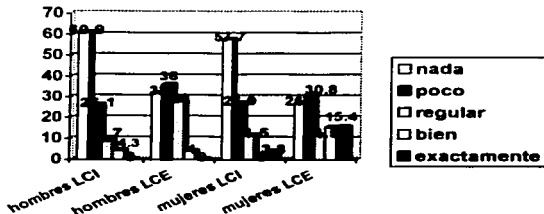
Para el atributo triste, podemos observar que los mayores porcentajes para la mayoría de los grupos cae dentro de "me describe poco o no me describe nada". Sin embargo, es importante resaltar el hecho de que el único grupo que considera que el atributo triste lo describe exactamente es el de las mujeres con LCE con un 23% (ver figura 9).

Figura 10. Distribución porcentual por grupo del atributo fracasada



En la figura 10, se muestran los valores para el atributo fracasada. Es interesante ver que en los dos grupos con LCI la mayoría de la población considera que este adjetivo "no los describe nada", mientras que los grupos con LCE presentan porcentajes que van desde "me describe poco" (en el caso de los hombres) hasta "me describe exactamente" (en el caso de las mujeres).

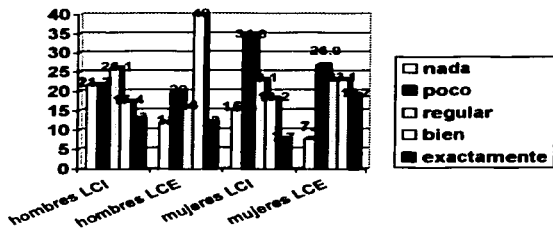
Figura 11. Distribución porcentual por grupo del atributo inestable



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

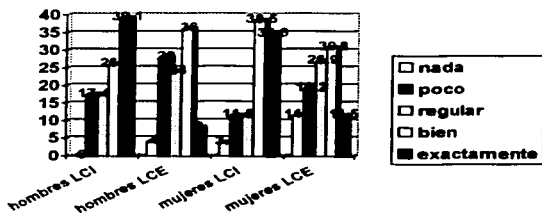
Haciendo referencia al atributo inestable, se puede observar en la figura 11 que los únicos grupos que refieren que este atributo las describe exactamente son los de mujeres, observando dentro de estos grupos una porcentajes mayor para el grupo con LCE, con un 15%. De igual manera el puntaje más alto para la opción me describe bien lo presentó el mujeres con LCE, igualmente con un 15%. Es interesante observar que los grupos que se consideraron como nada inestables en mayor proporción son los dos grupos con LCI.

Figura 12. Distribución porcentual por grupo del atributo pasiva



Como se puede observar en la figura 12, para el atributo pasiva el grupo que se autopercebe exactamente como tal es el de mujeres con LCE, con un 19%, así mismo observamos que para la opción de respuesta "me describe bien", los porcentajes más altos se presentaron tanto para el grupo de hombres como para el de mujeres con LCE con 40% y 23% respectivamente.

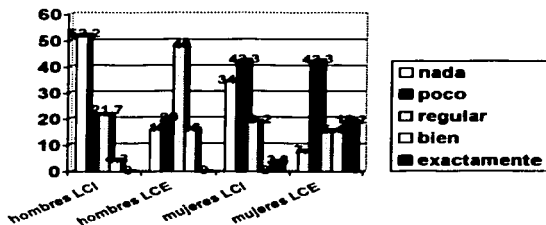
Figura 13. Distribución porcentual por grupo del atributo sociable



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

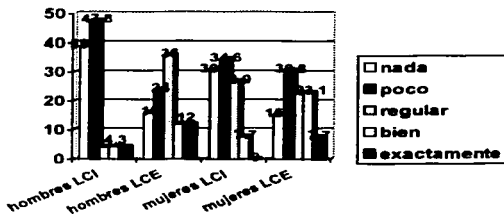
Para el atributo sociable, los grupos que eligieron la opción "me describe exactamente" fueron tanto el grupo de hombres como el de mujeres con LCI, con 39% y 35% respectivamente; así mismo se encontraron porcentajes altos correspondientes a la opción me describe bien en los grupos anteriormente mencionados. Es interesante observar que el grupo que presentó mayor porcentaje para la opción "no me describe nada" fue el de mujeres con LCE (ver figura 13).

Figura 14. Distribución porcentual por grupo del atributo insegura



Para el atributo insegura, como podemos ver en la figura 14, los únicos grupos que consideran que este adjetivo las describe exactamente son los grupos de mujeres, encontrando un mayor porcentaje para el grupo de mujeres con LCE, con un 19%. También se puede observar que para las mujeres con LCI el porcentaje de la opción "me describe bien" es nulo, mientras que para las mujeres con LCE el porcentaje es de 15%. Así mismo, se observa que los mayores porcentajes para la opción "no me describe nada" son para ambos grupos con LCI.

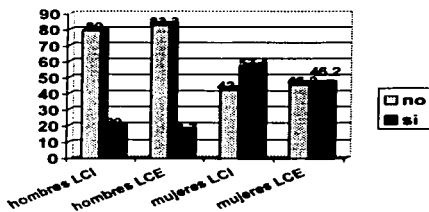
Figura 15. Distribución porcentual por grupo del atributo ansiosa



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

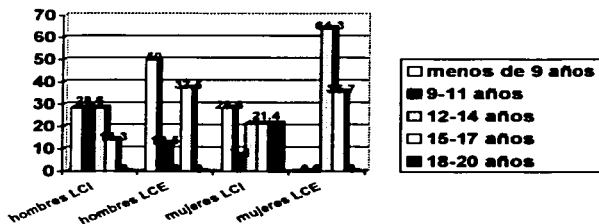
Como se observa en la figura 15, los grupos que se consideran más ansiosos, son los grupos, tanto de hombres como de mujeres con LCE, pues los porcentajes para las opciones "me describe bien" (12% y 23% respectivamente) y "me describe exactamente" (12% y 8% respectivamente) resultaron ser los más altos.

Figura 16. Distribución porcentual por grupo ante la pregunta: ¿has hecho dieta en los últimos seis meses?



Ante la variable referente a la dieta, se puede ver que los dos grupos de mujeres tienen porcentajes más altos que los de los hombres, presentando el mayor porcentaje (57%) el grupo de las mujeres con LCI, siguiéndole el grupo de mujeres con LCE con 46%; posteriormente el grupo de hombres con LCI con 20% y por último el grupo de hombres con LCI, con un 17% (ver figura 16)

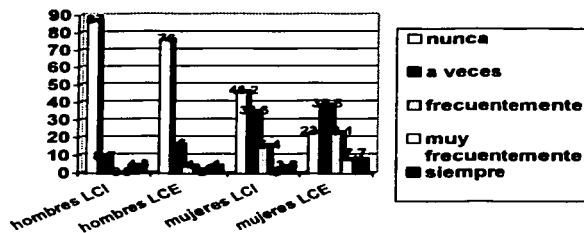
Figura 17. Distribución porcentual por grupo de edad de primera dieta



En cuanto a la edad de la primera dieta, se puede observar en la figura 17 que el grupo que reporta comenzar a más temprana edad (menos de 9 años) es el grupo de hombres con LCE, presentando un porcentaje de 50%; entre los 9 y los 11 años, el grupo con mayor porcentaje es el de hombres con LCI, con un 29%; entre los 12 y los 14 años se presenta un alto porcentaje en las mujeres con LCE, con un 64%; entre los 15 y los 17, ambos grupos, tanto mujeres como hombres con LCE presentan el mismo porcentaje (37%). Y para el rango de edad entre 18 y 20 años, observamos que el único grupo que comienza a hacer dieta durante estas edades es el grupo de mujeres con LCI, con un 21%. Es interesante señalar que todos los grupos excepto el de mujeres con LCE, tienen un rango amplio de edad de comienzo, que puede ir desde menos de 9 hasta 17 o 20 años, sin embargo el grupo de mujeres con LCE se reduce a un rango entre los 12 y los 17 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 18. Distribución porcentual por grupo en cuanto a preocupación por el peso



Tomando en cuenta la variable preocupación por el peso, observamos que los cuatro grupos reportan con cierto porcentaje preocuparse siempre por su peso, siendo el grupo con mayor porcentaje (8%) el de mujeres con LCE, así mismo, encontramos que es el único grupo que reporta preocuparse muy frecuentemente por su peso (8%). Ambos grupos de mujeres presentan los mayores porcentajes para la opción de respuesta frecuentemente así como para la opción a veces. En contraste, se observa que ambos grupos de hombres reportan con los mayores porcentajes, en un 87% los de LCI y en un 76% los de LCE, nunca preocuparse por su peso (ver figura 18)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Con el propósito de indagar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las variables relacionadas con conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal, teniendo como variable independiente sexo y locus de control, se aplicó la prueba "t" de Student para muestras independientes. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

Las hipótesis generales fueron:

- Se encontrará relación entre sexo y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria
- Se encontrará relación entre locus de control y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria

ψ Satisfacción-insatisfacción

En lo que se refiere a la variable insatisfacción no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos, sexo ($F(1,96) = 1.757, p = 0.188$) y locus de control ($F(1,96) = 0.003, p = 0.953$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula en ambos casos, no confirmándose las hipótesis de trabajo 1 y 6.

H1: Se encontrará relación entre locus de control y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

H6: Se encontrará relación entre sexo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

ψ Alteración de la imagen corporal

En lo que respecta a la variable alteración con la imagen corporal, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto sexo, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, confirmándose la hipótesis de trabajo 7; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto LC, aceptándose la hipótesis nula, por lo tanto, no se confirma la hipótesis de trabajo 2 (ver tabla 3). Las medias incluidas en la tabla 3 indican que fueron los hombres quienes alteraron (subestimaron) en mayor medida su imagen corporal, mientras que las mujeres prácticamente no la alteraron ($\alpha = -0.09$).

H2: Se encontrará relación entre locus de control y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)

H7: Se encontrará relación entre sexo y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)

Tabla 3. Resultados ANOVA

Alteración de la imagen corporal por sexo y locus de control (LC)

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	3.101	2	1.550	3.468	.035
SEXO	3.074	1	3.074	6.877	.010
LC	0.026	1	0.026	0.059	.808
Interacción de doble entrada SEXO x LC	1.013	1	1.013	2.266	.136
Explicada	4.114	3	1.371	3.067	.032
Residual	40.237	90	.447		
Total	44.351	93	.447		
MEDIAS DE LA VARIABLE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR SEXO					
Grupo 1 (hombres)			$\bar{x} = -.45$		
Grupo 2 (mujeres)			$\bar{x} = -.09$		

ψ Preocupación por el peso y la comida

Tomando en cuenta el factor preocupación por el peso y la comida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto sexo, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, confirmándose la hipótesis de trabajo 8, sin embargo no las hubo con respecto a LC, de esta manera, se acepta la hipótesis nula, no confirmándose la hipótesis de trabajo 3. En la comparación de las medias, se observa que son las mujeres quienes reportan mayor preocupación por el peso y la comida en comparación con el grupo de los hombres (ver tabla 4).

H3: Se encontrará relación entre locus de control y preocupación por el peso y la comida

H8: Se encontrará relación entre sexo y preocupación por el peso y la comida

Tabla 4. Resultados ANOVA

Preocupación por el peso corporal por sexo y locus de control (LC)

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	4.290	2	2.145	6.084	.003
SEXO	4.039	1	4.039	11.455	.001
LC	0.252	1	0.252	0.714	.400
Interacción de doble entrada SEXO x LC	.152	1	.152	.431	.513
Explicada	4.442	3	1.481	4.200	.008
Residual	33.845	96	.353		
Total	38.287	99	.387		
MEDIAS DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR SEXO					
Grupo 1 (hombres)			$\bar{x} = 1.27$		
Grupo 2 (mujeres)			$\bar{x} = 1.67$		

ψ Seguimiento de dieta restrictiva

En cuanto al factor dieta crónica y restrictiva, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ambos efectos, sexo y LC, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna en ambos efectos, confirmándose las hipótesis de trabajo 4 y 9. Las medias incluidas en la tabla 5, muestran que tanto el grupo de mujeres como los grupos con LCE presentan mayor grado de seguimiento de dieta restrictiva.

H4: Se encontrará relación entre locus de control y seguimiento de dieta restrictiva

H9: Se encontrará relación entre sexo y seguimiento de dieta restrictiva

Tabla 5. Resultados ANOVA

Seguimiento de dieta restrictiva por sexo y locus de control (LC)

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	4.737	2	2.369	9.519	.000
SEXO	3.677	1	3.677	14.778	.000
LC	1.060	1	1.060	4.261	.042
Interacción de doble entrada					
SEXO x LC	.021	1	.021	.086	.770
Explicada	4.758	3	1.586	6.375	.001
Residual	23.886	96	.249		
Total	28.644	99	.289		
MEDIAS DE LA VARIABLE SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA POR SEXO			MEDIAS DE LA VARIABLE SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA POR LC		
Grupo 1 (hombres)	x= 1.17		Grupo 1 (interno)	x= 1.27	
Grupo 2 (mujeres)	x= 1.55		Grupo 2 (externo)	x= 1.46	

ψ Autoatribución positiva

En lo referente a la variable autoatribución positiva, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto LC, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, confirmándose la hipótesis de trabajo 5, pero no en el efecto sexo, aceptándose así la hipótesis nula, no confirmándose la hipótesis de trabajo 10. Si hacemos una comparación de las medias implicadas, observamos que el grupo con LCI tiene una mayor autoatribución positiva (ver tabla 6).

H5: Se encontrará relación entre locus de control y autoatribución

H10: Se encontrará relación entre sexo y autoatribución

Tabla 6. Resultados ANOVA

Autoatribución positiva por sexo y locus de control (LC)

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	5.028	2	2.514	7.035	.001
SEXO	.003	1	.003	.009	.923
LC	5.025	1	5.025	14.061	.000
Interacción de doble entrada SEXO x LC	.064	1	.064	.180	.672
Explicada	5.092	3	1.697	4.750	.004
Residual	33.590	94	.357		
Total	38.683	97	.399		
MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOATRIBUCIÓN POSITIVA POR LOCUS DE CONTROL					
Grupo 1	x= 3.68				
Grupo 2	x= 3.23				

ψ Autoatribución negativa

En lo que respecta a la variable autoatribución negativa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto LC, observando en la comparación de medias un puntaje mayor en el grupo con LCE, es decir, hay mayor autoatribución negativa en este grupo, comparado con los grupos con LCI (ver tabla 7).

Tabla 7. Resultados ANOVA

Autoatribución negativa por sexo y locus de control (LC)

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	6.173	2	3.087	15.087	.000
SEXO	.155	1	.155	.7681	.383
LC	6.018	1	6.018	29.799	.000
Interacción de doble entrada SEXO x LC	.063	1	.063	.314	.577
Explicada	6.237	3	2.079	10.2941	.000
Residual	18.964	94	.202		
Total	25.221	97	.260		
MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOATRIBUCIÓN NEGATIVA POR LOCUS DE CONTROL					
Grupo 1	x= 1.82				
Grupo 2	x= 2.31				

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue determinar la inter-relación entre la variable locus de control y factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria. Para efectos del estudio, la muestra de adolescentes se dividió en cuatro grupos: hombres con LCI (n= 23), hombres con LCE (n= 25), mujeres con LCI (n=26) y mujeres con LCE (n=26). La edad promedio de la muestra fue de 17 años.

Se decidió trabajar con adolescentes puesto que la literatura tanto a nivel nacional como internacional identifica la pubertad y la adolescencia como uno de los factores más relevantes relacionados con problemas en la conducta alimentaria (Heinberg, 1996; Gómez Pérez-Mitré, 1997). Durante este periodo, además de la necesidad de pertenecer a un grupo, comienza la búsqueda de la identidad, la cuál, se establece a partir de un conjunto de identificaciones parciales con diferentes personas. Así mismo, los adolescentes se encuentran preocupados especialmente por lo que parecen ser a los ojos de los demás en comparación con lo que ellos sienten ser (Labajos, 1998); de esta manera continuamente están tomando información de referencias externas y de manera inevitable, están expuestos a muchos factores, tanto protectores como de riesgo que van a influenciar de manera importante su conducta, sus expectativas, sus hábitos, su personalidad, su forma de ver y vivir, etc. Es por ello que es necesario conocer los factores que intervienen en este proceso e identificar aquellos que puedan representar una fuente de riesgo para su salud (en este caso los trastornos de la conducta alimentaria) con el fin de intervenir sobre ellos tempranamente.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la insatisfacción con la imagen corporal es independiente del locus de control y del sexo; se pudo observar que los cuatro grupos: hombres con LCI, hombres con LCE, mujeres con LCI y mujeres con LCE presentaron altos grados de insatisfacción con su imagen corporal, manifestando en su mayoría que ésta se debe al deseo de ser mas delgados. Estos resultados confirman lo encontrado por Murrieta, 1997 (citado en Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001) quién encontró altos grados de insatisfacción en mujeres adolescentes, estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Los altos grados de insatisfacción brindan información relevante, pues de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel (2001), la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con conductas alimentarias de riesgo como el seguimiento de dietas restrictivas y muchas otras conductas anómalas.

Los grupos más preocupantes en este caso son los dos grupos de mujeres, pues muestran porcentajes casi totales de insatisfacción (mujeres LCI 96%) y en el caso de las mujeres con LCE es la totalidad de la población (100%) la que está insatisfecha. Estos resultados pueden estar relacionados a la fuerte presión social ejercida especialmente sobre las adolescentes para mantener un modelo de belleza estándar, que es difundida por el núcleo social en general y de manera especialmente importante por los medios de comunicación (Gómez Pérez-Mitré, 1993). Además, hay que tomar en cuenta el rol que la mujer se autoasigna a partir del que la sociedad le ha impuesto: una existencia indirecta, es decir, únicamente a través de la mirada de los otros o en relación con los otros (bella, seductora, atractiva, madre, amiga, novia, etc.), lo cual se expresa significativamente por medio de la imagen corporal (Bruchon-Schweitzer, 1992; Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

La nula satisfacción que presenta el grupo de mujeres con LCE, puede equipararse con investigaciones realizadas con personas con LCE que no refieren propiamente insatisfacción con la imagen corporal pero si el hecho de experimentar mayor insatisfacción en la vida en general (Gergen y Gergen, 1984), además de autodescribirse como poco capaces de mostrar respuestas constructivas ante situaciones frustrantes (Feather, 1967; Ray & Catan, 1968, citados en Joe, 1971). En este sentido, Raich (2000), afirma que la insatisfacción que se genera al existir discrepancia entre lo que la persona ha elegido como modelo ideal y el modelo real no se reduce al aspecto personal, sino que se generaliza a otras áreas como la autoestima, haciendo que la persona deje de valorar o subestime cualquier área de sus capacidades.

En cuanto a la imagen corporal, se encontró que son los hombres los que alteraron (subestimaron) en mayor medida su imagen corporal, mientras que las mujeres prácticamente no la alteraron. Estos resultados contradicen algunas investigaciones que reportan que son las mujeres quienes más alteran su imagen corporal, sobreestimándola (Abraham & Llewellyn-Jones, 1997; Padín y Chinchilla, 1995). Como lo afirma Thompson, 1990 (citado en Raich, 2000), la imagen corporal, además de un carácter perceptual y conductual, tiene un componente subjetivo, que se refiere a actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que el cuerpo despierta, es decir, emocionalmente involucra placer-displacer, satisfacción-insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa. Según Bruchon-Schweitzer (1992), el cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas de belleza, rol, etc., y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa; además, afirma que el atractivo físico autoevaluado es el que predice con mayor fuerza la satisfacción corporal. Como se mencionó anteriormente, el grado de insatisfacción de los grupos de hombres es bastante alta, por lo tanto, podemos suponer que

ambos grupos en general, se autoevalúan negativamente, dando lugar a una subestimación de su imagen corporal, esto, dadas las características de un hombre atractivo en la actualidad que supone cierto grado de musculatura, alta estatura, no tener una sobrecarga adiposa, entre otras (Bruchon-Schweitzer, 1992) que de igual manera representan un ideal difícil de alcanzar y ante el cual se compara continuamente el adolescente.

En lo que respecta a la preocupación por el peso corporal y al seguimiento de dieta restrictiva, que representan factores importantes de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, 1997), se observó que en ambos casos, los grupos con mayores porcentajes resultaron ser los de las mujeres y en especial las que presentan LCE. La variable preocupación por el peso y la comida resultó ser independiente del LC, sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable sexo, presentando los grupos de mujeres mayores porcentajes de preocupación por el peso y la comida, encontrándose así en mayor riesgo. Con respecto al seguimiento de dieta restrictiva, se encontró que ésta tiene relación tanto con LC como con sexo, resultando mayores los porcentajes de dietistas tanto en el grupo de las mujeres como en los grupos con LCE. Aunque al parecer son los grupos con LCE los que llevan a cabo más conducta dietaria, es interesante observar que en los últimos seis meses, los grupos con LCI realizaron más dieta que los grupos con LCE; de cierta manera, éstos resultados parecen invertidos o contradictorios, sin embargo, algunos estudios reportan que las personas con LCE tienden menos a mostrar iniciativa en sus esfuerzos para alcanzar sus metas (Phares, 1965; Seeman, 1963; Seeman & Evans, 1962, citados en Joe, 1971); además de mostrar mayores tendencias al conformismo (Odell, 1959, citado en Lefcourt, 1966), por tanto se puede inferir que aunque la mayoría de la población muestra un alto grado de insatisfacción, son aquellos con LCI quienes buscan de alguna forma realizar conductas que dirijan a un cambio.

Por otro lado, tenemos el hecho de que vivimos en una sociedad que rinde culto al cuerpo más que a otros valores y capacidades, que valora la delgadez y estigmatiza la obesidad, particularmente entre las mujeres (Bloom, 1988); así, continuamente, la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996) y los medios perpetúan y refuerzan esta idea a través del continuo y enorme auge de la publicidad sobre normas alimentarias, dietas, ejercicios físicos desmesurados e ideales de perfección manipulada que contribuyen a que las conductas y actitudes alimentarias anómalas, propias de los trastornos de la conducta alimentaria sean comunes en buena parte de la población (Nylander, 1971, citado en Vidal, 1997); además, se asocia a la belleza y a la delgadez con una serie de atributos positivos

como felicidad, éxito, fortuna, amor, estabilidad, etc. De esta manera, la adolescente al comparar la imagen vigente en su medio social, anhela y procura que su cuerpo se aproxima máximamente a aquél (Craig, 1997). Sin embargo aquí entra en juego una variable sumamente importante que es qué tan influenciable o vulnerable a esta presión resulta ser la persona, tomando en cuenta el género y otras variables. Como se evidencia en los resultados, las mujeres resultan ser las mayormente afectadas, esto podemos atribuirlo principalmente a la presión social y al estereotipo de mujer del que se habló anteriormente; ahora bien, el hecho de que las mujeres con LCE se encuentren aún en mayor riesgo, se puede atribuir en parte a que las personas con LCE en general son más influenciables ante los mensajes encaminados a esta tarea (Biondo y MacDonald, citados en Joe, 1971), además de ser menos resistentes a la sugestión que aquellos que presentan LCI (Getter, 1966; Strickland, 1970, citados en Joe, 1971). Además, se ha encontrado que las personas que tienen interés en controlar sus interacciones personales son menos propensos a estereotipar a otras personas que aquéllas que no están interesadas en obtener este control (Fiske & Taylor, 1984, citado en Strickland, 1989). Entonces, tomando en cuenta que los mensajes de los medios actualmente van principalmente dirigidos al sector femenino, aunado a la susceptibilidad de la población con LCE, da como resultado un doble riesgo para las mujeres con LCE como lo reflejan de manera evidente los resultados encontrados en este estudio.

Así mismo, la variable edad también resulta un riesgo, pues como afirma Behar (1992), durante la adolescencia, debido a los cambios biológicos y psicológicos, aparece una toma de conciencia más evidente de los roles genéricos y por lo tanto existe una mayor vulnerabilidad a la influencia social. A este respecto, Hermosillo, 1987 (citado en Bustos, 1995) refiere que la recepción de los mensajes televisivos no es homogénea, de manera que los distintos segmentos sociales y culturales construyen de manera distinta los sentidos que atribuyen a los mensajes propuestos por el emisor. En este caso en concreto, los grupos con LCE reciben de distinta forma los mensajes, siendo mucho más influenciables. En este sentido sería importante, dado el relevante papel que juegan los medios de comunicación, especialmente la televisión, en la transmisión de los ideales de delgadez, trabajar con estos grupos vulnerables en lo que se refiere a la educación para los medios, en donde se propone formar personas críticas y activas frente a los diversos procesos de comunicación ante los que se está expuesto (Bustos, 1995).

En lo referente a la variable autoatribución, se encontró que ésta es independiente del género de los sujetos. Sin embargo, se relaciona con la variable LC. Primeramente, como se predijo en las hipótesis, existe relación entre el LCI y la presencia de una mayor autoatribución positiva; lo mismo sucedió con el LCE pero a la inversa, relacionándose en este caso con una mayor autoatribución

negativa. A continuación se desglosarán los porcentajes obtenidos por los grupos para las atribuciones más representativas.

Dentro de las variables de autoatribución encontramos que los grupos con LCI se consideran en general más atractivos. Casi la mitad de las mujeres con LCI consideran que este adjetivo las describe "bien y exactamente", mientras que un pequeño porcentaje de mujeres con LCE se autodescribe de esta manera. Así mismo, un porcentaje mayor de hombres con LCI, considera que el adjetivo atractivo los describe "bien y exactamente", mientras que para el grupo con LCE sólo un pequeño porcentaje reporta que los describe "bien". Para el atributo inteligente se encontraron resultados parecidos, un porcentaje alto de ambos grupos con LCI reportan que el adjetivo los describe "exactamente" mientras que los grupos con LCI reportan porcentajes mínimos. Los atributos en general, comprendiendo los mencionados anteriormente constituyen en parte la imagen que los adolescentes tienen de sí mismos, la forma en que se describen forma parte de cómo se perciben a sí mismos (González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999), y como podemos observar a través de los porcentajes, es evidente que los grupos con LCE tienen una percepción de sí mismos negativa en comparación con los grupos con LCI; que posiblemente influye en distintos aspectos de su vida y en la percepción que tienen acerca de sus capacidades y limitaciones.

Ahora bien, con respecto al atributo triste se encontró que el único grupo que refiere que el adjetivo lo describe "exactamente" fue el grupo de mujeres con LCE, mientras que el grupo con LCI presenta un porcentaje nulo. También se observa al comparar los grupos de hombres, que los que presentan LCE se autoperceben más tristes que aquellos con LCI. De igual manera, para el atributo fracasada se encontró que el único grupo que manifiesta percibirse como tal es el de mujeres con LCE; en los demás grupos los porcentajes referidos a "no me describe nada" son casi totales excepto por el grupo de hombres con LCE, de los cuales, una cuarta parte reporta que el adjetivo "los describe poco". De manera similar, tanto las mujeres como los hombres con LCE, son los grupos que refieren mayor pasividad. Tomando en cuenta los atributos inestable e insegura, se observa que ambos grupos con LCE presentan los porcentajes más altos, en especial el grupo de mujeres, en contraste con un pequeño porcentaje reportado por los grupo con LCI. Por último, para el atributo sociable se encontró que más de una tercera parte de ambos grupos con LCI reportan que este adjetivo los describe "exactamente", en contraste con un porcentaje mínimo reportado por los grupos tanto de hombres como de mujeres con LCE.

Nos parecen relevantes los resultados obtenidos en la variable mencionada anteriormente (autoatribución), ya que en estudios previos realizados con niños, se encontró que aquellos quienes

más adjetivos negativos se atribuyen a sí mismos, tienden a tener mayor cantidad de problemas alimentarios, como hábitos inadecuados y conductas de dieta (González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré, 1999). En este sentido, se ha encontrado que los adolescentes que tienen sentimientos de inseguridad y dependencia son más propensos a depender de la apariencia física como camino para construir su identidad (Striegel-Moore, 1993, citado en Mash & Wolfe, 1999), por lo tanto basan más su seguridad en cuestiones externas que son más propensas a ser influidas. Además, como factores individuales de riesgo, merecen un lugar destacado los trastornos psicopatológicos experimentados antes de hacer su aparición los trastornos de la alimentación, éstos, asociados a depresiones, trastornos por ansiedad, etc., que pueden constituir vías de transición hacia la sintomatología propiamente dicha (Toro, 1996). En este caso no se observan síntomas psicopatológicos propiamente, sin embargo hay una tendencia mayor de la población con LCE, específicamente el de mujeres a presentar mayor ansiedad, tristeza, inestabilidad, pasividad, inseguridad, menor sociabilidad, entre otras. En la literatura se ha encontrado que las personas que presentan trastornos de la conducta alimentaria, presentan como parte de su personalidad algunas de estas características. A este respecto, Chinchilla, 1995, menciona rasgos de inseguridad en estos sujetos; Hudson & Pope, 1983; Swift, Andres & Barklage, 1986, (citados en Turón, 1997) reportan en esta población síntomas como ánimo depresivo, tristeza, aislamiento, sentimientos de desesperanza, etc., así como inestabilidad emocional, baja autoestima y pasividad (Bemis, 1978, citado en Crowther & Sherwood, 1997; Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

Diversos estudios concluyentes confirman los datos obtenidos en este estudio, pues se ha notado una tendencia significativa de los externos a reportar más ansiedad y síntomas neuróticos, además de experimentar más sentimientos de impotencia y frustración (Feather, 1967, citado en Joe, 1971), depresión, neuroticismo, introversión, labilidad emocional e inseguridad (Hood, Moore & Gamer, 1982); los niños tienden a ser menos sociables (Nwicki, 1971, citado en Gergen y Gergen, 1984) y se ha encontrado que la externalidad está relacionada con psicopatología, apatía y aislamiento (Lefcourt, 1966); de igual manera, las personas con LCE sufren más de depresión y otras enfermedades, pues creen que sus acciones no pueden mejorar su condición actual (Wise, 1999). Por otro lado, en la presente investigación, al contrario de los grupos con LCE, los grupos con LCI se autoperceben como inteligentes, atractivos, sociables y ante los autoatributos negativos tienen porcentajes mínimos o nulos como en el caso del atributo: triste, fracasada, insegura, inestable, pasiva y ansiosa. Esto se encuentra respaldado por diversos estudios (Hersch y Scheibe, 1967, citados en Joe, 1971) en los que se encontró que los sujetos orientados internamente se autodescriben como asertivos, poderosos, independientes y con logros y obtienen puntajes altos en escalas como dominancia, tolerancia, buena impresión, sociabilidad, capacidad intelectual y

bienestar, al aplicárseles un inventario psicológico. Además manejan varias de las características atribuidas a la creatividad, como autonomía, búsqueda de información que dirija al cambio, independencia de juicio, disposición a tomar riesgos razonables y confianza en sí mismos (Barron & Harrington, 1981, citados en Strickland, 1989).

Como se puede ver, el hecho de que los adolescentes presentan un LCE, se relaciona con un mayor grado de insatisfacción, un mayor seguimiento de dieta restrictiva y una mayor autoatribución negativa, esto nos está hablando de una mayor vulnerabilidad por parte de esta población con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria. Al respecto, diversos autores coinciden en indicar que estas pacientes presentarían, previamente al desarrollo de la enfermedad problemas de autonomía e independencia, aceptación de las dificultades de la vida adulta, sensación de ineffectividad, fracaso o falta de control en su vida escolar, laboral o de relación, además de esfuerzos en buscar la aprobación externa para mantener su autoestima y desarrollar cierto grado de autonomía (Bruch, 1973, citado en Gismero, 1996). Además, según estudios de Bruch (1978) y Selvini-Palazzoli (1974, citados en Gismero, 1996), la baja autoestima y la percepción de control externo se han tenido en cuenta de forma anecdótica como características importantes de los pacientes con trastornos alimentarios primarios, anorexia y bulimia. Bruch (1982, citado en Gismero, 1996) describe a los anoréxicos como personas que se autoperciben sin control de sus necesidades e impulsos, así como de su conducta; no sintiéndose dueños de sus propios cuerpos, y encontrándose bajo la influencia de fuerzas externas. Así mismo, Williams, Chamove y Millar, 1990 (citados en Gismero, 1996), encontraron que tanto los anoréxicos como los bulímicos informaban significativamente mayor control externo. Sin embargo, Strober (1982, citado en Gismero, 1996) y Hood, Moore & Gamer (1982), determinaron que existe un locus de control interno en pacientes anoréxicas. En relación con la bulimia, algunas investigaciones encuentran que tanto los bulímicos como los comedores compulsivos, los obesos, y las personas que se auto-inducen vómitos, tienden a mostrar un locus de control más externo que la población en general (Holleran, Pascale y Fraley, 1988, citados en Gismero, 1996). Por otra parte, Fisher-McCanne (1985, citado en Gismero, 1996) no encontró ninguna relación entre bulimia y locus de control externo.

Como se puede observar a lo largo de las diferentes investigaciones llevadas a cabo dentro de este rubro, es evidente la discrepancia de los estudios, sin embargo, el locus de control parece una variable relevante en este tipo de trastornos, ya que en el presente estudio, se encontró relación de éste con conductas tan importantes como el mayor o menor seguimiento de dieta restrictiva, factores como la autoatribución que es un proceso a través del cuál se constituye la propia imagen

(González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999) y características de personalidad que se asocian a una mayor vulnerabilidad ante estos trastornos.

Dentro de todos los agentes que intervienen en el desarrollo de los TCA, como son factores socioculturales, familiares e individuales, en esta investigación se hizo énfasis en el estudio de factores que tienen que ver con la persona (obviamente en relación con su medio) como son el locus de control y la autoatribución, ya que desde nuestro punto de vista, son éstos elementos, los que en un momento dado van a determinar en que posición se ubica el sujeto dentro del continuo, que va desde la normalidad hasta la patología, pues ante los factores de influencia social está expuesta la población en general, sin embargo cabe preguntar qué es lo que determina que ante estas presiones algunos desarrollen el trastorno y otros no. Al parecer son los factores individuales, psicológicos, los que hacen la diferencia, por ello se hizo relevante identificar antecedentes de este tipo que pueden estar asociados con trastornos de la alimentación. A este respecto, en una investigación realizada por Lugli-Rivero y Vivas, (2001) se encontró que las personas con trastornos alimentarios subclínicos muestran un déficit en las habilidades para el control objetivo y subjetivo, así como una creencia de que otros mantienen el control de los eventos; según estos autores esto podría explicar, en parte, la razón por la cual algunas personas desarrollan un trastorno alimentario y otras no. El hecho de mostrar un patrón de control personal normal, permite a los sujetos mantenerse en un nivel de control que les impide desarrollar todas la sintomatología típica de la anorexia o la bulimia; quizás permanecen preocupadas por el peso y la silueta, pero se logran controlar de forma tal que alcanzan su ideal sin caer en la enfermedad. Se podría plantear que el control personal de la conducta parece intervenir de forma protectora al evitar que alguna persona con conductas sugestivas de un trastorno de alimentación lleguen a presentar una sintomatología más severa del trastorno. De modo contrario el poco control personal o control externo se asocia como un factor de riesgo para el desarrollo de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria.

Los resultados encontrados constituyen una aproximación importante para entender el papel que juega la variable psicológica *control personal de la conducta* como factor protector o de riesgo en el desarrollo de la anorexia o bulimia nervosa. La información obtenida hace necesario considerar esta variable a la hora de hacer una detección de grupos vulnerables, con los que se pretenda trabajar a nivel preventivo buscando evitar que este riesgo desemboque en casos subclínicos o en la sintomatología de los TCA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye lo siguiente:

- 1) En cuanto a la variable satisfacción-insatisfacción no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos, sexo y locus de control. Por lo tanto, no se confirmaron las hipótesis de trabajo 1 y 6 que son:
H1: Se encontrará relación entre locus de control y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal
H6: Se encontrará relación entre sexo y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
- 2) En lo que respecta a la variable alteración con la imagen corporal, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto sexo, encontrando que fueron los hombres quienes alteraron (subestimaron) en mayor medida su imagen corporal, por lo tanto, se confirmó la hipótesis de trabajo 7; sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto locus de control, no confirmándose la hipótesis de trabajo 2.
H2: Se encontrará relación entre locus de control y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)
H7: Se encontrará relación entre sexo y alteración de la imagen corporal (sobrestimación-subestimación)
- 3) Tomando en cuenta el factor preocupación por el peso y la comida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto sexo, reportando las mujeres mayor preocupación por el peso y la comida en comparación con el grupo de los hombres, por lo tanto, se confirmó la hipótesis de trabajo 8. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al locus de control, no confirmándose la hipótesis de trabajo 3.
H3: Se encontrará relación entre locus de control y preocupación por el peso y la comida
H8: Se encontrará relación entre sexo y preocupación por el peso y la comida
- 4) En cuanto al factor dieta crónica y restrictiva, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ambos efectos, sexo y locus de control, por lo tanto se confirmaron las hipótesis 4 y 9. Los resultados obtenidos muestran que tanto el grupo de mujeres como los grupos con locus de control externo (LCE) presentan mayor grado de seguimiento de dieta restrictiva.
H4: Se encontrará relación entre locus de control y seguimiento de dieta restrictiva

H9: Se encontrará relación entre sexo y seguimiento de dieta restrictiva

- 5) En lo referente a la variable autoatribución, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo, no confirmándose la hipótesis de trabajo 10. Sin embargo si se encontraron para la variable locus de control, por lo tanto se confirmó la hipótesis de trabajo 5. Según lo muestran los resultados, los grupos con locus de control interno (LCI) tienen una mayor autoatribución positiva y los grupos con locus de control externo (LCE) presentan una mayor autoatribución negativa.

H5: Se encontrará relación entre locus de control y autoatribución

H10: Se encontrará relación entre sexo y autoatribución

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Aberastury A. (1989). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: APA
- Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1997). Eating disorders. The facts, New York: Oxford University Press.
- Barajas, O. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura No publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Behar, R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 38 (2), 119-122.
- Behar, R. y McColl P. (1992). El síndrome anoréctico en el hombre: otra psicopatología contemporánea. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 30, 295-299.
- Beumont, P., Beumont C., Touyz S. y Williams H. (1997). Nutritional counseling and supervised exercise. En D. Garner & P. Garfinkel (editores). Handbook of Treatment for Eating Disorders, 178-187. London: The Gilford Press.
- Bloom, B. (1988). Health psychology. A psychosocial perspective. USA: Prentice Hall.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Bustos, R. (1995). *Educación para formar audiencias críticas/activas respecto a estereotipos de género proyectados en televisión* . Expert Group Meeting on the Portrayal of Women and Men in the Media. Harvard University Cambridge, Massachusetts, USA. 16-20 October.
- Chinchilla A. (1995). Anorexia y bulimia nerviosas: Criterios diagnósticos y terapéuticos en atención primaria. En A. Chinchilla Moreno. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, 3-25. Barcelona: Masson.
- Chorot, P., Pérez, LL. y Sandín, B. (1992). Métodos de investigación en psicología. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, (editores). Manual de psicopatología, 1, 96-124. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Conde J., Ballesteros A., Blanco, G. y Medina, C. (2001). Algunos aspectos epidemiológicos, preventivos y asistenciales de los trastornos del comportamiento alimentario (I). FUENTE: INTERPSIQUIS; (2). <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/2422/>
- Craig, S. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Crispo R., Figueroa E. y Guelar D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.

- Crowther y Sherwood. (1997). Assessment. En D. Garner & P. Garfinkel (editores). Handbook of Treatment for Eating Disorders, 34-48. London: The Gilford Press.
- Fernández, F. (1997). Trastorno de la imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa: evaluación y tratamiento. En V. Turón (editor). Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia y obesidad, 24-31. Barcelona: Masson.
- Garner, D. (1997). Psychoeducational principles in treatment. En D. Garner & P. Garfinkel (editores). Handbook of Treatment for Eating Disorders, 145-174. London: The Gilford Press.
- George L. (1999). Treatment of anorexia nervosa. En D. Goldstein (editor). The management of eating disorders and obesity, 59-69. New Jersey: Humana Press.
- Gergen, K. y Gergen, M. (1984). Psychologie sociale. Canada: Éditions Études Vivantes
- Gismero, E. (1996). Estudio experimental: Anorexia nerviosa y conducta asertiva. Su relación con el autoconcepto, actitud hacia el cuerpo y locus de control. Habilidades sociales y anorexia nerviosa, 223-278. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. Investigación psicológica (3), 1, 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré 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 mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14, (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desordenes del comer: la imagen corporal en México. Libro La Psicología Social en México, VII Congreso de Psicología Social, Vol II, 277-283. Toluca, México.
- Gómez Peresmitré, G. y Ávila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, (6), 2, 37-45.
- Gómez Peresmitré, G., Unikel, C. y Corvera, P. (1998). ¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta. Congreso Iberoamericano de Psicología. Libro de resúmenes y trabajos completos. Madrid: España.
- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupo de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18, (3), 313-324.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja y G. Gómez-Peresmitré. (compiladoras). Psicología Social: Investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica.

- González, I. (1998). Socialización del adolescente. En A. Aguirre (editor). Psicología de la adolescencia, 215-242. Barcelona: Alfaomega.
- González, L. M., Lizano, M. y Gómez Pérez-Mitre, 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.
- Guelar, D. y Crespo, R. (2000). Adolescencia y trastornos del comer. Barcelona: Gedisa.
- Heinberg, L. (1996). Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. En K. Thompson (editor). Body image, eating disorders and obesity, 27-47. Washington: American Psychological Association.
- Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J. P. y Stephenson, G. M. (1993). Introducción a la psicología social. Una perspectiva europea. Barcelona: Ariel.
- Hood, J., Moore, E. y Garner, D. (1982). Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, (1), 3-13.
- Horrocks J. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Joe, V. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. Psychological reports, 28, 619-640.
- Kimmer D. y Weiner I. (1998). La adolescencia: Una transición del desarrollo. España: Ariel.
- Labajos A. (1998). Identidad del adolescente. En A. Aguirre (editor). Psicología de la adolescencia, 173-194. Barcelona: Alfaomega.
- Lara F. (1998). El desarrollo cognitivo en la adolescencia. En A. Aguirre (editor). Psicología de la adolescencia, 143-172. Barcelona: Alfaomega.
- Lefcourt, H. (1966). Internal versus external control of reinforcement: a review. Psychological Bulletin, 65, (4), 206-220.
- Lugli-Rivero, M. y Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. Salud pública de México, 43 (1): <http://www.insp.mx/salud/43/432-c.pdf>
- Mancilla, J., Mercado, L., Manríquez, E., Álvarez, G., López, X. y Roman, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 27-46.
- Mash E. y Wolfe D. (1999). Abnormal child psychology. Belmont: Wadsworth.
- Mora, M., y Raich, R. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nerviosa. Psiquis, 15, (3), 123, 39-47.
- Morales, F. (1997) Introducción al estudio de la psicología de la salud. México: UniSon.
- Morales, J. F. (1994). Psicología social. Madrid: McGraw Hill.
- Moscovici, S. (1982). Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós.

- Muuss, R. E. (1995). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- Nevid J., Ratus S. y Grenne B. (2000). Abnormal psychology in a changing world. New Jersey: Prentice Hall.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Madrid: OMS.
- Padín J.J. y Chinchilla M. A. (1995). Aproximaciones a la nosología de los trastornos de conducta alimentaria. En A. Chinchilla Moreno. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, 29-86. Barcelona: Masson.
- Papalia, D. (2001). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
- Phares, E., Ritchie D. y Davis, W. (1968). Internal-external control and reaction to threat. Journal of personality and social psychology, 10, (4), 402-405.
- Prado C. (1998). El desarrollo físico en la adolescencia. En A. Aguirre (editor). Psicología de la adolescencia, 43-64. Barcelona: Alfaomega.
- Raich, R. (2000). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Ramírez, M. (1993). Diferencia entre autoestima y locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores. Tesis de Licenciatura No publicada. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rausch, C. (1996). La esclavitud de las dietas. Guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. Argentina: Paidós.
- Raven, B. y Rubin, J. (1976). Psicología social. Las personas en grupos. México: Compañía editorial continental.
- Rock, C. (1999). Prevention of anorexia nervosa and bulimia nervosa. A nutritional perspective. En D. Goldstein (editor). The management of eating disorders and obesity, 33-45. New Jersey: Humana Press.
- Romano, S. (1999). Bulimia Nervosa. En D. Goldstein (editor). The management of eating disorders and obesity. New Jersey: Humana Press.
- Rosen, J. (1997). Cognitive-Behavioral body image therapy. En D. Gamer & P. Garfinkel (editores). Handbook of Treatment for Eating Disorders, 188-201. London: The Gifford Press.
- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of consulting and clinical psychology, 43, (1), 56-67.
- Rotter, J. y Mulry, R. (1965). Internal versus external control of reinforcement and decision time. Journal of personality and social psychology, 2, (4), 598-604.
- Saucedo, T. (1996) Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis de maestría en psicología educativa No publicada. Facultad de psicología, UNAM.

- Schneider, D., Hastorf, A. y Ellsworth, P. (1982). Percepción personal. México: Fondo educativo Interamericano.
- Strickland, B. (1989). Internal-External control expectancies. From contingency to creativity. American Psychologist, **44**, (1), 1-12.
- Tamayo, A. (1993). Locus de control: diferencias por sexo y por edad. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, **39**, (4), 301-308.
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez-Planell, L. y Vallejo, J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión (I). Rev. Psiquiatría Fac. Med. Bama, **19** (4), 169-181.
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez-Planell, L. y Vallejo, J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión (II). Rev. Psiquiatría Fac. Med. Bama, **19** (5), 220-227.
- Thompson, K. (1996). Introduction: Body image, eating disorders, and obesity –and emerging synthesis-. En K. Thompson (editor). Body image, eating disorders and obesity, 1-20. Washington: American Psychological Association.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito, España: Ariel Ciencia
- Turón, V. (1997). Clínica de la anorexia nerviosa. En V. Turón. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad, 59-66. Barcelona: Masson.
- Wise, M. (1999). Locus of control in our daily lives. How the concept of control impacts the social world. Psy 324, Advanced Social Psychology. Social Psychology/ Miami University. <http://www.units.muohio.edu/psybersite/control/overview.shtml>
- Vidal, S. (1997). Factores socioculturales y relaciones interpersonales en la anorexia nerviosa. En V. Turón. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad, 80-91. Barcelona: Masson.

ANEXO 1

SECCIÓN A

SECCIÓN A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?
 - A) Secundaria
 - B) Carrera Técnica
 - C) Carrera Comercial
 - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
 - E) Licenciatura
 - F) Postgrado

2. ¿Trabajas?
 - A) Sí
 - B) No

3. Actualmente vives con:
 - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
 - B) Padre o Madre
 - C) Hermano(s)
 - D) Esposo o pareja
 - E) Solo
 - F) Amigo(s)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos:
 - A) Soy hija única
 - B) Soy la mayor
 - C) Ocupo un lugar intermedio
 - D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación:
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?
 - A) No. Pasar a la pregunta 8
 - B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN A

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera \$35.00 el salario mínimo por día):

- A) NS 2000 o menos
- B) NS 2001 a 4000
- C) NS 4001 a 6000
- D) NS 6001 a 8000
- E) NS 8001 a 10,000
- F) NS 10,001 a 12,001
- G) NS12,001 o más.

9. ¿Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar?

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

SECCIÓN B

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

SECCIÓN C

SECCIÓN

C

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN C

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



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



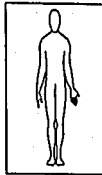
(I)

SECCION C

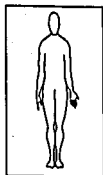
SECCION C

SECCION C

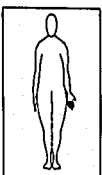
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



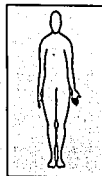
(A)



(B)



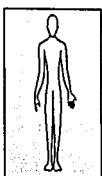
(C)



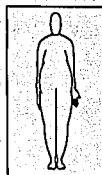
(D)



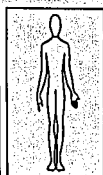
(E)



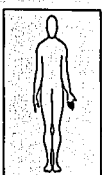
(F)



(G)



(H)



(I)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN D

SECCIÓN
DTESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN R

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

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

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Asilosa	A	B	C	D	E
2. Atractiva	A	B	C	D	E
3. Insegura	A	B	C	D	E
4. Inteligente	A	B	C	D	E
5. Fuerte	A	B	C	D	E
6. Exitosa	A	B	C	D	E
7. Sociable	A	B	C	D	E
8. Pasimilita	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Independiente	A	B	C	D	E
11. Torpe	A	B	C	D	E
12. Productiva	A	B	C	D	E
13. Dominante	A	B	C	D	E
14. Estudiosa	A	B	C	D	E
15. Pasiva	A	B	C	D	E
16. Comprensiva	A	B	C	D	E
17. Eficiente	A	B	C	D	E
18. Falsa	A	B	C	D	E
19. Fracasada	A	B	C	D	E
20. Rígida	A	B	C	D	E
21. Sana	A	B	C	D	E
22. Trabajadora	A	B	C	D	E
23. Incompetente	A	B	C	D	E
24. Inestable	A	B	C	D	E
25. Desconfiada	A	B	C	D	E
26. Triunfadora	A	B	C	D	E
27. Ágil	A	B	C	D	E

SECCIÓN D

Soy una persona:

		Me Describe			
Nada	Poco	Regular	Bien	Muy Bien	

28. Triste	A	B	C	D	E
29. Solidaria	A	B	C	D	E
30. Controlada	A	B	C	D	E
31. Optimista	A	B	C	D	E
32. Agradable	A	B	C	D	E
33. Agrisina	A	B	C	D	E

SECCIÓN B

SECCIÓN

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

SECCIÓN E

1. En el último año:

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

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

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

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

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

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

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

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

6. El problema consiste en que:

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

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

SECCIÓN E

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

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

9. ¿Con qué intensidad sientes hambre?

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

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN E

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

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la vez)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

- Cuido que mi dieta sea nutritiva. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que la comida me tranquiliza. (A) (B) (C) (D) (E)
- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro comer verduras. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me la paso "maridándome de hambre" ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
- Soy de los que se hartan (se llenan de comida). (A) (B) (C) (D) (E)
- Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
- Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
- Cuido que mis comidas contengan alimentos ricos fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
- Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro mejorar mi hábitos alimentarios. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
- "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como despierto y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado. (A) (B) (C) (D) (E)
- No me gusta comer con otras personas (A) (B) (C) (D) (E)
- Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque tengo que guardar). (A) (B) (C) (D) (E)
- No como aunque tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
- Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "esporádicos". (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN E

A NUNCA	B A VECES	C frecuentemente (aprox. la mitad de la vez)	D muy frecuentemente	E SIEMPRE
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me cuesta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
- Prefero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero trazo mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
- Como a escondidas (A) (B) (C) (D) (E)
- Disfruto cuando como con otras personas (A) (B) (C) (D) (E)
- Como hasta sentirme incómodamente lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
- No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
- Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
- Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
- Tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer (A) (B) (C) (D) (E)

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SECCION F

SECCION F

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

SECCION F

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas):

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	No de acuerdo	Muy en desacuerdo

- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control (A) (B) (C) (D) (E) sobre su apetito.
- Las personas que comen con medida (con medida) son (A) (B) (C) (D) (E) dignas de respeto.
- Creo que las personas con problemas de control sobre su (A) (B) (C) (D) (E) forma de comer no deberían preocuparse ya que "galeo y figura hasta la sepultura".
- Admiro a las personas que pueden comer con medida (A) (B) (C) (D) (E)
- Las personas que pierden el control con la comida se guían (A) (B) (C) (D) (E) por el lema "todo con exceso nada con medida".
- No sé por qué se preocupa la gale por su sobrepeso, ya (A) (B) (C) (D) (E) que la obesidad es hereditaria.
- Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria (A) (B) (C) (D) (E) también controla otros aspectos de su vida.
- Es muy difícil mantener control sobre la ingesta (A) (B) (C) (D) (E) alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer.
- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como (A) (B) (C) (D) (E) querer mantener la respiración por mucho tiempo.
- Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
- Una persona que puede cometer excesos con la comida (A) (B) (C) (D) (E) también puede excederse en otras conductas.
- Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del (A) (B) (C) (D) (E) control racional.
- Creo que soy inseguro. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me cuesta trabajo hacer amigos. (A) (B) (C) (D) (E)
- Mi familia me esige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)
- No tengo confianza en los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que en lugar de controlar mis alimentos ellos me (A) (B) (C) (D) (E) controlan.
- Sólo se debe competir para ganar (A) (B) (C) (D) (E)
- No importa a que se dedique uno en la vida, el éxito es ser (A) (B) (C) (D) (E) el mejor
- Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el (A) (B) (C) (D) (E) carácter

SECCIÓN G

SECCIÓN

G

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN G

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



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

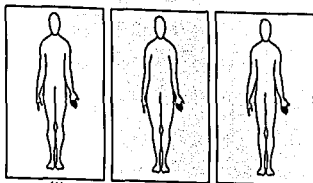
SECCION G

SECCION G

SECCION

G

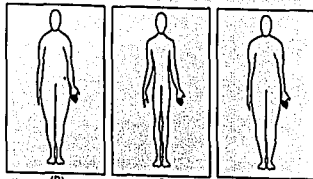
1. Observa con cuidado las siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)

(B)

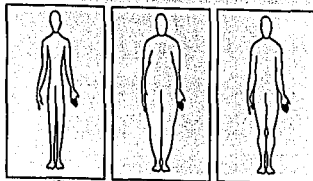
(C)



(D)

(E)

(F)



(G)

(H)

(I)

TESIS CON
FALTA DE CURVEN

SECCIÓN K

SECCIÓN

K

TESIS CON
 FALLA DE CARGEN

SECCIÓN K

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho
- B) Satisfecho
- C) Indiferente
- D) Insatisfecho
- E) Muy insatisfecho

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

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

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (aparición) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy importante	Importante	Importancia Regular	Poco importante	Muy Poco importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

- A) Obeso
 - B) Con sobrepeso
 - C) Con peso normal
 - D) Peso por abajo del normal
 - E) Peso muy por abajo del normal
- Muy gordo
 - Gordo
 - Ni gordo ni delgado
 - Delgado
 - Muy delgado.

SECCIÓN K

SECCIÓN L

10. Llegar a estar gordo:

- A) Me preocupa mucho.
- B) Me preocupa.
- C) Me preocupa de manera regular.
- D) Me preocupa poco.
- E) No me preocupa.

11. A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal

_____ Años

12. Como me ven los demás:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

13. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:

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

14. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

SECCIÓN

TESTIS
FORMA
FALLA DE ORIGEN

**ANEXO 2
ESCALA DE LOCUS DE CONTROL**

A continuación se presentan una serie de afirmaciones. Por favor indique en que medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay 5 respuestas posibles:

1 Completamente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Completamente en desacuerdo
----------------------------------	-----------------	--	--------------------	-------------------------------------

Especifique su respuesta marcando el número que mejor exprese su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo puntos de vista diferentes. CONTESTE TODAS LAS AFIRMACIONES.
Gracias

- Obtener buenas calificaciones depende de mi esfuerzo 1 2 3 4 5
- Mi apariencia ha hecho que yo tenga los amigos que tengo 1 2 3 4 5
- Si como alimentos que engordan es porque la dieta del mexicano es básicamente grasosa 1 2 3 4 5
- Mi manera de ser influye en cómo me llevo con mi familia 1 2 3 4 5
- Tener novio es cuestión de suerte 1 2 3 4 5
- Si quiero, puedo hacer cambios en mi alimentación para subir o bajar de peso 1 2 3 4 5
- Cuando me va mal en la escuela es porque las materias son difíciles o los maestros son malos 1 2 3 4 5
- Los amigos que tengo los encontré por casualidad 1 2 3 4 5
- Yo decido mi forma de ser aunque a mi familia no le guste 1 2 3 4 5
- Que a uno le toquen buenos o malos novios es cosa del destino 1 2 3 4 5
- Yo decido qué como y la cantidad en que lo hago 1 2 3 4 5
- Tengo varios amigos porque me gusta relacionarme con la gente 1 2 3 4 5
- Buena parte del éxito en la escuela es cuestión de suerte 1 2 3 4 5
- Yo tengo novio cuando yo lo decido 1 2 3 4 5
- No me llevo bien con mi familia porque no les gusta como soy 1 2 3 4 5
- Tener buenos amigos implica cultivar y cuidar las relaciones 1 2 3 4 5
- Los medios publicitarios ejercen gran influencia sobre lo que como 1 2 3 4 5
- Si uno mantiene una buena relación con los maestros, es más probable obtener buenas calificaciones 1 2 3 4 5
- Me llevo bien con mis padres porque así debe de ser 1 2 3 4 5
- Mis noviazgos han sido buenos pues me he esforzado porque así sea 1 2 3 4 5