



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA  
COMPULSIVA EN ADOLESCENTES**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A N :**

**MARÍA TERESA BELMONT OCAMPO  
ALEJANDRA CAMPOS VARGAS**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. GILDA LIBIA GÓMEZ-PERESMITRÉ**

**SINODALES**

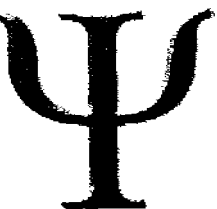
**DRA. CORINA CUEVAS RENAUD**

**LIC. MARÍA OLGA MEJÍA ANZURES**

**MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**

**MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS-ROMERO**

**MTRA. MARÍA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO**



**CIUDAD UNIVERSITARIA MÉXICO D.F.**

**2005**

11344/83



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

## ALEJANDRA Y MARÍA TERESA

### A nuestros asesores:

Dra. Corina Cuevas Renaud  
Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa  
Mtra. Ma. De Luz Javiedes Romero  
Mtra. Olga Livier Bustos Romero

### En especial:

Dra. Gilda Libia Gómez-Péresmitré  
Lic. Rosalia Rodriguez de Elías

Con agradecimiento por su buena disposición en auxiliarnos en la conformación de la presente tesis.

*(Faint stamp: INSTITUTO TECNOLÓGICO DE AERONÁUTICA)*  
María Belmont Ocampo  
Teresa  
FECHA: 17/ May 05  
FIRMA: *[Signature]*

### A nuestros profesores:

Por brindarnos en forma desinteresada sus conocimientos a lo largo de nuestra carrera.

Autoriza a la UPRM a publicar en su sitio web el contenido de esta tesis de grado.  
NOMBRE: Campos Vargas  
Alexandra  
FECHA: 17/05/05  
FIRMA: *[Signature]*

# **AGRADECIMIENTOS**

## **ALEJANDRA**

### **A mis padres.**

Por todo su apoyo y comprensión  
a lo largo de mi camino, y darme una  
herencia valiosa como lo es el estudio  
así como el haber realizado una de mis metas.

### **A mi esposo.**

Con mucho cariño, porque siempre ha  
estado a mi lado, apoyándome en todos  
los días de mi vida para poder concluir uno  
de mis sueños más anhelados.

### **A mis Hijas Dayani y Anahid.**

Por brindarme su cariño, apoyo  
y comprensión, por ser el pilar para  
terminar mi tesis y así superarme en  
mi vida profesional.

### **A mis Sobrinos (as)**

Porque ellos fueron mi inspiración  
para así poder darles un ejemplo a seguir  
y que ellos puedan tomarlo, y así realizar sus  
objetivos más anhelados.

# AGRADECIMIENTOS

## MARÍA TERESA

### **A mis padres:**

Madre q.p.d. En donde te encuentres sé que estas bien, gracias por tus consejos y regaños porque además de ser mi madre fuiste mi amiga, y este logro va por ti. Yo sé que me mandas tus bendiciones y siempre te voy en llevar a mi corazón.

**Papá y Mamá:** Gracias por formar mi ser, ser guías amorosos y desinteresados, a ellos; con veneración y respeto, cariño y gratitud, por mi vida y mi verdad.

### **A mi esposo, a mi pequeño Mauricio**

Con un cariño muy especial  
por ser el impulso para seguir adelante,  
buscando la superación constante, como  
profesionista y persona, esperando ser  
un ejemplo digno a seguir.

### **A mis hermanos y cuñado**

Por encontrar en ellos las  
Palabras de aliento, el brazo fraterno y  
la emoción por compartir los sucesos de  
nuestras vidas, para ellos con cariño.

### **A mis sobrinos**

Porque ustedes, son el impulso para seguir adelante  
y quizá algún día pueda ayudarles y que me vean  
como un ejemplo digno a seguir.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I.</b>	
<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CARACTERÍSTICAS</b>	
<b>DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS</b>	<b>7</b>
Historia de la anorexia	9
Diagnostico de la anorexia de acuerdo con el DSM-IV	10
Historia de la Bulimia nerviosa	11
Diagnóstico de la Bulimia de acuerdo con el DSM-IV	12
Historia de la obesidad	13
Concepto de obesidad	14
Causas probables de la obesidad	15
Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria	16
Satisfacción / Insatisfacción	17
Factores de riesgo asociados con imagen corporal	18
<b>CAPITULO II.</b>	
<b>CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA</b>	<b>20</b>
Concepto de conducta alimentaria	20
La nutrición en los alimentos	23
Concepto de conducta alimentaria compulsiva o atracón	25
Historia de la conducta alimentaria compulsiva	27
Causas psicoafectivas y Psicofisiologicas de CAC	29

Diagnóstico de CAC de acuerdo con el DSM-IV (p745)	32
Modelo tridimensional de Schlundt	33
<b>CAPITULO III.</b>	
<b>IMAGEN CORPORAL</b>	<b>34</b>
Concepto de imagen corporal	34
Teorías del trastorno de la imagen corporal	36
Satisfacción /Insatisfacción corporal	38
Apariencia y atractivo físico	41
<b>CAPÍTULO IV.</b>	
<b>ADOLESCENCIA</b>	<b>45</b>
Concepto de adolescencia	45
Maduración física del adolescente	46
Desarrollo psicosocial del adolescente	47
El adolescente y el mundo social	49
Diferencias sexuales y sociales	50
Conducta alimentaria en el adolescente	51
<b>CAPÍTULO V.</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>52</b>
Objetivo	52
Tipo de Investigación y diseño	52
Muestra	52
Variables	52
Definición conceptual de las variables	53
Definición operacional de las variables	53
Instrumentos	54

Procedimiento	54
Análisis de los datos	55

## **CAPÍTULO VI.**

Resultados	56
Análisis de los resultados	56

<b>DISCUSIONES Y CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
-----------------------------------	-----------

<b>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</b>	<b>73</b>
-----------------------------------	-----------

<b>ANEXOS</b>	<b>74</b>
---------------	-----------

<b>REFERENCIAS</b>	<b>103</b>
--------------------	------------



## RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar si existe relación entre satisfacción-insatisfacción, con imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes hombres y mujeres. Para tal efecto se trabajó con una muestra no probabilística con una  $N=200$ , la cuál se subdividió en adolescentes (100 hombres y 100 mujeres) de escuelas pública del D.F. Con un rango de edad 15 a 18 años. Se aplicaron dos instrumentos 1) Alimentación y salud versión adolescentes (Gómez-Peresmitré, 2001). 2) Salud y nutrición (Ortíz, y Gómez-Peresmitré, 2003). Para explorar las variables relacionadas con la imagen corporal y la conducta alimentaria compulsiva.

Se analizaron los datos obtenidos y los instrumentos con el fin de saber si hay o no relación entre las variables. El estudio fue de tipo exploratorio y para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva como inferencial. En los resultados se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la conducta alimentaria compulsiva y la insatisfacción con imagen corporal en mujeres adolescentes; es decir, a mayor insatisfacción mayor conducta alimentaria compulsiva; sin embargo, en los varones no se encontró una correlación estadísticamente significativa.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad es necesario incidir en los diferentes problemas de salud que enfrenta la población. Existe evidencia de que uno de los grandes problemas que se extienden con el tiempo y en distintos sectores poblacionales es la conducta alimentaria compulsiva afectando de manera importante a los adolescentes.

La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos. Así mismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Agregando la influencia que tienen el contexto socioeconómico y el entorno cultural en la construcción de la imagen corporal, difiriendo según la edad, y otras variables.

La distorsión de la imagen corporal esta relacionada con un conjunto de trastornos psicológicos que pueden aumentar en presencia de ciertas características. Y aunado a esto la publicidad que se maneja en la televisión, en donde se exhiben mujeres con figuras muy delgadas, las cuales son consideradas atractivas y exitosas mostrando aceptación por la misma sociedad. Sin embargo, es contrastante observar la mujer que en décadas pasadas era considerada bella, pues su figura era regordeta siendo está sinónimo de fertilidad y salud.

Es por ello el interés de realizar el presente trabajo, para detectar si existe relación entre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva. Para así contribuir con información relevante.

En la primera parte del presente trabajo se abordará los antecedentes históricos y características de los trastornos alimentarios. El segundo capítulo se refiere a conducta alimentaria compulsiva (atracon). En el tercer capítulo se comentara sobre imagen corporal. El cuarto capítulo se da una explicación detallada de los procesos que caracterizan a la adolescencia. El quinto muestra la metodología del trabajo. El sexto y último capítulo se exponen los resultados, la discusión y conclusiones a las que se llegaron.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

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

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

La Anorexia Nerviosa (AN), muestra su presencia entre las mujeres religiosas desde la edad media (1200 a 1500) y en el siglo XIX ya se le había dado el nombre que lleva Anorexia. El estudio de los TCA se inicia en EUA, con el supuesto de que esta problemática era característica de los países del primer mundo, de la raza caucásica o blanca y de las clases altas de las sociedades occidentales (Gómez-Peresmitré, 2001).

Es un hecho, que los TCA se han incrementado de manera alarmante, no sólo en países como EUA, Inglaterra y Canadá en los que se cuenta con estadísticas de su prevalencia e incidencia, (sino en general, en la mayoría de los países del mundo, desarrollado), pero también en los que están en proceso de desarrollo; sin embargo, la gran mayoría de nuestros artistas o cantantes sufren de tales trastornos. Es frecuente que las chicas de bajo nivel socioeconómico se involucren en conductas de sobre

ingesta o de dieta restrictiva en su intento de resolver sus pérdidas y frustraciones diarias. Entre los factores de los TCA se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales, reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social. Las principales entidades de los trastornos de la conducta alimentaria son dos: la Anorexia Nervosa (AN) y la Bulimia Nervosa (BN). A este cuadro se agrega la obesidad, aunque para algunos investigadores ésta no forma parte de dichos trastornos (Gómez-Peresmitré, 2001).

Sin embargo a mediados de los años 90 se inicia en la división de postgrado en las áreas de Psicología Social y de la Salud de la Facultad de Psicología de la UNAM una línea de investigación relacionada con trastornos de la alimentación. El objetivo principal de estudio era, detectar si entre nuestras adolescentes se estarían produciendo aquellos problemas (por ejemplo, anorexia, bulimia y obesidad) que estaban causando estragos en las adolescentes de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá e Inglaterra sólo por mencionar aquellos que pueden calificarse de líderes en dicha problemática. Actualmente se han hecho varios estudios en donde se ha encontrado la existencia de Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en muestras de población mexicana ya que también hemos iniciado la etapa de intervención. Cabe señalar que lo más importante es prevenir si se toma en cuenta el alto costo de individualidad y social de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), de la anorexia nervosa y de la bulimia nervosa. Con respecto al primero, esta patología pone fin al proceso de maduración, lo que se expresa, para decirlo con pocas palabras, como una inadaptación social que obstaculiza el crecimiento, limita los intereses y rompe con la capacidad de relación. El costo social, se expresa con una ruptura, la patología pone fin al proceso precursor de la productividad. Debe subrayarse que estas problemáticas son características de etapas tempranas de la vida (pubertad y adolescencia). Los resultados de nuestros primeros estudios nos llevo a dar prioridad, a centrar el trabajo de investigación, no tanto en los TCA, sino en los Factores de Riesgo (Gómez-Perezmitré, 2001, p 1).

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: “preocupación persistente con el peso y la silueta” (Raich, 2000).

Otros autores como Tisera (1996) dice que los trastornos de la alimentación, representan un tema muy actual y que preocupa cada vez más, no solo a los que están afectados por el problema en forma directa, sino también a todos nosotros. Gómez (1996) considera los trastornos de la alimentación, como una de las patologías más emblemáticas de nuestro tiempo.

## **HISTORIA DE LA ANOREXIA**

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

Según el Malleus Maleficarum, el “manual” de brujería publicado en 1486 por los inquisidores alemanes Heinrich Kramer y Jacob Sprenger, las brujas se habrían confabulado con el “príncipe de las tinieblas” para destruir la iglesia. Acusadas de brujería y torturadas muchas mujeres fueron condenadas a morir en la hoguera. Se suponía que para poder volar, las brujas debían tener un peso inferior al del resto de los mortales, el que se verificaba con la llamada “prueba de la balanza”. A partir del siglo XVII, los tratamientos farmacológicos, es decir por medio de medicamentos,

fueron desplazando gradualmente a las dietas como terapia, incluyendo al ayuno total o “cura de hambre”. El ayuno formó parte del arsenal terapéutico de los médicos de todas las épocas (Tisera, 1996).

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

Las personas que padecen esta enfermedad presentan una inanición u obsesión por no comer, una compulsión reforzada fisiológicamente por una euforia biológica, producida por la misma inanición y psicológicamente, por el sentimiento de autocontrol, así como una percepción distorsionada, una sobre-estimación del propio cuerpo, y una actitud tendiente a la sobre valoración de la delgadez, son aspectos que parecen motivar este trastorno alimentario, donde tales preocupaciones constituyen la psicopatología central de la anorexia (Ortiz, 2003).

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

## **DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA DE ACUERDO CON EL DSM-IV**

La American Psychiatric Association (1994) define a la anorexia como el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y menciona que existen dos tipos de anorexia nervosa, 1) Tipo restrictivo, 2) Tipo Compulsivo-Purgativo.

**Tipo restrictivo.-** La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.

**Tipo purgativo.-:** Las personas que se incluyen dentro de este tipo presentan atracones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómito autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto “engordador” de la ingesta. En esta clasificación se

incluyen también, los casos que no manifiesten atracones pero recurren al uso de purgas.

Algunas de las causas atribuidas a la anorexia nervosa son: ser mujer joven y perfeccionista, con rasgos obsesivo-compulsivos, lo que incrementa grandemente la susceptibilidad de padecer esta enfermedad. El contexto familiar desempeña también un papel importante. Estas jóvenes crecen en un ambiente de familias sobreprotectoras, con poca libertad para la autorealización y el desarrollo de patrones de autoestima (Gómez-Peresmitré, 2001).

## **HISTORIA DE LA BULIMIA NERVIOSA**

La palabra **Bulimia** viene del griego “bulimy” que se traduce como hambre de buey o hambre excesiva. La bulimia es un trastorno alimentario que presenta episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de grandes cantidades de alimento, falta de control sobre éste, provocación de vómito, utilización de fármacos y/o diuréticos.

Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los invitados engullían grandes cantidades de alimento, para luego estimular su garganta con plumas o ingerir eméticos con el único fin de vomitar y reincidir en su glotonería (Raimbault y Eliacheff, 1991).

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

Al sobrevolar los factores socioculturales. “La Bulimia nerviosa”, “caos dietético”, “síndrome anormal-normal de control de peso”, son términos cada vez más usados para clasificar aquellos individuos que, sin tener un peso anormal, están literalmente



obsesionados por el temor a volverse gordos. Alternan dietas hiperrestrictivas e incontrolables excesos alimenticios seguidos de vómitos provocados y una abusiva ingestión de laxantes (Raimbault y Eliacheff, 1991).

La bulimia, o más técnicamente, la bulimia nerviosa, es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga. Normalmente los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos - con frecuencia, alimentos altos en calorías -. Por lo general, se ingieren esos alimentos en secreto y esto puede ocurrir durante años sin que los demás se den cuenta de lo que esta sucediendo. La purga ocurre con más frecuencia por medio del vomito autoinducido pero también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo (Sherman y Thompson, 1999).

#### **DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA DE ACUERDO CON EL DSM-IV**

La American Psychiatric Association (1994) define a la Bulimia nerviosa por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo, y menciona que existen dos tipos de Bulimia nerviosa, 1) Tipo purgativo, 2) Tipo no purgativo.

**Tipo purgativo.**- Es en el cual el individuo practicará regularmente el vómito o uso de laxantes.

**Tipo no purgativo.**- Es en donde el sujeto no hará uso de laxantes ni practicará el vómito.

**Bulimia Nervosa (BN).** La BN es un trastorno de la alimentación caracterizado por un apetito desmesurado de alimentos, en el que se instaura un ciclo de ingesta-vómito-ingesta, con modificación ponderal (del peso corporal) del individuo o sin ella. Algunas de las causas de las causas atribuidas a la Bulimia Nervosa es que las mujeres bulímicas suelen ser muy sensibles al rechazo y al fracaso, son muy exigentes y con frecuencia tienen problemas de control de impulsos. El entorno

familiar del paciente bulímico muchas veces es conflictivo y desorganizado, siendo difícil la comunicación entre sus miembros e impidiendo la conducta autónoma e independiente. Al igual que la anorexia nervosa la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de estos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer pueden favorecer la aparición de conflictos y pulsiones alimentarias patológicas (Citado en, Gómez-Peresmitré, 2001).

## **HISTORIA DE LA OBESIDAD**

La obesidad es un problema de salud heterogéneo y multicausal de gran incidencia en las sociedades industrializadas, que preocupa ampliamente tanto a los profesionales de la salud (ATS, médicos, dietistas, asistentes sociales, psicólogos, etc.) como a organismos y entidades implicados en la gestión de la salud pública (OMS), Ministerio de sanidad y consumo, compañías de seguros, etcétera (Saldaña y Rossell, 2000).

La obesidad a lo largo de la historia ha representado un sinnúmero de significados los cuales han dado lugar a varias concepciones. Por ejemplo desde Hipócrates y Galeno se hace referencia a la obesidad como un problema de salud, o causante de alteraciones específicas como la esterilidad.

La obesidad no está distribuida al azar en la historia de las sociedades, ni en diferentes grupos humanos, por ese motivo se deben considerar tres aspectos que son determinantes en este suceso.

- El dimorfismo sexual, el cual se refiere a la cantidad y tipo de distribución de la grasa según el sexo.
- La relación que hay entre modernización y obesidad, este se refiere al desarrollo de la tecnología de alimentación y su influencia en la obesidad.
- La concentración de la obesidad en ciertos grupos étnicos o sociales, este tópico se refiere a que aspectos culturales son determinantes en el desarrollo y el concepto que se tiene de la obesidad (Soriguer, Esteva y García, 1994).

Por otro lado existe un porcentaje significativo de personas con distinto grado de sobrepeso y variable morbi-mortalidad, originada por lo mismo donde la obesidad es una enfermedad subestimada peligrosamente por algunos y sobrestimada frívolamente por otros, por lo que gran parte de la población que sufre este trastorno “se siente gorda” y otra parte de la misma “está gorda”; sobre los primeros operan los investigadores del campo de la salud mental ya que durante mucho tiempo no interactuaban con el de la obesidad, debido a está, de mayor predominio médico-nutricional (Ortíz, 2003).

## CONCEPTO DE OBESIDAD

**La obesidad** para algunos médicos es una enfermedad; para otros un síntoma de un trastorno. Sin embargo, en ambas concepciones la obesidad es un proceso de causa multifactorial ya que en ella intervienen factores genéticos, socioculturales psíquicos, endocrinos y metabólicos entre los más importantes (Dulanto, 2000).

Desde el punto de vista médico, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por exceso de tejido adiposo a nivel corporal, existe un desequilibrio entre la energía consumida y la energía utilizada, el exceso de energía ingerida es almacenada por el cuerpo en forma de grasa, ya sea por factores genéticos o metabólicos en su constitución o por hábitos de vida (mala alimentación, falta de ejercicio etc.) acompañada en ocasiones con trastornos de salud física y mental (Ortíz, 2003).

Dulanto (2000) define la obesidad como aumento de peso corporal por el incremento del pániculo, aunque con frecuencia también se incrementan las masas esqueléticas y magra corporal (carne sin grasa). La obesidad se puede deber al consumo de mayor cantidad de las sustancias energéticas requeridas; a la disminución del gasto normal; o bien, a la combinación de estos dos factores. En la niñez y juventud, la obesidad es tan frecuente como en la edad adulta, pero por diversos factores socioculturales no suele recibir importancia médica como problema epidemiológico y de interés social.

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. El grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal o peso deseable (Saldaña, Rossell, 2000).

Gómez-Peresmitré (2002) define la obesidad como un exceso de grasa corporal y al igual que en la anorexia y la bulimia, son múltiples los factores que se pueden presentar para que ésta se produzca, hablamos de factores culturales y psicológicos. Se supone que en las mujeres con más de un 30% de grasa en el cuerpo se les puede catalogar como personas obesas. Aquí también entra la parte genética. A veces se piensa que el obeso es una persona que come de más. Sin embargo, los obesos restringidos o moderados con una ingesta adecuada de alimentos y que poseen un peso corporal por arriba del peso normal, son personas que poseen un fuerte contenido genético con tendencia a la obesidad.

## **CAUSAS PROBABLES DE LA OBESIDAD**

Las causas de la obesidad son múltiples y complejas, y recalcan la hipótesis de que comer es algo más que una simple respuesta a un desequilibrio químico en la sangre. Ciertos factores biológicos, que podrían ser heredados, pueden contribuir al sobrepeso. Algunas personas nacen con una provisión excesiva de células grasas, lo cual incrementa la capacidad para almacenar calorías en exceso. También podría haber una relación entre un defecto bioquímico y comer en exceso. Los hábitos alimenticios de la infancia también influyen en el peso corporal. Quienes fueron bebés sobrealimentados podrían conservar células grasas que desaparecen con el tiempo (Morris, 1992).

Como se ha dicho, diversas causas pueden originar obesidad. Probablemente la causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos, pero tal vez sea menos frecuente de lo que la población en general o incluso los propios médicos y especialistas creen.

En cualquier organismo animal los sustratos energéticos aportados con los alimentos y no utilizados inmediatamente son almacenados. La forma más económica y cómoda de almacenar sustratos energéticos es la grasa. La cantidad de grasa almacenada

dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice.

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endócrina, como sucede en el hipotiroidismo y en el síndrome de Cushing. Estas dos afecciones, aunque no poco frecuentes, deben estar siempre presentes en la mente del médico en el momento de evaluar a un paciente obeso. Menos frecuentes aún son las obesidades secundarias como Hipogonadismo primario o las asociadas al síndrome de ovario poliquístico.

Finalmente cabe considerar también la posibilidad de que existan lesiones hipotalámicas (tumoraes, quirúrgicas o inflamatorias) que hayan desencadenado la obesidad o que ésta se haya asociada algunos síndromes genéticos (Saldaña y Rossell, 2000).

## **FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

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 según los conocimientos que se poseen 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 de la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente" (Morales, 1997).

Factores de riesgo (FR) son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez Peresmitré, 2001).

Los Factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se han clasificado desde diferentes perspectivas.

- 1) Factores de Riesgo asociados con imagen corporal (satisfacción/insatisfacción; alteración sobrestimación / subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad / delgadez; autoatribución positiva/negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado; y atraktividad ligada a delgadez, entre otras.

La insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza a otras características físicas. El descontento por un aspecto lleva a encontrar defectos en otros.

Sobrestimación.- percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales.

Subestimación.- percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde (Raich, 2000).

Satisfacción término empleado “Kohler y Wallach” (citado en Pieron 1944) para designar la tendencia al debilitamiento de la experiencia perceptiva, resultante de un patrón particular, en el transcurso de una estimulación prolongada.

- 2) Los Factores de riesgos asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restringida; atracones (binge eating), conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”); y consumo de productos “light”.

Dieta.- hace referencia al programa alimentario que se consume cotidianamente y que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser adecuada, nutritiva o no (Gómez-Peresmitre, Hernández, Labastida, León y Platas, 2002).

La dieta restringida.- es la dieta que es insuficiente y no provee al individuo de la energía necesaria para su normal funcionamiento y se produce lo que se llama una alimentación .

hipocalórica, una restricción alimentaria que se mantiene por un periodo prolongado puede llegar a producir efectos de inhibición del deseo de comer (Bernal, 2002).

- 3) Aquello relacionado con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea.
- 4) Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 Hrs o más /semana); y uso de algunos productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (Gómez- Peresmitré, 2001).

## **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL**

La imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras, y entre ellas se encuentra aquella en la que se le considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera particular hacia la propia apariencia. Se ha establecido que una Imagen Corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales en tanto estar insatisfecho con la imagen corporal constituye un factor de inadaptación social (Gómez-Peresmitre, 2001).

Cuando se habla de imagen corporal es una fotografía mental que cada individuo tiene sobre la apariencia del cuerpo unida a las actitudes y sentimientos con respecto a esa imagen corporal. La imagen corporal desempeña un papel muy importante en el concepto de sí mismo, que a su vez, se forma por una compleja estructura que comprende papeles sociales (roles), relaciones interpersonales y posesiones materiales. De todas las formas de comunicación de los individuos, quizá ninguna sea tan importante como la corporal. Con el cuerpo se ve al mundo y es lo que se deja al morir. Con él, el individuo se muestra a los amigos, amantes, y colaboradores, y se pide ser conocido, amado y deseado. Por esta razón, es en el cuerpo donde la cultura ejerce su mayor efecto, especialmente en el de los adolescentes, quienes desean desesperadamente pertenecer y ser aceptados. La imagen del cuerpo está en el centro

de la identidad del individuo y los sentimientos que éste tiene acerca de su cuerpo se reflejan en su conducta (Dulanto, 2000).

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

- A) Un componente perceptual. 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), tamaño corporal.
- B) Componente subjetivo (cognitivo-afectivo). 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.). Varios estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal (Raich, 2000).
- C) Un componente conductual. 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.) (Raich, 2000).

En 1903, Janet habla de “ la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”, que implica el miedo a ser visto como ridículo o feo. Cuando se habla de trastorno de la imagen corporal en el estudio de los trastornos alimentarios se han utilizado una gran cantidad de expresiones: distorsión de la imagen corporal, sobrestimación, preocupación, insatisfacción. Cada uno de estos términos se refiere a otras tantas manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que presentan trastornos alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad. El problema de la imagen corporal es multidimensional. Por ello, si se usa el término “Trastorno de la Imagen Corporal” (Raich, 2000).



## **CAPÍTULO II**

### **CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA**

#### **CONCEPTO DE CONDUCTA ALIMENTARIA**

Todo ser vivo, para mantenerse como tal, precisa alimentarse. La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. Edo, ergo sum, “Como, luego soy”, dictaminaba Miguel de Unamuno en su interesante prólogo a una no menos interesante obra de Turró, tristemente olvidada, titulada de manera altamente significativa: orígenes del conocimiento: el hambre. Podemos darle la vuelta: “Soy, luego como.” No caben dudas: sin comer en cantidad suficiente, con una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud. Pero la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia, la comida – los alimentos- y el acto de comer puede y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión. Desde la misma cuna, cuando la madre está amamantando a su bebé, los fenómenos que sobrevienen son muchos más que la simple ingestión y posterior digestión de la leche ingerida. El bebé experimenta la supresión de una sensación desagradable, el hambre, en presencia de su madre. Además, ésta contacta táctilmente con él, le habla, le sonríe, mira sus hijos, le besa, le atiende. El pequeño no sólo está alimentándose; también está vinculándose a su madre. La ingestión alimentaria del niño da a su madre la ocasión de resultar asociada a múltiples experiencias gratificantes. De este modo la madre va adquiriendo a los ojos del niño una serie de significados socio-afectivos de los que carecía previamente. Además, es evidente que, en este contexto, ni la comida ni el comer pueden mantener la asepsia emocional que quizás tendrían en caso de ser facilitados mediante una simple bomba de perfusión. Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el

nacimiento comer es un acto social. Y esta socialidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida (Toro, 1996).

Bass et al. (1979 citado en Toro, 1996) enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente los distintos significados que se les pueden atribuir.

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar status social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza. ( p 2-5).

Evidentemente, muchos de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez. Pero, al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la

historia de la humanidad parecen mantener su vigencia. Históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al status los modos de alimentarse, ésta constituye un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigio. El deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos y de maneras de mesa inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar a constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Toro, 1996).

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

- Estructuras o áreas nerviosas centrales.
- Neuromediadores.
- Receptores.
- Monoaminas.
- Péptidos.
- Señales digestivas y metabólicas.
- Señales sensoriales.
- Factores cognitivos.
- Estados emocionales. (pp 161-165).

Comemos porque tenemos hambre. El hambre es la necesidad de comer, no es una necesidad específica hacia un alimento; el hambre produce contracciones, dolor gástrico, irritación, nerviosismo, ansiedad (Chinchilla, 2003).

La regulación en la ingestión de alimentos es un proceso muy complejo. Influencias psicológicas y culturales desempeñan funciones en los mecanismos fisiológicos básicos. El hambre es el conjunto de sensaciones experimentadas por los cambios en

el estado fisiológicos del organismo, que en el hombre y en los mamíferos superiores conduce a la ingestión de alimento. La saciedad es la sensación de haber abolido el hambre y se relaciona con el sistema digestivo. El apetito es el deseo de alimento y un estado afectivo, y la saciedad es el estado afectivo correspondiente en relación con la sociedad y significa el deseo de no comer. Al parecer, la regulación del consumo de alimentos se dirige principalmente a la ingestión de energía, que se ajusta al equilibrio y requerimientos de energía. No es claro el mecanismo de ajuste a corto plazo. No se sabe exactamente por qué se deja de comer. Cuando la actividad se modifica en forma abrupta no hay un cambio correspondiente inmediato en la ingestión de alimentos, pero después de algunas semanas el apetito parece controlar la ingestión de alimento y el peso corporal se conserva constante (Mclarn, 1983).

La **conducta alimentaria** es una conducta psicosocial por excelencia. En la familia se aprenden gustos, aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaria puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores. El acto de comer no sólo representa la ingestión de alimento. Desde nuestros primeros días de vida, el acto de comer se separa de la función de sobrevivencia, de tal manera que al mismo tiempo que la contiene la rebasa, incluida la identificación en su origen, lo que implica un proceso más complejo que el de la sola nutrición (Gómez-Peresmitré, Unikel y Saucedo 2001).

## **LA NUTRICIÓN EN LOS ALIMENTOS**

El ser humano durante su existencia, pero en particular entre la infancia y adolescencia, está rodeado de factores culturales, sociales y psicológicos que no sólo inciden en su maduración sino que al mismo tiempo influyen en su manera de ser. Dentro de esta última está su comportamiento frente al alimento, el cual se relaciona con una amplia serie de necesidades y apetencias que tendrán que satisfacerse mediante mecanismos de selección, aceptación o rechazo. Después de la

adolescencia, tener una adecuada alimentación continúa siendo la fuente de energía y bienestar, que son básicos para la consecución de una vida equilibrada y productiva en lo individual y social. Los factores psicológicos tienen gran importancia tanto en la conducta o manera de ser frente al alimento, como en la creación de los hábitos alimentarios. Si en un principio éstos se dan, particularmente por la interacción madre e hijo, a medida que transcurren las etapas básicas del desarrollo humano, tales factores psicológicos se irán ampliando como consecuencia no sólo de la interacción interfamiliar y escolar, sino también con sus pares y adulto extrafamiliares. Los gustos y la apetencia por sabores, olores y colores relacionados con la comida cambian durante el proceso de maduración y, sin quitar importancia a la influencia social o la presencia de determinantes psicológicos, la preferencia es el factor predisponente para la formación de hábitos alimenticios y la selección o rechazo de los alimentos que se tienen a disposición (carnes, legumbres, frutas) (Dulanto, 2000). De acuerdo con (Olea y Orendain, 1997, pp 13-19). Los alimentos y sus contenidos son el sostén del organismo, en un solo tipo de alimento no se encuentran todas las sustancias que son necesarias para el buen funcionamiento de éste.

Sustancias como proteínas, grasas, carbohidratos, fibra, vitaminas, minerales y agua son esenciales para una buena nutrición; éstas las podemos encontrar en diferentes alimentos los cuales están organizados en tres grupos:

- Alimentos de origen animal y leguminosas
- Cereales y féculas
- Verduras y frutas

Para que una alimentación sea buena, debe seguir los siguientes pasos:

1. Completa, que contenga todos los nutrientes;
2. Equilibrada, los nutrientes deben ser proporcionales entre ellos;
3. Variada, se debe tener una variedad en los platillos y alimentos utilizados;
4. Inocua, sin riesgo para su consumo;
5. Suficiente, la cantidad necesaria para brindar un desarrollo óptimo de la persona en todos los aspectos (Olea y Orendain, 1997, pp 13-19).

Aunque los programas que ponen en marcha los gobiernos van encaminados a una alimentación sana y eficiente, no son suficientes ya que estos sólo se dirigen a la relación que existe entre la manera de alimentarse y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, cardiovasculares, desnutrición etc. ). En la Encuesta Urbana de Alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la Ciudad de México (1995) se atribuye la transformación de los estilos de vida y los hábitos de alimentación al proceso de urbanización y los estratos sociales existentes en una población con estas características y precisamente el objetivo de esta encuesta fue conocer los patrones existentes de alimentación y el estado de nutrición en los diversos grupos que habitan en la zona para orientar los programas de prevención tanto a las enfermedades crónicas no transmisibles, como de las carencias nutrimentales ( ENURBAL, 1995, citado en Bernal, 2002).

En la actualidad se tiene un concepto equivocado sobre el cómo y por qué de la alimentación provocando otro tipo de trastornos como la bulimia, anorexia y obesidad, a lo largo de la historia hemos sido testigos de la metamorfosis de la apariencia, principalmente la femenina. El siglo XX fue testigo de un cambio rotundo en la apreciación de la estética corporal femenina, los medios de comunicación visuales y de la moda han sido cómplices de liberar un culto al cuerpo de dimensiones andróginas (Toro, 1996).

Las necesidades de nutrimentos durante la adolescencia se incrementan por existir un aumento de la tasa de crecimiento y cambios en la composición, que son diferentes para cada sexo. En el crecimiento normal, las necesidades de nutrimentos se incrementan, y éstas varían de acuerdo con el sexo, la edad y el ritmo o tiempo pubescente (Dulanto, 2000)

## **CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA (ATRACON)**

**La conducta alimentaria compulsiva:** Es aquel comportamiento obsesionado con la comida y con las dietas, donde la persona que presenta esta conducta, puede ser obesa o delgada; la comida ha asumido importancia anormal en su existencia y ha

llegado a dominarla tanto física como psíquicamente, ya que la comida se vuelve su única meta, se obsesiona con la idea de comer y, finalmente se siente indefensa ante sí misma. Otro concepto de la conducta alimentaria compulsiva es que, las personas se sienten impulsadas, por fuerzas que no comprenden, a comer más de lo que necesitan, consumiendo la comida de manera irracional. Otro concepto que mencionan los Overeaters Anonymous, de la Conducta Alimentaria Compulsiva es que, las personas se sienten impulsadas, consumiendo la comida de manera irracional. El término **Compulsión** significa un impulso o sentimiento de estar atraído irresistiblemente a llevar a cabo un acto irracional (Ortiz, 2003).

El Término “atracon” en español puede resultar confuso. El diccionario de la Real Academia Española lo define como “acción y efecto de atracar de comida”; a su vez, la definición de atracar es “acción de comer y beber con excesos”. Se omite así un aspecto fundamental del concepto Psiquiátrico de atracón que hace referencia no sólo a la cantidad de comida ingerida, sino en particular a la experiencia pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio. Las manifestaciones de esta pérdida de control son comer muy deprisa, comer hasta notar una desagradable sensación de plenitud, la ingesta de grandes cantidades de comida aun no existiendo hambre y la sensación de disgusto, culpabilidad o depresión tras los episodios (García, 2002).

Algunos expertos afirman que la ingesta compulsiva es un verdadero trastorno de la ingesta de comida porque representa una relación anormal y contraproducente con la comida (Tannenhaus, 1999).

Cabe aclarar que en el DSM-IV no se incluyó este criterio diagnóstico de “compulsión ante la comida” o “Binge eating Disorders”. Sin embargo, dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria del DSM-IV se incluye el criterio para “trastorno de la conducta alimentaria no especificada”. En este criterio están incluidas las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para Anorexia o Bulimia Nervosa (Gómez-Peresmitré, 2001).

La ingesta compulsiva afecta por igual a hombres y mujeres de cualquier edad, los cuales sienten de vez en cuando la necesidad imperiosa de darse atracones de comida, no impulsados por el hambre como las bulímicas, sino como una fuente de placer en

sí o para vencer la ansiedad, llenar carencias afectivas. Como toda compulsión conlleva una tendencia a repetir este comportamiento de forma periódica pero esporádica, es decir, no se atracan con tanta frecuencia como las bulímicas, por lo cual tampoco tienen luego que preocuparse por eliminar los kilos de más (Gómez, 1996).

La baja autoestima parece un factor común entre las personas que comen de manera compulsiva. De hecho, muchos expertos creen que la baja autoestima es un elemento central del problema. Según algunos investigadores, si alguien tiene sobrepeso y se atraca, padece no sólo de una pobre autoestima, sino también de escasas habilidades para resolver problemas y de deficiencias para manejar el estrés y las relaciones personales. Otros terapeutas han descubierto que incluso las personas que no se atracan pero comen de manera compulsiva, carecen de autoestima y de capacidad de calmarse cuando sienten angustia o miedo. Puede decirse que la persona que realiza una ingesta compulsiva a menudo se pone entre la espada y la pared: odia el aspecto de su cuerpo y se odia a sí misma cuando sucumbe al impulso a comer. A parte este odio a sí misma, se castiga aun más poniéndose a dieta y prometiéndose no volver a tomar comidas “prohibidas”... hasta la próxima vez (Tannenhaus, 1999).

## **HISTORIA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA**

La Conducta Alimentaria Compulsiva para antes de 1979 no se identifica como tal, fue hasta las dos últimas décadas del siglo pasado que se establece por primera vez en Estados Unidos. Para esto Spitzer (1991; citado en Ortiz, 2003) propone se agregue la Conducta Alimentaria Compulsiva al DSM-IV, el fenómeno de “Binge eating Disorders”, que traducido al idioma español se le denominó “descontrol alimentario; Trastorno Compulsivo de la Alimentación o Trastorno de Comer Vorazmente sin purgarse”; relegando esta conducta al rubro de Trastornos de la conducta no específica (inciso 6 Trastornos del Comer Vorazmente) y es hasta el 2000 que se clasifica e identifica como “Comer Compulsivo”, entendiendo como una rápida ingesta de una cantidad excesiva de alimento, con la sensación de pérdida e ingesta de



control sobre las cantidades ingeridas, ya que puede consumir hasta 3000, calorías de una sola vez (Ortíz, 2003).

La delimitación del trastorno por atracón como entidad nosológica es realmente muy reciente: surge a partir de un trabajo multicéntrico, publicado en 1992 por Spitzer y Cols. En el cuál se establecieron los criterios diagnósticos que podían reunir un conjunto de individuos que presentaban problemas de atracones recurrentes, pero sin las conductas compensatorias propias de la bulimia nerviosa, tales como vómitos repetidos o consumo abusivo de laxantes. En dicho estudio se observó que este trastorno podía diagnosticarse con un gran índice de fiabilidad y que era muy frecuente, pues llega a afectar hasta el 30% de pacientes incluidos en programas hospitalarios de adelgazamiento. Antes de la publicación de esa investigación clave se habían descrito distintos cuadros caracterizados por sobrealimentación recurrente y grave, con o sin atracones, pero sin conducta de purga. Uno de ellos, el “síndrome del comedor nocturno”, se caracteriza por episodios durante los cuales el paciente come por la noche y presenta anorexia y restricción alimentaria por el día. En este cuadro no se produce verdaderos atracones y probablemente es la restricción alimentaria diurna lo que desencadena el siguiente ciclo de sobrealimentación por la noche. Por otra parte, se ha señalado como aspecto diferencial entre este cuadro y el trastorno por atracón la ausencia de preocupación por la comida y la dieta (García, 2002).

De acuerdo con Gómez Peresmitré, Pineda, Labastida, Hernández, Platas y León, (2002), en la cultura estadounidense, el seguimiento de dietas restrictivas alcanzado el estatuto de prácticas normativas; sin embargo, en países en desarrollo, como en el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas es cada vez más popular ya que, bajo la presión social que ejercen diferentes influencias entre ellas los medios masivos de la comunicación (al abanderar los ideales de la cultura de la delgadez), se observa que los patrones alimentarios restrictivos también se van convirtiendo en una conducta “normal”, ampliamente aceptada. En la última década se ha encontrado que, junto con la aparición de las ideologías relativamente nuevas como las relacionadas con la sobrevaloración de la apariencia física, el culto a la delgadez, la lipofobia, entre otras se ha incrementado los trastornos de la alimentación actualmente, y en

nuestro propio contexto social, se esta produciendo al respecto un cambio significativo. Los habitantes del D.F. hemos visto y escuchado recientemente un mensaje publicitario (de una importante firma comercial) en la que una chica afirma que prefiere “decir su edad que su talla”, contenido inaudito y otrora inaudible en la boca de una mujer literalmente sintomático, sino de los trastornos de la alimentación de nuestros tiempos (de final e inicio de milenio), si de los factores de riesgo que conducen a ellos.

## **CAUSAS PSICOAFECTIVAS Y PSICOFISIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA**

La Conducta Alimentaria Compulsiva presenta causas psicoafectivas y psicofisiológicas profundas, lo que hace que haya una pérdida de autocontrol en la comida presentando una falta de capacidad reguladora que se hace que se convierta en adicción. Uno de los principales problemas en este trastorno son las emociones (especialmente negativas) y la dificultad para controlarlas. Asimismo, la compulsión a comer puede deberse a factores psicosomáticos, por la influencia de factores Psíquicos, como puede ser momento de gran estrés, angustia o ansiedad, donde las personas que presentan esta alteración alimentaria muestran rasgos narcisistas, provocados por pérdidas tempranas de objetos y síntomas que se manifiestan como migrañas, perturbaciones, actividades autodestructivas, rasgos paranoides, disturbios de imagen corporal y rituales compulsivos, lo que hace que continuamente regresen a sus disturbios alimentarios para ganar confianza y alivio como un mecanismo tranquilizador al percibir su Yo dividido, para sentir mayor cohesión de su ser (Mesa, 1992).

El comedor compulsivo manifiesta problemas del Yo, dependencia, pasividad, un alto grado de agresividad contenida, tensión, vulnerabilidad, ansiedad y poco control de sus impulsos, donde la represión y la culpa son mecanismos que actúan constantemente en ellas y en el caso de las obesas compulsivas además muestran gran tensión muscular (Jonssons, 1986).

Desde un enfoque psicoanalítico la sobre gratificación o frustración durante la infancia en el estado oral, da como resultado una personalidad dependiente y una preocupación por la comida y por el comer, como medida de obtener seguridad y nutrición, en donde para la persona dependiente oral, la comida tiene un símbolo importante, ya que no solamente sirve como sustancia nutriente, sino como medida indirecta de sentimientos tempranos de seguridad; por lo que, estas actitudes inconscientes manifiestan desórdenes del comer y obesidad, así como diversa sintomatología que puede reflejar diferentes estilos de defensa (Fisher, 1965).

En el caso de comedoras compulsivas, el comer reduce la tensión y si recibe refuerzo inmediato (comer sin control) se desarrolla un círculo vicioso, presentando poco control de impulsos, especialmente en personas con falta de adecuación, autoaceptación y aceptación social y con pocas estrategias para expresar sus emociones y reducir su tensión (Ortiz. 2003).

Para los grupos de comedores compulsivos, la conducta alimentaria compulsiva es una enfermedad progresiva que no se puede curar, pero si parar, al igual que otras enfermedades, señalando que una vez que esta enfermedad se apodera de la persona, la fuerza de voluntad ya no cuenta, porque el que sufre este comportamiento ha perdido la fuerza para decidir si va a comer o no. Por lo tanto, no es sólo la cantidad que se come, sino el modo en que se consume la comida, algunas personas con esta conducta presentan cierto comportamiento como comer en secreto la comida que dejan otros (Overeaters Anonymous, 2000). Sin embargo, todas las personas que comen compulsivamente tienen una cosa en común, se sienten impulsadas por fuerzas que no comprenden a comer más de lo que necesitan y consumen la comida de manera irracional. Esta costumbre de comer ha causado problemas crecientes y continuos en muchas áreas de la vida, donde el autodominio y la fuerza de voluntad no funcionan, debido a que la mayoría de los casos, estas personas han pasado por muchos períodos frustrantes de dietas y pérdidas de peso (Ortiz, 2003).

Estos estudios señalan que la conducta alimentaria compulsiva (CAC) es una asociación de esquemas cognitivos, en el cual las reacciones emocionales provienen

las bases para esta conducta. Este comportamiento es percibido como un tipo de conducta que afecta la salud física y mental de un individuo (Weiss, 1995).

Tammenhaus (1999) considera que las razones que llevan a las personas a realizar una ingesta compulsiva son muy sencillas: tienen problemas para distinguir el hambre de otras sensaciones; de manera similar, quizá a la falta de “conciencia interreceptiva” que caracteriza a las personas que padecen otros trastornos de la ingesta, algunas de las que realizan una ingesta compulsiva no saben cuándo están hambrientas y, por lo tanto, comen en respuesta a señales que no tienen relación con las necesidades de sus cuerpos. Por ejemplo, Margie cena automáticamente a las seis todos los días, incluso si ha acabado un almuerzo tardío a las cuatro. Los médicos consideran que algunos hábitos como éstos comienzan en la infancia. Muchos padres alimentan a un bebé cuando llora, incluso si llora porque se ha mojado o por otra razón que nada tiene que ver con la comida. De esta manera, el bebé se acostumbra a ser alimentado en respuesta a cualquier sentimiento o acontecimiento doloroso, y este hábito persiste en la adultez.

- Utilizan la comida para consolarse: Ciertas comidas son conocidas como comidas de “consuelo” porque nos recuerdan épocas de la infancia, cuando todas nuestras necesidades eran satisfechas, cuidaban de nosotros y el mundo era seguro. Además, los padres a menudo utilizan ciertas comidas para consolar a los niños durante momentos de dolor.
- Están a dieta permanente y experimentan frecuentes fluctuaciones de peso. Como hemos visto, la ingesta contenida a menudo es contraproducente, pues anima a quien está a dieta a darse un atracón. Al igual que las bulímicas, que sólo pueden atracarse y ayunar, nunca comen de manera normal. Las personas que se someten a dieta permanente pueden desarrollar un problema similar en menor grado: pueden seguir la dieta durante un tiempo, luego comen todo lo que quieren – no un verdadero atracón, pero sí succulentos platos incluso si no está hambrienta – y luego se ponen de nuevo a dieta. En otras palabras, muchas personas simplemente no han aprendido a comer con moderación. ( pp 87-91).

Las personas que realizan una ingesta compulsiva comen cuando no están hambrientas, cuando están felices, cuando están tristes, cuando están enojadas, solas, cansadas, deprimidas, excitadas, alegres, o cuando son esclavas de cualquier otro sentimiento.

Algunos terapeutas creen que la clave de la ingesta compulsiva es que ésta distrae la mente de los problemas reales (Tammenhaus, 1999).

## **DIAGNÓSTICO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA DE ACUERDO CON EL DSM-IV (p 745)**

Cabe aclarar que en el DSM-IV no se incluyó este criterio diagnóstico de “compulsión ante la comida” o “Binge eating Disorders”. Sin embargo, dentro de los criterios diagnósticos para la conducta alimentaria del DSM-IV se incluye el criterio para “trastorno de la conducta alimentaria no especificado”. En este criterio están incluidas las personas que tienen episodios recurrentes de atracones y que no cumplen con los criterios para Anorexia o Bulimia Nervosa. Estos autores explican que los términos “comer de manera compulsiva” o “comer compulsivo” se utilizan para diagnosticar a estas personas. Así, el DSM-IV incluye a los comedores compulsivos como un criterio dentro de la categoría general del trastorno de la conducta alimentaria no especificado (Gómez Peresmitré, 2001).

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen con los criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria algunos ejemplos son:

- En mujeres, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que, los atracones y las conductas compensatorias, aparecen menos de dos veces por semanas o durante menos de tres meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas):
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno Compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (vómito autoinducido) (DSM-IV, APA, 1994).

### **MODELO TRIDIMENSIONAL DE SCHLUNDT**

Además de los criterios diagnósticos incluidos en las versiones del DSM-IV, se han elaborado otros como los del CIE-10 y se han propuesto otras entidades nosológicas en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, tales como las que aparecen en el modelo tridimensional creado por Schlundt (1990). El mérito de este modelo es la gran variedad de clasificaciones y perspectivas de análisis conceptual de las diferentes manifestaciones de cada trastorno, mediante tres dimensiones: a) la primera es el peso corporal, en un extremo registra la delgadez y en el otro, la obesidad; b) la segunda dimensión se refiere a la actitud hacia el control de la ingesta de alimentos, en un extremo se ubica el control excesivo sobre la ingesta (ayuno) y en el extremo opuesto la ausencia de control (atracones); y c) la tercera presenta, en un extremo, a la intensidad de la obsesión con respecto al peso corporal, tipifica el grado de preocupación mórbida hacia la figura y el peso corporal, o bien, el miedo expresado a la gordura (Gómez-Peresmitré, 2001).

# CAPÍTULO III

## IMAGEN CORPORAL

### CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

La definición más clásica de imagen corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde un punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: miembro fantasma, anosognosia... El "miembro fantasma" es el fenómeno psicológico que aparece en personas a las que se les ha amputado una parte de su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que "sienten" dolor o molestias precisamente en esa parte de su cuerpo. Una concepción más dinámica, define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo; algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Algunos enfoques psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto. Algunos autores notaron que la gente variaba respecto a la definición que adscribían a sus límites corporales. También en esta línea de trabajo aparecen unas aportaciones importantes en cuanto a que se destacan dos hechos:

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

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

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 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 unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto" (Bruchon-Schweitzer, 1992).



## TEORIAS DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

**Teorías socioculturales.**- Las teorías socioculturales defienden que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, y difundido por los medios de comunicación, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura, debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico en las mujeres. El ideal estético corporal imperante en la actualidad cae dentro del peso muy bajo: "ser bella es igual a ser delgada", y es biogénicamente difícil de conseguir. Cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va a intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada por poco que engorde. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivando en satisfacción corporal (Raich, 2000).

En la sociedad occidental, a pesar de que paradójicamente se ha producido un aumento importante del peso corporal en algunos sectores de la población, existe una marcada preferencia por la esbeltez, que parece que predomina en las clases socioeconómicamente altas, a diferencia de lo que pasa en los países que tienen dificultades en la obtención de comidas, aunque hay autores que ya han encontrado también en países subdesarrollados altos niveles de preferencia por la delgadez. Garner, Garfinkel, Swarts y Thompson (1980, citado en Raich, 2000). Llevaron a cabo un estudio en el que revisaron el peso y la altura de las modelos de playboy y de las concursantes y ganadoras del concurso de Miss América desde 1959 hasta 1978, y no sólo encontraron una disminución de peso de 3.4 Kg, sino también de las medidas de pecho y caderas. Wiseman, Gray, Mosiman y Ahrens (1992) han replicado este estudio y han deducido que los pesos de las representantes de belleza en estos concursos no sólo han disminuido (entre 1979 y 1988), sino que están entre un 13 y un 19 por ciento por debajo del peso normativo.

Toro, Cervera y Pérez (1989, citado en Raich, 2000). Hicieron un análisis de la publicidad "pro esbeltez" incluida en las diez revistas "femeninas", con más de 100.000 ejemplares editados, que se publican en España, y observaron que uno de cada cuatro anuncios invitaba, directa o indirectamente, a perder de peso. En muchos

estudios se observa que una gran mayoría de las mujeres quisieran pesar menos aunque presenten un peso absolutamente normativo.

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

**Teoría de la discrepancia entre él yo real y él yo ideal.-** Esta teoría y la anterior son complementarias: la presión socio cultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso. Esto conduce a un buen número de mujeres a compararse con el ideal socialmente sancionado. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera satisfacción corporal. La discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha visto abocado por la presión cultural) 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. Por ejemplo, una mujer, al pesarse y ver que ha engordado dos kilos cree que ha perdido todo su atractivo, no le importan las otras cualidades físicas que pueda tener y ni siquiera le importa que sea una buena profesional. En estudios controlados, se ha observado que existe relación entre la discrepancia del ideal y depresión, insatisfacción corporal y trastornos alimentarios. También se ha encontrado que la tendencia a compararse a otras personas en cuanto al peso se relaciona directamente con sentirse “gorda” y esto a sentimientos depresivos y malestar (Raich, 2000).

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

## **SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CORPORAL**

La satisfacción 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. Es una 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). Y explicaría ciertos desajustes entre estos dos órdenes de realidad (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal es fundamental para tener conciencia de quién se es. Sin embargo, la preocupación del individuo por su cuerpo lo atrapa en una sociedad en la que este último ha adquirido demasiada importancia y donde el aspecto se ha convertido en algo esencial. De esta manera, se introduce en una doble trampa. Los cuerpos importan y es necesario cuidarlos pero la preocupación obsesiva por los

mismos, una reacción al principio normal, se lleva al extremo en una sociedad donde se ha enfatizado en demasía el aspecto físico.

A lo largo de la vida, las experiencias sociales conspiran para que los cuerpos sean un misterio y no se puedan conocer.

A medida que la persona crece y evoluciona, desde la infancia hasta la vejez, el cuerpo es el centro de gratificación, pero también a través de él se sienten las más intensas frustraciones cuando las necesidades básicas no se satisfacen. Gran parte de la vida se pasa en una “negociación” entre dos polos: por una parte, el cuerpo es fuente de deleite, y por otra es el depositario de frustraciones, enfermedad y muerte.

En la infancia, en especial las niñas, desde muy pequeñas aprenden a preocuparse por su aspecto. A menudo descubren que una de las funciones como mujer es adornar el ambiente y servir como un objeto estético. Los padres no son los únicos que favorecen la conciencia y la preocupación por el cuerpo en las hijas. Las amistades, los vecinos y los maestros también, por medio de comentarios y predicciones (Dulanto, 2000).

Bruchon-Schweitzer (1992) ha estudiado y definido en trabajos anteriores dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial) y la ha llamado imagen “espacial del cuerpo”. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectivos, elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a una normas (satisfacción corporal, atractivo “subjetivo”, identidad corporal percibida...), es decir, a una imagen “afectiva” del cuerpo.

Se considera que la presión social a estar delgado, contribuye a los altos índices de insatisfacción corporal y seguimiento de dietas en adolescentes y aun en niños (Unikel, Mora y Gómez-Peresmitré, 1999).

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria y constituye el común denominador de las mismas, es decir, se encuentra presente tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia y en la obesidad, formando parte, en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sindrómico. Su origen 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 socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura. 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. La autopercepción sobrevalorada del peso corporal es más clara en el caso de la anorexia (Gómez-Peresmitré, 1995).

Ésta es una situación muy frecuente entre los adolescentes, particularmente entre las adolescentes, y está inducida por el ambiente sociocultural, en el que existe un culto exagerado a cierto tipo de imagen corporal extremadamente delgada. Este culto viene condicionado por las modas y está mantenido por un bombardeo continuo de mensajes publicitarios que lo asocian con los conceptos de éxito, felicidad y relevancia social en el mundo adolescente. La personalidad del adolescente está en formación y éste acaba de ser testigo de cambios muy importantes en su imagen corporal, cambios secundarios al desarrollo puberal, y que no tiene completamente asimilados. Por otro lado, la información que tienen los adolescentes y su entorno familiar sobre nutrición es mínima o nula. Este conjunto de circunstancias facilitan que en una personalidad inmadura sin conocimientos nutricionales la incidencia de un auténtico bombardeo de mensajes publicitarios, acabe creándole la necesidad de poseer un tipo de imagen corporal muy delgado. La adolescente, de una forma inconsciente, comienza a preocuparse por su imagen corporal y puede comenzar a realizar restricciones voluntarias de su alimentación, regímenes dietéticos maravillosos, a provocarse el vómito, a utilizar laxantes y a incrementar su actividad física. En fin, pone en marcha una serie de conductas con objeto de obtener lo que

para ella es muy importante: una imagen corporal delgada (Ballabriga y Carrascosa, 1998).

## **APARIENCIA Y ATRACTIVO FÍSICO**

Los fuertes estereotipos culturales en torno a la apariencia y el atractivo físico, someten a chicos y chicas a una fuerte presión, dados los importantes cambios que se están presentando en su morfología. Los mensajes acerca del tipo de cuerpo deseable, les llegan continuamente desde la familia, los medios de comunicación y los amigos, y no es fácil por tanto, escapar al deseo de alcanzar esa imagen ideal. En términos generales, la acomodación a los estereotipos culturales se asocia con una mejor imagen corporal y esta a su vez, con una mayor autoestima y un mejor autoconcepto, aunque, evidentemente, la imagen corporal no sólo depende de la apariencia y el atractivo real, sino de la interpretación del propio sujeto en función de diferentes variables personales y sociales. Del mismo modo, existe una mayor insatisfacción en relación con la imagen corporal en las chicas que en los chicos, sin duda por que los estereotipos culturales de belleza son más rígidos en el caso de las mujeres y por que existe una mayor presión hacia la conformidad con dichos estereotipos en ellas. En relación con los aspectos que más pueden contribuir a la aceptación o insatisfacción con la imagen corporal, obviamente van a existir diferencias importantes en función del sexo (Fernández, 1996).

Todo individuo es a la vez “emisor” de una apariencia física y “receptor” de la apariencia de los otros. Todo encuentro entre individuos da lugar a una emisión-recepción mutua de impresiones e informaciones por medio de la apariencia. Este tipo de relación está regido por dos sistemas de convenciones sociales de naturaleza diferente. Por una parte, la información de los dos interlocutores por la apariencia se apoya en un sistema de convenciones de orden semiológico. Este sistema es de la misma naturaleza que lo que se ha convenido en llamar la comunicación no verbal, el lenguaje del cuerpo o el lenguaje de la moda, etc. Por otra parte, la apariencia, como todas las relaciones sociales, es objeto de un conjunto de reglas y costumbres

referentes a su práctica, que competen a la moral o a la conveniencia e incluso, para emplear la palabra, a la etiqueta (Duflos, 1987 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992). Byrne (1971, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) ha teorizado el paradigma de la atracción interpersonal y del “refuerzo social diferencial”; según él, todo individuo es percibido por los otros de una manera más o menos deseable o indeseable, y esta percepción está inducida sobre todo por el atractivo o el no atractivo físico de la persona observada. Esta impresión favorable o desfavorable sería además consistente, es decir, compartida por todos aquellos a los que engloba el término “los otros” (sus iguales, los educadores, los compañeros unidos por la amistad o el amor, los colegas, los desconocidos).

Algunos autores han intentado definir “objetivamente” la belleza humana (cánones, criterios, proporciones) sin gran éxito. Sólo algunas investigaciones efectuadas sobre la belleza del rostro de mujeres (Berry y Zebrowitz, 1985; Cunningham 1986) y de niños (Hildebrandt y Fitzgerald 1979) muestran hasta qué punto algunas características infantiles mensurables del rostro (ojos grandes, cejas elevadas, barbilla pequeña, nariz pequeña...) son consideradas atractivas de manera concordante por evaluadores diferentes (edad, sexo).

La belleza humana no ha podido ser definida por unas propiedades mensurables y todavía se ignora la relativa generalidad o especificidad de los criterios propios de cada cultura. Pero esto no significa tampoco, como se ha creído durante tiempo, que “la belleza está solamente en el ojo del que la contempla”. En efecto, la mayoría de los trabajos consultados subrayan la extrema concordancia de las estimaciones relativas al atractivo físico de los otros, que “se mantiene” aunque se haga variar la naturaleza del estímulo (sujeto real, película, fotografía, rostro o cuerpo entero, edad, sexo, etnia) y las características de los evaluadores (edad, sexo y etnia principalmente). El acuerdo de los juicios de belleza/fealdad es tan marcado que se define casi siempre la belleza por el consenso social, o sea, por la concordancia intersubjetiva de las percepciones relativas al atractivo físico (Maisonneuve y Bruchon-Schweitzer, 1981 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Jourard y Secord (1954, citado, en Bruchon, 1992) mencionan otros aspectos del cuerpo percibido, satisfacción corporal, satisfacción con respecto a sí:

- a) Cuerpo real, cuerpo ideal. A fin de conocer mejor ciertos determinantes de la satisfacción corporal, pidieron a unos estudiantes masculinos que respondiesen a la BCS (Body Cathexis Scale). Y que evaluaran a continuación las medidas <ideales>, según ellos, de siete partes del cuerpo masculino. Después se tomaron sus medidas <reales> en estas siete zonas (altura, peso, anchura de hombros, contorno de pecho...). Si el cuerpo <ideal> corresponde a un tipo mesomorfo (moderado), las medidas reales son asociadas positivamente con la satisfacción relativa a cada zona. Un sujeto masculino está tanto más satisfecho de una región del cuerpo cuanto más desarrollada está aunque aprecie el hecho de ser longilíneo (la correlación entre la relación peso/estatura y la satisfacción es negativa).
- b) Estatura y peso. Si las razones para estar satisfecho de su cuerpo son el ser delgada para una mujer y musculoso-delgado para un hombre, ¿qué sucede con la estatura? Parece que, desde la adolescencia, la estatura sea una fuente de insatisfacción corporal: los jóvenes más altos y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos.
- c) Belleza <subjetiva> Se ha comprobado que los individuos son en realidad bastante poco conscientes de su atractivo físico tal como es percibido por los otros, y en especial las mujeres. Sin embargo, es la belleza <subjetiva> la que predice mejor diversos aspectos de la autosatisfacción en el adolescente.

La satisfacción corporal parece depender de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.



Los cánones de belleza son a la vez apremiantes (delgadez inaccesible de las estrellas de cine y de los modelos, musculatura adquirida a un alto precio de Stallone o de un Schwarzeneger) y consensuales (normas comunes muy dictatoriales).

El nivel logrado de satisfacción/insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación (Gómez-Peresmitré, 2001).

# CAPÍTULO IV

## LA ADOLESCENCIA

### CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La adolescencia del latín “adolescere”, significa “ crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez (Hurloock, 1990, citado en Bernal, 2002). La adolescencia es el período de transición que va desde la niñez a la adultez. Para muchos es considerada como la última fase de la infancia, en realidad es el periodo de tiempo en el cual es suficientemente grande para ser niño, pero muy pequeño para ser adulto.

Schopen (citado en Bernal, 2002) la define como “ La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia”.

La adolescencia se define como el período de tiempo que va desde el inicio del desarrollo puberal hasta la edad adulta, y comprende dos fases: la primera es la fase de los grandes cambios físicos en peso y en altura, así como la de la adquisición de las características propias del desarrollo sexual y de la capacidad reproductora; la segunda es la fase de integración y aceptación en el área intelectual y psicoafectiva de todos los cambios anteriores, del descubrimiento de las múltiples posibilidades que el fenómeno vital ofrece, de la asunción de un nuevo papel social como adulto y de la adquisición de la responsabilidad y madurez psicoafectiva propia del adulto. Esta época de grandes cambios físicos, intelectuales y psicoafectivos, es una época de inestabilidad emocional, en la que el individuo es altamente vulnerable a las condiciones ambientales. La aceptación de la nueva imagen corporal resultante de los cambios puberales, los modelos de esta imagen impuestos por el ambiente social y la asociación de los mismos a los conceptos de éxito y felicidad, condicionan en muchos adolescentes trastornos del área psicoafectiva que los llevan a realizar conductas alimentarias anómalas que pueden ser el origen y/o el desencadenante de los trastornos de la conducta nutricional del adolescente (Ballabriaga y Carrascosa, 1998).

El grupo adolescente es un conjunto de individuos dotados de cuerpos en evolución, no definitivos, cuyos criterios al respecto, en eso como en muchas otras cosas, están sumamente determinados por los modelos sociales oficiales u oficiosos, téngase en cuenta que para el adolescente su cuerpo en evolución le plantea no sólo como es, sino cómo desearía ser ya que la percepción de los cambios tiene que obligar a incertidumbres, esperanzas, deseos, etcétera. Ante el adolescente se abren multitud de vías, deportivas, académicas, laborales, sociales, etcétera. El cuerpo en forma y volumen, sería una vía más de las que pudieran elegirse. Pero tal cosa no es cierta. Eso que llamamos la naturaleza, decide en un noventa por ciento. De ahí la frustración en muchos casos. Y las decisiones radicales, autolesivas, mutilantes, suicidas. Pero, ¿cómo luchar contra ello cuando toda la sociedad, la prensa, las compañeras, la madre y sus amigas, la televisión, las revistas, los propios pensamientos, incluso los sueños, en definitiva, empujan hacia el adelgazamiento? (Toro y Vilardell, 2000).

## **MADURACIÓN FÍSICA DEL ADOLESCENTE**

Los cambios que suceden al inicio de la adolescencia además de un repentino crecimiento, son la maduración de órganos sexuales y la aparición de las características sexuales secundarias. La apariencia de sí mismo es el mayor interés del adolescente, por tal motivo la mayoría se lamenta de su peso, complexión y rasgos faciales, esta característica es experimentada por ambos sexos. Sin embargo, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su aspecto, debido a un mayor énfasis que le otorga la cultura a los atributos físicos femeninos. El crecimiento en esta etapa demanda un aumento en el apetito, sobre todo en los varones, ya que la demanda de calorías es mayor que en las niñas. Aunque es de vital importancia el cuidado de la dieta en esta etapa para responder a las necesidades del crecimiento, muchos adolescentes se concentran en su peso y algunos, en especial las niñas, se obsesionan por reducirlo en pro de la belleza (Papalia & Wendkos, 1998 citado en Bernal, 2002).

## DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo de la vida del ser humano en el cual se producen numerosos cambios relacionados con el crecimiento y desarrollo del individuo, éstos no sólo son morfológicos y fisiológicos, sino también psicosociales. Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad son tan marcados y visibles, el adolescente inevitablemente tiende a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus contemporáneos. Las diferencias físicas entre individuos de un nivel de madurez comparable y estas diferencias son aun más grandes en un grupo del mismo nivel de edad se manifiestan entre las niñas en variaciones del ciclo menstrual y en el desarrollo de los senos, entre los niños en variaciones de desarrollo genital, cambio de voz, y vello facial, tales indicaciones notables de maduración sexual dan al crecimiento físico un significado muy personal (Blos, 1975).

Los cambios psicosociales en el adolescente son: adquirir identidad, lograr autonomía, desarrollar una conducta sexual responsable, encontrar una vocación o desarrollar capacidades para realizar el trabajo identificado como preferente, construir valores congruentes con un mundo social, cultural y su generación y encontrar la vocación para el matrimonio. La adolescencia con patrón de maduración temprana, constituye una población de alto riesgo para desarrollar trastornos de conducta alimentaria. Las adolescentes con un desarrollo temprano lucen mayores que sus congéneres, son más pesadas (pueden padecer de sobrepeso), se ven diferentes y tienen mayor preocupación por su peso corporal. Todo esto hace que su imagen corporal sea negativa, y como consecuencia, son capaces de cambiar su conducta alimentaria. Así, la adolescente se somete a "dieta" y deja de comer con tal de adelgazar, pudiendo desarrollar con el tiempo un trastorno relacionado con la conducta alimentaria (anorexia nerviosa o bulimia) (Dulanto, 2000).

Con seguridad, las tareas evolutivas o enfocadas hacia el desarrollo individual son adecuadas y alcanzables para todo aquel que cumpla con ellas y anhele lograr una madurez apropiada durante su etapa de vida. Los adultos, los padres, los profesores,

los guías y los orientadores con deseos verdaderos de apoyar al adolescente están obligados a concederle el espacio y el tiempo necesarios para la presentación oportuna de la adolescencia. Ese tiempo y ese espacio deben lograrse en los marcos de referencia donde el joven ha crecido hasta ahora; además, han de planearse, concederse y hacerse explícitos de manera consciente para que el proceso se de en una relación armónica y propicie el reconocimiento y el respeto por convicción y no por coerción hacia cada persona que actúe como agente de autoridad. Havinghurst señala las siguientes tareas evolutivas de la adolescencia:

- Aceptación de la propia figura, del esquema corporal y del papel correspondiente según el sexo.
- Nuevas relaciones con coetáneos.
- Independencia emocional respecto de los padres y otros adultos.
- Obtención de la seguridad mediante la independencia económica.
- Elección y entrenamiento de una ocupación.
- Desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales necesarios para la competencia cívica.
- Deseo y logro de una conducta socialmente responsable.
- Preparación para el matrimonio y la vida familiar.
- Elaboración de valores conscientes y acordes con una imagen científica y adecuada del mundo. (Dulanto, 2000, pp 159-160).

Estas tareas mencionadas por otros autores de diversas formas se resumen en: adquirir identidad; lograr autonomía; desarrollar una conducta sexual responsable; encontrar una vocación o desarrollar capacidades para realizar el trabajo identificado como preferente; construir valores congruentes con un mundo social, cultural y su generación, y encontrar la vocación para el matrimonio (Dulanto, 2000).

Las “dietas” son frecuentes en la adolescencia, más aun en esta sociedad en la cual la belleza constituye un símbolo, casi siempre un requisito para alcanzar el éxito. Se valora mucho el aspecto físico, incluso éste se refuerza por los mensajes enviados cotidianamente por los medios de comunicación, en donde se exaltan los beneficios

que se suministran las “dietas” en relación con la belleza, quedando en segundo lugar la salud (Raich, 2000).

La pregunta vital, ¿quién soy?, obliga al adolescente a reevaluar la imagen corporal que había desarrollado como niño y a formarse una nueva, apropiada a sí mismo en esta etapa de maduración. Antes de la pubertad, el cuerpo de las mujeres tiene de 10 a 15% más grasa que el de los varones. Después de la pubertad, el de éstas tiene de 20 a 30% más. Muchas jovencitas se sienten desesperadas por el aumento de grasa corporal relacionado con su desarrollo sexual normal, y este sentimiento se debe en general a las advertencias que reciben a menudo sobre el aumento de peso, por ejemplo: “ahora es el momento de pensar en adelgazar”, fue consejo que una tía bien intencionada le dio a su sobrina para felicitarla en su undécimo cumpleaños. Cuando la sobrina protestó diciendo “pero si no estoy gorda”. La tía aclaró “pero lo serás si no te cuidas desde ahora”. Mientras que la maduración física lleva a los varones jóvenes más cerca del ideal masculino, para la mayoría de las chicas significa un desarrollo que las aleja de lo que, en la actualidad, se considera como un cuerpo femenino bello (Dulanto, 2000).

## **EI ADOLESCENTE Y EL MUNDO SOCIAL**

Los jóvenes adolescentes, en el momento que comienza a experimentar sus cambios físicos, necesitan construir un nuevo autoconcepto e identidad acorde con su nueva imagen. Además de esto, comienza la búsqueda de un lugar dentro de la sociedad adulta, la cuál esta llena de dificultades y rechazos. En el afán de conseguir independencia los lazos familiares son modificados, pero a su vez comienza el descubrimiento de nuevas relaciones y oportunidades que le ofrece al adolescente ir construyendo su nueva imagen y creando su proyecto de vida. (Delval, 1994 citado en Bernal, 2002).

La teoría de Erickson pone énfasis en aspectos sociales y en el desarrollo de la personalidad y sugiere que esta consiste principalmente en el crecimiento del yo y de la manera de afrontar los roles de la vida. Da una mayor importancia a los procesos

de socialización la dinámica entre los integrantes de la familia y su realidad sociocultural, a las crisis personales y sociales como orientadoras del crecimiento, y la evolución humana como determinante en sociedad (Gasca, 2000).

## **DIFERENCIAS SEXUALES Y SOCIALES**

Las diferencias sexuales influyen en el tipo de alimentos que ingieren. Así, los adolescentes varones consumen mayores cantidades de éstos y prefieren los grasos, salados y dulces. En el momento de escoger sus alimentos, se dejan llevar más por el deseo de lo que les gusta. En cambio, las adolescentes ingieren menor cantidad de alimentos, eligen más vegetales y al seleccionar sus alimentos influye más el anhelo de estar delgadas que el complacer su gusto (Dulanto, 2000).

En comparación con las muchachas, los varones adolescentes experimentan mucha mayor presión social hacia el ejercicio físico intenso asumiendo y practicando lo que ha dado en llamarse culto de la "físicalidad". (Toro, 1996).

Durante la adolescencia e inicio de la juventud, las chicas, a la vez que persiguen la delgadez, suelen practicar asiduamente la decoración pasiva de sus cuerpos, de ahí la consumista pasión por las distintintas prendas de vestir, la preocupación por la cosmética y la peluquería, y el creciente uso de bisutería / joyería; entre tanto, los varones parecen dedicarse preferentemente a la construcción y moldeamiento activo de su cuerpo. Para complementar estos datos, procede traer a colación que piensan adolescentes y jóvenes respecto al volumen (silueta) de sus cuerpos que suponen resulta atractivo para el otro sexo. En un estudio bastante divulgado, se halló que chicas estudiantes universitarias creían que sus siluetas eran más gordas que las siluetas que los chicos consideraban atractivas. Además, juzgaban que el cuerpo femenino ideal era más delgado que el suyo propio y que el que resultaba atractivo para los varones. Por el contrario, los muchachos estudiados no diferían en cuanto a las percepciones de su figura real, su figura ideal y la figura que consideraban atractiva para las chicas. (Toro, 1996).

Así parecía quedar demostrada una vez más, aunque indirectamente, la interiorización femenina del modelo corporal delgado. Esta interiorización hace que los adolescentes persigan una silueta corporal que, por lo menos en parte, sabe que no coincide con lapreciada por los varones. A medida que los chicos crecen e incrementan su masa corporal, también aumentan las dimensiones de la silueta corporal que consideran ideal. En cambio, las chicas no parecen experimentar esta evolución paralela del volumen corporal percibido y el juzgado ideal. En consecuencia, la insatisfacción por el propio cuerpo ha de darse con mayor frecuencia e intensidad en las muchachas que en los muchachos; en definitiva, la preocupación por el aspecto físico, la sobrevaloración del cuerpo en el seno de la autoimagen general, afecta angustiadamente a muchos de nuestros adolescentes de ambos sexos (Toro, 1996).

## **CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL ADOLESCENTE**

La adolescencia es una etapa clave para la adquisición o modificación de la conducta, en esta última se incluye la vinculada con el alimento. Esta conducta se refleja en el tipo de comida que se ingiere. Entre algunos de los particulares hábitos alimentarios del adolescente están: omisión de comidas, especialmente el desayuno (haciéndolos propensos a crisis de hipoglucemia), carencia de horarios fijos para comer (“picotean” mucho) y consumo de alimentos de alto contenido energético, ya que prefieren la llamada “comida rápida” (hamburguesas, pizzas), bocadillos, golosinas de azúcares simples o bebidas gaseosas que aportan calorías en nutrimentos, como vegetales especialmente hortalizas y foliáceos (Dulanto, 2000).



# **CAPÍTULO V**

## **METODOLOGÍA**

### **OBJETIVO:**

La presente investigación tuvo como propósito determinar si existe relación entre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes hombres y mujeres.

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO:**

La investigación que se llevo a cabo fue de carácter exploratorio ex post facto, con un diseño de 2x2 de campo transversal.

### **MUESTRA:**

Se trabajo con 200 estudiantes hombres y mujeres de primer grado de bachillerato, con edades de 15 a 18 años, pertenecientes a una escuela pública.

La muestra de adolescentes se subdividió en NI= 100 mujeres y 100 hombres.

### **VARIABLES**

**VI:** Sexo.

Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal

**VD:** Conducta alimentaria compulsiva

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

**VI: Sexo.-** el género se define como un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan al modelaje de la representación social de los sexos determinando formas específicas de la conducta asignadas en función del sexo biológico.

El género es un sistema de regulación social que orienta una estructuración cognitiva específica, construida a partir de un dato biológico que normativiza las nociones de masculino y femenino (Flores, 2001).

**VI: Satisfacción corporal** se refiere a una percepción evolutiva 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 auto percepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad (Saucedo, 1996).

**VD: Conducta alimentaria compulsiva.** Se refiere al comportamiento obsesionado con la comida y con las dietas, donde la persona que presenta esta conducta, puede ser obesa o delgada; la comida ha asumido importancia anormal en su existencia y ha llegado a dominarlo tanto física como psíquicamente, ya que la comida se vuelve su única meta, se obsesiona con la idea de comer y finalmente se siente indefensa ante sí misma (Ortíz, 2003).

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:**

**VI: Sexo.-** aceptación de su propio sexo, masculino y femenino.

**VI: Se definió satisfacción / insatisfacción** como una diferencia entre figura actual y la figura ideal.

Se interpreto como insatisfacción las diferencias positivas y negativas mientras más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción por medio del instrumento Alimentación y Salud. (Gómez-Peresmitré, 2001).

**VD:** Conducta alimentaria compulsiva: Un puntaje alto significará mayor problema, un puntaje bajo significará menor problema. Es decir el puntaje alto señalará una conducta alimentaria compulsiva negativa, y un puntaje menor significará una conducta alimentaria normal positiva con respecto al instrumento Salud y Nutrición (Gómez-Peresmitré, y Ortiz, 2003).

### **INSTRUMENTOS:**

Se utilizaron dos cuestionarios.

- 1) Alimentación y salud versión adolescentes con escalas para evaluar satisfacción / insatisfacción con imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 2001).
- 2) Salud y nutrición que evalúa la conducta alimentaria compulsiva, así como su confiabilidad y validez del instrumento (Gómez-Peresmitré, 2003).

### **PROCEDIMIENTO:**

Se solicito permiso al director de la escuela correspondiente para la aplicación de los cuestionarios.

Una vez obtenido el acceso se selecciono una muestra de doscientos adolescentes en total que cumplieran con los requisitos preestablecidos en la muestra. A los adolescentes se les menciona que su participación era voluntaria, que sus datos son confidenciales y que se manejarán estadísticamente. La aplicación del instrumento se hizo de manera colectiva, es decir se realizo dentro de los salones de clases.

Se les aplico el instrumento bajo las siguientes instrucciones:

“Esta investigación tiene como propósito conocer tus hábitos, formas de ser y de pensar relacionadas 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 entrego junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes de llenar completamente el circulo, no solo tacharlo subrayarlo. Utiliza lápiz. Si tienes alguna duda consulta con la persona que te entregó este cuadernillo”.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, la primera con el objeto de conocer las diferencias entre grupos y, las segundas para establecer si existe relación entre las variables; así mismo se utilizaron gráficas, cuadro y tablas para facilitar la exposición de los resultados.

Con tal propósito se procedió al análisis de los datos a través del programa estadístico SPSS versión 12 para Windows. Los resultados principales se presentan en el siguiente capítulo.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes hombres y mujeres. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 12); utilizándose las primeras con el objeto de conocer las diferencias entre grupos y, las segundas para establecer si existe relación entre las variables.

#### 1. - Descripción de la Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por adolescentes hombres y mujeres (N=200), que cursaban el primer grado de bachillerato, en una escuela pública cuyo rango de edad fluctuaba entre 15 y 18 años. Siendo para los hombres la  $X=15.66$ ,  $S= .98$  y para las mujeres como es notorio ligeramente bajo al de los varones, con una media de  $X= 15.29$ ,  $S= .50$ . (Ver tabla 1).

Tabla 1 Medias de edad y desviación estándar por sexo.

Sexo	N	Media	Desviación Estándar
EDAD			
mujeres	100	15.30	.49
Hombres	100	16.70	.97

En la tabla 2 se aprecia que del total de la muestra sólo el 14 % reportó que trabaja y de los que lo hacen, la mayoría son varones 16%; cabe notar que la mayoría de las mujeres (88%) no realiza esta actividad.

**Tabla 2. Distribución porcentual de la variable trabaja por sexo.**

	sexo		Total
	mujeres	hombres	
TRABAJAS si	12	16	28
	12.1%	16.2%	14.1%
no	87	83	170
	87.9%	83.8%	85.9%
Total	99	99	198
	100.0%	100.0%	100.0%

En la tabla 3 se muestran datos referentes a la madurez sexual de los adolescentes, En ella se observa que del total de la muestra, el 66% reportó que su madurez sexual se presentaba entre los 12 y 14 años, mientras que únicamente un bajo porcentaje de los hombres (7. %) refirieron que ésta se presentaba antes de los 9 años, circunstancia que no se presentó en el caso de las mujeres.

**Tabla 3. Distribución porcentual de la variable madurez sexual (menarca y emisiones nocturnas).**

	sexo		Total	
	mujeres	hombres		
MENSTRUA	menos de 9 años	7	7	
		7.3%	3.6%	
	9 a 11 años	25	24	49
		25.0%	25.0%	25.0%
	12 a 14 años	71	58	129
	71.0%	60.4%	65.8%	
	15 a 17 años	4	7	11
		4.0%	7.3%	5.6%
Total	100	96	196	
	100.0%	100.0%	100.0%	

Cuando se preguntó a los adolescentes sobre su vida sexual la mayoría de las mujeres (84%) y de los hombres (70%) expresaron no tener vida sexual activa. Por otra parte, entre quienes manifestaron que sí tenían vida sexual, los hombres presentaron el puntaje más alto (30%), en comparación con las mujeres (16%). (Ver tabla 4).

**Tabla 4. Distribución porcentual de la variable vida sexual**

	sexo		Total
	mujeres	hombres	
VIDASEXU no. pasar a la pregunta 8	82 83.7%	69 70.4%	151 77.0%
si. pasar a la siguiente pregunta	16 16.3%	29 29.6%	45 23.0%
Total	98 100.0%	98 100.0%	196 100.0%

En la tabla 5 se indica que del total de la muestra, respecto a la variable ¿"tienes hijos"? sólo un 6% de los hombres reporta tenerlos, mientras que el total de las mujeres manifestaron que no han tenido hijos.

**Tabla 5. Distribución porcentual de la variable tienes hijos**

	sexo		Total
	mujeres	hombres	
TIENESHI si		2 6.5%	2 3.9%
no	20 100.0%	29 93.5%	49 96.1%
Total	20 100.0%	31 100.0%	51 100.0%

## 2. - Descripción de las variables de estudio

### 2.1. - Variables relacionadas con imagen corporal

En la tabla 6. se muestra que un 33%, de las mujeres y (50%), de los hombres manifiestan que desean ser más gruesos, mientras que el 24%, de las mujeres así como sólo el (6%), de los hombres están satisfechos con su peso; sin embargo, respecto a la insatisfacción positiva ambos manifestaron querer estar más delgados en igual medida el (43%) de las mujeres y el (44%), de los hombres respectivamente. En este caso, es importante resaltar que los hombres están más insatisfechos (positiva y negativamente en comparación con las mujeres.

**Tabla 6. Distribución porcentual de la variable satisfacción**

		sexo		Total
		mujeres	hombres	
satisfacción	insatisfacción negativa	33 33.0%	50 50.0%	83 41.5%
	satisfacción	24 24.0%	6 6.0%	30 15.0%
	insatisfacción positiva	43 43.0%	44 44.0%	87 43.5%
Total		100 100.0%	100 100.0%	200 100.0%



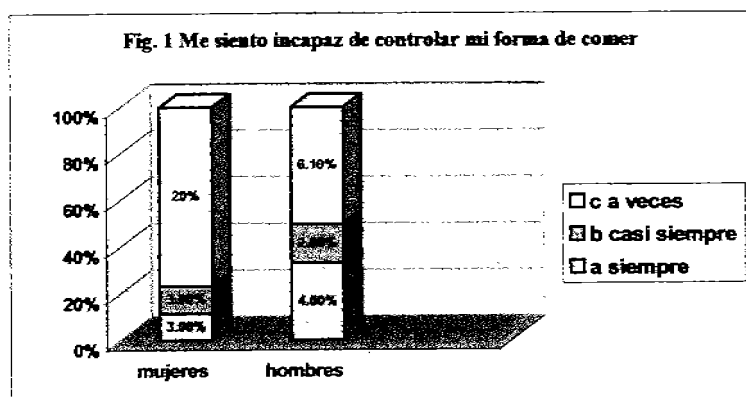
En la tabla 7 se observa que del total de la muestra las mujeres prefieren tener una figura por debajo de la normal en un (100%) quienes refirieron un porcentaje alto a diferencia de los varones los cuales reportaron un porcentaje más bajo del 57% cabe señalar que el 20% de ellos eligió peso normal.

**Tabla 7. Descripción porcentual de la variable Figura ideal**

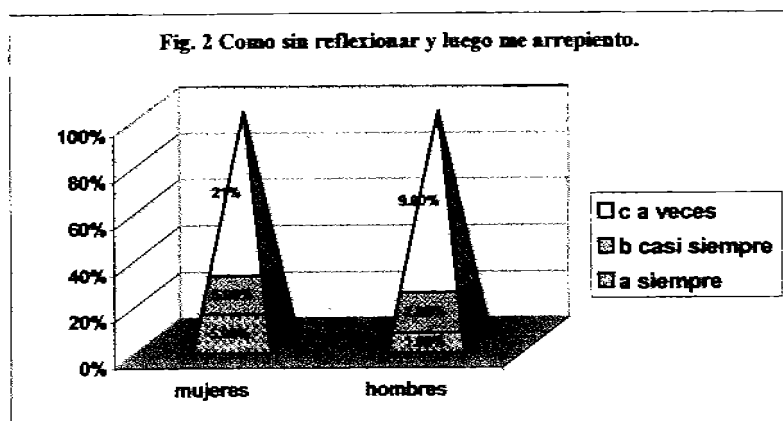
		sexo		Total
		mujeres	hombres	
fig.	emaciada	9 9.0%	0 .0%	9 4.5%
	muy delgada	31 31.0%	4 4.0%	35 17.5%
	delgada I	43 43.0%	15 15.0%	58 29.0%
	delgada II	17 17.0%	38 38.0%	55 27.5%
	peso normal	0 .0%	20 20.0%	20 10.0%
	sobre peso I	0 .0%	11 11.0%	11 5.5%
	sobre peso II	0 .0%	1 1.0%	1 .5%
	obeso I	0 .0%	2 2.0%	2 1.0%
	obeso II	0 .0%	9 9.0%	9 4.5%
Total		100 100.0%	100 100.0%	200 100.0%

## 2.2. - Variables relacionadas con conducta alimentaria compulsiva

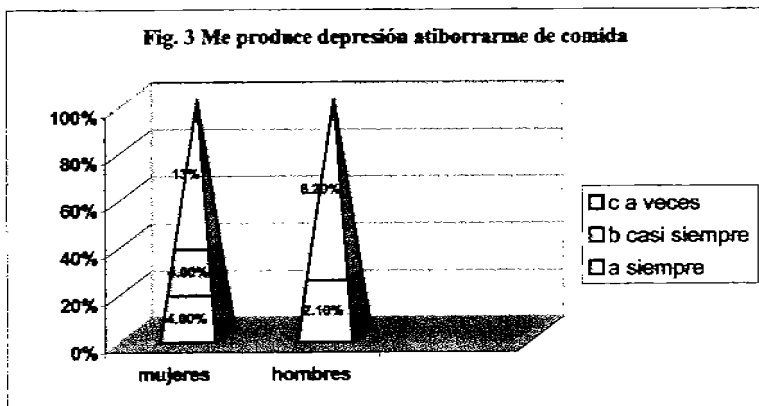
Como se puede apreciar, en la figura 1 las mujeres reportan en mayor medida (26%), en comparación con los varones (12%) que les cuesta más trabajo controlar su forma de comer.



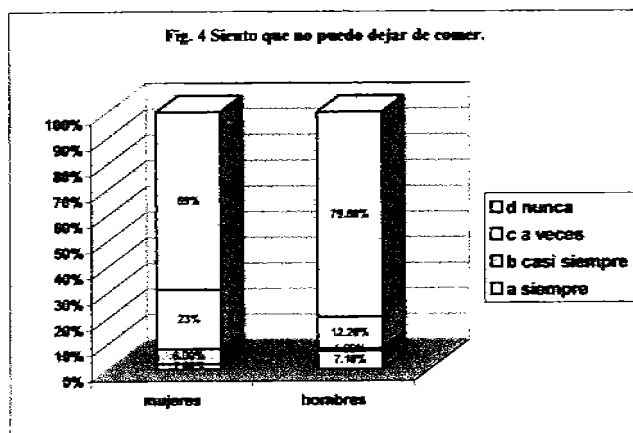
Al preguntarles la condición "como sin reflexionar y luego me arrepiento", se observa que es mayor el porcentaje en las mujeres (31%), que dan una respuesta afirmativa a diferencia de los varones (12%) quienes manifestaron un porcentaje menor (ver fig. 2).



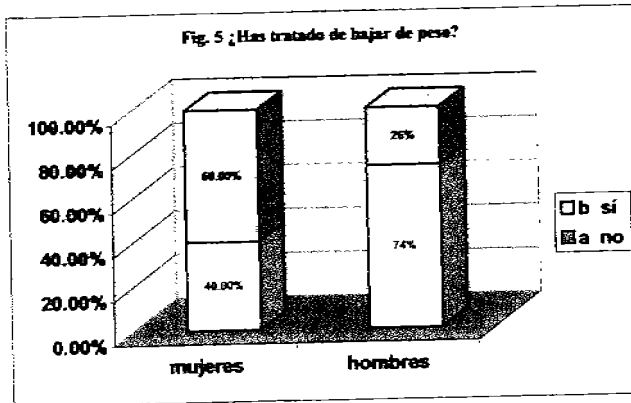
La figura 3 representa que el 21%, de las mujeres reportan deprimirse cuando comen más de lo debido; a diferencia de los varones (8%), quienes manifestaron un porcentaje menor en esta variable.



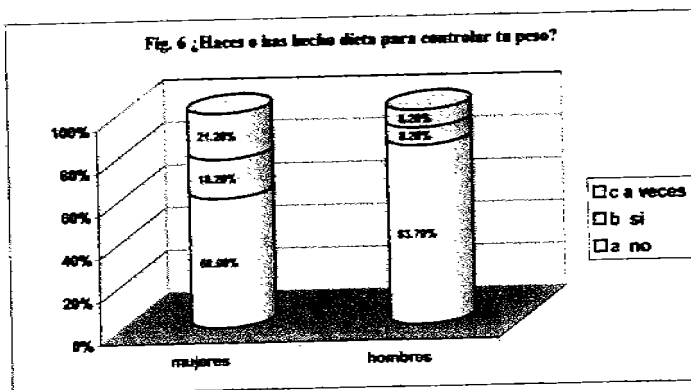
En la figura. 4 se indica que el 31% de las mujeres, quienes reportaron un porcentaje mayor en esta variable, presentan dificultad al no poder controlar su manera de comer, mientras que los varones manifestaron un porcentaje menor del 20% en su respuesta.



En la figura 5 se observa que la mayoría de las mujeres (60%) han tratado de bajar de peso situación que contrasta con la de los varones quienes reportaron haberlo hecho en menor medida (26%). Cabe resaltar que las mujeres reportan hacerlo 2 veces más que los hombres.

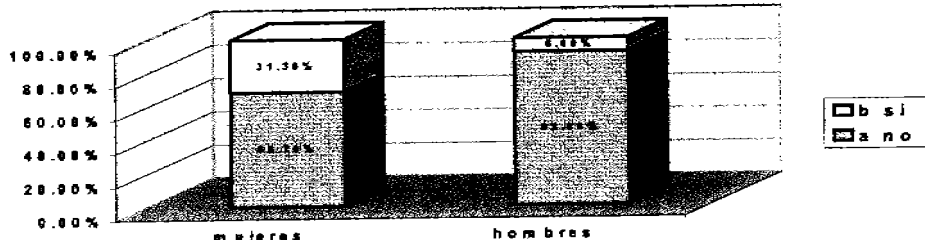


Respecto a la variable seguimiento de dieta, se les pregunto a los participantes si han hecho dieta para controlar su peso. En el caso de las mujeres ellas reportaron un porcentaje más alto (39%), en comparación de los varones (16%). Es importante resaltar que son las mujeres quienes se preocupan en mayor medida por controlar su peso al llevar a cabo prácticas como ésta. (Ver figura 6).



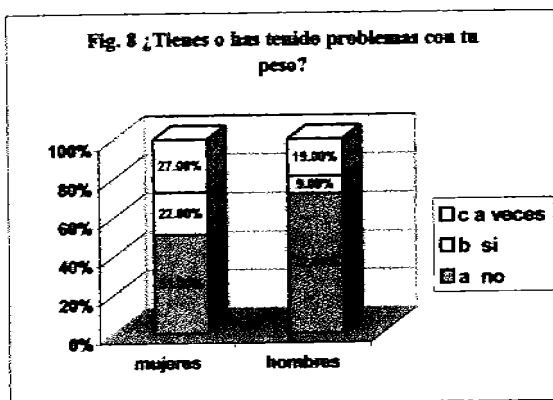
En la figura 7 se puede apreciar que del total de la muestra, el 31% de las mujeres y sólo el 8% de los hombres, reportaron que sí han hecho dietas. Aquí es importante resaltar que las mujeres lo hacen con mayor frecuencia en comparación con los varones.

Fig. 7 En el último año has hecho dieta para bajar de peso.

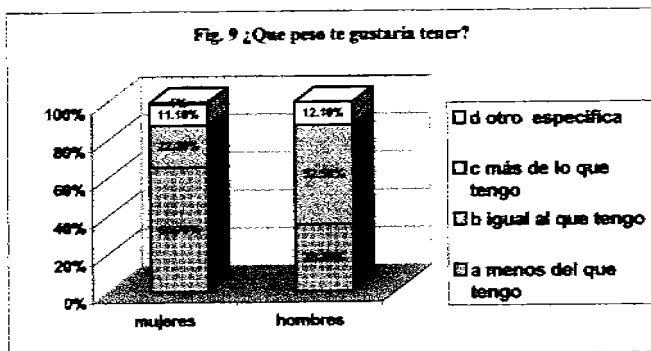


Cuando se les preguntó a los adolescentes “tienes o has tenido problemas con tu peso”, la mayoría del total de la muestra (51%) mujeres y (72) varones reportó que no los han tenido; sin embargo, el 27% de las mujeres y el 19% de los hombres manifestaron que suelen tenerlos a veces. Pero, en el caso de aquellos que han reportado sí tener problemas de peso, es mayor el porcentaje de las mujeres (22%) en comparación con el de los hombres (9%) (Ver figura 8).

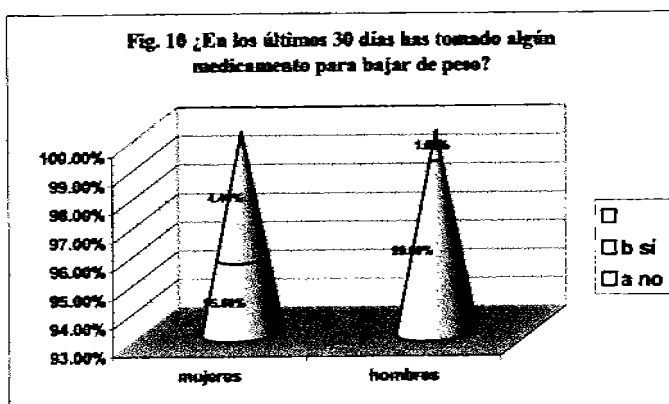
Fig. 8 ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso?



Es interesante señalar que del total de la muestra, un alto porcentaje de mujeres (66%) manifestó que desearía tener menos peso del que tenían, y entre los hombres este hecho se presenta en menor medida (35%). No obstante, cabe resaltar sólo el 22% de las participantes manifiesta estar satisfecha con su peso, mientras que esta condición es mayor entre los varones (52%). ( Ver figura 9).



Se aprecia, en la fig. 10 que del total de la muestra, un porcentaje mínimo en el caso de los varones (1%) y un tanto por ciento un poco mayor en las mujeres (4%), utilizan medicamento con el propósito de bajar de peso.

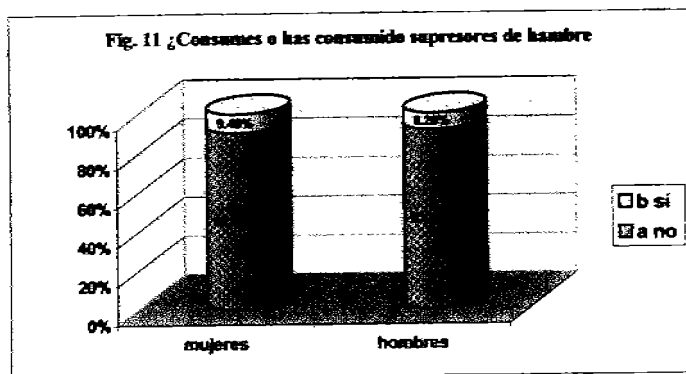


Con respecto a la variable “¿utilizas métodos para bajar de peso?” Las mujeres reportan en un 32%, una respuesta afirmativa; es decir ellas lo hacen eliminando grasas, harinas y carnes rojas. En comparación con los varones, los cuales manifestarán en mayor medida con ejercicio excesivo, (23%). Otro método que utilizan las adolescentes es el ayuno con un 4%; no obstante los porcentajes son similares (6%) en su afirmación en cuanto a utilizar alimentos naturistas y verduras. ( Ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable métodos para bajar de peso.

	sexo		Total
	mujeres	hombres	
mejorar ejercicio excesivo	7	17	24
	10.3%	23.3%	17.0%
supresores de hambre	1	1	2
	1.5%	1.4%	1.4%
alimentos naturistas y verduras	4	4	8
	5.9%	5.5%	5.7%
elimino harinas, grasas y carne roja	22	4	26
	32.4%	5.5%	18.4%
ayunos	3	1	4
	4.4%	1.4%	2.8%
ninguno	27	31	58
	39.7%	42.5%	41.1%
otro específica	4	15	19
	5.9%	20.5%	13.5%
Total	68	73	141
	100.0%	100.0%	100.0%

Cuando se les preguntó a los participantes si han consumido supresores de hambre, como se puede apreciar en la figura 11, se encuentra relativamente bajo el porcentaje, los cuales son similares tanto en mujeres (9) como en varones (8%).



### 3. – Relación de las Variables de Conducta Alimentaria Compulsiva

Con el propósito de averiguar si existe relación entre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes, hombres y mujeres, se aplicó la prueba de correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados: una correlación estadísticamente significativa entre la conducta alimentaria compulsiva y la insatisfacción con imagen corporal en mujeres adolescentes: es decir, a mayor insatisfacción mayor conducta alimentaria compulsiva; sin embargo, en los varones no se encontró una correlación estadísticamente significativa.

**Tabla 9. Resultados correlación de Pearson entre Conducta Alimentaria Compulsiva y satisfacción/insatisfacción con imagen corporal.**

	Hombres	Mujeres
Correlación	0,58	2,19 *
Significativa	582	0,033
N	91	95

\*correlación significativa al nivel 0.05 (2 colas).



Como se observa en la tabla 10, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción-insatisfacción por conducta alimentaria compulsiva ( $F=1.613$ ,  $p=.043$ ); Sin embargo, no hubo diferencias significativas en satisfacción/insatisfacción por la variable sexo, es decir, no se encontraron diferencias en la satisfacción/insatisfacción entre hombres y mujeres.

**Tabla 10. Resultados ANOVA (Factorial Simple). Satisfacción-insatisfacción con imagen corporal por sexo y conducta alimentaria compulsiva.**

Variable	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Modelo	46.333	42	1.103	1.400	.069
Intercepto	8.602E-02	1	8.602E-02	.112	.738
Sexo	1.726	1	1.726	2.253	.136
Conducta alimentaria compulsiva	30.906	25	1.236	1.613	.043
Sexo * Conducta alimentaria compulsiva	18.701	25	.748	1.117	.049
Error	156.090	186	.833		
Total	151.914	185			

Las medias incluidas en la tabla 10.1. nos muestran que los participantes con insatisfacción positiva es decir que quieren ser más delgados tienden a presentar puntajes ligeramente mayores en la variable conducta alimentaria compulsiva.

**Tabla 10.1 Media y desviación estándar de la variable satisfacción/insatisfacción con imagen corporal por conducta alimentaria compulsiva**

Variable	Media	Desviación estándar
Insatisfacción con imagen corporal	1,759	1,0965
Insatisfacción con imagen corporal		
Satisfacción con imagen corporal	1,4024	1,0921
Insatisfacción con imagen corporal	1,8125	1,14813
Insatisfacción con imagen corporal		
Insatisfacción con imagen corporal	1,836	1,1165

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue determinar si existe relación entre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva en adolescentes hombres y mujeres.

Se trabajó con una muestra no probabilística, la cual quedó conformada por adolescentes hombres y mujeres con una (N=200), que cursaban el primer grado de bachillerato, en una escuela pública. La media de edad de los hombres (n=100) fue de  $X=15.66$  ( $S=.98$ ) y de las mujeres (n=100) de  $X=15.29$  ( $S=.50$ ) años, respectivamente.

Es importante señalar que el presente estudio es prácticamente uno de los primeros que se realiza en torno a los factores sobre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva, en adolescentes. Por otra parte, es interesante mencionar que es una de las primeras investigaciones en las que se ha utilizado el instrumento de Salud y Nutrición (Ortíz y Gómez-Peresmitré, 2003).

En este estudio se encontró que la mayor parte de los participantes reportaron sentirse insatisfechos con su imagen corporal; aquellos que querían ser más gruesos, fueron principalmente hombres, resultados que confirman hallazgos previos. En el caso de insatisfacción positiva, es decir, entre aquellos que quieren ser más delgados, poco menos de la mitad de la muestra se encontraron en esta condición; a lo largo de distintos estudios se han encontrado porcentajes importantes de insatisfacción positiva en mujeres (Bruchon-Schweitzer, 1992; Gómez-Peresmitré, 2001; Toro, Cervera y Pérez (1989, citado en Raich, 2000).

Cabe señalar que en el presente estudio la cantidad de hombres que quisieran ser más delgados fue muy similar al de las mujeres. Estos resultados se presentan en una época en la que se da el "boom", de la cultura metro-sexual, en la cual se promueve en los varones un cuidado excesivo por el cuerpo y la apariencia, similar al que la publicidad de productos cosméticos ha propuesto a la mujer desde hace mucho tiempo.

García, (2002) menciona que uno de los fenómenos que ha despertado más interés en los últimos años en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria ha sido el atracón. A ese interés ha contribuido por una parte su elevada frecuencia, no sólo entre los distintos trastornos de la conducta alimentaria sino incluso en la población en general. Según Ortiz (2003) la conducta alimentaria compulsiva es aquel comportamiento obsesionado con la comida y las dietas, donde la persona que presenta esta conducta puede ser obesa o delgada; la comida ha asumido importancia anormal en su existencia y ha llegado a dominarla tanto física como psíquicamente, ya que la comida se vuelve su única meta, se obsesiona con la idea de comer y finalmente se siente indefensa ante sí misma. El término compulsión significa un impulso o sentimiento de estar atraído irresistiblemente a llevar a cabo un acto irracional.

En cuanto a la variable conducta alimentaria compulsiva las mujeres reportaron en mayor medida puntajes más altos en estas preguntas. Por citar algunos ejemplos: “Me siento incapaz de controlar mi forma de comer”, “Como sin reflexionar y luego me arrepiento”, “Me produce depresión atiborrarme de comida”, “siento que no puedo dejar de comer”.

Al explorar la relación entre satisfacción y conducta alimentaria compulsiva se puede referir que en el caso de las mujeres, los resultados indicaron que a mayor insatisfacción mayor conducta alimentaria compulsiva; sin embargo, en los varones no se encontró una correlación estadísticamente significativa. Por lo cual, no podemos afirmar que exista una relación entre estas variables. Aunque los varones comen más en comparación con las mujeres, a ellos no les genera problemas, tan es así que ellos no hacen dieta.

En una investigación que realizaron en muestra de adolescentes Mexicanos, en la cual se encontró, que los adolescentes respondían que “frecuentemente” y “siempre” hacían dieta restrictiva eran quienes presentaban más problemas de conducta alimentaria compulsiva. Polivy y Herman (1985) citado en (Gómez-Peresmitré, Pineda, L' Esperance, Hernández, Platas, y León, 2002) señalan que existen suficientes datos con respecto a la coexistencia o covariación de las conductas, de

dieta restrictiva y del atracón (conducta alimentaria compulsiva o de sobreingesta). No obstante, estos autores consideran que no es el atracón lo que causa la conducta dietaria; ellos sostienen que más bien se presenta una relación inversa: es el seguimiento de dieta lo que causa el atracón (binge eating) o la sobre ingesta. Señalan que la base conceptual que subyace a la hipótesis “dieta restrictiva / atracón” implica una situación de controles fisiológicos (sobre la alimentación) por controles cognoscitivos. Esto indica que a mayor seguimiento de dieta, mayor conducta alimentaria compulsiva.

## SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- ◆ Se sugiere que para posteriores investigaciones sobre conducta alimentaria compulsiva, estudiar estas variables en población clínica. Porque sería interesante contrastar la relación, conducta alimentaria compulsiva vs. Satisfacción/insatisfacción con imagen corporal
- ◆ Se recomienda para futuros estudios sobre imagen corporal y conducta alimentaria compulsiva, se trabaje también con otros grupos de edad, y considerar el índice de masa corporal, cómo una variable importante en dicha relación.
- ◆ Se exhorta hacer programas de prevención dirigidos a padres y profesores, en los cuales se aborden temas cómo la nutrición y hábitos alimentarios.

# ANEXO

**CUESTIONARIO**  
**SALUD Y NUTRICIÓN**  
**I N S T R U C C I O N E S**

Con este cuestionario se quiere conocer hábitos, creencias y opiniones sobre la alimentación. No hay respuestas buenas ni malas, porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de tus resultados, deberás tratar de responder exacta y sinceramente.

**AL CONTESTAR RECUERDA:**

- ◆ No medites tus respuestas, da la primera respuesta que te venga a la mente, de modo natural.
- ◆ Asegúrate de no saltarte ninguna pregunta, responde de manera apropiada a cada una y selecciona la opción que más se aproxime a tu situación.
- ◆ Algunas preguntas pueden parecerse demasiado personales, pero recuerda que tus respuestas son anónimas y que se realizarán estadísticamente.

**INSTRUCCIONES GENERALES:**

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta escribiendo o tachando el paréntesis, según sea tu respuesta.

Si tienes alguna duda, resuélvela con la persona que te entregó el cuestionario.

**G R A C I A S**



## PROMOCIÓN DE LA SALUD IDENTIFICANDO LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### AREA I

1. ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ años.

2. ¿Qué estás estudiando?

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

3. ¿Trabajas?

- A) Sí
- B) No

4. Actualmente vives con:

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

5. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

6. ¿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

7. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

8. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

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

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

10. ¿Quién o quienes 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) Esposo o pareja

11. 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 años
- G) Sin estudios

12. 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 años
- G) Sin estudios

13. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

14. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

## AREA II

### EL CONOCIMIENTO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS AYUDA A TENER UNA MEJOR SALUD

15. Actualmente pesas \_\_\_\_\_ Kgs.

16. Si no conoces este dato con exactitud, menciona peso aproximado \_\_\_\_\_

17. Tu estatura es de \_\_\_\_\_ cms.

18. Si no conoces este dato con exactitud, menciona talla aproximada \_\_\_\_\_

19. ¿Cuál es el peso más bajo que has tenido en los últimos 2 años \_\_\_\_\_ Kgs. Y el más alto? \_\_\_\_\_ kgs.

20. ¿Durante los últimos 2 años has mantenido tu peso por lo menos en un periodo de 6 meses sin esfuerzo?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

21. ¿Has tratado de bajar de peso?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

22. ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso?

- A) No
- B) Sí
- C) A veces

23- Si tu respuesta fue sí o a veces ¿A que edad empezaste a tener problemas con tu peso.?

- A) Nací con sobrepeso (más de 3.5 kg)
- B) 1 a 5 años
- C) 6 a 10 años
- D) 11 a 15 años
- E) 16 a 20 años
- F) 21 a 25 años
- G) 26 a 35 años
- H) 36 a 40 años
- I) Otro. Especifica .....

24.¿Haces o has hecho dietas para controlar tu peso?

- A) No
- B) Sí
- C) A veces

25.Si tu respuesta fue sí o a veces. ¿Que edad tenias cuando hiciste tu primera dieta?

- A) 5 a 10 años
- B) 11 a 15 años
- C) 16 a 20 años
- D) 21 a 25 años
- E) 26 a 30 años
- F) 31 a 35 años
- G) 36 a 40 años
- H Otro. Especifica .....

26.¿Que peso te gustaría conocer.?

- A) Menos de lo que tengo
- B) igual al que tengo
- C) Mas de lo que tengo
- D) Otro. Especifica .....

27.¿Practicas algún deporte?

- A) No
- B) Sí
- C) Cual. Especifica .....

28. ¿Si tu respuesta es no. ¿Por qué?

- A) No me gusta ( )
- B) Estoy con sobrepeso ( )
- C) No tengo dinero ( )
- D) No tengo tiempo ( )
- E) Flojera ( )

29. ¿Fuma?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

30. ¿A qué edad empezaste a fumar?

- A) 10 a 15 años ( )
- B) 16 a 20 años ( )
- C) 21 a 25 años ( )
- D) 26 a 30 años ( )
- E) 31 a 35 años ( )
- F) 36 a 40 años ( )
- G) Otro. Especifica .....

31. ¿Cuántos cigarros fumas diariamente?

- A) 1 a 5 años ( )
- B) 6 a 10 años ( )
- C) 11 a 15 años ( )
- D) 16 a 20 años ( )
- E) Más de 20 ( )
- F) Otro. Especifica .....

32. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

- a) Muy de vez en cuando ( )
- b) Reuniones ( )
- c) En fiestas ( )
- d) Fines de semana ( )
- e) Cuando hay oportunidad ( )
- f) Todos los días ( )
- g) Otro. Especifica .....

33. ¿Consumes o has consumido supresores de hambre?
- A) No ( )
- B) Sí ( )
- a) Anfetaminas o derivados ( )
- b) Otro. Especifica .....
34. ¿Lo haces bajo prescripción médica?
- A) No ( )
- B) Sí ( )
35. ¿Utilizas pastillas para dormir?
- A) De vez en cuando ( )
- B) Una o dos al mes ( )
- C) Solo cuando me siento cansada, irritada o triste ( )
- D) No utilizó ( )
36. ¿Lo haces bajo prescripción médica?
- A) No ( )
- B) Sí ( )
37. ¿En los últimos 30 días has tomado algún medicamento para bajar de peso?
- A) No ( )
- B) Sí ( )
- C) Cual. Especifica .....
38. Menciona cuál o cuáles métodos utilizas para perder peso:
- A) Ejercicio excesivo (10 o más horas semanales) ( )
- B) Supresores de hambre ( )
- C) Alimentos naturistas y verduras ( )
- D) Elimino harinas, grasas y carne roja ( )
- E) Diuréticos ( )
- F) Ayunos ( )
- G) Laxantes ( )
- H) Cirugía ( )
- I) Ninguno ( )
- J) Otro. Especifica .....
39. En el último año has hecho dietas para bajar de peso:
- A) No ( )
- B) Sí ( )
40. Has intentado modificar tus hábitos alimenticios:
- A) No ( )
- B) Sí ( )

41. Prefieres relacionarte con:

- A) Hombres ( )
- B) Mujeres ( )
- C) Ambos sexos ( )

42. Actualmente tienes pareja:

- A) No ( )
- B) Sí ( )

43. Si sigues una dieta pierdes peso:

- A) Fácilmente ( )
- B) Dificilmente ( )
- C) No sé ( )

44. En cuál o cuáles de los siguientes casos te ubicas:

- A) Constantemente estoy a dieta, aunque constantemente la interrumpo ( )
- B) Solo cuando subo de peso ( )
- C) Sin dietas ( )

45.Cuál o cuáles problemas de salud padeces o has padecido durante los últimos 6 meses

- A) Dolor de cabeza ( )
- B) dolor de espalda ( )
- C) Dolor de cuello ( )
- D) Insomnio ( )
- E) Gastritis ( )
- F) Úlcera ( )
- G) Diabetes ( )
- H) Hipertensión ( )
- I) Colitis ( )
- J) Ninguno ( )
- K) Otro. Específica .....

**AREA III**  
**EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SEÑALA AQUELLA**  
**OPCIÓN QUE MÁS SE APROXIME A LA MANERA EN COMO VES LA**  
**SITUACIÓN O QUE MÁS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR**

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
46. Creo que como mucho.	( )	( )	( )	( )
47. Cuando me siento triste me dan ganas de comer.	( )	( )	( )	( )
48. Siento una necesidad incontrolable de comer.	( )	( )	( )	( )
49. Me preocupa mi forma de comer	( )	( )	( )	( )
50. Creo que la gente que me rodea, espera mucho de mí	( )	( )	( )	( )
51. Como todo el tiempo.	( )	( )	( )	( )
52. Me siento contenta cuando logro controlar la comida	( )	( )	( )	( )
53. Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer	( )	( )	( )	( )
54. Como tanto, que siento que el estómago me va ha reventar	( )	( )	( )	( )
55. Me produce depresión atiborrarme de comida.	( )	( )	( )	( )
56. Cuando no como me siento intranquila	( )	( )	( )	( )
57. Aunque este en grupo me siento sola.	( )	( )	( )	( )
58. He intentado cambiar mis hábitos alimenticios	( )	( )	( )	( )
59. En mis atracones como alimentos ricos en calorías (dulces, grasas)	( )	( )	( )	( )
60. Creo que las mujeres delgadas son más felices que las gordas	( )	( )	( )	( )
61. Tengo problemas de concentración	( )	( )	( )	( )
62. Me disgusta verme al espejo	( )	( )	( )	( )
63. Cuando veo los modelos de las revistas, me deprimó por no ser así	( )	( )	( )	( )
64. Intento ver el lado positivo de las cosas	( )	( )	( )	( )
65. Siento que la comida me tranquiliza.	( )	( )	( )	( )
66. Como sin reflexionar y luego me arrepiento.	( )	( )	( )	( )
67. Creo que las mujeres que no tienen pareja, se refugian en la comida.	( )	( )	( )	( )
68. Creo que la comida es un placer	( )	( )	( )	( )
69. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	( )	( )		
70. Los ratos de ocio los ocupo para comer	( )	( )	( )	( )
71. Creo que como más que los demás.	( )	( )	( )	( )
72. Hay temporadas en que dejo de luchar por controlar mi peso	( )	( )	( )	( )



73. Siento que no puedo dejar de comer ( ) ( ) ( ) ( )
74. Cuando me enfrente a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien. ( ) ( ) ( ) ( )
75. Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme. ( ) ( ) ( ) ( )
76. Lo inesperado me hace comer mucho. ( ) ( ) ( ) ( )
77. Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano ( ) ( ) ( ) ( )
78. Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos ( ) ( ) ( ) ( )
79. Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental ( ) ( ) ( ) ( )
80. Aunque este en grupo me siento triste. ( ) ( ) ( ) ( )
81. Estoy preocupada por mi peso ( ) ( ) ( ) ( )
82. Cuando como sin tener hambre, me aquejan sentimientos de culpa ( ) ( ) ( ) ( )
83. Me siento incapaz de controlar mi forma de comer ( ) ( ) ( ) ( )
84. Me preocupa mi peso por problemas de salud. ( ) ( ) ( ) ( )
85. Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles. ( ) ( ) ( ) ( )
86. Como por hábito sin darme cuenta. ( ) ( ) ( ) ( )
87. Salir con alguien con sobrepeso provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
88. Ingerir grandes cantidades de comida en corto tiempo provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
89. El sobre peso produce.
- A) Seguridad ( )
- B) Inseguridad ( )
90. Buscar ayuda profesional, para dejar de comer provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
91. Ver comer a alguien con exceso es.
- A) Agradable ( )
- B) Desagradable ( )

92. Comer sin darse cuenta es. ( )  
A) Normal ( )  
B) Anormal ( )
93. Cuando hay periodos en los que se come sin parar provoca. ( )  
A) Satisfacción ( )  
B) Insatisfacción ( )
94. No controlar la forma de comer es: ( )  
A) Normal ( )  
B) Anormal ( )
95. Las dietas provocan ( )  
A) Bienestar ( )  
B) Mal humor ( )
96. Comer produce más hambre que no comer. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
97. El futuro es incierto, cuando se come sin control. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
98. Las personas que toman las cosas muy a pecho comen demás. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
99. Las personas con sobre peso tienen problemas para relacionarse con el sexo contrario. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
100. La comida puede ejercer control en las personas. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
101. El estado de ánimo, puede alterar la forma de comer. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
102. Comer sin control causa dolor de estómago. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )

103. El sentirse triste hace que se coma de más. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
104. Trabajar con exceso permite no pensar en la comida. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
105. Las crisis y dificultades se resuelven comiendo ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
106. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
107. La comida satisface la necesidad de amor. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
108. La comida produce seguridad. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
109. Los problemas con los demás, llevan a comer con exceso. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
110. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
111. La comida tranquiliza cuando se está tensa ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
112. La soledad se compensa con la comida. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
113. Comer con exceso provoca sentimientos de culpa. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )

114. Los disgustos provocan ganas de comer.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

115. La vida gira alrededor de la comida.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

116. Las personas son gordas por culpa de los demás.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

117. Cuando no se logra lo que se quiere, se come de más.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

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)



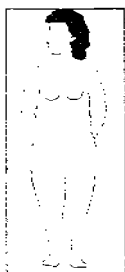
(I)

**SECCIÓN  
E**

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



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

# **CUESTIONARIO**

## **SALUD Y NUTRICIÓN**

### **I N S T R U C C I O N E S**

Con este cuestionario se quiere conocer hábitos, creencias y opiniones sobre la alimentación. No hay respuestas buenas ni malas, porque cada quien posee sus propios puntos de vista. Para que se pueda obtener la mayor cantidad de información de tus resultados, deberás tratar de responder exacta y sinceramente.

#### **AL CONTESTAR RECUERDA:**

- ◆ No medites tus respuestas, da la primera respuesta que te venga a la mente, de modo natural.
- ◆ Asegúrate de no saltarte ninguna pregunta, responde de manera apropiada a cada una y selecciona la opción que más se aproxime a tu situación.
- ◆ Algunas preguntas pueden parecerle demasiado personales, pero recuerda que tus respuestas son anónimas y que se realizarán estadísticamente.

#### **INSTRUCCIONES GENERALES:**

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta escribiendo o tachando el paréntesis, según sea tu respuesta.

Si tienes alguna duda, resuélvela con la persona que te entregó el cuestionario.

**G R A C I A S**

## PROMOCIÓN DE LA SALUD IDENTIFICANDO LA CONDUCTA ALIMENTARIA

### AREA I

1. ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_ años.
2. ¿Qué estás estudiando?
  - A) Secundaria
  - B) Carrera Técnica
  - C) Carrera Comercial
  - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
  - E) Licenciatura
  - F) Posgrado
3. ¿Trabajas?
  - A) Sí
  - B) No
4. Actualmente vives con:
  - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
  - B) Padre o Madre
  - C) Hermano (s)
  - D) Esposo o pareja
  - E) So/a
  - F) Amiga (o)
5. Lugar que ocupas entre tus hermanos
  - A) Soy hija única
  - B) Soy la mayor
  - C) Ocupo un lugar intermedio
  - D) Soy la más chica
6. ¿Edad de tu primer emisión nocturna (eyaculación)
  - 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



7. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

8. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

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

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

10. ¿Quién o quienes 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) Esposo o pareja

11. 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 años
- G) Sin estudios

12. 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 años
- G) Sin estudios

13. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

14. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

## AREA II

### EL CONOCIMIENTO DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS AYUDA A TENER UNA MEJOR SALUD

15. Actualmente pesas \_\_\_\_\_ Kgs.

16. Si no conoces este dato con exactitud, menciona peso aproximado \_\_\_\_\_.

17. Tu estatura es de \_\_\_\_\_ cms.

18. Si no conoces este dato con exactitud, menciona talla aproximada \_\_\_\_\_.

19. ¿Cuál es el peso más bajo que has tenido en los últimos 2 años \_\_\_\_\_ Kgs. Y el más alto? \_\_\_\_\_ kgs.

20. ¿Durante los últimos 2 años has mantenido tu peso por lo menos en un periodo de 6 meses sin esfuerzo?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

22. ¿Has tratado de bajar de peso?

- C) No ( )
- D) Sí ( )

22. ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso?

- A) No
- B) Sí
- C) A veces

23- Si tu respuesta fue sí o a veces ¿A que edad empezaste a tener problemas con tu peso.?

- A) Nací con sobrepeso (más de 3.5 kg)
- B) 1 a 5 años
- C) 6 a 10 años
- D) 11 a 15 años
- E) 16 a 20 años
- F) 21 a 25 años
- G) 26 a 35 años
- H) 36 a 40 años
- I) Otro. Especifica .....

24.¿Haces o has hecho dietas para controlar tu peso?

- A) No
- B) Sí
- C) A veces

25. Si tu respuesta fue sí o a veces. ¿Que edad tenias cuando hiciste tu primera dieta?

- A) 5 a 10 años
- B) 11 a 15 años
- C) 16 a 20 años
- D) 21 a 25 años
- E) 26 a 30 años
- F) 31 a 35 años
- G) 36 a 40 años
- H) Otro. Especifica .....

26.¿Que peso te gustaría conocer.?

- A) Menos de lo que tengo
- B) igual al que tengo
- C) Mas de lo que tengo
- D) Otro. Especifica .....

27.¿Practicás algún deporte?

- A) No
- B) Sí
- C) Cual. Especifica .....

28.¿Si tu respuesta es no. ¿Por qué?

- A) No me gusta ( )
- B) Estoy con sobrepeso ( )
- C) No tengo dinero ( )
- D) No tengo tiempo ( )
- E) Flojera ( )

29. ¿Fuma?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

30. ¿A qué edad empezaste a fumar?

- A) 10 a 15 años ( )
- B) 16 a 20 años ( )
- C) 21 a 25 años ( )
- D) 26 a 30 años ( )
- E) 31 a 35 años ( )
- F) 36 a 40 años ( )
- G) Otro. Especifica .....

31. ¿Cuántos cigarrillos fumas diariamente?

- A) 1 a 5 años ( )
- B) 6 a 10 años ( )
- C) 11 a 15 años ( )
- D) 16 a 20 años ( )
- E) Más de 20 ( )
- F) Otro. Especifica .....

32. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

- A) No ( )
- B) Sí ( )

- a) Muy de vez en cuando ( )
- b) Reuniones ( )
- c) En fiestas ( )
- d) Fines de semana ( )
- e) Cuando hay oportunidad ( )
- f) Todos los días ( )
- g) Otro. Especifica .....

33. ¿Consumes o has consumido supresores de hambre? ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )
- a) Anfetaminas o derivados ( )  
 b) Otro. Especifica .....
34. ¿Lo haces bajo prescripción médica? ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )
35. ¿Utilizas pastillas para dormir? ( )  
 A) De vez en cuando ( )  
 B) Una o dos al mes ( )  
 C) Solo cuando me siento cansada, irritada o triste ( )  
 D) No utilizó ( )
36. ¿Lo haces bajo prescripción médica? ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )
37. ¿En los últimos 30 días has tomado algún medicamento para bajar de peso? ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )  
 C) Cual. Especifica .....
38. Menciona cuál o cuáles métodos utilizas para perder peso: ( )  
 A) Ejercicio excesivo (10 o más horas semanales) ( )  
 B) Supresores de hambre ( )  
 C) Alimentos naturistas y verduras ( )  
 D) Elimino harinas, grasas y carne roja ( )  
 E) Diuréticos ( )  
 F) Ayunos ( )  
 G) Laxantes ( )  
 H) Cirugía ( )  
 I) Ninguno ( )  
 J) Otro. Especifica .....
39. En el último año has hecho dietas para bajar de peso: ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )
40. Has intentado modificar tus hábitos alimenticios: ( )  
 A) No ( )  
 B) Sí ( )

41. Prefieres relacionarte con:

- A) Hombres ( )
- B) Mujeres ( )
- C) Ambos sexos ( )

42. Actualmente tienes pareja:

- A) No ( )
- B) Sí ( )

43. Si sigues una dieta pierdes peso:

- A) Fácilmente ( )
- B) Difícilmente ( )
- C) No sé ( )

44. En cuál o cuáles de los siguientes casos te ubicas:

- A) Constantemente estoy a dieta, aunque constantemente la interrumpo ( )
- B) Solo cuando subo de peso ( )
- C) Sin dietas ( )

45.Cuál o cuáles problemas de salud padeces o has padecido durante los últimos 6 meses

- A) Dolor de cabeza ( )
- B) dolor de espalda ( )
- C) Dolor de cuello ( )
- D) Insomnio ( )
- E) Gastritis ( )
- F) Úlcera ( )
- G) Diabetes ( )
- H) Hipertensión ( )
- I) Colitis ( )
- J) Ninguno ( )
- K) Otro. Especifica .....

**AREA III**

**EN CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS SEÑALA AQUELLA  
OPCIÓN QUE MÁS SE APROXIME A LA MANERA EN COMO VES LA  
SITUACIÓN O QUE MÁS SE ACERQUE A TU MANERA DE PENSAR**

	<b>SIEMPRE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
46. Creo que como mucho.	( )	( )	( )	( )
47. Cuando me siento triste me dan ganas de comer.	( )	( )	( )	( )
48. Siento una necesidad incontrolable de comer.	( )	( )	( )	( )
49. Me preocupa mi forma de comer	( )	( )	( )	( )
50. Creo que la gente que me rodea, espca mucho de mí	( )	( )	( )	( )
51. Como todo el tiempo.	( )	( )	( )	( )
52. Me siento contenta cuando logro controlar la comida	( )	( )	( )	( )
53. Cuando estoy preocupada siento la necesidad de comer	( )	( )	( )	( )
54. Como tanto, que siento que el estómago me va ha reventar	( )	( )	( )	( )
55. Me produce depresión atiborrarme de comida.	( )	( )	( )	( )
56. Cuando no como me siento intranquila	( )	( )	( )	( )
57. Aunque este en grupo me siento sola.	( )	( )	( )	( )
58. He intentado cambiar mis hábitos alimenticios	( )	( )	( )	( )
59. En mis atracones como alimentos ricos en calorías (dulces, grasas)	( )	( )	( )	( )
60. Creo que las mujeres delgadas son más felices que las gordas	( )	( )	( )	( )
61. Tengo problemas de concentración	( )	( )	( )	( )
62. Me disgusta verme al espejo	( )	( )	( )	( )
63. Cuando veo las modelos de las revistas, me deprimó por no ser así	( )	( )	( )	( )
64. Intento ver el lado positivo de las cosas	( )	( )	( )	( )
65. Siento que la comida me tranquiliza.	( )	( )	( )	( )
66. Como sin reflexionar y luego me arrepiento.	( )	( )	( )	( )
67. Creo que las mujeres que no tienen pareja, se refugian en la comida.	( )	( )	( )	( )
68. Creo que la comida es un placer	( )	( )	( )	( )
69. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	( )	( )		
70. Los ratos de ocio los ocupo para comer	( )	( )	( )	( )
71. Creo que como más que los demás.	( )	( )	( )	( )
72. Hay temporadas en que dejo de luchar por controlar mi peso	( )	( )	( )	( )

73. Siento que no puedo dejar de comer ( ) ( ) ( ) ( )
74. Cuando me enfrento a una situación difícil, pienso que todo saldrá bien. ( ) ( ) ( ) ( )
75. Una vez que empiezo a comer no puedo detenerme. ( ) ( ) ( ) ( )
76. Lo inesperado me hace comer mucho. ( ) ( ) ( ) ( )
77. Soy de las personas que todavía no terminan el bocado y ya tienen otro en la mano ( ) ( ) ( ) ( )
78. Me siento culpable cuando ingiero alimentos grasosos ( ) ( ) ( ) ( )
79. Pienso que a los hombres les interesa más la figura corporal de la mujer que la salud mental ( ) ( ) ( ) ( )
80. Aunque este en grupo me siento triste. ( ) ( ) ( ) ( )
81. Estoy preocupada por mi peso ( ) ( ) ( ) ( )
82. Cuando como sin tener hambre, me aquejan sentimientos de culpa ( ) ( ) ( ) ( )
83. Me siento incapaz de controlar mi forma de comer ( ) ( ) ( ) ( )
84. Me preocupa mi peso por problemas de salud. ( ) ( ) ( ) ( )
85. Me siento culpable cuando como tortillas y frijoles. ( ) ( ) ( ) ( )
86. Como por hábito sin darme cuenta. ( ) ( ) ( ) ( )
87. Salir con alguien con sobrepeso provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
88. Ingerir grandes cantidades de comida en corto tiempo provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
89. El sobre peso produce.
- A) Seguridad ( )
- B) Inseguridad ( )
90. Buscar ayuda profesional, para dejar de comer provoca.
- A) Satisfacción ( )
- B) Insatisfacción ( )
91. Ver comer a alguien con exceso es.
- A) Agradable ( )
- B) Desagradable ( )



92. Comer sin darse cuenta es  
A) Normal ( )  
B) Anormal ( )
93. Cuando hay periodos en los que se come sin parar provoca.  
A) Satisfacción ( )  
B) Insatisfacción ( )
94. No controlar la forma de comer es:  
A) Normal ( )  
B) Anormal ( )
95. Las dietas provocan  
A) Bienestar ( )  
B) Mal humor ( )
96. Comer produce más hambre que no comer.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
97. El futuro es incierto, cuando se come sin control.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
98. Las personas que toman las cosas muy a pecho comen demás.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
99. Las personas con sobre peso tienen problemas para relacionarse con el sexo contrario.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
100. La comida puede ejercer control en las personas.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
101. El estado de ánimo, puede alterar la forma de comer.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
102. Comer sin control causa dolor de estómago.  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )

103. El sentirse triste hace que se coma de más. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
104. Trabajar con exceso permite no pensar en la comida. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
105. Las crisis y dificultades se resuelven comiendo ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
106. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
107. La comida satisface la necesidad de amor. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
108. La comida produce seguridad. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
109. Los problemas con los demás, llevan a comer con exceso. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
110. Lo inesperado puede hacer, que se coma todo el tiempo ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
111. La comida tranquiliza cuando se está tensa ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
112. La soledad se compensa con la comida. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )
113. Comer con exceso provoca sentimientos de culpa. ( )  
A) Cierto ( )  
B) Falso ( )

114. Los disgustos provocan ganas de comer.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

115. La vida gira alrededor de la comida.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

116. Las personas son gordas por culpa de los demás.

A) Cierto

( )

B) Falso

( )

117. Cuando no se logra lo que se quiere, se come de más.

A) Cierto

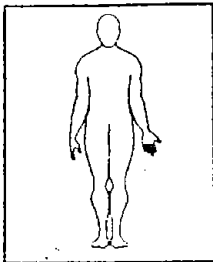
( )

B) Falso

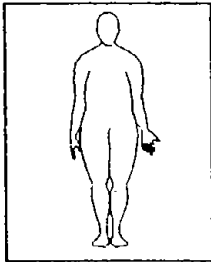
( )

SECCION G

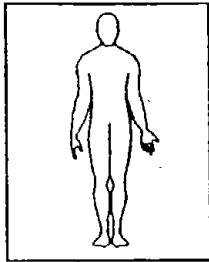
Observa con cuidado las siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



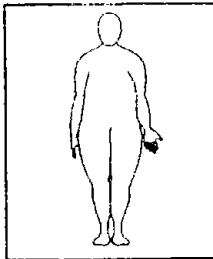
(A)



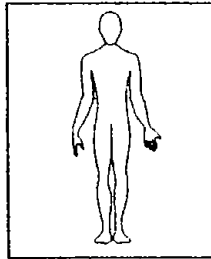
(B)



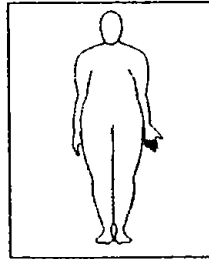
(C)



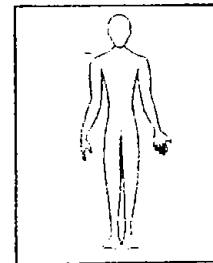
(D)



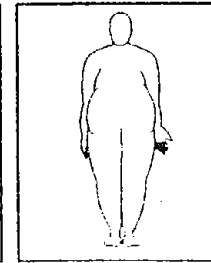
(E)



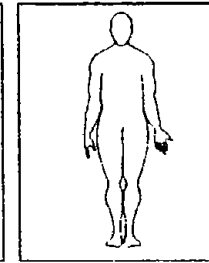
(F)



(G)



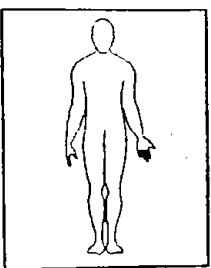
(H)



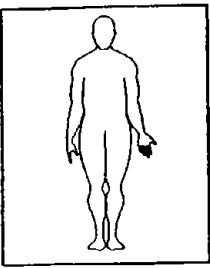
(I)

SECCIÓN C

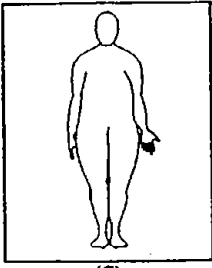
Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



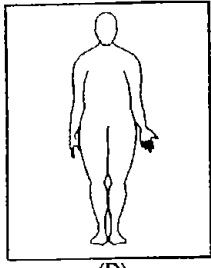
(A)



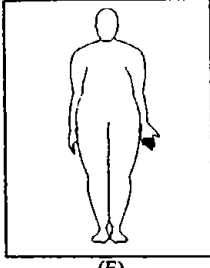
(B)



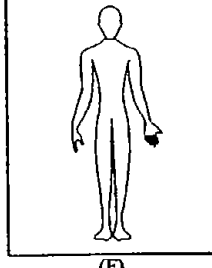
(C)



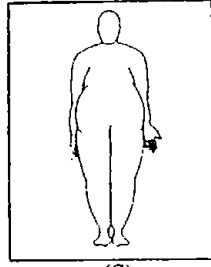
(D)



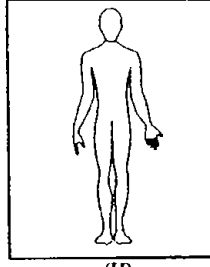
(E)



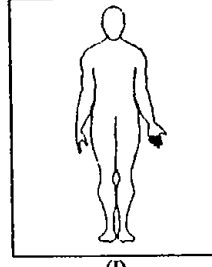
(F)



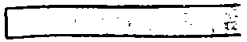
(G)



(H)



(I)



## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª. Ed.) DSM-IV. Washington: D.C. American Psychiatric Association.
- Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (1998). *Nutrición en la infancia y la adolescencia*. México: Ergon.
- Bernal, A. I. N. L. (2002). Ansiedad y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes y jóvenes universitarios. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Joaquín Mortiz.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. España: Herder.
- Caparros, N. y Sanfeliu, I. (1997). *La anorexia una locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona: Masson.
- Dulanto, G. E. (2000). *El adolescente*. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.
- Fernández, J. (1996). *Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Pirámide.
- Fisher, C. (1965). Psychoanalytic implication of recent research on sleep and dreaming. Part I: Empirical Findings. *Journal of Psychoanalytic Association*. 36, 197-303
- Flores, P. F. (2001). *Psicología social y género* México: Mc. Graw-Hill Interamericana.
- García, C. E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa Bulimia nerviosa y obesidad*. Barcelona: Masson.
- Gasca, J. (2000). Salud mental y relación interpersonal en adolescentes mexicanos y jóvenes universitarios. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia Nerviosa*. España: Pirámide.

- Gómez-Peresmitré, G. Granados, A. Jáuregui, J. Tafoya, S. y Unikel, C. (2001). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. *Revista psicología contemporánea*, 7 (1), 4-15
- Gómez-Peremistré, G. (2002). Trastornos de la alimentación anorexia, bulimia y obesidad. <http://www.tucomunidad.unam.mx/files%20HTML/anorexia.htm>. recuperado el 24/09/2002.
- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Proyecto de investigación una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desordenes del comer para la promoción de la salud.
- Gómez-Peresmitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Ponencia 450 UNAM*. División de investigación y de estudios de posgrado. Facultad de Psicología.
- Gómez-Peresmitré, Pineda. G.G., L. Éspérance, P. Hernández A.A., Platas, A. S. y León, H. R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132
- Gómez-Peresmitré, G. Unikel, C. y Saucedo, M. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En N. Calleja y G. Gómez-Peresmitré. (Comps.) *Psicología social: Investigaciones y aplicaciones en México*. México: Fondo de cultura económica.
- Jonssons, B. (1986). Personality traits predicting Weight lost outcome in obese patients. *Acta psychiatrica scandinavica*, 74 (4), 384-387.
- McLaren, D. S. (1983). *La nutrición y sus trastornos*. México: Manual Moderno.
- Mesa, B. M. (1992). Principales causas y propuestas de la compulsión a comer desde tres diferentes perspectivas psicológicas. Tesis de Licenciatura. Universidad Ibero-Americana, México.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: UniSon.

- Morris, S. L. H. (1992). *Manual Práctico de Neurología*. Madrid: Diorki.
- Olea, D. y Orendain, C. (1997). *Nutrirse es algo más que comer. Manual y recetario*. México: Exasac.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Ortíz, H. M. V. G. (2003). *Un instrumento para la medición de la conducta alimentaria compulsiva*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pieron, H. (1974). *Diccionario de Psicología*, Buenos Aires: Kapelusz.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal*. España: Pirámide.
- Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). *Las indomables figuras de la anorexia*. Argentina: Nueva Visión.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (2000). *Obesidad*. España: Diagrafic.
- Saucedo, T. (1996). *Factores de crianza e interacción familiar*. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis de maestría en Psicología educativa. Facultad de Psicología, UNAM.
- Serrano, J. A, Van, M. Roelandts, A. y Cornu, A. (1992). La hospitalización del pre-adolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica. *Psicopatología*, 12 (2), 47-53.
- Sherman, T. R. y Thompson, R.A. (1999). *Bulimia una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Soriguer, J. y C., Esteva, I. y García, J. (1994). Significado clínico del tipo de distribución de la grasa corporal. En J.C. Soriguer. (Coor). *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz Santos.
- Tannenhau, N. (1999). *Anorexia y bulimia*. España: Roses.
- Tisera, L. G. (1996). *Anorexia y Bulimia*. Argentina: Homo Sapiens.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (2000). *Anorexia Nerviosa*. España: Libergraf.



- Unikel, C. S., Mora, R. J. y Gómez Peresmitré, G. (1999). Percepción de la gordura en Adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología/Journal of Psychology*, 33 (1), 11-29.
- Unikel, C. y Gómez – Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7 (3), 417-429.
- Vidal, G., Lolas, F. y Alarcón, R. (1992). Obesity and Eating Behavior: Diagnostic and Psychometric Aspects. *Acta Psiquiátrica y psicológica de América*. 38 (1), 113-118.
- Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Cultural Psychiatry*, 18 (3), 537-553.