



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES
ANTE EL CUERPO Y EL PESO QUE EXPLORAN FACTORES
DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN MEXICANAS DE 9 A 12 AÑOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :**

**MARTHA PAULINA JACINTO BRAVO
ANA GABRIELA LORENZO GONZÁLEZ**

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

COMITÉ: MTRO. JUAN C. MARTÍNEZ BERRIOZABAL

MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA

DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA

LIC. LEONEL ROMERO URIBE

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2013





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:

A Dios, por su inmenso amor...

A mis padres: Ruth y Manuel por darme el mejor regalo que se puede dar... la vida.

A mi Madre por ser la mujer de mi vida, por acompañarme en todo momento, por tus enormes esfuerzos para que siempre estuviera bien, por tu apoyo incommensurable, por tu amor, por todo lo que soy. Gracias. Te amo

A mi padre, por todo tu amor, tu comprensión, tolerancia, tu apoyo; por demostrarme a diario lo importante que es el esfuerzo y la dedicación cuando quieres lograr tus sueños. Por ser el héroe de mi vida. Gracias. Te amo

A mis hermanas. Ana gracias, por toda una vida llena de aprendizajes, por demostrarme que a la vida siempre hay que verla de frente, por tu fortaleza, sabiduría y apoyo. Adriana por instruirme que siempre se puede salir adelante pese a todo, por enseñarme lo importante y valioso que es la familia, por tu inteligencia, por tu cariño.

A mi Carito por ser mi amiga, mi compañera, mi confidente, por hacerme reír cuando más lo necesito, por los momentos compartidos, por lo que nos faltan, por ser la niña que más amo... Es un honor tenerlas como hermanas. Las amo con todo mí ser.

A Jossuie por ser mi cuñado favorito, por los consejos dados, por los conocimientos adquiridos, por el cariño. A mi pequeño Jossue Manuel por ser siempre mi alegría, por tus abrazos, por los juegos, por tu cariño. A mí querida, Lidia por ser un motivo por el cual esta vida valga la pena, por tus increíbles sonrisas. Gracias familia por llenar siempre mi corazón de alegría y amor. Gracias

A mi Mariana Aidé, por ser tan especial en mi vida, por inundar de alegría todos los días mi corazón, gracias por todo tu amor, por tus sabias palabras, por los abrazos, por los momentos compartidos... Gracias por existir mi niña. Te amo

A mis abuelitos, a mi abuelito Leonardo por demostrarme que tan fuerte puede ser un ser humano, por tu dedicación a la vida. A mi Abuelita Piedad, por enseñarme que a la familia se le lleva en el corazón a pesar de todo. A ti abuelita Lidia, por todo tu amor, por tu sabiduría, porque sé que donde te encuentres, estas orgullosa de nuestro sueño. Este logro va para ti. Te amo.

A mi padrinito Raúl, por todo tu cariño, por tus preocupaciones, por las buenas pláticas, por creer en mí, por ser siempre el amigo.

A mi madrina Ángeles, por todo tu amor, tu apoyo, por tu ayuda para que se pudiera realizar este trabajo, pero sobre todo, gracias por siempre estar, estar cuando más te necesito. Todo mi respeto, cariño y admiración por siempre... A mi padrino Oscar, gracias por quererme tanto, por toda tu ayuda, por tener siempre fe en mí, por ser un gran hombre de familia, gracias. A Aurita por todo tu cariño, por tu nobleza, por tu linda sonrisa, por ser como eres. A mi Dani, por ser la persona más espectacular y especial que conozco, por la confianza, por el amor, por los grandes momentos, por ser mi amiga, por ser mi hermana... Gracias a esta gran familia...

A mi padrino Leonardo, por ser un ideal a seguir, por ser el ser humano tan correcto e inteligente que es. A mi madrina Eli por el cariño y apoyo, A Marco gracias primo, por demostrar a diario que la constancia es la base del éxito, a Liz gracias por toda tu alegría, por tu increíble actitud a la vida, por todo tu cariño. A Imanol por tu gran corazón, por tu nobleza... Gracias

A Gabby, por acompañarme en este camino, por aventurarte en este trabajo, por las enseñanzas. Por los momentos compartidos desde el primer día en esta universidad, por los que aún nos faltan por vivir, por tu amistad y cariño. Te quiero Mucho. Gracias

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi alma Mater, e impulsar mi desarrollo académico, profesional y humano, por el privilegio de pertenecer. A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, por permitirme desarrollarme en lo que ahora soy. A mi gran carrera Psicología, por formarme de una manera integral, porque es un orgullo pertenecer a esta casa.

A mi tutor, Doctor Rodolfo Corona Miranda, por el afecto, apoyo, tiempo y enseñanzas, por el conocimiento compartido y dedicación a este trabajo. A mis sinodales, al Doctor José de Jesús Silva Bautista, por su amabilidad, por sus consejos y enseñanzas, Al Maestro Juan Martínez, por su tiempo y revisión a este trabajo, al Maestro Leonel Romero Uribe por su tiempo y aprendizaje.

A mi querido tutor y amigo, Edgar Pérez Ortega, porque antes de ser el gran maestro que eres, eres un increíble y espectacular ser humano, gracias por tu tiempo, por tus enseñanzas, por tu sabiduría, por los regaños, por las discusiones, por el tiempo extra, por las alegrías, por la dedicación a este trabajo. Asimismo Gracias amigo por los consejos de vida, por todo tu cariño; gracias por ser como eres...

Mi cariño, respeto y admiración siempre...

Gracias a los que no están, por lo vivido y aprendido.

Martha Paulina Jacinto Bravo

Agradecimientos:

A mi mamá que es el ser más maravilloso de todo el mundo.

Gracias por tu apoyo, cariño y comprensión, que desde siempre me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí.

A mi papá porque desde siempre ha sido para mí un hombre maravilloso al que siempre he querido y admirado.

A mi hermano por ser parte esencial de mi vida, que lo quiero mucho y siempre voy a estar a tu lado pase lo que pase.

A ustedes mi pequeña gran familia Silvia, Juan, Alejandra, Charlie y Kitzia. Les dedico esto como testimonio de eterno agradecimiento por el gran amor que siempre me han brindado.

Sabiendo que jamás encontraré la forma de agradecerles a todos su constante amor y apoyo, sólo espero que sepan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.

A Paulina, amiga que te puedo decir gracias por haberme tenido la paciencia necesaria y por motivarme a seguir adelante, todos estos años juntas me han demostrado que eres la mejor, te quiero y siempre serás parte importante de mi vida.

Gracias a los profesores involucrados en la elaboración de nuestra tesis muy en especial a Edgar Pérez y Rodolfo Corona, gracias por su apoyo todos estos meses.

Y por último gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

GABRIELA

Índice

Resumen	1
Introducción.....	1
I.Trastornos de la conducta alimentaria.....	4
Conducta alimentaria	4
Definición de los trastornos de la conducta alimentaria	6
I.I Anorexia Nerviosa.....	10
Antecedentes históricos	10
Definición.....	22
Criterios diagnósticos.....	23
Consecuencias.....	28
Prevalencia.....	32
I.II Bulimia nerviosa.....	34
Antecedentes históricos	34
Definición.....	38
Criterios diagnósticos.....	39
Consecuencias.....	43
Prevalencia.....	46
I.III Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	48
Criterios diagnósticos.....	48
I.IV Obesidad	49
Obesidad como trastorno de la alimentación.....	49
Definición.....	50
Manifestaciones clínicas	51
Clasificación de obesidad	54
Consecuencias.....	56

Prevalencia.....	60
II. Tercera infancia y preadolescencia (pubertad).....	63
Definición de tercera infancia y preadolescencia (pubertad).....	63
II.I Etapas cronológicas de la infancia y la pubertad	64
Desde una perspectiva cognitiva	64
Desde una perspectiva cualitativa	68
II.II Crecimiento físico y biológico	71
Tercera Infancia	71
Pubertad.....	72
II.III Habilidades cognitivas	74
Desde una perspectiva contextual.....	74
Tercera Infancia	75
Pubertad.....	77
II.IV Cambios psicológicos y sociales	78
Tercera infancia	78
Pubertad.....	81
II.V Cambios emocionales	84
Tercera Infancia	84
Pubertad.....	86
II.VI Autoestima e imagen corporal.....	87
Tercera infancia	87
Pubertad.....	89
III. Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).....	93
Definición de factores de riesgo.....	93
III.I Etiopatogenia de los TCA	95
Factores predisponentes.....	95
Factores precipitantes.....	98
Factores perpetuantes	99

III.II Descripción de los Factores de Riesgo en los TCA	100
Factores de riesgo asociados a la imagen corporal (IC)	101
Factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria	112
Factores de riesgo relacionados con prácticas compensatorias	116
Factores socioculturales	119
III.III Instrumentos que miden factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria.....	133
Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 52)	133
Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) Escalas E y F	135
Escala que mide Atributos (autoatribución)	136
IV. Metodología	138
Objetivo de investigación	138
Objetivo específico de investigación	138
Planteamiento del problema	139
Hipótesis de investigación.....	139
IV.I Variables	139
Definición conceptual de Variables	139
Definición operacional de Variables.....	140
IV.II Método	141
Tipo de Investigación	141
Diseño de Investigación	141
Instrumentos y Aparatos	142
Procedimiento	143
Análisis de datos	143
V. Resultados	145
V.I Descripción de la muestra	145
Edad.....	145
Grado escolar.....	146
Actitudes Familiares.....	146

Peso	147
Talla.....	147
Índice de Masa Corporal (IMC).....	148
Preocupación por el peso corporal	148
Edad de la primera dieta	149
Edad de inicio de la preocupación por el peso corporal.	149
Alimentos que consideran engordadores	150
Consejos para bajar de peso	151
V.II Validez y Confiabilidad del instrumento.....	152
Obtención de datos psicométricos del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso	153
VI. Discusión y conclusiones.....	173
VI.I Discusión	173
VI.II Conclusiones	178
VI.III Limitaciones y sugerencias	180
Referencias bibliográficas	181
ANEXO 1	196
ANEXO 2.....	206

Resumen

El objetivo del presente estudio fue obtener la validez de constructo y la confiabilidad del Cuestionario sobre actitudes ante el cuerpo y el peso, el cual ha sido adaptado por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré. Dicho cuestionario fue aplicado a una muestra de 602 niñas preadolescentes cuyas edades oscilaban de 9 a 12 años (de 4°, 5° y 6° de primaria). La investigación fue de carácter psicométrico, de campo, de tipo no experimental con diseño de una muestra. El Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, mostro una consistencia interna (alpha de **.780**) la cual al ser la primera vez que se le hacen adecuaciones al instrumento está se considera confiable; el análisis factorial y la rotación varimax proporcionaron 11 factores que explican el 89.94% de la varianza total.

Introducción

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una necesidad biológica, seguida de una motivación psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de esta, ha dado origen a lo que se conoce como Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven alterados (Saucedo-Molina, Unikel, 2010).

Las alteraciones de la conducta alimentaria se caracterizan por cambios graves de dicha conducta y dentro del campo de estudio de los Trastornos de la alimentación se encuentran tres principales entidades: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa (DSM-IV, 2002) y la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas (CIE 10 1994).

En los últimos años (Toro, 1999; Salinas, 2010; Toro, 2010), el interés por el estudio de los TCA ha aumentado debido al incremento en la población infantil y adolescente que los padece, a la relevancia que adquiere dado su costo social e individual así como a la complejidad de su tratamiento (Platas, Gómez Pérez-Mitré, 2011).

Los TCA son entidades nosológicas de naturaleza multicausal, que se caracterizan por alteraciones severas en las actitudes y comportamientos relacionados con la ingestión de alimentos, que se acompaña de una marcada insatisfacción con la imagen corporal. El incremento en la prevalencia de estos trastornos en sociedades tanto occidentales como orientales (Chosowa, O´dea, 2010; Citado en Platas, Gómez Pérez-Mitré, 2011) resulta alarmante ya que el valor de la delgadez ha invadido cada fase de las sociedades industrializadas. Además, cada vez más esta problemática alcanza a niños y niñas de menor edad (Gómez Pérez-Mitré, 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1999; Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, Pineda, 2001b; Al-Adawi, Dorvlo, Burke, Al-Bahlani, Martín, Al-Ismaily, 2002; Mancilla, Gómez, Álvarez, Franco, Vázquez, López, Acosta 2006; Saucedo-Molina, Unikel 2010).

Entre los principales hallazgos de la investigación realizada con diferentes grupos de edad, Gómez Pérez-Mitre et al., (2001b) encuentran que la diferencia por sexo se inicia en la pubertad (de 10 a 12 años) en donde la niña se muestra más inconforme (insatisfecha) con su cuerpo y más preocupada por su peso corporal que sus congéneres masculinos. Así, la pubertad constituye un factor de riesgo para desarrollar TCA. Los resultados obtenidos por Mancilla et al. (2006) señalan que la edad pico para el surgimiento de los TCA es la de 11 años.

Resulta cada vez más evidente que los preadolescentes están adquiriendo la preocupación de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada. Esta ansiedad se traduce en factores de riesgo, que pueden favorecer el surgimiento de un trastorno alimentario, los cuales tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas que son peligrosas si se siguen dichas conductas en etapas cruciales de la vida como es la pubertad, (Saucedo-Molina, Unikel, 2010).

Entendiendo a los factores de riesgo como aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto, individual o colectivo, y en la manera en que vulnerabilizan al individuo, contribuyen a su desajuste y a su desequilibrio incrementando la posibilidad de enfermedad (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Gómez Pérez-Mitré, 2003; Mancilla et al., 2006). Actualmente el modelo biopsicosocial de Garner y Garfinkel (1982), permite explicar la génesis y el mantenimiento de los TCA, de manera terapéutica y preventiva.

Y es en la prevención donde surge la necesidad de contar con instrumentos validos a través de los cuales sea posible tamizar púberes en riesgo de desarrollar un TCA, que permitan diseñar intervenciones preventivas y eficaces de promoción de la salud. Un buen intento de ello es el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, adaptado por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré, con la finalidad de evaluar y esclarecer los factores de riesgo y así realizar una oportuna prevención.

I.Trastornos de la conducta alimentaria

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. No cabe duda: sin comer, sin comer en cantidad suficiente, sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud (Toro, 1999).

Pero la comida no solo es nutrición; comer no es solo alimentarse (Toro, 1999; Gómez Pérez-Mitre, Saucedo-Molina, Unikel, 2001a). 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 pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1999; Castillo, León, López, Medina, Burgos, De Cruz, 2005b).

Reafirmando dicha premisa Gómez Pérez-Mitre et al., (2001a) afirman que la conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a). La conducta alimentaria puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan estos valores (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a), en donde muestran que la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus. Los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmación frente a los demás y de adquirir prestigio (Toro, 1999).

Como ya se ha mencionado el hecho de comer ha tenido una connotación social (Castillo et al., 2005b). Baas et al (1979; citado en Toro, 1999) 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 estatus 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

Evidentemente, muchos de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez (Toro, 1999).

De acuerdo con Blundell (1991; citado en Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a), a través de la alimentación o del acto de la ingestión alimentaria, los factores biológicos y culturales del mundo externo se encuentran con los factores biológicos y psicológicos del mundo interno del individuo. La conducta alimentaria se ve influida por factores que rebasan por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietarias del individuo (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a).

Entre los factores a los que alude Blundell, están desde las condiciones socioeconómicas hasta los ideales de la forma corporal impuestos culturalmente, así como muchos de los sucesos cotidianos de vida que abarcan todo tipo de aprendizajes, de estados de ánimo, atributos, etc. (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a).

El hombre ve determinadas sus acciones y sus decisiones a lo largo de la historia por múltiples factores externos e internos; entre estos últimos deben reseñarse los instintos o impulsos primarios, entre los que hay que mencionar el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida y la homeostasis y también para obtener el placer) y la sexualidad (promovida por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción). El ajuste de estas necesidades básicas a los requerimientos que supone la existencia en una sociedad marcada por normas que varían en función de aspectos culturales, religiosos o estéticos supone en muchas ocasiones la génesis de conflictos y a veces la frontera estrecha entre lo que puede ser patológico o normal en lo que concierne a lo normal (Castillo et al., 2005b).

Definición de los trastornos de la conducta alimentaria

Si bien es cierto que el apetito resulta esencial para el mantenimiento de la vida, también es verdad que representa un fenómeno biopsicosocial que surge como producto final de las interacciones íntimas y complejas entre los procesos psicológicos del individuo y del medio ambiente (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001a).

Si el comer puede, y suele, revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. En la práctica, no se hayan sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas más o menos contundentes relativas a la ingestión de determinados alimentos. Se trata de tabúes alimentarios muy sólidamente establecidos (Toro, 1999). En su mayor parte son de carácter religioso, aunque se piense que su origen histórico pudiera basarse en justificaciones estrictamente alimentarias (Tisera-López, 1996; Toro, 1999).

Así sabemos que los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y cuajada; los judíos carne de cerdo y mariscos; los budistas solo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal y que distintas religiones obligan ayunos totales o selectivos (abstinencias) en determinadas épocas del calendario religioso: el Ramadán musulmán, la Pascua cristiana, etc. (Tisera-López, 1996; Toro, 1999).

En tales circunstancias, comer es pecar; la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber infligido una norma sagrada. Se trata, de reglas suficientemente interiorizadas para que, aun sin observadores ni jueces externos, el infractor (el comedor de lo prohibido) reaccione así, angustiadamente, deseando no haberlo hecho, arrepintiéndose. Comer de la manzana prohibida conlleva a la pérdida del paraíso (Toro, 1999).

En casi todas las religiones, el ayuno, total o parcial, está relacionado con celebraciones. Las oscilaciones entre saciedad y hambre parece que los llevaba a establecer ayunos voluntarios creyendo que así podrían conseguir de los dioses sueños y visiones, salud, buena suerte o fertilidad. Los ayunos de carácter penitencial o propiciatorio probablemente nacieron de este especial sentido del ritmo de la naturaleza. Si la naturaleza, de manera errática e impredecible, humilla a las personas por el hambre, éstas pueden humillarse o castigarse así mismas antes de que lo haga Dios mediante igual procedimiento (Tisera-López, 1996; Toro, 1999). Así pues, esa abstención alimentaria podía entenderse como búsqueda de fertilidad, como penitencia o como huida de lo material. Con tales características ya estaba presente en el área mediterránea antes del establecimiento de la cristiandad (Toro, 1999).

La llegada del cristianismo implicó una serie de cambios en costumbres y valores que conmocionaron a la sociedad en aquel momento. Pero hasta finales del siglo III y principios del IV no se estableció el ayuno como una práctica religiosa relevante, definitoria de la comunidad cristiana. Con probabilidad se produjo, lentamente, una integración de las creencias y costumbres alimentarias preexistentes en el seno de la nueva normativa cristiana. A partir de ese momento el cristiano, mediante el ayuno, se unía a Cristo en la cruz. Mantenía la regla de abstinencia que Adán había violado en el paraíso, y el mismo se convertía en alimento para el sacrificio, se hacía agradable a los ojos de Dios y salvaba pecadores (Toro, 1999).

En esta nuestra sociedad actual los ayunos y abstinencias practicados en nombre de Dios están siendo relegados al olvido con acelerada rapidez. Mas se trata de la misma sociedad que ha dejado de padecer hambre, de la “sociedad opulenta”, la que conforman los llamados “estados de bienestar”. Es precisamente en esta sociedad laica y carente de hambrunas donde aparecen con un carácter epidémico jamás visto con anterioridad los ahora denominados Trastornos de la Conducta Alimentaria (mencionados desde este punto como TCA) (Toro, 1999).

Los TCA han existido siempre y hay descripciones de ellos a lo largo de la historia. Ya en el Corpus Hipocraticum (conjunto de enseñanzas y tradiciones médicas atribuidas a Hipócrates de Cos, 460-377ac) se recoge: "*Los efectos de un régimen debilitante y prolongado son difíciles de reparar, y lo mismo sucede con los de una repleción extrema y continuada*". Galeno en el 155 describe un cuadro de adelgazamiento morboso y la *kynos orexia* o *hambre canina* como sinónimo de la bulimia. En la civilización romana era habitual en banquetes y fiestas la ingesta masiva de alimentos, seguida de conducta purgante. Posteriormente en la edad media y hasta nuestros tiempos, diversos autores (Morton, Gull, Lassègue, Crip, Palazzoli, Spitzer...) describen y definen la anorexia y la bulimia nerviosas (Castillo et al., 2005b).

Por tanto, podemos decir que los TCA han existido siempre, pero la historia nos demuestra que su significado ha variado sustancialmente a lo largo del tiempo, lo que ha supuesto un reto para la psicología y otras disciplinas, ya que, siendo una enfermedad de clínica y sintomatología constante y clara, la etiopatogenia ha sido un enigma cambiante.

Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dentro del DSM-IV se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La **anorexia nerviosa (AN)** se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La **bulimia nerviosa (BN)** se define por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo (DSM-IV, 2002).

En el contenido de dicho manual se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico. Dentro del mismo manual encontramos en el Apéndice B, titulado Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, el trastorno por atracón que se caracteriza por atracones de comida recurrentes que se asocian a pruebas subjetivas y comportamentales de falta de control sobre la alimentación y de malestar clínicamente significativo, y que no se acompañan de las estrategias compensatorias típicas de la bulimia nerviosa (DSM-IV, 2002).

Para fines de esta investigación es conveniente incluir dentro de los TCA a la obesidad, ya que es una de las enfermedades más prevalentes, y de gran importancia al residir en su actuación como factor de riesgo para muchos otros trastornos. En la actualidad, no es de sorprenderse que la obesidad sea incluida dentro de los TCA (Velasco, Martín de la Torre, 2004; García, Correas, Quintero, García, Chinchilla, 2005). Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales (DSM-IV, 2002).

Los TCA constituyen en la actualidad cuadros de gran relevancia social, especialmente en población de más alto riesgo: mujeres jóvenes y adolescentes de países desarrollados o en vías de desarrollo (Guerro-Prado, Barjau, Chinchilla 2001, Guerro- Prado, Barjau, 2003; Peláez, Labrador, Raich, 2005).

En esta población se ha producido un incremento de dos a cinco veces en las cifras de prevalencia de TCA en las últimas tres décadas, aceptándose un porcentaje de 0,5-1% de anorexia nerviosa, de 1-3% de bulimia nerviosa y de aproximadamente 3% de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TCANE) (Peláez et al., 2005), encontramos estudios con una prevalencia del 3,3% y del 3,2% para el trastorno por atracón, y de prevalencias a lo largo de la vida para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados del 3,0% (Guerro-Prado, Barjau, 2003).

Según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD, 1995), la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR; APA, 2000) y revisiones recientes de estudios epidemiológicos de TCA (Hoek, 2003). Dichas fuentes establecen una razón de prevalencia de TCA de uno a nueve en varones respecto a mujeres.

I.I Anorexia Nerviosa

Antecedentes históricos

El objetivo de este capítulo es introducir la causalidad sociocultural de la anorexia, a partir de una mirada a la historia de esta enfermedad. Ya que mientras la causalidad orgánica y psicológica de la anorexia está bien definida, no ocurre lo mismo con los factores socioculturales. Esto obedece a que la importancia causal de lo sociocultural, aunque sea reconocida, no tiene la especificidad de lo orgánico y lo psíquico en el contexto del enfoque biomédico (Uribe, 2007).

La anorexia no es un problema exclusivamente moderno. Ella se ha presentado en otros momentos de la historia de la sociedad, por otros motivos y en otras circunstancias. Por tanto, establecer semejanzas y diferencias entre la anorexia actual y fenómenos semejantes ocurridos en otros momentos históricos o en otros contextos culturales, permite ir definiendo la causalidad sociocultural de la anorexia en la actualidad (Uribe, 2007).

Con frecuencia se considera la anorexia como un síntoma de moda, provocada, estimulada y favorecida por el ideal de belleza femenino, signado por la delgadez que en nuestra época propone aquí y allá, en los medios masivos de comunicación, en los productos que ofrece para el consumo, en los ideales con los que invita a identificarse, etc. (Yosifides, Guazzaroni, 2006).

Sin embargo, en otros tiempos nos llegan noticias de que “*comer nada*” no es un síntoma exclusivo de nuestra época (Toro, 1999; Castillo, León, López, Gallo, Fernández, Medina, 2005a; Yosifides, Guazzaroni, 2006; Uribe, 2007), sino que ha sido también una práctica muy frecuente en la edad media y en el ámbito religioso cristiano; la cual tenía por finalidad alcanzar la santidad. Es decir, la investigación ha puesto de manifiesto que la anorexia nerviosa es un trastorno conocido desde la antigüedad, desconociéndose su prevalencia hasta hace relativamente poco tiempo, con distintas connotaciones entre las que destacan la religiosidad y el misticismo (Castillo et al., 2005a).

El estudio de la anorexia nerviosa puede dividirse en periodos sucesivos, del siglo V al XVI se encontraron casos de muchachas jóvenes que ayunaban hasta llegar al rechazo total de alimento, en el cristianismo, se encontraron casos de jóvenes que ayunaban como manera de mortificación, de la renuncia a los alimentos terrenales, en la persecución de un ideal de belleza que mostrase en el cuerpo mismo, el triunfo del alma sobre la “carne” y fue también una manera de identificarse con Jesús (aquel Cristo ayunando cuarenta días en el desierto) y con los santos de la Iglesia (Yosifides, Guazzaroni, 2006).

Durante esa época, la iglesia cristiana también difundió sus ideales de belleza, ideales que tuvieron gran peso especialmente durante la edad media, ideales de belleza que a simple vista nada parece tener que ver con el cuerpo, sino únicamente con el alma, con un alma pura, sin rastro de pecado, digno de entrar al reino de los cielos. (Yosifides, Guazzaroni, 2006). En la edad media, muchas mujeres practicaban la “anorexia sagrada” como forma de acercamiento a Dios, o como un medio para alcanzar la gracia espiritual, dado que, en el cristianismo, el ayuno es una forma de penitencia, de dominación del cuerpo, de sometimiento de lo físico y de lo terrenal, en beneficio de lo espiritual (Uribe, 2007).

Una de las figuras más conocidas y significativas durante la edad media, que para acceder al ideal de Santidad y ser dignas de entrar a la Casa del Señor, hizo uso del ayuno extremo fue la Santa Catalina de Siena (Toro, 1999; Russell, 2003; Castillo, et al, 2005a; Yosifides, Guazzaroni, 2006; Uribe, 2007). Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios, se llamó *Anorexia santa*, en España Santa Teresa de Ávila (1500) comenzó a usar constantemente una rama de olivo para inducirse el vómito y vaciar totalmente el estómago para así poder acoger dignamente la Hostia consagrada que se convirtió en su única fuente de sustento (Castillo et al., 2005a).

En el medioevo, la restricción alimentaria es, por tanto, una práctica que buscaba fines religiosos. Por esto, gran parte de las mujeres consideradas santas eran auténticas enfermas de anorexia. Hay que tener en cuenta que la anorexia sagrada era una práctica mayoritariamente femenina, en tanto la ideología religiosa y la concepción social del cuerpo femenino presionaban a la mujer hacia las conductas anoréxicas (Uribe, 2007).

El cuerpo era fuente del pecado pero éste era asumido de manera diferente si se trataba de hombres o de mujeres. Los pecados cometidos por los hombres se debían a la tentación provocada por un objeto externo a ellos, que los seducía y los llevaba a pecar (muchas veces tentados por la corporeidad que la mujer les ofrecía). Las mujeres, sin embargo, tenían la fuente de pecado dentro de ellas, no eran víctimas de la tentación, sino que eran pecadoras en sí mismas, dada la naturaleza de sus cuerpos. Eran hijas de Eva, que habían traído el pecado inscrito en su cuerpo y lo habían mediatizado a través de un alimento (Yosifides, Guazzaroni, 2006).

Durante el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba todavía religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo seguía siendo practicado por los penitentes, generalmente mujeres que repudiaban los placeres terrenales. El ayuno seguía siendo considerado una bendición suprema de Dios y se admiraban a los que sobrevivían sin ingerir alimentos (Castillo et al., 2005a).

Desde inicios del siglo XVII, los clérigos empiezan a ser remplazados por los médicos en la evaluación de las causas del ayuno. Las mujeres ayunantes ya no son vistas como santas y devotas, sino como pacientes que sufren una enfermedad de causa orgánica y más tarde psiquiátrica (Araya, 2001; citado en Uribe, 2007). En ciertos lugares, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas: era Satán y no Dios quien las motivaba. Sin embargo, desde el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación consiguiendo una gran atención pública y con frecuencia recompensas materiales (Bell, 1985; citado en Toro, 1999).

Persecuciones al margen, y aun desconociendo las opiniones del ciudadano medio, lo cierto es que los panfletos y periódicos de la época consideraban estos ayunos como milagrosos (Castillo et al., 2005a) un signo de la presencia de Dios en la Tierra o, más tarde, como un sorprendente fenómeno natural (Van Deth y Vandereycken, 1991; citado en Toro, 1999).

Con frecuencia el ayuno, se acompañaba de otras "*señales de santidad*", desde practicas ascéticas también autolesivas hasta visiones y estigmatizaciones. Desde una perspectiva actual, la devoción popular que todo ello suscitaba debía reforzar intensamente los comportamientos implicados en el papel asumido y desarrollado por la ayunadora, sin olvidar que tampoco escaseaban las recompensas monetarias y en especies.

En cualquier caso se trataban de muchachas que restringían significativamente su alimentación, presentaban los síntomas de la desnutrición, no se les detectaban patologías conocidas y encarnaban valores e ideales propios de su tiempo y de su grupo cultural (Toro, 1999).

A partir de la segunda mitad del siglo XVII cambia la consideración social y las “*doncellas milagrosas*” pasan a ser simplemente “*muchachas ayunadoras*”, (Toro, 1999; Castillo et al., 2005a). Aunque una gran parte del pueblo llano mantuviera el convencimiento del carácter religioso, espiritual, de los ayunos, la progresiva penetración de las actitudes y conocimientos científicos en el ámbito de la medicina fue minando el terreno a tales concepciones. La observación, la descripción sistemática del observado, la búsqueda de leyes reguladoras de los fenómenos, los procedimientos de verificación de hipótesis fueron abriendo paso lento e ineludiblemente (Toro, 1999).

Vandereycken y Deth (1994; citado en Toro, 1999) señalan que, a partir de normas dictadas por el papa Benedicto XIV, los ayunos pasaron en un segundo plano, al tiempo que descendió básicamente el número de canonizaciones, este recorte de canonizaciones pudiera conllevar una pérdida de expectativas de alcanzar la santidad y en consecuencia la reducción de las prácticas alimentarias restrictivas, cabe señalar que la disminución de modelos sociales de santidad, es decir de personas “*perfectas*”, llevará a las “*perfeccionistas*” a buscar por otras vías la satisfacción de sus anhelos (Toro, 1999).

En este siglo a causa de las reformas religiosas, las mujeres que tenían “el poder”, de la abstinencia eran consideradas brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas. En la imaginación de mucha gente, las brujas dada su condición voladora debían ser sumamente ligeras (Toro, 1999) debían tener un peso inferior al del resto de los mortales (Tisera-López, 1996); de hecho, aún sin contar con “*tablas de peso*” una prueba de brujería consistía en verificar si el peso corporal de la sospechosa correspondía a lo esperable en función de su estatura (Toro, 1999). Escuadrones científicos eran enviados para desenmascarar a las falsas santas ayunadoras (Castillo et al., 2005a). La aparición y difusión de la imprenta permitió la publicación y distribución de folletos que describían todos estos casos, contribuyendo probablemente a su proliferación (Toro, 1999).

El hecho de que las ayunadoras falsearan situación y ocultaran su alimentación no resta ni un ápice de interés a quien las analiza por su posible carácter de personas anoréxicas. Que las falsas ayunadoras no vivieran del hambre no significa que se alimentaran con normalidad ni mucho menos. La renuncia a buscar explicaciones a su conducta y a su estado psicobiológico una vez descubierto el fraude, se entiende en el contexto sociocultural de la época y de la comunidad concreta en la que vivía, se trataba de demostrar que no la mantenía con vida simplemente el espíritu (Toro, 1999).

De acuerdo con este mismo autor anorexia procede del griego *anorektous*, que significa falta de apetito. La primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo a finales del siglo XVII (Toro, 1999) por Richard Morton (Tisera-López, 1996; Toro, 1999; Castillo et al., 2005a), doctorado en Medicina en la Universidad de Oxford, quien describió una “ptisis nerviosa” o “atrofia nerviosa” cuya degeneración corporal fue atribuida a una perturbación del sistema nervioso (la consideraba una consunción nerviosa), así como a tristeza y preocupaciones ansiosas (Toro, 1999).

Morton llama atrofia, tisis o consunción nerviosa a un cuadro que se caracteriza por pérdida de apetito, mala digestión, debilidad y pérdida progresiva del peso, pero sin tos, fiebre ni dificultades respiratorias (Castillo et al., 2005a).

En el siglo XVIII y XIX, “*los artistas del hambre*” o “*esqueletos vivientes*”, más frecuentemente hombres, exhibían públicamente su habilidad para resistir vivos largos periodos de ayunos (Castillo et al., 2005a). Claude Ambroise Seurat, conocido como *l’Homme Anatomique (humano anatómico)*, se constituyó en el prototipo de los llamados artistas del hambre. En principio, se trataba de varones que exhibían su muy especial habilidad de mantenerse vivos a pesar de no ingerir alimentos durante ciertos periodos de tiempo. Seurat medía 1,70 metros y pesaba 27 kilos. Cuando murió a los 35 años de edad, su necropsia reveló la presencia de una solitaria de 5 metros (Toro, 1999). Pero no todos los “*artistas del hambre*” tenían una razón que justificara su delgadez extrema. Las motivaciones de estos hombres eran abiertamente lucrativas, pero su delgadez también resultaba francamente manifiesta. Se exhibían fundamentalmente en ferias, pero en las primeras décadas del siglo XX todavía se les podía contemplar en algunos cafés o cabarets (Toro, 1999).

En Francia fue Philippe Pinel, un médico psiquiatra francés, quien se destacó por su campaña para que los enfermos mentales recibieran un trato humano (Tisera-López, 1996). En 1798, publicó su *Nosographie Philosophique (Nosografías filosóficas)*, en el capítulo dedicado a la *neurosis de digestión*, incluyó la bulimia, la pica (ingestión de todo tipo de sustancias y objetos diversos) y la anorexia. En su opinión, la anorexia era una “*neurosis gástrica*” que sobrevenía con extraordinaria frecuencia (Vandereycken, Deth, 1994; citado en Toro 1999; Uribe, 2007).

A comienzos del siglo XIX comenzó a difundirse entre los médicos la noción que el rechazo a los alimentos y la amenorrea estaban asociados a la histeria. El médico alemán von Rein describe en 1834 un caso de histeria en una muchacha de 19 años, con amenorrea y globus hystericus (sensación de “nudo en la garganta”) con disfagia (dificultad para la deglución), calambres, inedia (falta de apetito) y desnutrición. Von Rein comenta que la inedia se presenta en los ascetas, pero además en los enfermos maniáticos y melancólicos. En caso de histeria e hipocondría, el trastorno se produciría “*en la pubertad debido al desarrollo acelerado de los órganos sexuales*” (Tisera-López, 1996).

En 1840 se publicó el *Traité théorique et pratique des maladies des femmes (Tratado teórico y práctico sobre las Enfermedades de la Mujer)* de Imbert. Incluye tres trastornos alimentarios, anorexia, bulimia y pica, bajo el epígrafe de neurosis del estómago. Describió dos tipos de anorexia: la “*anorexia gástrica*” y la “*anorexia nerviosa*”. La primera era un trastorno del estómago, mientras la segunda implicaba una alteración de las funciones cerebrales. Los pacientes con “*anorexia nerviosa*” presentaban pérdida de apetito y una gran variedad de síntomas neuróticos, tornándose melancólicos, coléricos y asustadizos (Toro, 1999).

Louis-Victor Marcé, médico francés que el 31 de Octubre de 1859, en una reunión de la *Société Médico-Psychologique* (Sociedad Médico-Psicológica) de París, leyó una comunicación titulada “*Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d’aliments*” (Nota sobre una forma de delirio hipocondriaco consecutivo dispepsia y se caracteriza por el rechazo de alimentos principalmente). Toda la comunicación de Marcé respira una cuidadosa e inteligente observación, haciendo hincapié en una serie de factores que, sin duda, guardan relación con anorexia nerviosa. (Russell, 2003).

Las aportaciones de Laségue y Gull deben situarse en la época victoriana, en plena polémica sobre las *fasting girls*, en el momento culminante de la transición desde una visión religiosa a una concepción natural de la anorexia nerviosa. La utilización del término *girls* implicaba en ese momento la noción de “*histeria*” (histeros: útero), pues los médicos victorianos consideraban a las muchachas particularmente proclives a los trastornos nerviosos (Toro, 1999).

En 1873, Sir William Withey Gull en Londres y Ernest Charles Laségue en París, utilizaron por primera vez el término “anorexia”. Gull emplea anorexia nerviosa, el cual siguió aplicándose en el ámbito de la lengua inglesa, como también en Alemania y Rusia, mientras que Laségue la denominó anorexia histérica, y Henri Hurchard en 1883 anorexia mental, el cual se utiliza en Francia, Italia, España y países del ámbito hispanoamericano (Tisera-López, 1996; Toro, 1999; Russell, 2003; Castillo et al, 2005a; Uribe, 2007). Tanto Gull como Laségue describieron el desorden en términos médicos y psíquicos (Castillo et al., 2005a).

Para Laségue, la anorexia histérica se inicia entre los 15 y 20 años, a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta. La evolución de la enfermedad se produciría a lo largo de tres etapas. En la primera, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. En la tercera fase el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos (Toro, 1999).

Laségue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo del adolescente a ingerir alimentos (Castillo et al., 2005a).

Esta fundamentación orgánica del trastorno no impidió que Laségue señalara la relevancia del mundo privado de las familias de clase media y sus relaciones con sus hijas.

En su opinión, la prolongación de la dependencia parecía sumarse a un amor paternal intenso, constituyéndose en el escenario en el que se desarrollaba la anorexia de ciertas muchachas de clase media. La atención que Laségue prestaba a las familias de sus pacientes le llevo a señalar que las anoréxicas procedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas (Toro, 1999).

Laségue fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres, lo que aquí conviene resaltar es el papel otorgado a factores no biológicos, y más concretamente sociales (Toro, 1999). Jean Charcot acompañó a Lassegue en el estudio de la anorexia y fue el introductor cuasi oficial de la parentectomia, es decir, del aislamiento de la paciente respecto de su familia, esto ayudaría a que los resultados fueran rápidos y buenos en la recuperación de la paciente (Toro, 1999).

William Withey Gull, describe en 1873 el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición (Toro, 1999), otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer (Castillo et al., 2005a). Leyó una comunicación titulada *Anorexia hysterica*. Al año siguiente publicó este trabajo bajo el siguiente enunciado “Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)” (Gull, 1874; citado en Toro, 1999).

Gull, en particular, emplea términos de carácter general, “*estado mental mórbido*” o “*perversidad mental*”. Prefirió el termino general “*nerviosa*” a formas más específicas de psicopatología: “la voluntad de pasar hambre se debe, creo, a un estado mental mórbido... podríamos llamar histérico a este proceso sin referirnos a los valores etimológicos del término, o mantener que los sujetos que la padecen sufren los síntomas más comunes de la histeria. Prefiero, sin embargo, el término más general de “*nerviosa*” (Gull, 1874; citado en Russell, 2003).

En 1883, Henri Hurchard utiliza por vez primera el termino de anorexia mental, distinguiendo entre anorexia gástrica y nerviosa, en 1885 Déjerine definió la anorexia mental “*se dice que un sujeto tiene anorexia mental cuando, influido por representaciones mentales, adquiere una repugnancia por toda clase de alimentos y llega a inhibir en si la sensación de hambre*” (Castillo et al., 2005a).

Al inicio del siglo XX, en el área específica de la anorexia nerviosa, fue el gran psiquiatra francés Pierre Janet, quien dio un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno (Janet, 1903; citado en Toro, 1999). Janet estudió varios pacientes anoréxicos detallada y exhaustivamente durante largo tiempo, describiendo dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica (Toro, 1999; Uribe, 2007).

En la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre. Ósea que el ayuno exige una buena dosis de voluntad. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo a engordar y, según Janet, desarrollarse y hacerse mujer. La persecución de la pérdida de peso, la conduciría a excesos en ejercicio físico. El padecimiento de hambre intenso junto con la renuncia a comer llevo al psiquiatra a hablar de un “verdadero delirio” (Toro, 1999; Uribe, 2007).

La forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real del apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos y regurgitaciones. Las pacientes incurrirían en una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga (Toro, 1999; Uribe, 2007).

Para Janet, la anorexia nerviosa o mental tenía un origen emocional. Sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y contaban con una “*multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el comer*”. Janet explicó todas estas interpretaciones en relación con la sexualidad. El pudor un género de ocultación de lo sexual, definiría los sentimientos de estas muchachas. Su negativa a crecer, a ser mujeres, implicaría su rechazo al desarrollo sexual (Toro, 1999).

Sigmund Freud, también sugirió una interpretación psicodinámica de la anorexia nerviosa. La describió como una forma de melancolía en la que la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una “*neurosis nutricional*”. Para Freud, todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual. En consecuencia, asocio comer o no comer a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. El significado simbólico, sexual, de los alimentos determinaría que resultaran repugnantes (Tisera- López, 1996; Toro, 1999; Castillo et al., 2005a).

De acuerdo con Loreto Araya (2001; citado en Uribe, 2007), para la teoría psicoanalítica freudiana, la anorexia en la mujer, entendida como una perturbación de la identidad femenina adulta, se traduce en la dificultad de asumir la feminidad, la sexualidad y la maternidad. En la adolescencia se reactiva la problemática temprana con la madre, que no ha podido asumir la función materna, debido a que no se ha independizado de su propia madre. La feminidad se construye, entonces, mediante la identificación con la madre frágil, a la que no es posible agredir. La agresión a la madre se transforma en autoagresión. La identificación con una mujer frágil y dependiente significa que, para la joven con anorexia, convertirse en mujer implica una amenaza (Uribe, 2007).

De 1914 a 1937 se consideró que la anorexia era una enfermedad exclusivamente endocrina, debido a que Morris Simmonds, en 1914, descubre la caquexia hipofisaria o adelgazamiento por insuficiencia endocrina, implementando tratamientos invasivos con insulina y electroshock (Castillo et al., 2005a).

La confusión persistió hasta finales de la Segunda Guerra Mundial cuando, gracias a los trabajos publicados desde 1937 por el médico escocés H.L Sheehan, se reconoció que la caquexia en estos casos era producto de la insuficiencia hipofisaria a consecuencia de una trombosis postparto de esa glándula. Así, a partir de 1945 y bajo una fuerte influencia psicoanalítica, la anorexia nerviosa regresa al campo de la psiquiatría (Tisera-López, 1996).

Sin embargo es en 1929 cuando Pierre Janet, retoma lo dicho durante finales del siglo XIX por Jean Martin Charcot, el cual señalaba el "*miedo a la obesidad*" como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno (Toro, 1999). Fue tal la insistencia por parte de Charcot que Janet se vio obligado a decir que el miedo a engordar se había convertido en una idea fija de Charcot (Russell, 2003).

Tras la Segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario, y más concretamente de la anorexia nerviosa. Las observaciones, los métodos exploratorios, van haciéndose más rigurosos, y las explicaciones etiopatogénicas más complejas, menos simplistas y reduccionistas.

En 1939, John Alfred Ryle, un médico inglés, basándose en su experiencia clínica, fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nerviosa. Justificaba tal pronóstico mediante la interacción entre la notable “emotividad” de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez (Vandereycken, Deth, 1994; citado en Toro, 1999).

Sin duda, es Hilde Bruch la psiquiatra que encabeza la nueva visión de estos trastornos (Tisera-López, 1996; Toro, 1999; Castillo et al., 2005a). Bruch de formación psicoanalítica, reconoció que el tratamiento psicodinámico en sí mismo considerado no era eficaz en la anorexia nerviosa (Toro, 1999). Señala alteraciones funcionales previas a la aparición de la anorexia nerviosa en tres campos psíquicos. 1. Perturbación grave de la autopercepción del esquema corporal, 2. Interpretación defectuosa de estímulos internos y externos y 3. Una sensación paralizante de incapacidad de lograr algún cambio en la vida (Tisera- López, 1996).

Para Bruch, la anorexia nerviosa debía entenderse en término de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosexual. Propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria (Toro, 1999).

Las características básicas de la anorexia primaria serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficacia, hallándose la paciente bajo la influencia de un “*locus de control*” externo. Bruch otorga suma importancia a esta última característica por considerarla fruto de experiencias infantiles y adolescentes, siendo la edad adolescente crítica para la aparición de la anorexia y constituyendo el periodo de la vida en que se busca y desarrolla la autonomía y la “*individuación*” (Toro, 1999).

La anorexia secundaria o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria. Sería la anorexia nerviosa más típicamente psicoanalítica (Toro, 1999).

Siguiendo bajo esta línea fue Mara Selvini Palazzoli, psiquiatra italiana, quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural. En el año 1963 publicó un libro sobre la autoinanición en el que desarrollaba sus significativos planteamientos. Sin embargo,

hasta que no apareció la versión inglesa (Selvini, 1974; citado en Toro, 1999), once años después, su obra no fue suficientemente valorada. Selvini constató el incremento de pacientes anoréxicos tras la Segunda Guerra Mundial, en el Instituto de Medicina Clínica de la Universidad de Milán, mientras duro el conflicto bélico (1939-1945), se atendieron restricciones alimentarias realmente graves, pero no hubo que hospitalizar paciente alguno por anorexia nerviosa. Las hospitalizaciones por anorexia se iniciaron en 1948, coincidiendo con la eclosión del “*milagro económico*” italiano (Toro, 1999).

Selvini Palazzoli atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos, y con las mujeres experimentado una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. No obstante, Selvini plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que la familia, según ella, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales (Toro, 1999; Uribe, 2007).

Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones, porque, pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan estando sujetas a mayor control familiar que los chicos. El alimento y las comidas constituyen elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en el medio familiar, pero Selvini reconoce que este fenómeno solo es posible en las sociedades opulentas, donde el alimento es abundante, fácilmente accesible y sistemáticamente ofertado (Toro, 1999; Uribe, 2007).

A partir de estas aportaciones se desglosan dos claras líneas de abordaje. Una de ellas pretende profundizar en la dinámica familiar, considerándola como el más importante factor causal de la anorexia nerviosa, siendo sin duda Minuchin con su análisis sistémico, su representante más caracterizado (Minuchin, Fishman, 2004).

En la otra línea se ubican todos los especialistas que se inclinan por una interpretación social y cultural, más allá de lo estrictamente familiar, de la génesis de los trastornos del comportamiento alimentario.

Probablemente los autores emblemáticos en este contexto sean Garfinkel y Gardner (1982) quienes han contribuido al establecimiento del modelo vigente de anorexia nerviosa como enfermedad diferenciada, de patogénesis compleja, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, con arreglo a un modelo etiopatogenico bio-psico-social. En la actualidad por tanto, el modelo que se propone es aquel que integra la vulnerabilidad biológica con determinantes psicológicos y sociales, como propone Garfinkel y Gardner llegando al modelo biopsicosocial como concepto de interacción única que explique las causas y factores de perpetuación en cada paciente (Castillo et al., 2005a).

Definición

La palabra anorexia deriva del griego, an (prefijo que significa carencia o privación) y orexis (apetito), significando falta de apetito (Castillo et al., 2005a). La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar (Toro, 1999), acompañada de anorexia, amenorrea y alteraciones del comportamiento (las personas que lo padecen dedican la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ello).

Se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, por un miedo intenso a ganar peso y por una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (DSM-IV, 2002). De acuerdo con Gómez Pérez-Mitre (1999) (el término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de hambre, ya que no es que no haya hambre o apetito, sino que las jóvenes dejan de comer de manera voluntaria volviéndose un asunto de orgullo para ellas, ganando el control sobre la comida). Llegando a un momento en que incluso la sola idea de comer o el intento de alimentarlas a la fuerza les provoca un enorme rechazo físico, con la consecuente aparición de náuseas y vomito (Gómez, 1996).

Criterios diagnósticos

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario en el cual una persona presenta una aversión al alimento que ocasiona inanición y una incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo, considerado normal para su edad y estatura (Hernández, Urbáez, Domínguez, Miranda, Barriguete, Caballero, Unikel, Balandrán 2008). Sin embargo hay varias enfermedades orgánicas que provocan la pérdida de apetito y la consiguiente pérdida de peso, así que desde finales del siglo XIX los médicos procuraron describir con más exactitud que es la anorexia y empezaron a excluir las causas orgánicas y a identificarla como una enfermedad psicológica. Este proceso de definición ha seguido hasta hoy, con continuos intentos de aclarar si hay alguna disfunción orgánica que juegue algún papel en la enfermedad. No obstante, llegados a este punto, todo parece indicar que la anorexia es, en palabras de los médicos, un “trastorno psiquiátrico” que no tiene ninguna causa orgánica, metabólica o genética (Buckroyd, 2001).

De acuerdo con el DSM-IV (2002), las características de la anorexia nerviosa son:

- La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.
- Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.
- Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran «obesas», mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas.

- En niñas que ya hayan tenido la primera regla, se presenta la amenorrea, la cual es considerada como consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

De acuerdo con el DSM-IV (2002), la anorexia nerviosa se divide en:

- **Tipo restrictivo.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo/purgativo.** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Manifestaciones clínicas

La anorexia nerviosa comienza a desarrollarse en la mayoría de los casos en el periodo peripuberal o adolescente (Piédrola, Romero, López, Muros, Palacio, 2005) la edad de inicio suele ser entre los 14 y 18 años, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso de la edad de iniciación de dicho trastorno (Toro, 1999). El cuadro clínico es de instauración lenta y progresiva, comenzando con un deseo voluntario de restricción selectiva de la ingesta (sobre todo de hidratos de carbono y de grasas) con el fin habitual de conseguir un discreto adelgazamiento o una pérdida ponderal moderada. En una fase más avanzada, recurren a una restricción muy severa de la ingesta, pasan de prescindir de un alimento específico a comer muy poco de cualquiera. Lo que comen resulta nutritivamente muy insuficiente; por ejemplo, pasan el día con un café y una barra de chocolate. (Piédrola et al., 2005).

La cronificación de este deseo conlleva una disminución importante del peso corporal, con aparición progresiva y concomitante de síntomas somáticos y psiquiátricos. Básicamente se desarrolla una malnutrición calórica-proteica, una distorsión severa de la imagen corporal y una alteración de la sensación de hambre y saciedad (Piédrola et al., 2005).

El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuya alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que “*obliga*” a mantener la restricción alimentaria. La autoimagen general está sumamente determinada por la imagen corporal. La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre, y suele carecerse de conciencia de enfermedad.

De acuerdo a Piedrón et al. (2005) en la exploración física del paciente que padece de anorexia nerviosa destacan cuatro signos clínicos básicos:

- La delgadez. Suelen ser pacientes con un índice de masa corporal bajo o muy bajo, casi siempre inferiores a $18\text{kg}/\text{m}^2$ (excepto en los cada vez más frecuentes casos mixtos de anorexia-bulimia), con pérdida de peso progresiva y con deplección tanto del compartimento graso como del muscular.
- Hipotensión arterial. A las cifras tensionales habitualmente bajas de los adolescentes, se une una delgadez extrema, que ocasiona un descenso aún más acusado de las mismas. Son muy frecuentes los valores inferiores a 90mmHg de presión sistólica y a 60mmHg de presión diastólica.
- Bradicardia. Es un hallazgo prácticamente constante en estos pacientes, la presencia de una cardíaca inferior a 70 latidos por minuto, e incluso inferior a 60 latidos en los casos más avanzados. Su presencia se relaciona igualmente con el grado de delgadez del paciente.
- Hipotermia. La temperatura basal suele estar disminuida, con valores frecuentemente menores de 36.5°C , lo que condiciona sensación constante de frialdad y la necesidad de llevar ropa de abrigo inadecuada en exceso para la temperatura ambiente. Ello se debe a la alteración de los mecanismos de regulación frente a cambios de temperatura extrema.

Además de estos cuatro signos, coexisten en mayor o menor grado toda una serie de hallazgos que se desarrollan a lo largo del progreso del trastorno. La piel se vuelve seca, el cabello frágil y escaso, aparece vello corporal no terminal (lanugo), las uñas se tornan quebradizas, aparece hipertrofia de las glándulas salivales (parótidas y submandibulares), la piel de palmas y plantas toma una coloración anaranjada (hipercarotinemia), acrocianosis, etc. (Piedróna et al. 2005).

Junto a los trastornos somáticos ya numerados y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en un situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc. (Toro, 1999).

Aledaño a este estado disfórico permanente las preocupaciones alimentarias se hacen auténticamente obsesivas y la alimentación y los alimentos constituyen de continuo ocasión de múltiples ritualizaciones, incluyendo cantidad, calidad y forma de preparación, por ejemplo comer exactamente las mismas cosas todos los días a la misma hora, si no puede comer a la hora fijada se puede inquietar o angustiarse, es probable que lo corte todo en pedazos muy pequeños y exactos o mastique cada bocado un número fijo de veces, o pueden ser exprimidos, olisqueados, almacenados, es decir, sometidos a cualquier género de manipulación, puede que haya un plato o una taza especial que tenga que usar, y si por alguna razón estas condiciones no se cumplen, no come nada (Buckroyd, 2001). Tienden a no terminar nunca con la cantidad servida en el plato, por muy pequeña que esta sea, a mantener durante mucho tiempo la comida en la boca, y a esconder y finalmente tirarla (Piedróna et al. 2005).

Algunas anoréxicas descubren alimentos que “*no engordan*”, como ensaladas verduras, manzanas o pan tostado y que les permiten comer grandes cantidades. Estos alimentos son considerados buenos, mientras la inmensa mayoría resultan malos. A ello añaden un interés desmesurado por conocimientos de alimentación y nutrición (llegando a memorizar listas de calorías según alimentos), a coleccionar dietas de procedencia diversa y frecuentemente desequilibradas, incluso a preparar comidas muy elaboradas para el resto de la familia y/o amigos (Piedróna et al. 2005).

Una característica muy peculiar e invariable de estos pacientes es la distorsión extrema de su propia imagen corporal. Aunque son capaces de reconocer en terceras persona situaciones de delgadez o sobrepeso, no mantienen dicha capacidad para su propio cuerpo negando incluso situaciones de extrema caquexia, sobrevalorando su peso y su talla. Suelen centrar además dicha alteración de la imagen en determinadas zonas del cuerpo, especialmente caderas, muslos y abdomen (Piedrón et al. 2005).

Muchos pacientes añaden a las conductas restrictivas alimentarias la presencia de maniobras purgativas que tienen como objetivo la eliminación de parte del alimento ya ingerido. Para ello recurren al uso de laxantes, diuréticos y a la autoprovocación del vomito. Frecuentemente utilizan dichas estrategias como compensación de mecanismos de culpabilidad tras la realización de una ingesta que consideran excesiva (hiperfagia o episodios de bulimia).

La personalidad de los pacientes que presentan este tipo de enfermedad suele ser de tipo obsesivo-compulsivo, con cierto grado de retraimiento y aislamiento social, con tendencias a los comportamientos perfeccionistas y con una notable baja autoestima. Además suelen coexistir una sintomatología depresiva de base (con trastornos del sueño dificultad para la concentración y labilidad emocional) con un grado importante de ansiedad mantenida y agudizada por factores externos (que desencadenan ocasionales crisis de pánico y de fobia social). En ciertas situaciones se pueden delimitar cuadros psicóticos, alteraciones conductuales, comportamientos inadecuados e incluso intentos autolíticos (Piedrón et al. 2005).

Su autoimagen y autoestima acostumbran a ser sumamente negativas. El perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y por consiguiente, del comportamiento. Por regla general, la dedicación al estudio es superior a lo normal. Lo mismo ocurre cuando se practica una actividad deportiva (Toro, 1999).

Las relaciones interpersonales siempre están alteradas. La conflictividad familiar en la mayor parte de los casos secundaria a la aparición del trastorno, suele ser una norma. El aislamiento social suprime gratificaciones socio-afectivas e incrementa la disforia (Toro, 1999). A la persona que se vuelve anoréxica pronto le resulta imposible llevar una vida social normal, porque un gran porcentaje de las celebraciones sociales se organizan alrededor de la comida y la bebida. (Buckroyd, 2001).

De un modo u otro, poco a poco, la persona anoréxica se preocupa cada vez más de la comida, el peso, la figura y la talla, y participa cada vez menos en la vida normal. Tiende a retirarse progresivamente de la interacción social y se pasa gran parte del tiempo sola. El estrés y el conflicto originado por la necesidad biológica de comer y el temor psicológico de hacerlo consumen gran parte de su tiempo y energía. (Buckroyd, 2001). Volviéndose así, el paciente anoréxico cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, obsesiones y rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva malnutrición (Toro, 1999).

Consecuencias

Físicas

CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA ANOREXIA				
La inanición es consecuencia de la anorexia, retarda o impide el crecimiento y detiene el desarrollo de la pubertad (Buckroyd, 2001)	Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia (DSM-IV, 2002).	La deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre. (DSM-IV, 2002).	La osteopenia, afecta tanto el compartimento trabecular como al cortical (Piedróna et al. 2005).	Disminución de la densidad ósea, así como disminución de la absorción de calcio (Piedróna et al. 2005).
Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógenos (DSM-IV, 2002).	A las ex anoréxicas les cuesta volver a ovular con normalidad y pueden tener problemas para quedar embarazadas de manera natural (Buckroyd, 2001).	El color de la piel es amarillento (asociado a hipercarotinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. (DSM-IV, 2002).	Su pelo y su piel son los de una niña. No desarrolla los pechos, las caderas y las nalgas característicos de una mujer. (Buckroyd, 2001).	No se produce la menstruación, o bien hay amenorrea y no experimenta el despertar del interés sexual que originan los cambios hormonales de la pubertad (Buckroyd, 2001).
También pueden aparecer cuadros compulsivos, letargia, insomnio, deterioro cognitivo, de la atención o de la concentración e incluso neuropatías periféricas. (Piedróna et al. 2005).	Neurológicamente, pueden presentar atrofia cerebral debida a la desnutrición y a la deshidratación, teóricamente reversibles, con dilatación del tercer ventrículo. (Piedróna et al. 2005).	Los cuadros de coma suelen deberse a la alteración nutricional, carencial y a las anomalías del medio interno (metabólicos) (Piedróna et al. 2005).	Existe muy a menudo hipercolesterolemia; las pruebas de la función hepática están aumentadas. Ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperamilasemia. (DSM-IV, 2002).	A nivel cardiovascular destacan la presencia de bradicardia, hipotensión, síncope, arritmias o muerte súbita por alteración hidroelectrolítica. (Piedróna et al. 2005).

<p>En la exploración física también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. (Buckroyd, 2001)</p>	<p>Algunas anoréxicas muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). (Buckroyd, 2001)</p>	<p>Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades, indicadores de diátesis hemorrágica. (Buckroyd, 2001)</p>	<p>El estado de inanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades como la anemia normocítica normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), (DSM-IV, 2002)</p>	<p>Se produce una regresión del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante [LH] es similar al de los individuos prepuberales o puberales) (DSM-IV, 2002).</p>
<p>La severa pérdida de peso que sufren estas pacientes da como resultado una disminución de la pulsatilidad de las gonadotropinas, lo que conlleva un hipogonadismo, hipogonadotropo con cifras de estradiol bajas o indetectables (similar al patrón prepuberal). (Piedróna et al. 2005).</p>	<p>Las púberes anoréxicas no crece en talla y no experimenta los demás cambios óseos y de forma corporal que la pubertad ocasiona, de modo que su pelvis sigue siendo estrecha y sin forma, como la de una niña (Piedróna et al. 2005).</p>	<p>Las alteraciones hepáticas son habituales en la malnutrición energético-proteica con hepatomegalia reversible y hepatitis nutricional caracterizado por niveles bajos de proteínas y altos de lípidos, LDH y fosfatasa alcalina (Piedróna et al. 2005).</p>		

Psicológicas

Aunque psicológicamente pueden presentar interés obsesivo en la comida y en las calorías, la realización de ejercicio físico excesivo dirigido a perder peso, también pueden presentar sensación de soledad, aislamiento o retraimiento social, conducta retraída, pérdida de la capacidad de concentración en cualquier cosa, baja autoestima, irritabilidad, insomnio, pérdida de interés por el sexo y odio así misma. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor (Buckroyd, 2001).

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nerviosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Cuando los individuos con anorexia nerviosa presentan obsesiones y compulsiones no relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso, se realizará el diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV, 2002).

Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa (DSM-IV, 2002).

En comparación con los individuos con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, los del tipo compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente (DSM-IV, 2002).

Intelectuales

Aunque las anoréxicas a menudo estudian o trabajan con mucho empeño, incluso de manera obsesiva, su trabajo se resiente porque su vida emocional y su capacidad creativa están muy limitadas por su enfermedad. Del mismo modo, las estudiantes que padecen anorexia se muestran desconsoladas cuando se les pide una respuesta emocional a lo que están leyendo. Tanto esfuerzo se ha invertido en no tener necesidades ni sentimientos propios y no saben que sienten ante lo que leen, aunque con frecuencia conocen lo que todo el mundo ha sentido y dicho al respecto (Buckroyd, 2001).

En otras palabras, a una persona con anorexia, le resulta totalmente posible trabajar duro y reproducir información, y a menudo lo hace de manera brillante. Este trabajo funciona mientras sea lo único que se le exige. Sin embargo, cuando pasa el tiempo, sobre todo después de los 15 o 16 años y se le exige cada vez más opiniones, ideas y respuestas personales, a la anoréxica le cuesta cada vez más triunfar. El hecho es que se ha vaciado de sí misma, y mientras sea anoréxica no tiene mucho para dar (Buckroyd, 2001).

Sociales y emocionales

Como ya hemos mencionado, lo más probable es que la anoréxica se haya aislado. Privarse de comer requiere una gran dosis de concentración y energía mental, y deja poco lugar para cualquier otra cosa o persona. En el plano sexual es prepúber y a menudo tan inocente de la atracción sexual como una niña; sin embargo, no se trata solo de que la joven anoréxica se ha apartado del intercambio social normal, su conducta significa que su desarrollo social se ha estancado en el punto donde estaba cuando le empezó a preocupar la enfermedad. En la mayoría de las anoréxicas, esto ocurre a veces en la mitad de la adolescencia, justamente en el momento en el que se aprende mucho de la interacción con su grupo de pares. Su conducta la priva del tiempo que debe de pasar experimentado con la interacción social. Debe de aprender a funcionar sin que la familia la esté apoyando todo el tiempo; debe servirse de un grupo de pares para hablar de sus experiencias afectivas y sociales; debe experimentar con nuevas situaciones y nuevas experiencias; debe de probar nuevos y diversos modos de ver y comportarse para ir descubriendo gradualmente quien es y qué es lo que más le gusta (Buckroyd, 2001).

Finalmente, alrededor de los 17 años, debe explorar las posibilidades de relaciones personales más íntimas, que a su debido tiempo se convertirán en relaciones sexuales. Esta es una época difícil, incluso para la joven mejor adaptada y mejor apoyada. En pocos años tiene que producirse un enorme crecimiento y desarrollo afectivo. Por otra parte, si la anoréxica no participa con su grupo de pares en ese desarrollo, no solo lo habrá perdido sino que tendrá una edad en la que se supone que esta etapa ya ha pasado (Guillemot, Laxenaire, 1994).

A menudo la paciente sigue diciendo que esta gorda aunque este peligrosamente consumida, y cuanto más delgada está más irracional se vuelve. Actualmente se cree que la inanición, afecta la capacidad de pensar correctamente, y la anoréxica que se está matando de hambre ciertamente no muestra ningún signo de ser capaz de comprender el peligro en el que se encuentra. Por el contrario, suele sentirse bien y muy pocas anoréxicas tratan de buscar ayuda por su cuenta; la mayoría de las veces se ven obligadas a recibirla contra su voluntad (Buckroyd, 2001).

Prevalencia

Es muy difícil saber cuánta gente padece anorexia. Probablemente hay muchos casos de los que no se tiene información, sobre todo de las formas más leves de la enfermedad. La frecuencia a aumentado constantemente en los países desarrollados desde la segunda guerra mundial, y todo parece indicar que va seguir aumentando (Buckroyd, 2001). Mancilla et al., (2006) confirman lo ya mencionado al aludir que el estudio de los TCA en países desarrollados lleva ya varias décadas, y cada vez es mayor el número de reportes sobre su incidencia y prevalencia. En el pasado se pensaba que los TCA ocurrían solo en grupos con poder adquisitivo alto en naciones occidentales (Bruch, citado en Mancilla et al., 2006), la mayoría de las investigaciones sugiere que los TCA continúan presentándose de manera predominante en personas caucásicas en países occidentales (Altabe, 1996; Thompson, 1996).

Los datos acerca de la prevalencia dicen que, en el momento actual y en el mundo occidental, sufre de anorexia nerviosa del 0.2 al 0.8% de la población en general y entre el 1y el 2% de las jóvenes adolescentes. La proporción entre varones y mujeres es, aproximadamente, de 1 a 9 (Toro, 1999).

Debe destacarse que es la mujer la adolescente o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres hombres por la posición social y consecuentemente, se ha encontrado que las mujeres más que los hombres se someten a dieta, desarrollan desordenes del comer y todavía más, las mujeres se someten en mayor medida que los hombres, a intervenciones quirúrgicas, como cirugías plásticas (Agras y Orbach citados en Gómez Pérez-Mitre 1999) y liposucciones entre otras.

Entre los principales hallazgos de la investigación realizada con diferentes grupos de edad, Gómez Pérez-Mitre et al., (2001b) encuentran que la diferencia por sexo se inicia en la pubertad (de 10 a 12 años) en donde la niña se muestra más inconforme (insatisfecha) con su cuerpo y más preocupada por su peso corporal que sus congéneres masculinos. Así, la pubertad constituye un factor de riesgo para desarrollar TCA. Los resultados obtenidos por Mancilla et al. (2006) señalan que la edad pico para el surgimiento de los TCA es la de 11 años.

Hasta hace unos 30 años, la anorexia se había mantenido como un trastorno poco frecuente que apenas merecía la atención de los especialistas en psiquiatría, y mucho menos del médico general. Sin embargo, durante los años 50 y 60 se fue produciendo un aumento en la prevalencia de esta enfermedad en el mundo occidental y en las últimas décadas el incremento ha sido evidente, por tanto este trastorno no puede pasar desapercibido, ni considerado como una rareza, sino que es uno de los primeros diagnósticos en los que se debe pensar ante un adolescente con pérdida de peso sin causa orgánica evidente. En numerosos trabajos epidemiológicos ya mencionados anteriormente, se ha visto como el incremento en el número de casos de anorexia nerviosa conlleva una disminución en las edades de inicio del trastorno (León, Castillo, Llamas, Fuentes, León, Fernández, 2005).

Pronóstico y mortalidad

Los estudios de evolución indican que, transcurridos unos cinco años después del diagnóstico, un 25% de los pacientes siguen siendo anoréxicos, un 40% presenta síntomas depresivos y un 25% obsesivos (Toro, 1999).

Las estimaciones de porcentaje de mortalidad varían, de acuerdo a Buckroyd, (2001) sugiere que entre el 6 y el 10% de los enfermos mueren a causa de la anorexia; a su vez Toro (1999) sitúa la mortalidad de tal padecimiento entre el 8 y el 10%, pero en seguimientos de 30 años o más dicha tasa se eleva al 18% tras 12 años de evolución la curación se considera sumamente difícil, sino imposible. Aproximadamente la mitad de los pacientes anoréxicos experimentan episodios bulímicos.

I.II Bulimia nerviosa

Antecedentes históricos

Históricamente, el trastorno bulímico ha merecido mucha menor atención que el anoréxico, aunque con frecuencia se superponga a éste o forme parte del mismo (Toro, 1999; Russell, 2003). De hecho, hasta finales del siglo XIX e inicios del XX la bulimia, que significa “hambre de buey” o “hambre feroz”, según su raíz griega boulimos, solo ocupa una pequeña parte de lo publicado sobre los ahora llamados trastornos del comportamiento alimentario, y por tanto de las preocupaciones de los especialistas. Tradicionalmente, los atracones solo merecían atención médica si eran considerados como síntomas de algún otro trastorno (Blinder, Cadenhead, 1988; Chinchilla, 2003a; Lobo, 2005).

Sin embargo, Jenofonte en el año 970 a.c describe por primera vez en la cultura occidental lo que hoy se considera como practicas bulímicas (atracones y vómitos); también los griegos recurrían a los vómitos en algunas prácticas religiosas y sociales (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

Galeno (1973; citado en Blinder, Cadenhead, 1988; Chinchilla, 2003a) describió la kynos orexia o hambre canino como sinónimo de la bulimia. Consideraba que la bulimia era consecuencia de un estado de ánimo anormal que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían también asociarse con vómitos severos y copiosos movimientos de vientre (Blinder, Cadenhead, 1988). Enfatizó el aspecto de desmayo y la avidez por la comida (Chinchilla, 2003a).

En determinadas situaciones sociales y religiosas los griegos se entregaban a los vómitos de modo cuasi ritualizado, el culto a los dioses solía incluir conductas anoréxicas, bulímicas, etc. Hipócrates distinguía el boulimos, un hambre enfermizo, del hambre ordinario (Toro, 1999, Chinchilla, 2003a). Aristófanes también utilizó el término en su acepción de hambre feroz (Toro, 1999).

Durante Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial. El penitente, mediante la emesis, arrojaba de si sus pecados. También podían dominarse así los apetitos sexuales más o menos desordenados (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

En la corte, nobles, etc., practicaban los atracones y vómitos y las damas más para preservar su delgadez. Así pues las costumbres glotonas no eran necesariamente patológicas en épocas pasadas (Chinchilla, 2003a). Durante el renacimiento se siguen recetando tales sustancias, especialmente mostaza y nuez vómica (Toro, 1999).

En el siglo X, Aurelianus describió al “hambre mórbido” como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación seguido del vomito autoprovocado. En estos individuos, se observó la presencia de grandes glándulas parótidas y la existencia de caries. Estos signos, característicos de la bulimia nerviosa, son consecuencias medicas del vomito autoinducido. El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por las religiosas en la época feudal, por ejemplo Caterina de Siena (1380), expiraba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética (Toro, 1999).

En 1398, Trevisa utilizo por primera vez el término de bulimia para referirla como apetito inmoderado, sin mencionar vómitos. Gran parte de la historia de occidente, y especialmente de Europa en la Edad Media, alude a la práctica del vomito seguida del atracón; aunque esto no era considerado como una práctica anormal o extraña (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

En los siglos XVIII y XIX, la bulimia fue perdiendo valor y se describía como curiosidad medica en los diccionarios médicos (Chinchilla, 2003a). James (1743; citado en Blinder, Cadenhead, 1988; Toro, 1999; Chinchilla, 2003a), dedicó dos páginas a describir el boulimus., dicho autor reparó en qué, mientras algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar tras la ingestión de grandes cantidades de alimento, otros no lo hacían así. Distinguió entre el boulimus y el caninus appetitus, el hambre canina. En este caso, el paciente da fin a sus atracones vomitando; en el boulimus suele desmayarse. Basando sus planteamientos en Galeno, apuntó en que el boulimus estaba provocado por un humor ácido contenido en el estómago. El tal humor estimularía la apertura del estómago proporcionando intensas pero falsas señales de hambre (Toro, 1999).

Motherby, en 1785, había descrito tres tipos de bulimia: la de hambre puro, aquella en que el hambre acaba en vómito y la que asocia hambre a desmayos (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

Stein y Laakso (1988; citado en Toro, 1999; Chinchilla, 2003a) encontraron que en la Encyclopaedia Britannica de 1797, se define a la bulimia como “una enfermedad en que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele comer en accesos de desvanecimientos”.

A comienzos del siglo XIX los diccionarios médicos describen a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vomito propio de la histeria y del embarazo (Lobo, 2005). La literatura médica del siglo XIX muestra cierto interés por la bulimia como síntoma o como diagnóstico (Toro, 1999). No obstante, fue a lo largo del siglo XIX cuando fue tomando conciencia gradualmente de la asociación entre anorexia nerviosa y sintomatología bulímica. (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

En Francia, Blachez (1869; citado en Toro, 1999) reviso la historia del concepto de bulimia. Señalo que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. Su hambre puede persistir aun teniendo el estómago dilatado tras haber ingerido una gran cantidad de comida, haciendo imposible su alimentación. Cuando la bulimia se acompaña de vómitos, Blachez hablaba de cinorexia, utilizando el termino licorexia para designar los casos en que el transito digestivo era especialmente veloz a causa de contracciones intestinales rápidas (Chinchilla, 2003a). Aplico la denominación fringale cuando la sintomatología bulímica alternaba con la anorexia en mujeres (Toro, 1999).

Hasta entonces la historia de la bulimia era tomada más como un síntoma que como un síndrome. Ejemplo de ello es la descripción realizada por Binswanger (1944; citado en Toro, 1999; Chinchilla, 2003a; Russell, 2003) de una paciente bulimia (Ellen West) que previamente había padecido una anorexia nerviosa no diagnosticada. Sus diarios documentan detalladamente cuan ineficaz resulto en su tratamiento la psicoterapia psicoanalítica. Ellen manifestaba una completísima serie de los trastornos alimentarios propios de esta patología: atracones, uso de laxantes, restricción alimentaria, vómitos, indefensión, ideas obsesivas y labilidad emocional (Toro, 1999; Russell, 2003).

En realidad, en la década de los sesenta, en nuestro siglo XX lo generalmente aceptado era el papel de la bulimia como síntoma. Lo anómalo era simplemente la voracidad incontrolada. Durante todos estos años, los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes, dada sus consecuencias fisiológicas, eran abordados por los médicos, pero bajo la consideración de una simple maniobra compensatoria de los atracones.

Al observar el trastorno bulímico como perturbación frecuentemente incorporada a la anorexia nerviosa, en el mejor de los casos era considerado como un síntoma de ésta, lo que determinó que la anorexia se clasificara en restrictiva y de vómitos y laxantes (Beumont, 1991; citado en Toro, 1999). Fue Stunkard en 1959, quien plantea la bulimia como entidad nosológica autónoma (binge eating), describiendo que se presentaba en personas con peso normal u obesas. (Toro, 1999; Chinchilla, 2003a).

La década de los setenta ve ampliar la preocupación por el fenómeno bulímico, pero la atención de los interesados se limita a la bulimia de anoréxicos y obesos. A partir de esa década, aparecen o se describen más las conductas compensatorias contra los atracones; se clarifica el miedo obsesivo e irracional y paradójico a la obesidad, a perder su control, a la preocupación por el cuerpo, peso y alimentos (Chinchilla, 2003a).

Russell en 1979, describe la bulimia nerviosa propiamente dicha (Blinder, Cadenhead, 1988; Toro, 1999; Russell, 2003; Lobo, 2005) en sus criterios diagnósticos junto a los atracones y a las conductas compensatorias de los mismos, hacen hincapié explícito en el miedo a engordar como condición sine qua non. Tal denominación y esta descripción es recogida en el DSM-III de 1987. (Toro, 1999).

Dada su reciente definición y a pesar de los notabilísimos progresos de los últimos años, la literatura y los estudios sobre el trastorno bulímico son mucho menos numerosos y voluminosos que los dedicados a la anorexia (Toro, 1999). Esto es lo que Stunkard (1990; citado en Russell, 2003) observa: “a diferencia de la anorexia nerviosa cuya amplia historia se ha remontado a la Edad Media, la bulimia parece haber estallado de pronto sobre la sociedad moderna y haber alcanzado un extenso reconocimiento en un periodo de tiempo muy corto”.

Es el propio Russell, el que afirma que no hay ninguna duda, de que la bulimia nerviosa es nuevo trastorno de la alimentación. Al tratarse de un trastorno de la alimentación relacionado con la anorexia nerviosa (ambos comparten una psicopatología similar) (Russell, 1979; citado en Russell, 2003) Las pruebas que respaldan la tesis de que la bulimia nerviosa es un nuevo síndrome, son según Russell las siguientes: si la bulimia nerviosa hubiera sido común antes de su primera descripción detallada en 1979, habría habido descripciones de numerosos caso en la literatura anterior, pero, de hecho, existen muy pocas, siendo el caso más convincente el de Ellen West, informado por Binswanger (1959; citado en Russell, 2003).

Después de la descripción de la bulimia nerviosa (Russell, 1979; citado en Russell, 2003), y de la inclusión de la bulimia en el DSM-III en el año 80, se produjo un drástico incremento de los casos detectados hasta alcanzar un 26.5 al año por cada 100.000 mujeres. (Russell, 2003).

Desde nuestra perspectiva, de ver la bulimia como un trastorno nuevo, consideramos que si bien había caso de bulimia nerviosa antes de los años 70, estos eran excesivamente raros. La descripción del síndrome habría facilitado el reconocimiento del trastorno por parte de médicos y psiquiatras. Es posible que esta descripción abocara a mujeres jóvenes vulnerables a adquirir el comportamiento clave de la bulimia nerviosa, a través de un proceso de contagio social.

La bulimia nerviosa resulta de una combinación de factores físicos, sociales y emocionales, que a pesar de los criterios diagnósticos y el conocimiento de la misma se incrementa cada vez más, especialmente en los países desarrollados (Lobo, 2005).

En la actualidad la bulimia nerviosa, se presenta con mayor frecuencia que la anorexia nerviosa, ya que el 75% de las pacientes con TCA la padecen. La bulimia nerviosa empezó a considerarse como una “epidemia social” en la década de los 70 y se estima que prevalecerá en los años venideros. Es posible que los años previos a la descripción de la enfermedad no se diagnosticaran o se clasificaran erróneamente bajo el nombre de otra patología. También es posible que la descripción de los síntomas diera lugar a que los pacientes y sus familiares reconociera a la enfermedad y así solicitaran tratamiento de forma precoz (Lobo, 2005).

Definición

La palabra bulimia procede de las palabras griegas bous (buey) y limos (hambre) y literalmente significa “hambre de buey” o “tener el apetito de un buey” (Lobo, 2005). Se trata de un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares (Toro, 1999), a lo que le siguen conductas de compensación inadecuadas como los vómitos autoprovocados, el consumo excesivo de laxantes, fármacos y diuréticos, periodos de ayuno y/o ejercicio intenso (Lobo, 2005).

Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón (Toro, 1999).

Criterios diagnósticos

La bulimia nerviosa resulta ser una entidad de difícil detección ya que no existe malnutrición, los pacientes que la padecen normalmente presentan normopeso e incluso suelen tender al sobrepeso. Normalmente los pacientes suelen practicar las técnicas de purgado en secreto, por lo que los familiares pueden tardar más tiempo en detectarla (Lobo, 2005).

Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también mayoritarios, casi universales (Toro, 1999).

Hay muchas otras características que suelen también acompañar a la bulimia, y que dependen de las formas elegidas para deshacerse de la comida que se ha ingerido. De acuerdo a Buckroyd (2001) son las siguientes:

- Deterioro del esmalte dental (como consecuencia del vomito constante)
- Trastornos digestivos
- Irritación de la garganta y de la boca
- Desequilibrio mineral
- Soledad, aislamiento social
- Baja autoestima, odio a si misma
- Vergüenza, autorrepulsión

De acuerdo con el DSM-IV (2002), las características de la bulimia nerviosa son:

- Presencia de atracones recurrentes que se caracterizan por:
 - a) el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían, a pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más di simuladamente posible. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.
 - b) Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos.
- Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo.

Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones. De acuerdo con el DSM-IV (2002), la bulimia nerviosa se divide en:

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

Manifestaciones clínicas

Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y «mórbida». Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico («dietéticos»), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón (DSM-IV, 2002).

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica (Toro, 1999). Aunque este grupo de personas están tan obsesionadas con el peso y la talla como la anoréxica, mantienen su peso dentro de límites normales. Por esta razón, éste es el más discreto de los trastornos alimentarios, porque no se ve desde fuera. Las bulímicas suelen comer en público y hasta llevan una dieta normal recurriendo a los atracones para aliviar la tensión extrema. Sin embargo, su conducta alimentaria es tan extraña como la de cualquier anoréxica en las etapas más avanzadas de la enfermedad. Muchas bulímicas no tienen ningún patrón de comidas normal o regular. Su ingestión de comida depende de si están en pleno atracón o recuperándose de él. Su conducta las llena de vergüenza e indignación, pero temen renunciar a ella porque creen que se volverán muy gordas (Buckroyd, 2001).

Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entre mezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente solo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de casos la aparición de estos atracones va precedida de periodos de restricción alimentaria (Toro, 1999). La necesidad de darse un atracón no tranquiliza a ninguna bulímica. Es una necesidad urgente e imperiosa que se apodera de ella de repente, o algo planeado previamente durante horas o días. La bulímica que planifica con anticipación suele hacer salidas especiales para comprar comida a veces a establecimientos que quedan lejos de donde vive o trabaja por miedo de que alguien descubra su secreto si compra varias veces en el mismo lugar. La planificación de una comilona puede crear mucha tensión y agitación y consumir muchas horas de reflexión (Buckroyd, 2001).

A veces la necesidad del atracón es tan apremiante que hay que satisfacerla inmediatamente. Cuando el deseo imperioso de un atracón se produce en situaciones donde no es fácil conseguir alimentos, las ansias y desesperación superan la necesidad de mantener el secreto y la discreción (Buckroyd, 2001).

Cuando los atracones ya están establecidos suelen precipitarse por distintas circunstancias. Los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales. Pero también lo son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que, previamente, han quedado asociadas a los atracones (Toro, 1999).

Las personas que sufren bulimia (y el trastorno de atracones compulsivos) típicamente consumen enormes cantidades de comida de una vez, en general comida "basura", para reducir el estrés y aliviar la ansiedad. Sin embargo, después de comer de forma compulsiva, se sienten culpables y deprimidas (Lobo, 2005).

Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria; de ahí la frecuencia, en bulímicos, del consumo de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o trabajo, e incluso de robos y mentiras. El anoréxico restrictivo prototípico, por el contrario, peca de hipercontrol. En la bulimia nerviosa, la comorbilidad, especialmente por trastornos de ansiedad y afectivos, también es relevante (Toro, 1999).

La falta de autocontrol de la dieta que parece en la paciente bulímica se relaciona con una necesidad extrema de autocontrol de estas personas en determinadas áreas (rendimiento escolar, control corporal, etc.). La creencia supuesto básico sería del tipo: “el peso y la imagen corporal son fundamentales para la autovaloración y la aceptación social”. Con esta creencia se interrelacionarían una serie de distorsiones cognitivas, entre las que destacan (Lobo, 2005):

- Pensamiento dicotómico (polarización): divide la realidad en categorías extremas y opuestas sin grados intermedios; por ejemplo “gordo frente a flaco”.
- Personalización: relaciona los acontecimientos con la propia conducta o como referidos a sí misma sin base real, por ejemplo en una joven que se aísla socialmente, cree: “me rechazan por mi aspecto”.
- Sobreestimación de la imagen corporal: se perciben más grueso de lo que son.
- Autovaloración global y generalizada: se estiman y valoran globalmente en comparación con estándares sociales extremos, por ejemplo “sino tengo el cuerpo de una modelo no valgo nada”

Consecuencias

Físicas

CONSECUENCIAS FÍSICAS DE LA BULIMIA				
Las complicaciones orgánicas, están en relación con los vómitos, siendo las más frecuentes: las alteraciones digestivas (Muros de Fuentes, López, Piédrola, Romero, Palacios, 2005).	Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos. (DSM-IV, 2002).	Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura) que son bastante específicos en una conducta vomitadora repetitiva (DSM-IV, 2002).	El paso del contenido del estómago, rico en ácido clorhídrico, por la boca durante el vómito, actúa sobre el esmalte dental deteriorándolo (Muros de Fuentes et al., 2005).	Otra de las características es el aumento en el número de caries y la aparición de úlceras en la boca producidas fundamentalmente por los ácidos gástricos (Gómez, Castro, Duo, 2003).
Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia) (DSM-IV, 2002).	Las purgas provocan una reducción de potasio, cloruro y de sodio en los electrolitos, necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo. (Sherman, Thompson, 1999).	La pérdida de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado), y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica (DSM-IV, 2002);	El abuso de laxantes puede producir estreñimiento crónico y problemas de motilidad intestinal (Gómez et al., 2003). Así mismo pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos (DSM-IV, 2002)	El uso de laxantes y diuréticos provoca la aparición de deshidratación con hiponatremia e hipocalemia (DSM-IV, 2002).

<p>Algunos individuos con bulimia nerviosa presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, que posiblemente sean reflejo del aumento de la isoenzima salivar (DSM-IV, 2002).</p>	<p>Dentro de las alteraciones hidroelectrolíticas, se encuentran la deshidratación y alcalosis metabólica hipoclorémica, también se encuentra la hipopotasemia, producida por un aumento de las pérdidas digestivas o por la utilización de diuréticos. (Muros de Fuentes et al., 2005).</p>	<p>Además, la contracción del volumen intravascular da lugar a un cuadro de hiperaldosteronismo que agrava la hipopotasemia (Muros de Fuentes et al., 2005).</p>	<p>Debido a la relativa alta ingesta proteica de estas pacientes. De forma ocasional se objetivan carencias de hierro, vitaminas b12 o ácido fólico (Muros de Fuentes et al., 2005).</p>	<p>Las complicaciones cardiovasculares más importantes son las derivadas de la hipopotasemia, y en casos extremos, paradas cardíaca. También pueden aparecer bradicardia e hipotensión y más rara vez, arritmias y miocardiopatías (Muros de Fuentes et al., 2005).</p>
<p>La bulimia se caracteriza por notables alteraciones endocrinas. Las pacientes bulímicas pueden tener ciclos menstruales normales, pero en un 50% de los casos presentan irregularidades menstruales (Muros de Fuentes et al., 2005), o amenorrea (DSM-IV, 2002);</p>	<p>La fertilidad está alterada pero la concepción puede ocurrir. Se pueden dar distintas alteraciones obstétricas incluyendo ganancia insuficiente de peso durante el embarazo, bajo peso al nacer y aumento del riesgo de aborto (Muros de Fuentes et al., 2005).</p>	<p>Las bulímicas tienen el cutis seco, lo cual resulta de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo debido al vómito, abuso de laxantes o de diuréticos (Sherman y Thompson, 1999).</p>	<p>Otras complicaciones que, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo son: desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. (DSM-IV, 2002).</p>	

Psicológicas

El psicótico de las pacientes con bulimia nerviosa suele ser ansioso, de baja autoestima, mayor extroversión, con dificultades de control de impulsos, episodios de robos y abusos de tóxicos y alcohol incidencia de síntomas depresivos, ideación-intentos suicidas, vida previa desordenada, dificultades interpersonales, inmadurez en general, histerismo, límites, etc. (Chinchilla, 2003b).

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nerviosa es alta (p. ej., baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la bulimia nerviosa (Buckroyd, 2001).

Así, se ha dicho que la bulimia sería un síntoma en el contexto de una depresión, aunque estos consideran ésta como secundaria a aquella. De una u otra forma, si parece que hay una cierta asociación entre bulimia y depresión, y que los síntomas depresivos son frecuentes en los desórdenes alimentarios, así como que después del tratamiento de la bulimia nerviosa estos síntomas se dan con frecuencia en el seguimiento. Existe una mayor morbilidad depresiva en los familiares de las bulímicas nerviosas que en la población general. El humor depresivo sigue a los atracones y disminuye el cesar éstos, o puede precederlos, considerándose entonces como primario y como un subgrupo de las bulímicas nerviosas.

Cuando se asocia sintomatología depresiva, los síntomas comunes serían la tristeza, el insomnio, la merma en la concentración, la fatiga, los pensamientos pesimistas, las ideas suicidas, la baja autoestima, etc. Con el tiempo se van haciendo sociópatas, sobre todo cuando no se las trata precozmente. Pueden conseguir dinero “como sea” para comida, alcohol, laxantes, medicamentos etc. La promiscuidad, las autolesiones y otras conductas desadaptativas son la norma. Otras son muy extremistas e intolerantes, con tendencia hacia la obtención del todo o nada (Chinchilla, 2003b).

Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (p. ej., miedo a las situaciones sociales) o de trastornos de ansiedad (Buckroyd, 2001). La sintomatología básica traduce una pérdida de control de los impulsos, con asociaciones o consecuencias de complicaciones orgánicas o psicopatológicas, a veces depresiones secundarias debida a una labilidad emocional inespecífica como respuesta a limitaciones estresantes. Estas pacientes son incapaces de resistir el impulso, deseo o tentación de llevar a cabo algún acto que es dañino para la propia paciente o para los demás; tienen sensación creciente de tensión o actuación antes de llevar a cabo el acto y una experiencia de placer-gratificación o liberación en el momento de consumarlo, y en ese momento puede haber o no sentimientos de pena, autoreproche o culpa. Tienen ansiedad por comer, como una necesidad obligatoria y obsesiva descontrolada, que después produce angustia y remordimientos (Chinchilla, 2003b).

Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos con bulimia nerviosa tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad) (DSM-IV, 2002).

Sociales y emocionales

Terminados el frenesí y la excitación de la comilona, es muy probable a que una bulímica le asalte sentimientos de pánico. Puede haber ingerido miles de calorías, aunque su deseo consciente (su verdadera preocupación) es la pérdida de peso (Buckroyd, 2001). Además del pánico y la culpa es probable que se sienta mal físicamente, comer mucho y rápido hace que uno sienta molestias, sobre todo en el estómago y en el abdomen. A menudo los efectos emocionales son muy graves, si no peores. La bulímica se siente mal, culpable, con poca fuerza de voluntad, sin control, indignada, fea, gorda. Se odia y se culpabiliza por una conducta que no ha sido capaz de controlar y que no tiene ningún sentido para ella. Las comilonas han hecho que su miedo a engordar sea más fuerte que nunca, lo que es peor, se horrorizan de su capacidad de atiborrarse de comida cuando esta conscientemente preocupada por controlar la ingesta de alimentos. Su necesidad primordial es enmendar lo que tiene que hacer. (Buckroyd, 2001).

En las pacientes bulímicas se pueden observar aislamiento social, merma progresiva en el trabajo o estudios, una creciente inseguridad, conductas de evitación general, pérdida de habilidades sociales y vivencia de incompetencia psicosocial. Evitan salir o relacionarse socialmente porque saben de su descontrol y no quieren ser vistas y, de ahí que sus atracones suelen ser a escondidas o nocturnos (Chinchilla, 2003b).

Estas pacientes han tenido influencias y experiencias de aprendizaje familiar en sus conductas alimentarias, sobre todo bulímicas, dinámica familiar alterada, con pobre contacto o clara alexitimia familiar, así como demandas impuestas de rendimientos desde temprana edad, lo que dificulta la madurez, identidad y autonomía de las pacientes por falta de seguridad (Chinchilla, 2003b).

Prevalencia

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3 %. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor (DSM-IV, 2002). El cuadro se suele iniciar en adolescentes tardías o adultas jóvenes, habitualmente a partir de los 20 años.

El inicio de los atracones se suelen dar durante el final de la enseñanza secundaria, cuando a la paciente se le presenta la toma de responsabilidades o de decisiones de importancia trascendente, tales como estudiar, trabajar, independizarse de los padres, etc. (Chinchilla, 2003b).

Los cuadros de bulimia nerviosa, se suelen descubrir tarde, a veces años después; se dan más en mujeres adolescentes adultas jóvenes, la mayoría de 20 años; si bien puede ser una conducta episódicamente normal, se considera patología o poco común si ocurre al menos una o más veces por semana (Chinchilla, 2003b); por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres(DSM-IV, 2002).; los límites de edad son menos rígidos que para la anorexia nerviosa, en la cual es raro que se de en mayores de los 25 años; hay una predisposición femenina frente a la masculina en una proporción de 9 a 1, al igual que en la anorexia nerviosa; suelen predominar en las clases sociales medias o medias-altas, aunque también se va dando en las bajas, y su incidencia es variable entre 1-20%, y la prevalencia es del 13% (Chinchilla, 2003b).

La mayor prevalencia se observa sin lugar a dudas, en escolares; alrededor del 10 al 20% sufren algún tipo de bulimias con atracones y purgas regulares. Por otra parte, en la población general, alrededor del 5% de mujeres y el 1% de varones usan los vómitos y laxantes como medio para adelgazar por cuestiones estéticas (Chinchilla, 2003b).

Pronóstico y mortalidad

El curso de la enfermedad suele ser crónico e intermitente a lo largo de varios años. Los atracones pueden alternar con periodos de comida normales o bien con restricciones o ayunos severos. No siempre se da el vómito, por lo que no se debería forzar la ingesta (Chinchilla, 2003b).

Si hay una mejoría al inicio puede que el curso dure dos años, aunque luego puede haber una recidiva. Cuando existe una comorbilidad de trastorno de personalidad bien estructurado (rasgos arcados que no matices) el pronóstico es más sombrío y, desde luego, se necesita mayor tiempo de tratamiento (Chinchilla, 2003b).

Cuando hay historia previa de anorexia nerviosa y ahora se trata de una bulimia nerviosa el pronóstico es peor o al menos reacciona más lentamente. El pronóstico es mejor cuando hay respuesta positiva en los primeros meses. Una persistente insatisfacción de la imagen corporal, desajustes sociales serios, sentimientos de no poder controlar la alimentación, alta frecuencia de atracones, usos frecuentes de laxantes, para controlar el peso y una edad de comienzo temprana son factores de peor pronóstico (Chinchilla, 2003b).

De todas formas, la sintomatología cuando ya se ha iniciado el tratamiento, va cediendo con el tiempo. Puede que alrededor del 40% se cure de entrada (mayor porcentaje a la larga). Realmente no hay predictores típicos de curso y pronóstico, dado que no se han hecho grandes estudios de seguimiento (Chinchilla, 2003b).

La tasa de recuperación de la bulimia es la siguiente: 1 de cada 20 chicas se recuperan espontáneamente con el tiempo, sin necesitar tratamiento y en un periodo de 5 a 10 años de seguimiento se sitúa en 50%, de la mitad restante 20% permanece presentando los síntomas del síndrome bulímico (Gómez, 1996).

Un alto porcentaje deriva a trastornos psicológicos crónicos de tipo neurótico y casi alrededor del 6% morirán de inanición, paro cardíaco, neumonía u otras complicaciones (Gómez, 1996) se calcula que los índices de mortalidad rondan el 3% (Buckroyd, 2001).

I.III Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

Criterios diagnósticos

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

- 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 inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa (DSM-IV, 2002).

I.IV Obesidad

Obesidad como trastorno de la alimentación

La obesidad, que hasta hace poco se consideraba poco más que un problema estético, representa en la actualidad uno de los principales campos de intervención en la prevención y tratamiento de factores de riesgo de la conducta alimentaria, en el mundo occidental (García-Camba, 2002).

La obesidad determina un empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes y un incremento en el riesgo de desarrollar comorbilidad, como la diabetes mellitus, la hipertensión y la dislipemia. La modificación de los hábitos alimentarios y el incremento del sedentarismo han determinado un aumento de la incidencia de obesidad en las primeras edades de la vida. Conlleva a una mala aceptación social y es causa de discriminación por prejuicios desde la infancia (Velasco, Martín de la Torre, 2004).

Por otra parte, se ha comprobado que las personas obesas son un grupo muy heterogéneo en cuanto a los factores genéticos, ambientales, médicos, personales y sociales, pudiendo asociarse tanto a trastornos psiquiátricos como a alteraciones de la personalidad (García-Camba, 2002).

La obesidad también puede ser la consecuencia de un trastorno de la alimentación, como una bulimia no purgativa o un trastorno por atracón. De hecho, hasta el 34% de los obesos tienen alteraciones en la alimentación y cumplen criterios de bulimia nerviosa o de trastorno de la alimentación no especificado, en concreto, de trastorno por atracón (Velasco, Martín de la Torre, 2004).

Definición

La obesidad es una de las enfermedades más prevalentes, pero gran parte de su importancia reside en su actuación como factor de riesgo para muchos otros trastornos. Además ocupa uno de los primeros puestos en la morbilidad infantil. No afectando solo a las opulentas sociedades. En la actualidad, no es de sorprenderse que la obesidad sea incluida dentro de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (García et al., 2005). Aunque la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica.

De acuerdo a Sánchez-Castillo, Berber, Pichardo-Ontiveros, Esteves-Jaramillo, Sierra-Ovando, Villa, Lara, Velázquez-Monroy, James, (2002) la obesidad es una enfermedad de larga duración. Es la enfermedad de nutrición más importante en los países desarrollados en donde su prevalencia ha aumentado rápidamente en especial en las últimas dos décadas. Sin embargo, aun en los países en vía de desarrollo, en donde los problemas de nutrición se relacionan a la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad están aumentando a tasas alarmantes.

La obesidad puede definirse de varias maneras:

- La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso (Kauffer-Horwitz, Tavano-Colaizzi, Ávila-Rosas, 2000).

- Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal (García et al., 2005)
- De acuerdo a la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (www.who.int, 2012).

Dado que el grado de adiposidad es un continuo, la definición de obesidad es un tanto arbitraria y está asociada a un estándar de normalidad. Por ello, la definición de "exceso" no es fácil e involucra el punto en el cual los riesgos para la salud se vuelven mayores (Kauffer-Horwitz et al., 2000).

Manifestaciones clínicas

La obesidad se define como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento del tejido corporal (Saldaña; Rossell, 1988). En la práctica, el grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal o peso deseable, es decir, el que indican las tablas en los que aparecen los pesos de la población general según los promedios propios de cada sexo/edad/talla y, a veces, de cada biotipo. (Toro, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una clasificación cuantitativamente de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC, índice de Quetelet o Body Mass Index (BMI), se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en Kg) por la talla en metros al cuadrado (m^2). En la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es, el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal (García et al., 2005).

Desde el punto de vista antropométrico, se considera que una persona es obesa cuando su peso- con las limitaciones que comporta solo la valoración del peso- es superior al 120% del peso teórico o ideal, de acuerdo con las tablas de peso normal para una población determinada, y teniendo en cuenta también la edad, el sexo y la altura del individuo. Si utilizamos el IMC como medida del grado de obesidad, podemos decir que, una persona padece sobrepeso o es obesa cuando su IMC es igual o superior a 25 kg/ m^2 . Estos son los criterios que sigue la OMS y que fueron adoptados por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (SEEDO, 1995)

Según la OMS, los índices para determinar sobrepeso u obesidad son (www.who.int, 2012):

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Para valorar la obesidad hay que tener en cuenta no solo los aspectos antropométricos, midiendo la magnitud de la misma y la distribución de la grasa en el cuerpo, si no hay que valorar también los posibles factores genéticos, intentar esclarecer la etiología e investigar la existencia de complicaciones y enfermedades asociadas (Formiguera, 1998).

Como se ha señalado anteriormente, la mayoría de las obesidades se producen por un desequilibrio energético positivo, ya sea por una ingesta excesiva, por un déficit de consumo energético o por ambos factores. En este sentido es ampliamente aceptado que los obesos tienen esa condición por que comen demasiado, y desde ese punto de vista el interés de la psicología se ha centrado en formular modelos teóricos que expliquen a que se debe este comportamiento.

Como búsqueda de una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad (Silvestri, Stavile, 2005).

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo, dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado (Braguinsky, 1999., citado en Silvestri, Stavile, 2005), aunque algunas personas muestran esas características sin ser obesos. Además, los esfuerzos por identificar un tipo de personalidad del obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos.

Parece ser que los sujetos obesos se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social. Todo ello se refleja en las altas tasas de soledad que exhiben esta clase de sujetos (Guzmán, Del Castillo, García, 2010).

Las personas que tienen problemas relacionados con la alimentación viven problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social (Guzmán et al., 2010).

Como ya se ha señalado, la obesidad se encuentra dentro de las familias por que comparten genes y ambientes. Anderson y Butcher (2006; citado en Guzmán et al., 2010), describen una influencia fuerte de la familia en la obesidad de los hijos. Mencionando que la probabilidad de tener un hijo obeso aumenta con la gordura de los progenitores, desde un 7% si ambos progenitores tienen un peso normal, hasta un 80% si ambos padres son obesos, pasando por un 40% si sólo un progenitor lo es.

De acuerdo con Onnis (1990; citado en Guzmán et al., 2010), el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez, Minuchin, Fishman (2004) señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos.

Al respecto Ganley (1986, 1992; citado en Guzmán et al., 2010) planteó que esta clase de familias también se caracteriza por la presencia de amalgamiento, rigidez y hastío; así mismo, utilizan patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones. La comunicación en estas familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos (Guzmán et al., 2010).

Clasificación de obesidad

Podemos clasificar la obesidad según la edad de aparición y el índice de masa corporal.

Según la edad de aparición, la obesidad se clasifica en:

1. Obesidad Infantil. Se considera obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde al niño por su talla. Suele ser rebelde al tratamiento (García et al., 2005). De acuerdo al Centro Americano de Estadísticas de Salud (NCHS), se considera obesidad en un niño cuando su peso es superior al 20% del ideal y se tiene como criterio de sobrepeso cuando el infante se encuentra entre el percentil 85 a 95 y obesidad cuando el percentil es >95 (Sánchez, et al., 2002).
2. Obesidad en la adolescencia. Por lo general, obesidad se define como acumulación excesiva de grasa. Sin embargo, este término no es equivalente a sobrepeso, ya que obesidad denota exceso de grasa corporal, mientras que sobrepeso se relaciona estrechamente con la presencia excesiva de grasa o de tejido graso en relación con la talla (Dávalos; Padrón, 2004).

La adolescencia es una etapa crítica para el desarrollo de la obesidad. La pubertad se caracteriza por un aumento en el tamaño y número total de adipositos en ambos sexos, aunque hay diferencias considerables de género en la distribución del tejido graso subcutáneo, con preponderancia de tejido graso en la parte superior en el cuerpo de los varones y en la parte inferior en el caso de las mujeres (Dávalos; Padrón, 2004).

En términos de porcentaje de grasa, los varones alcanzan los valores pico en la adolescencia temprana, con disminución posterior, mientras que en las mujeres se observa que, después de la disminución inicial, hay un incremento continuo hasta los 18 años (Dávalos; Padrón, 2004).

Durante la pubertad se produce un aumento importante del tejido adiposo en las mujeres, el cual alcanza 20 a 35% del peso como contenido de grasa a los 18 años, en tanto que este incremento es de 15 a 18% en varones (Dávalos; Padrón, 2004).

3. Obesidad del adulto. Es más frecuente que el anterior y la edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años (García et al., 2005)

En México, la Norma Oficial para el manejo integral de la obesidad, establece la existencia de obesidad en adultos cuando existe un IMC >27 y en una población de talla baja cuando este IMC es >25. La talla baja en mujeres adultas se considera menor a 1.50m y para el varón adulto, menor de 1.60m (Sánchez-Castillo, et al., 2002).

Según el IMC, la obesidad se puede clasificar en:

Puntos de corte propuestos por el comité de expertos de la OMS para la clasificación del sobrepeso		
IMC (kg/ m²)	Clasificación de la OMS	Descripción clínica
<18.5	Bajo peso	Delgado
18.5-24.9	Normal	Normal
25.0-29.9	Grado 1 de sobrepeso	Sobrepeso
30.0-39.9	Grado 2 de sobrepeso	Obesidad
>40.0	Grado 3 de sobrepeso	Obesidad mórbida

Fuente: www.who.int, 2012

Consecuencias

Físicas

La obesidad, no es un problema social y cosmético, sino una enfermedad que a su vez es un factor de alto riesgo para otras enfermedades. La severidad de estas secuelas estará dada por el grado de obesidad que tenga la persona, entre mas alto sea su (IMC), mayor será el riesgo y la severidad de las consecuencias (www.obesidad.net, 2012).

El exceso de peso corporal constituye una pandemia que afecta no solo a los países desarrollados, sino a los subdesarrollados. En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 400 millones de adultos, aproximadamente el 7 %, los obesos en el mundo, una cifra que casi se duplicará para el 2015. La obesidad es el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en personas adultas en todo el mundo. (Miguel., Niño, 2009).

A continuación se presentan las consecuencias que tiene la obesidad en el organismo:

	CONSECUENCIAS
Cardiovasculares	Hipertensión arterial, Insuficiencia cardíaca, Ateroesclerosis, Enfermedad arterial coronaria, Insuficiencia venosa. (Troyo;Rosas-Peralta, 2002; www.obesidad.net, 2012; García et al., 2005)
Cerebrales	Accidente vascular cerebral. (www.obesidad.net, 2012)
Dermatológicas	Estrías, Pigmentación de la piel, Hirsutismo. (García et al., 2005; www.obesidad.net, 2012)
Gastrointestinales	Reflujo esofágico, Litiasis biliar, Hígado graso o esteatosis hepática, Colitis, Cáncer de colon, Hemorroides. (Formiguera; Foz, 1998; García et al., 2005; www.obesidad.net, 2012)
Genitourinarias	Incontinencia urinaria, Cálculos renales, Alteraciones en la menstruación, Cáncer de próstata, Cáncer cérvico uterino. (Arrollo-Kuribreña; Gabilondo-Navarro, 2002; Medina-Franco, 2002; García et al., 2005; www.obesidad.net, 2012)
Metabólicas	Diabetes mellitus tipo 2, Resistencia a la insulina, Hiperlipemias, Hiperuricemia y Gota. (Formiguera; Foz, 1998; Troyo; Rosas-Peralta, 2012; www.obesidad.net, 2012)
Osteoarticulares	Dificultad para la movilización, Hipotrofia muscular, Artritis, Hernias y Eventraciones. (Formiguera; Foz, 1998; García et al., 2005; www.obesidad.net, 2012;)

Pulmonares	Síndrome de hipoventilación alveolar por obesidad, Síndrome de apnea obstructiva del sueño en el obeso, Asma bronquial. (Saldaña; Rossell, 1988; Pérez-Padilla, Mesa, Chi-Lem, Vázquez, 2002; García et al., 2005)
Reproductivas	Anovulación, Alto riesgo durante el embarazo. (Carranza-Lira, 2002; García et al., 2005; www.obesidad.net, 2012)
Sanguíneas	Poliglobulia (www.obesidad.net, 2012)

Psicológicas

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, se sabe que estos sufren con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto de sujetos no obesos (Baker, Belfer, 2002). Hilde Bruch (1973) en su obra *Eating Disorders* (Trastornos de la alimentación) señala la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que vive cotidianamente.

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas, etc. (Silvestri; Stavile, 2005)

Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios (Baker, Belfer, 2002).

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los trastornos más frecuentes en pacientes con obesidad mórbida son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión (Guzmán et al., 2010).

En un estudio realizado en el Distrito Federal, por Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro, Fleíz, (2002), en donde se evaluaron conductas alimentarias de riesgo relacionadas con el índice de masa corporal de adolescentes de 13 a 18 años de edad, se observó una tendencia tanto en hombres, como en mujeres a presentar un mayor porcentaje de indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria (la sobrestimación del peso corporal, la práctica de métodos restrictivos o purgativos para bajar de peso y la preocupación por engordar), a medida que se incrementa el índice de masa corporal y la edad de los sujetos; siendo las mujeres quienes reportaron un mayor promedio de indicadores clínicos en comparación con los hombres. Los adolescentes de ambos sexos con sobrepeso y obesidad, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo.

En lo que se refiere a la obesidad como factor de riesgo de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), según la teoría de un origen multifactorial aceptada en la actualidad, son varios los factores implicados en su etiopatogenia; la obesidad desempeña un importante papel, no sólo la del paciente, sino también la de sus familiares cercanos. Así, para Gardner (1993; citado en Guzmán et al., 2010) el patrón sintomatológico de los TCA representa un criterio de valoración común resultante de la interacción de tres tipos de *factores: predisponentes, precipitantes y perpetuadores*. El exceso de peso es uno de los factores predisponentes, tanto para la anorexia nervosa como para la bulimia nervosa. Además, la obesidad está muy relacionada con la baja autoestima, conductas de ayuno, y trastornos afectivos que actuarían a su vez como factores predisponentes o de mantenimiento del trastorno. (Guzmán et al., 2010).

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad afectando a cualquier tipo de población de cualquier edad (Baker, Belfer, 2002).

Sociales y emocionales

A partir de los años de 1960 y hasta la fecha se han publicado diversos estudios que muestran, que desde temprana edad los niños rechazan a los niños obesos prefiriendo a los delgados. Algunas investigaciones relacionadas con las preferencias han demostrado que los niños entre 10 y 11 años prefieren la amistad de los niños discapacitados a la de los niños con sobrepeso, siendo éstos los últimos en ser seleccionados como “*amigos*”. (Guzmán et al., 2010).

En el plano de lo social, en México algunos estudios han demostrado que los niños y adolescentes mexicanos prefieren la amistad de un niño con peso normal y seleccionan al niño con sobrepeso en último lugar, entre niños con seis diferentes características físicas. En dos investigaciones realizadas también en nuestro país en escolares mexicanos, se encontró que las niñas desde muy corta edad adoptan una actitud “*lipofóbica*” (que han asimilado de su entorno social), y que comparten con las jóvenes de mayor edad no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas) (Guzmán et al., 2010). La presión social contra la obesidad es tan clara que los niños desde los 5 años son capaces de atribuir valores negativos como “*perezoso*” o “*sucio*”, a las figuras endomorfas o robustas (Toro, 1999; Badillo, 2004;). Los niños y niñas (de 9 a 12 años) prefieren un ideal estético de delgadez y rechazan la robustez (Gómez Pérez-Mitré, 2004).

Ahora bien, en la desesperación por alcanzar el peso más bajo posible, la persona obesa sufre constantemente la humillación y la discriminación de una sociedad que no está adaptada para ellos, que les teme y los rechaza. Las personas tienden a pensar “*que esta así porque quiere*”, “*no tiene voluntad*” (Guzmán et al., 2010). La obesidad está considerada como la consecuencia de un “*vicio*”, y el obeso, por tanto, una persona que a él se entrega. Se supone que es obeso porque quiere, es decir porque come sin límites, sin control, con glotonería. (Toro, 1999).

Se conceptualiza al obeso como carente de voluntad, carente de compromiso, menos competentes, menos productivos, menos laboriosos, desorganizados, indecisos, inactivos y con menos éxito (Toro, 1999); habiendo empresas que toman estos y otros argumentos para rechazarlos, creen que se trata de una enfermedad que condiciona el desempeño de las tareas laborales (Guzmán et al., 2010).

También se ha verificado que, a igualdad de otras circunstancias, los salarios de los obesos suelen ser inferiores que los de sus colegas de peso normal o bajo (Toro, 1999).

El obeso se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a ciertos lugares públicos. De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y sus estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez) (Guzmán et al., 2010).

En la actualidad, la psicopatología del obeso, tiende a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza. Los individuos obesos en los países occidentales sufren del prejuicio y la discriminación (Silvestri; Stavile, 2005). Todos esos prejuicios son los que casi en todas las culturas se asocian a la ausencia de atractivo físico (Toro, 1999). Los medios de comunicación (televisión, revistas e internet) recuerdan constantemente que para estar a la moda hay que estar delgado y las personas con sobrepeso son blanco de bromas (Silvestri; Stavile, 2005).

Prevalencia

Desde hace aproximadamente 20 a 30 años se ha informado que la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y la pubertad en las sociedades desarrolladas e industrializadas. Sin embargo, en los últimos 10 años, su incidencia y prevalencia en los países y comunidades en vías de desarrollo muestran incrementos tan rápidos que en poco tiempo igualaran a las notificadas para los primeros (Calzada, 2003).

El aumento progresivo de la prevalencia guarda relación directa con la mayor disponibilidad de nutrimentos (nutrientes), la presencia de malos hábitos alimentarios y la realización de menor trabajo físico; esto último determinado por el aumento de las horas dedicadas a actividades sedentarias (Calzada, 2003).

En México, más del 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32,671 millones sin contar a los niños (Sánchez- Castillo, Pichardo-Ontiveros, López, 2004).

En su análisis de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) llevada a cabo en 2003, Arroyo, Loría, Fernández, Flegal, Kuri-Morales, Olaiz (2000) informaron altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en uno y otros sexos y para todos los grupos de edad. En el análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (ENSA 2000), se observó incremento en las tasas de obesidad, con respecto a la ENEC 2003 de 5% y 4% para hombres y mujeres respectivamente (Figura 1). Las prevalencias de sobrepeso se mantuvieron constantes y altas, en hombres 41.4% versus 41.3% en los años 1993 y 2000, respectivamente, mientras que para los mujeres éstas fueron de 35.6% versus 36.3% respectivamente, es decir, un ligero incremento de 0.7% con respecto a la década anterior (Sánchez- Castillo et al., 2004).

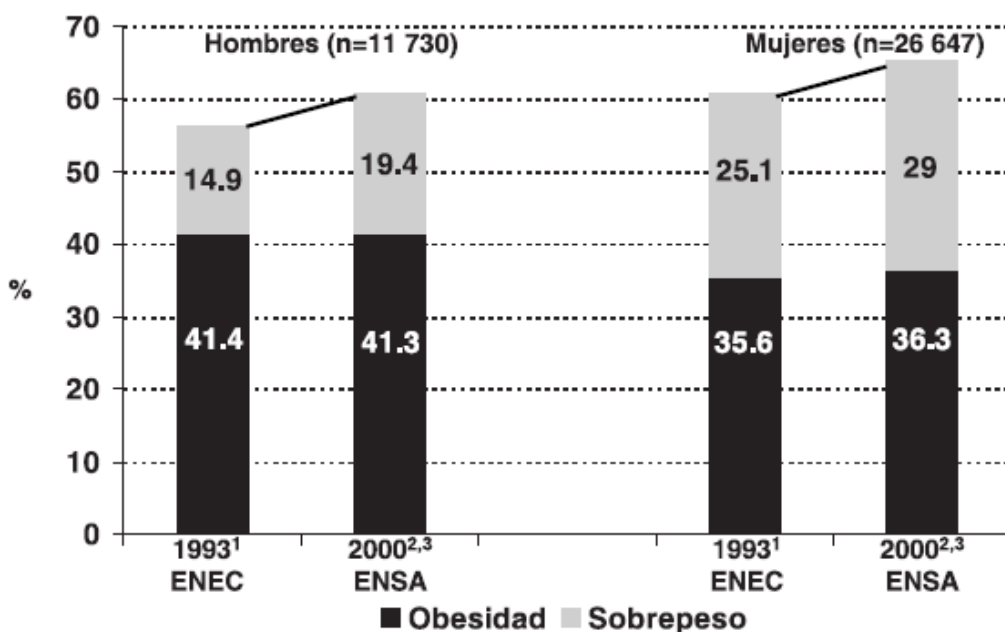


Figura 1. Tendencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad en México 1990-2000 Fuentes: Adaptadas de 411, 422, y 903

En la actualidad por lo tanto, más de 60% de nuestra población padece sobrepeso y obesidad por lo que no es de extrañar que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2 ocupen hoy en día las primeras causas de mortalidad en nuestro país. La prevalencia total de diabetes tipo 2 en México de acuerdo al análisis de la ENSA 2000 fue de 6.6% y 7.2% respectivamente para hombres y mujeres. Mientras que las prevalencias de hipertensión arterial fueron de 33.3% en los hombres y de 25.6% en las mujeres (ENSA, 2000).

Mortalidad y morbilidad

La obesidad es causa principal de mortalidad cardiovascular en el mundo y están asociados a ella, con riesgos diversos, otros numerosos problemas de salud (Figura 2), como las enfermedades de la vesícula biliar, diversos tipos de cáncer y la osteoartritis entre otras.

La obesidad es considerada, de hecho, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia. (Sánchez- Castillo et al., 2004).

Muy aumentado (RR mucho > 3)	Moderadamente aumentado RR 2-3	Ligeramente aumentado RR 1-2
<p>DMNID</p> <p>Enfermedad de la vesícula biliar</p> <p>Dislipidemias</p> <p>Resistencia a la Insulina</p> <p>Disnea</p>	<p>Enfermedad cardiovascular</p> <p>Hipertensión</p> <p>Osteoartritis (rodillas)</p> <p>Hiperuricemia y gota</p>	<p>Cáncer (Mama, endometrio, colon)</p> <p>Anormalidades hormonas reproductoras</p> <p>Síndrome ovario poliquístico</p> <p>Fertilidad afectada</p> <p>Dolor cintura baja (obesidad)</p> <p>Aumenta riesgo de anestesia</p> <p>Anormalidades del feto asociadas a obesidad materna</p>

Figura 2. Riesgo relativo de problemas de salud asociados a sobrepeso y obesidad Fuente: (Sánchez- Castillo et al., 2004).

II. Tercera infancia y preadolescencia (pubertad)

Definición de tercera infancia y preadolescencia (pubertad)

Durante la tercera infancia se consolidan los aprendizajes adquiridos en la niñez temprana y se produce un importante desarrollo en el ámbito social acompañado del desarrollo cognitivo, lo que les permitirá comprender el mundo y aprender a pensar de forma lógica (Beltrán, Carpintero, 2009).

Para Piaget, el logro cognitivo más importante de la tercera infancia es el del pensamiento operacional concreto, por lo cual los niños pueden razonar de forma lógica acerca de las cosas y los acontecimientos que perciben (Berguer, 2004). El aspecto más importante del desarrollo durante los años escolares es que el contexto social cambia y se expande a medida que los niños entran en comunidades culturales y educativas más amplias. Los niños ya no dependen de sus familias para que les proporcione todas las formas de mantenimiento físico (es decir, lo que tiene que ver con la vestimenta, el alimento y la higiene) independientemente si los mandan o no a la escuela (Berguer, 2004).

Este periodo comprende desde los 6 años aproximadamente hasta los 11, edad en la que comienzan los cambios hormonales de la pubertad que eclosionarán en la adolescencia (Beltrán, Carpintero, 2009).

La adolescencia es uno de los periodos más significativos de la vida, ya que se da el crecimiento y la maduración del ser humano, es un proceso evolutivo cambiante común a todo ser humano, que se anuncia en la etapa puberal llamada también adolescencia temprana o preadolescencia, la cual sirve de transición entre la infancia y la edad adulta (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Siendo parte de nuestro objetivo estudiar la transición física, cognitiva y social, de la niñez a la adolescencia, es importante enfocarnos en la etapa puberal, ya que esta es el inicio de todos los cambios que perduraran en la edad adulta.

Según Berguer (2004), la pubertad es el periodo de crecimiento físico rápido y maduración sexual que pone fin a la niñez y marca el comienzo de la adolescencia, produciendo a una persona con el tamaño, las formas y el potencial sexual de un adulto. Las fuerzas de la pubertad son consecuencia del aumento de producción hormonal, lo que provoca numerosos cambios hormonales. Por lo general, el crecimiento y la maduración están completos 3 o 4 años después de comenzar la pubertad, aunque algunos individuos siguen aumentando durante la década siguiente.

En la práctica clínica y en la investigación, la fecha de inicio de la pubertad se establece para las niñas con el comienzo del desarrollo de los pechos y para los niños con la aparición del vello púbico. El inicio de la madurez sexual va acompañado por un “arranque de crecimiento” en la estatura y en el peso, que suele durar alrededor de dos años (Mussen 2008).

II.1 Etapas cronológicas de la infancia y la pubertad

El ciclo de la vida suele dividirse en una serie de etapas o periodos. El objetivo principal de esta división es favorecer su comprensión o estudio, dado que existen determinadas características comunes en cada periodo, que permiten comprender el comportamiento del sujeto. En general, pueden establecerse tres grandes momentos del desarrollo: infancia, adolescencia y adultez. Sin embargo cada uno de estos periodos configura una situación más compleja de la que a priori podría considerarse. Por ello, para el estudio del ciclo vital se consideran las siguientes perspectivas.

Desde una perspectiva cognitiva

Jean Piaget (1896-1980) ha sido uno de los grandes estudiosos del desarrollo del pensamiento infantil y es considerado el pionero de la revolución cognitiva. Para Piaget el conocimiento se construye a partir de la interacción entre el niño y los objetos (constructivismo), y se fundamenta en una serie de principios (Beltrán, Carpintero, 2009).

Según Piaget e Inhelder (2007) la inteligencia es una forma de equilibrio hacia la cual tienden todas las estructuras, la considera como un proceso de adaptación cuya función es estructurar el universo del mismo modo que el organismo estructura su contexto. El desarrollo cognitivo implica la adaptación y la organización de la experiencia por medio de la acción, ambos procesos subyacen a todo aprendizaje (Kimelman, 2003).

La adaptación está constituida por dos procesos interrelacionados: asimilación y acomodación, los que constituyen las invariantes funcionales. La asimilación consiste en la incorporación de información y nuevas experiencias a esquemas inexistentes (Kimelman, 2003; Beltrán, Carpintero, 2009).

El esquema se refiere a cualquier secuencia de acciones, que constituye un todo organizado que se repite y puede ser fácilmente reconocido entre otros comportamientos, es decir, formas de pensamiento que se emplean para actuar en diversas situaciones (Kimelman, 2003; Beltrán, Carpintero, 2009). Un conjunto de esquemas coordinados constituye lo que Piaget llama la estructura. Una vez que un esquema de acción se desarrolla es aplicada a todo objeto nuevo y a toda nueva situación.

La acomodación es un proceso directamente inverso: consiste en modificar los esquemas propios para resolver los problemas que surgen de nuevas experiencias, se manifiestan en los ensayos, preguntas mediante la aplicación de la asimilación y la acomodación cada individuo se adapta a un ambiente, creándose un repertorio suficiente de esquemas para afrontar los sucesos cotidianos (Kimelman, 2003; Beltrán, Carpintero, 2009).

Piaget elabora una teoría del desarrollo cognitivo en etapas generalizadas (Piaget, Inhelder, 2007). Cada una de las etapas presenta un modo de operar determinada, de tal forma que parte de la capacidad innata que presentan los niños para adaptarse al medio explorándolo a través de los sentidos, hasta la consecución del pensamiento lógico y abstracto de los adolescentes.

- Periodo Sensoriomotor (0-2años). El niño aprende y adquiere conocimientos a través del movimiento y de las experiencias sensoriales. Los sentidos permiten al niño iniciar su relación con el medio (tocar, chupar, mirar, oler se convierten en actividades fuentes de conocimiento).

- Periodo Preoperacional (2-7 años). A partir de los 2 años con la aparición del lenguaje y el juego simbólico, el niño será capaz de elaborar un sistema de imágenes y representaciones, aunque todavía de forma ilógica.
- Periodo Operaciones concretas (7-11 años). En esta etapa el niño adquiere el pensamiento lógico, aunque solo acerca de objetos concretos (Beltrán, Carpintero, 2009). Las operaciones concretas consisten, en una estructuración directa de los datos actuales: clasificar, seriar, igualar, establecer correspondencias, etc., lo cual equivale a la introducción, dentro de un contenido particular (longitudes, pesos, etc.), de un conjunto de encajes o relaciones que se limitan a organizar este contenido en su forma actual y real (Inhelder, Piaget, 1955).

Las operaciones concretas forman, pues, la transición entre la acción y las estructuras lógicas más generales que implican una combinación y estructura de “grupo” coordinante de las dos formas posibles de reversibilidad. Ciertamente es que, estas operaciones nacientes se coordinan ya en estructuras de conjunto, pero que son pobres y proceden a un progresivamente a falta de combinaciones generalizadas (Piaget, Inhelder, 2007).

En resumen, el pensamiento concreto continúa esencialmente adherido a lo real y al sistema de las operaciones concretas, que constituye la forma final de equilibrio del pensamiento intuitivo, solo alcanza un conjunto restringido de transformaciones virtuales, por lo tanto, una noción de lo “posible” que simplemente prolonga a lo real (Inhelder, Piaget, 1955).

- Periodo Operaciones formales (11 años - adultez). A partir de los 11 años el niño será capaz de utilizar la imaginación para generar situaciones hipotéticas y valorar sus posibilidades, así como de emplear la abstracción (Beltrán, Carpintero, 2009).

El carácter principal del pensamiento formal reside sin duda en el papel que le hace desempeñar a lo posible en relación con las comprobaciones reales: comparado con el pensamiento concreto, constituye así una nueva forma de equilibrio que hay que analizar desde la doble perspectiva de la extensión de su campo y los instrumentos de coordinación que operan en su funcionamiento (Inhelder, Piaget, 1955).

En esta etapa, aparecen una serie de nuevos esquemas operatorios, cuya formación aproximadamente sincrónica, parece indicar que existe una unión entre ellos, pero cuyo parentesco estructural apenas se percibe colocándose en el punto de vista de la conciencia del sujeto. Tales son las nociones de proporción, los dobles sistemas de referencia, la comprensión de un equilibrio hidrostático, ciertas formas de probabilidad, etc. (Piaget, Inhelder, 2007).

En el análisis cada uno de esos esquemas muestra implicar, o una combinatoria, o, sobre todo, un sistema de cuatro transformaciones que depende del grupo de cuaternidad precedente y presenta la generalidad de su empleo, aunque el sujeto no tenga naturalmente, conciencia de que exista esa estructura como tal (Piaget, Inhelder, 2007).

El adolescente puede distinguirse ante todo del niño por la presencia de una reflexión que va más allá del presente. El adolescente es el individuo que, como respuesta a situaciones vividas y actuales, se compromete en la dirección de las consideraciones inactuales. Dicho de otro modo, el adolescente contrariamente al niño, es aquel individuo que comienza a construir sistemas o teorías. El adolescente reflexiona sobre su propio pensamiento y construye teorías. El hecho de que estas teorías sean poco profundas, poco hábiles y sobre todo poco originales no es importante: desde el punto de vista funcional, estos sistemas presentan la significación esencial de permitirle al adolescente su inserción moral e intelectual dentro de la sociedad de los adultos. Sin hablar aun de su programa de vida y sus proyectos de reforma (Inhelder, Piaget, 1955).

El adolescente construye sus teorías, o adopta reconstruyéndolas, las que se le ofrece: pero, junto a la necesidad de participar en las ideologías adultas, le es indispensable elaborar una concepción de las cosas que le ofrezca la posibilidad de afirmarse y crear y que se constituya en una garantía de que incluso triunfara mejor que sus predecesores (de ahí las reformas necesarias en que se mezclan del modo más íntimas las preocupaciones desinteresadas y las ambiciones características de la juventud) (Inhelder, Piaget, 1955).

La teoría cognitiva de Piaget, ha permitido comprender que la mente de los niños se rige por leyes diferentes a la de los adultos, y que un niño no es un adulto en miniatura, sino que dispone de formas de reflexión propias y características en función de la etapa evolutiva (Beltrán, Carpintero, 2009).

Desde una perspectiva cualitativa

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia, delimitando este periodo de la vida de las personas entre 9 y 19 años, 11 meses y 29 días de edad, caracterizándola por la paulatina madurez de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de una identidad adulta y por último, por la progresiva independencia socioeconómica de los padres. El periodo definido como “juventud” situado entre 15 a 24 años se superpone al de la adolescencia (MIAED, 2012).

Para Beltrán, Carpintero (2009), el ciclo vital se divide en etapas específicas, tales como:

- El **desarrollo prenatal** comprende desde la concepción hasta el nacimiento. Se trata de un periodo de esencial importancia para el desarrollo pues se configuran los elementos básicos del mismo, principalmente de origen biológico, esto es, los sistemas y órganos corporales.
- La **infancia** hace referencia al periodo comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad. En este periodo se producen cambios decisivos en todas las dimensiones del desarrollo y la adquisición de los rudimentos básicos para poder desarrollar el resto de las habilidades a lo largo de la vida. Así, al nacer no es capaz de moverse de forma autónoma, de relacionarse mediante el lenguaje oral ni de controlar su conducta; sin embargo, al terminar este periodo los niños serán capaces de caminar, hablar y comenzar a regular su conducta.

- La **niñez temprana** comprende desde los 2 años hasta los 6 años. En este periodo, y continuando con los cambios del periodo anterior, se produce un rápido desarrollo cognitivo, físico y social. Continúan consiguiéndose hábitos de autonomía y de socialización que permitirán al niño poder aprender a compartir y que favorecerá la formación de su autoconcepto y de su autoestima.
- Durante la **niñez intermedia** se consolidan los aprendizajes adquiridos en la niñez temprana y se produce un importante desarrollo en el ámbito social acompañado del desarrollo cognitivo, lo que les permitirá comprender el mundo y aprender a pensar de forma lógica. Este periodo comprende desde los 6 años aproximadamente hasta los 11, edad en la que comienzan los cambios hormonales de la pubertad que eclosionan en la adolescencia.
- La **adolescencia** es un periodo de importantes cambios tanto físicos como cognitivos. Como consecuencia de estos cambios los adolescentes experimentan nuevas situaciones que les permitirán progresar en su desarrollo y acceder al mundo de los adultos. Se trata de una etapa llena de contradicciones emocionales, cognitivas y sociales que culminan en torno a los 18 años.
- El periodo adulto comienza con la etapa de la **juventud** donde se mantiene la energía de la adolescencia pero se calman los cambios hormonales. Se trata de un periodo que requiere la toma de importantes decisiones. Evolutivamente estas decisiones (vocacionales, personales, laborales) marcarán el desarrollo posterior y el resto de las etapas.
- A partir de los 40 años, se considera que comienza la **edad madura** en la que generalmente se alcanza el mayor nivel de responsabilidad laboral y profesional. Junto al posible éxito profesional, los adultos se cuestionan y reflexionan sobre las metas alcanzadas hasta el momento y se reexaminan las etapas anteriores, preguntándose por el aprovechamiento de las mismas, así como por las oportunidades.
- Tras la etapa adulta se sucede un periodo de **vejez**. Hasta hace relativamente poco tiempo este periodo presentaba unas características poco diferenciadas entre sí, y se estudiaba de manera semejante a las personas de 60 y de 80 años. Hoy en día, y dado el nivel y la esperanza de vida actual, ya no es así.

De acuerdo a Papalia et al., 2009, existen etapas cronológicas, que se observan desde un punto de vista cualitativo:

- **Primera Infancia (1 a 3 años)**
Periodo en que los niños se vuelven más comunicativos, independientes, capaces de moverse de un lugar a otro. La adquisición del lenguaje impulsa la comprensión cognitiva y la comunicación de manera notable.
- **Segunda Infancia (3 a 6 años)**
Lo niños hacen la transición de la primera infancia a la niñez. Sus cuerpos se vuelven más esbeltos, sus capacidades motoras y mentales más agudas y sus personalidades y relaciones más complejas. El crecimiento y el cambio son menos rápidos en la segunda infancia, pero los dominios del desarrollo (físico, cognitivo, emocional y social) continúan entremezclándose.
- **Tercera Infancia (6 a 11 años)**
La escuela es la experiencia central durante este periodo; es un punto central para el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Las diferencias individuales se vuelven más evidentes y las necesidades especiales se tornan más importantes a medidas que las competencias afectan el éxito en la escuela. Las competencias también tienen efecto en la autoestima y la popularidad.
- **Adolescencia (11 a 19 años)**
Durante este periodo, cambia la apariencia de los jóvenes; debido a los sucesos hormonales de la pubertad; sus cuerpos adquieren una apariencia adulta. Las características físicas representan un importante papel en moldear el autoconcepto de los adolescentes. También cambia su pensamiento; son más capaces de pensar en términos abstractos e hipotéticos.
- **Preadolescencia (11 a 14 años)**
La adolescencia temprana ofrece oportunidades para el crecimiento, no sólo en las dimensiones físicas sino también en competencia cognitiva y social, autonomía, autoestima, e intimidad. Este periodo también conlleva riesgos. Algunos jóvenes tienen problemas para manejar todos estos cambios a la vez y es posible que necesiten ayuda para superar los riesgos que encuentran a lo largo del camino.

II.II Crecimiento físico y biológico

Tercera Infancia

Durante la tercera infancia, el crecimiento se desacelera de manera considerable. Aún así, aunque es posible que no sean evidentes los cambios en el día a día, se suman para crear una sorprendente diferencia entre los niños de seis años de edad, que todavía son pequeños, y los de 11 años de edad, muchos de los cuales empiezan a parecerse a los adultos (Papalia et al., 2009).

Los niños crecen más lentamente entre los 6 y 11 años de edad que lo que crecieron en los años anteriores o que lo que crecerán unos pocos años después. “más lentamente” se refiere a la tasa de aumento, porque los niños en realidad aumentan por lo menos tanto su peso en cada año escolar como lo hacían a los tres o cuatro años. El aumento proporcional es menor, sin embargo, y eso marca la diferencia (Berger, 2004).

Los niños crecen cerca de 5 a 7.5cm por año entre los 6 y 11 años de edad y su peso aumenta a casi el doble durante el mismo periodo (Ogden, Fryar, Carroll, Flegal; citado en Papalia et al., 2009). Las niñas retienen un poco más de tejido adiposo que los niños, una característica que perdurara incluso en la adultez.

En condiciones normales los niños en la tercera infancia se alimentan bien y crecen fuertes y sanos. En esta etapa se enferman menos, no es tan habitual la fiebre y tienen menos resfriados (Berger, 2004), o se golpean y se lastiman menos que cuando eran más pequeños, los huesos de los niños de 12 años son más duros, pero más fáciles de romper que los del niño de 6 (Mussen 2008).

La mayoría de los dientes adultos brotan durante la tercera infancia. Los dientes de leche empiezan a caerse alrededor de los 6 años de edad y son remplazados por los dientes permanentes a una tasa de cerca de 4 dientes por año a lo largo de los próximos cinco años (Papalia et al., 2009). Aproximadamente a los 12 años de edad tienen ya casi todas las piezas permanentes (Mussen 2008).

Van adelgazando a medida que crecen, la mayor parte de los cambios en las proporciones corporales de un niño durante la tercera infancia son el resultado de el alargamiento continuo de los brazos y las piernas (Berger, 2004; Mussen, 2008).

Pubertad

El final de la niñez se señala, en el niño, por un incremento de los testículos, escroto y pene; en las niñas hay un incremento en las tasas de crecimiento del pecho, ovarios y útero (matriz) (Berryman, Hargreaves, Herbert, Taylor, 1994; Berger, 2004; Mussen, 2008; Papalia et al., 2009). Los cambios físicos y fisiológicos que tienen lugar en promedio a los 12 años en las niñas, y a los 14 en los niños, se deben a la acción de las hormonas (Berryman et al., 1994).

Las hormonas afectan todos los aspectos del crecimiento y el desarrollo. En la pubertad se incrementan de forma natural los niveles de determinadas hormonas, que provocan el aumento del interés sexual y los cambios de humor bruscos (Berger, 2004).

En la pubertad, la hipófisis también activa las gónadas, es decir, las glándulas sexuales (los ovarios en las mujeres y los testículos en los varones). Estas son las primeras partes del cuerpo que aumentan de tamaño en la pubertad. En las niñas, los cambios en los ovarios son invisibles; en los varones el escroto, que contiene a los testículos aumenta de tamaño y cambia de color rojo al rosa (Berger, 2004).

Aunque la pubertad comienza a diferentes edades, el orden es casi siempre el mismo. Para las niñas, los cambios visibles incluyen, en secuencia, el comienzo del crecimiento de las mamas, el vello púbico inicial, el máximo estirón del crecimiento (periodo de crecimiento físico relativamente repentino y rápido de todas las partes del cuerpo) el ensanchamiento de las caderas, el primer periodo menstrual (la menarquia), el fin del crecimiento del vello púbico y el desarrollo final de las mamas. Para los niños, los cambios físicos visibles de la pubertad incluyen, en un orden aproximado el vello púbico inicial, el crecimiento de los testículos, el crecimiento del pene, la primera eyaculación consiente de líquido seminal (semenarquia), signo considerado como paralelo a la aparición de la amenarquia, es la que simbólicamente termina el proceso de la pubertad, el máximo estirón del crecimiento, la voz se hace más grave, la aparición de la barba y el fin del crecimiento del vello púbico (Berryman et al., 1994; Berger, 2004; Marcelli, Braconnier, 2005; Mussen 2008; Papalia et al., 2009). La piel se vuelve más gruesa y grasosa. El aumento en la actividad de las glándulas sebáceas puede dar lugar a barros y espinillas (Papalia et al., 2009).

En la actualidad, los cambios que anuncian la pubertad comienzan típicamente a los 8 años en las niñas y a los 9 en los varones (Susman, Rogol, 2004; citado en Papalia et al., 2009), pero existe un amplio rango de edades para diversos cambios como se muestra en la tabla 1. El proceso de la pubertad toma por lo común entre tres a cuatro años en ambos sexos.

Tabla 1	Secuencia común de cambios fisiológicos en la pubertad
Características femeninas	Edad de primera aparición
Crecimiento mamario	6-13
Crecimiento de vello púbico	6-14
Crecimiento rápido del cuerpo	9.5-14.5
Menarquia	10-16.5
Aparición del vello axilar	Aproximadamente dos años después de la aparición del vello púbico
Aumento en la secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas (que pueden conducir a acné)	Casi al mismo tiempo que la aparición del vello axilar.
Características masculinas	Edad de primera aparición
Crecimiento de testículos y escroto	9-13.5
Crecimiento de vello púbico	12-16
Crecimiento rápido del cuerpo	10.5-16
Crecimiento del pene, glándula prostática, vesícula seminales	11-14.5
Cambio en la voz	Prácticamente al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Espermarquia	Cerca de un año después de comenzar en crecimiento del pene
Aparición del vello facial y axilar	Aproximadamente dos años después de la aparición del vello púbico
Aumento en secreción de glándulas sebáceas y sudoríparas (que pueden conducir a acné)	Casi al mismo tiempo que la aparición de vello axilar

Estos aspectos biológicos tienen gran relación con las vivencias que tiene el preadolescente. Muchas veces, tanto los cambios precoces como el retraso madurativo, tienen consecuencias negativas en la autoimagen y autoestima del preadolescente, generando preocupación, angustia o vergüenza (Irribarne, 2003).

Los límites cronológicos (de 8 a 14 años en la mujer y de 10 a 16 en el hombre) deben ser considerados sólo como datos estadísticos que permiten hablar de adelanto o de atraso, pero no definen obligatoriamente un desarrollo anormal en caso de que éste se produzca fuera de este margen. El margen generalmente admitido abarca tanto datos genéticos de adelanto o de atraso como datos medioambientales, ya que la salud, la alimentación, el ejercicio físico o el nivel socioeconómico pueden influir en menor o mayor medida en el momento de aparición de la pubertad (Marcelli, Braconnier, 2005).

II.III Habilidades cognitivas

Desde una perspectiva contextual

La principal aportación de la perspectiva contextual a las teorías del desarrollo es la importancia del contexto y su influencia. No se concibe el desarrollo del individuo si este no es estudiado en el entorno en el que interactúa. Y no se trata únicamente del contexto físico en el que el niño vive y crece sino también de los contextos sociales y culturales que le acompañan (Beltrán, Carpintero, 2009).

Para el psicólogo ruso Lev Semiónovich Vygotsky (1896-1934), el foco de estudio debe ser el entramado social, cultural e histórico donde crece el niño, de tal forma que el pensamiento de este se deriva de los procesos sociales que vive. Así, el desarrollo cognitivo se convierte en una tarea cooperativa fruto de la interacción social, de modo que las actividades compartidas ayudan a los niños a interiorizar las formas de pensamiento y convertirlas en propias. La interacción es necesaria para que los niños adquieran la forma de pensar de una cultura (Beltrán, Carpintero, 2009).

La teoría sociocultural de Vygotsky (1978), al igual que la teoría de Piaget, destaca la participación activa de los niños con su ambiente; pero, mientras que Piaget describió la mente individual en su integración e interpretación de la formación acerca del mundo, Vygotsky concibió el crecimiento cognitivo como un proceso conjunto. Los niños, decía Vygotsky, aprenden por medio de la interacción social. Adquieren habilidades cognitivas como parte de su inducción a un modo de vida. Las actividades compartidas ayudan a los niños a internalizar las modalidades de pensamiento y conducta de su sociedad y a hacer propios sus usos y costumbres (Papalia, Wendkos, Duskin, 2009).

Desde el momento en que el niño adquiere el lenguaje y comienza a comunicarse con otros, se producen continuos cambios en el pensamiento y la conducta (Beltrán, Carpintero, 2009). Dicho autor, colocó especial énfasis en el lenguaje no solo como expresión de conocimientos e ideas, sino como medio esencial para aprender y pensar acerca del mundo (Papalia et al., 2009). En este sentido, Vygotsky destaca la importancia de los adultos y otros niños para favorecer el desarrollo trabajando en la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP). Se trata del área que constituye aquellas tareas y actividades que un niño no podría hacer por si solo pero que es capaz de conseguir con la ayuda de otro o de un adulto. Es la diferencia entre la capacidad actual y la capacidad potencial con la ayuda de otro persona (Beltrán, Carpintero, 2009; Papalia et al., 2009).

Tercera Infancia

El desarrollo cognitivo corresponde a la organización de las operaciones concretas que le permite ordenar y relacionar su experiencia, captar las relaciones generales de causa-efecto y acceder a una actitud más crítica (Kimelman, 2003).

Para Piaget, el logro cognitivo más importante de la tercera infancia es el del pensamiento operacional concreto, por el cual los niños pueden razonar en forma lógica acerca de las cosas y los acontecimientos que percibe (Berger, 2004). Aproximadamente a los 7 años de edad entienden los principios lógicos y los aplican a casos concretos, es decir, a situaciones que tienen que ver con las cosas visibles, tangibles y reales, las cosas que son sólidas (Papalia et al., 2009). Así los niños se van convirtiendo en pensadores más sistemáticos, objetivos, científicos y educables (Berger, 2004).

Sin embargo, Vygotsky criticaba mucho el punto de vista de Piaget de que el niño era un aprendiz aislado socialmente. Para Vygotsky, la instrucción a cargo de los otros es crucial, con las escuelas, los pares y los maestros proporcionando el puente necesario para conectar el potencial evolutivo innato del niño con las habilidades y el conocimiento que brinda la educación formal (Berger, 2004).

La teoría del procesamiento de la información critica la teoría del desarrollo de Piaget, planteando que las etapas se diferencian no cualitativamente, sino por capacidades crecientes de procesamiento y memoria. Las teorías del procesamiento de la información se concentran en la forma en que la gente presta atención a los sucesos del medio, codifica la información que debe aprender y la relaciona con los conocimientos que ya tiene, almacena la nueva información en la memoria y la recupera cuando la necesita (Simon, 2001; citado en Berger, 2004).

Dicha teoría, dice que las personas absorben y almacenan grandes cantidades de información luego aplican sus procesos mentales para ejecutar tres funciones: buscar ítems específicos de información cuando los necesitan analizar situaciones usando las estrategias de resolución de problemas concretos que en general sirven para hallar la soluciones correctas y expresar la mejor solución en un formato que otra persona pueda entender (Berger, 2004).

A continuación se mencionaran los conceptos que intervienen dentro del procesamiento de la información:

- Atención selectiva: la capacidad para ignorar las distracciones y fijarse en los detalles que ayudaran a la posterior recuperación de la información (Berger, 2004). Los niños en edad escolar pueden concentrarse durante periodos más largos que los niños de menor edad y se pueden enfocar en la información que necesitan y desean, al mismo tiempo que pasan por alto la información irrelevante (Papalia et al., 2009).
- Memoria: a medida que los niños crecen, mejora su habilidad para recordar información. Otro factor que sin lugar a dudas, facilita la memoria, es que conforme los niños crecen su base de conocimientos se incrementa. Un niño que desconoce el significado de una palabra u objeto puede tener dificultades para registrarlo inicialmente, y por lo tanto tener problemas para recordarlo después (Mussen 2008).

A medida que los niños crecen son más propenso a utilizar estrategias para ayudar a codificar y almacenar la información (Mussen, 2008). A estas estrategias se les denomina estrategias mnemotécnicas, las más comunes entre niños como entre adultos es el uso del ensayo, organización y elaboración.

La teoría del procesamiento de la información es útil precisamente por que las personas “pueden aprender cualquier cosa tenga sentido o no” (Simon, 2001; citado en Berger, 2004). Muchos niños de 7 a 11 años no solo aprenden rápidamente en la escuela sino que también superan a sus mayores ya que, a medida que los niños avanzan en su escolaridad, presentan un progreso continuo en su capacidad para regular y mantener la atención, procesar y retener información, y planear y supervisar su propio comportamiento (Papalia et al., 2009).

Pubertad

El preadolescente es capaz de considerar varias posibilidades de una forma más completa y objetiva. Así, puede considerar no solo una respuesta posible a un problema o explicación de una situación, sino muchas opciones posibles. El preadolescente no está limitado a soluciones que ocurren de modo espontáneo; puede agotar lógicamente todas las alternativas factibles (Mussen 2008).

El pensamiento del preadolescente avanza de dos maneras: las habilidades cognitivas básicas continúan desarrollándose, como el razonamiento inductivo y el razonamiento deductivo y emerge el pensamiento hipotético-deductivo (Berger, 2004; Papalia et al., 2009)

Todas las habilidades básicas del procesamiento de la información continúan progresando durante la pubertad. La atención selectiva se despliega con mayor habilidad. Unas habilidades de la memoria ampliadas y una base de los conocimientos en expansión permiten a los preadolescentes conectar nuevas ideas y conceptos con los anteriores. La metamemoria y la metacognición los ayudan para mejorar sus condiciones de estudiantes. Esto a su vez profundiza su comprensión de las matemáticas y la química, de las modas, la amistad y de todo lo que pasa por sus mentes (Berger, 2004).

Durante los años escolares, los niños utilizan cada vez más sus conocimientos acumulados de los hechos, así como su experiencia personal, para extraer conclusiones. Este tipo de razonamiento que va desde lo particular hasta una conclusión general se denomina razonamiento inductivo (Berger, 2004).

Durante la pubertad, cuando los jóvenes desarrollan su capacidad para pensar en forma hipotética, pronto se hacen más capaces de utilizar el razonamiento deductivo. Es decir, pueden empezar a partir de una premisa o una teoría general, razonar a través de uno o más pasos lógicos para deducir una conclusión específica y probar la validez de esta conclusión. La deducción implica a razonar desde lo general hasta lo específico (Berger, 2004).

El rasgo más destacado del cambio en la cognición que ocurre en la pubertad es la capacidad de pensar en términos de posibilidad y no solo en términos de realidad. Los preadolescentes “parten de soluciones posibles y avanzan para determinar cuál es la solución real” (Papalia et al., 2009). Esto permite que los preadolescentes puedan pensar con independencia de las vías y creencias tradicionales. Analizan las probabilidades, comprendiendo que algunas cosas son simplemente más probables que otras; nada es inevitable e incluso lo imposible puede ser considerado (González, 2001).

Esta clase de pensamiento que parte de lo posible se denomina pensamiento hipotético-deductivo, porque una hipótesis es algo que es posible pero que todavía no se ha probado y porque las deducciones son lógicas pero no son necesariamente reales (Berger, 2004), así el pensamiento hipotético-deductivo se refiere a la habilidad de deducir una conclusión a partir de premisas que son conjeturas y no de los hechos comprobados por el sujeto (González, 2001).

II.IV Cambios psicológicos y sociales

Tercera infancia

Cerca de los siete u ocho años de edad los niños alcanzan la tercera de las etapas neopiagetianas en el desarrollo del autoconcepto. Los juicios acerca del yo se vuelven más realistas y equilibrados a medida que los niños forman sistemas representacionales: autoconceptos amplios e incluyentes que integran diversos aspectos del yo (Papalia et al., 2009).

Durante la tercera infancia se superan las autodefiniciones absolutas, de blanco y negro; reconocen que pueden ser “aptas” en ciertas materias y “no aptas” en otras. Pueden comparar su yo real con su yo ideal y pueden juzgar que tanto alcanzan las normas sociales en comparación con los demás. Todos estos cambios contribuyen al desarrollo de la autoestima, su evaluación acerca de su autovalía global (Papalia et al., 2009).

Los niños en edad escolar comienzan a evaluarse a sí mismos, comparando todas sus habilidades específicas con la de sus pares. Las habilidades no académicas también se comparan (Berger, 2004).

La comprensión aumentada de sí mismo tiene un precio. Aparece la autocrítica y baja la autoestima, sobre todo cuando a los niños les formulas preguntas generales, como “¿eres inteligente?” y “¿eres bueno?”. En lugar de contestar simplemente “sí”, como haría un niño pequeño, los niños más grandes aceptan y usan las normas específicas establecidas por sus padres, maestros y pares. Esto significa también que utilizan la comparación social, que es la habilidad para compararse con otras personas aun cuando nadie más haga la comparación en forma explícita. Los niños examinan su conducta verdadera y dejan de lado la evaluación de sí mismos imaginaria y optimista de los prescolares (Berger, 2004).

Los niños mayores se sienten personalmente responsables por sus defectos y tienden menos a culpar a la suerte o a otras personas. Además, cuando se comparan con otros, “los niños se sienten cada vez más preocupados por la presentación de sí mismos”. Otros niños son más críticos de lo que eran antes y las opciones de los padres o maestros ahora son desestimadas (Berger, 2004).

En general, los niños en edad escolar adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial. Los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emociones negativas y afrontar los problemas de forma constructiva (Eisenberg, Fabes, Murphy, 1996; citado en Papalia et al., 2009). Los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan a lidiar con su angustia fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales.

Cuando los padres responden con desaprobación o castigo, las emociones como el enojo y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional (Fabes, Leonard, Kupanoff, Martin, 2001; citado en Papalia et al., 2009) o el niño puede volverse receloso y ansioso acerca de estos sentimientos negativos. A medida que los niños se acercan a la temprana adolescencia la intolerancia parental hacia las emociones negativas pueden elevar el conflicto entre padres e hijos (Papalia et al., 2009).

En la tercera infancia, las relaciones entre pares adquieren importancia. Los grupos se forman de manera natural entre niños que viven cerca unos de otros o que acuden juntos a la escuela, y a menudo integran niños del mismo origen racial o étnico y niveles socioeconómicos similares. Los niños que juegan juntos, por lo general son de edades similares y del mismo sexo (Kimelman, 2003; Papalia et al., 2009).

Los niños se benefician de interactuar con sus compañeros. Desarrollan las habilidades necesarias para la sociabilidad y la intimidad y adquieren un sentido de pertenencia. Están motivados a alcanzar logros y obtienen un sentido de identidad. Aprenden habilidades de liderazgo y comunicación, roles y reglas (Papalia et al., 2009). Los pares funcionan como agentes de socialización, a veces refuerzan los valores de los padres, en ocasiones los contrarrestan, pero a menudo tratan con una categoría por completo distinta de conductas. Como agentes de la socialización, los pares en realidad se enseñan unos a otros a actuar en varias situaciones sociales. Hacen esto de la misma forma que los padres (mediante recompensas, castigos y modelado); es decir refuerzan ciertas respuestas y castigan otras y sirven como modelos entre sí (Mussen, 2008).

Sin embargo, Papalia et al., (2009), llaman “niño apresurado” a los niños actuales. Advierte que las presiones de la vida moderna están forzando a los niños a crecer demasiado pronto y hacen que su infancia sea muy estresante. En la actualidad se espera que los niños tengan éxito en la escuela, que compitan en los deportes y que satisfagan las necesidades emocionales de sus padres. Se les expone a muchos problemas adultos por medio de la televisión o en la vida real antes de que dominen los problemas de la niñez. Conocen sobre el sexo y la violencia, y a menudo deben cargar con responsabilidades adultas.

Con frecuencia, muchos niños se mudan y tienen que cambiar de escuelas y alejarse de sus amigos, el ritmo de vida que está programado de manera tan inflexible también puede ser estresante. Sin embargo los niños no son adultos pequeños; sienten y piensan como niños y necesitan los años de la infancia para lograr un desarrollo sano.

Pubertad

El desarrollo psicosocial durante la adolescencia puede entenderse mejor como una búsqueda relacionada con la comprensión de sí mismo para responder la pregunta “¿Quién soy?” (Berger, 2004), es decir establecer un sentido claro de la identidad (Mussen, 2008). Cambios trascendentales como el estirón del crecimiento, el despertar sexual, las escuelas más impersonales, las amistades más íntimas y la adopción de riesgos, impulsan a los preadolescentes a buscar su identidad, una definición de sí mismo única y coherente (Kroger, 2000; citado en Berger, 2004).

La búsqueda de la identidad, según Erikson, es una concepción coherente del yo formada por metas, valores y creencias con los que la persona se compromete de manera firme, dicha búsqueda se da durante los años adolescentes (Papalia et al., 2009).

Como observa Erikson, antes de que los adolescentes puedan abandonar exitosamente la seguridad de la dependencia infantil en otras personas, deben tener cierta noción sobre quiénes son, hacia donde van, y cuáles son sus posibilidades de llegar allí. En el proceso de encontrar respuestas para estas preguntas los preadolescentes deben comenzar a decidir cuáles deberían ser sus valores y sus convicciones morales, qué significa ser un hombre o una mujer en el mundo actual, y qué quieren hacer con sus vidas (Mussen, 2008).

Los niños en principio se describen así mismos en términos de sus habilidades en la escuela, con sus amigos y quizás en los deportes. Pero los preadolescentes distinguen su competencia académica de otros aspectos que explican quiénes son tales como sus habilidades para el trabajo, su atractivo sentimental, su conducta moral y la aceptación por parte de los pares (Harter, 1999; citado en Berger, 2004).

También comienzan a pensar sobre las opciones profesionales, sus identificaciones políticas, sus compromisos religiosos, y sus valores sexuales y se plantean cómo encajan estos valores con las expectativas para el futuro y con las creencias adquiridas en el pasado (Berger, 2004).

La tarea principal de la preadolescencia, según Erikson, es enfrentarse a la crisis de identidad versus confusión de identidad (o de identidad versus confusión de rol) a fin de convertirse en un adulto único con un sentido coherente del yo y un papel valorado dentro de la sociedad (Marcelli, Braconnier, 2005; Papalia et al., 2009).

La búsqueda de la identidad se mantiene durante toda la preadolescencia y por ende también durante toda la adolescencia. Mientras este proceso se desarrolla un preadolescente puede experimentar más de una identidad. El objetivo final, llamado logro de la identidad, se alcanza a través del “rechazo en forma selectiva y de la asimilación mutua de las identificaciones de la infancia” (Erikson, 1968; citado en Berger, 2004).

Esto significa que los adolescentes establecen idealmente sus propias identidades al reconsiderar los objetivos y los valores establecidos por sus padres y la cultura, al aceptar algunos y al rechazar otros. Los adolescentes que “logran” la identidad saben quiénes son; siguen vinculados a los valores morales y las actitudes que aprendieron en años anteriores pero esto no implica que siguán atados inevitablemente a todos ellos (Papalia et al., 2009).

Una parte esencial en la identidad del preadolescente es aquella que se relaciona con la conducta de tipo sexual, dicho en otros términos, verse a uno mismo como ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, lidiar con los impulsos sexuales y formar vínculos emocionales o sexuales son, todos parte del logro de la identidad sexual (Papalia et al., 2009).

Otro aspecto que merece la atención dentro de la identidad del adolescente es la relación con la familia y los pares. En la preadolescencia, cuando los cambios son más fuertes, los padres y los pares se convierten en influencias poderosas (Berger, 2004).

La preadolescencia suele caracterizarse como un tiempo de declinación de la influencia de los adultos, cuando los valores y las conductas de la gente joven se van haciendo cada vez más distantes e independientes de lo de sus padres y otros adultos (Berger, 2004), los adolescentes pasan más tiempo con sus pares y menos con sus familias (Papalia et al., 2009). Sin embargo, los valores fundamentales de la mayoría de los adolescentes siguen siendo más cercanos a los de sus padres de lo que se cree en general. Al mismo tiempo que los adolescentes recurren a sus pares para obtener modelos de rol, compañerismo e intimidad, dependen de sus progenitores como base segura a partir de la cual pueden experimentar con sus alas nuevas, al igual que muchos infantes que empiezan a explorar el mundo a su alrededor (Papalia et al., 2009).

El conflicto entre padres e hijos adolescentes surge por lo común en la pubertad, sobre todo con las hijas que maduran antes y con las madres más que con los padres (Arnett, 1999; Caspi et al., 1993; citado en Berger, 2004). La razón del conflicto entre madres e hijas preadolescentes es fácil de entender una vez que se conocen cuáles son los temas típicos. Las discusiones se producen en relación con los hábitos de la vida cotidiana (los temas vinculados con el cabello, el orden, la ropa y la alimentación) que tradicionalmente dependen de la supervisión de la madre (Berger, 2004).

Una fuente importante de apoyo emocional durante la compleja transición de la tercera infancia a la preadolescencia (así como una fuente de presión para conductas que los padres posiblemente deploren) es el grupo de pares. Este es una fuente de afecto, simpatía, comprensión y guía moral; un lugar donde experimentar, y un entorno para lograr la autonomía e independencia de los progenitores. Es un sitio para formar relaciones íntimas que sirven como ensayos para la intimidad adulta (Marcelli, Braconnier, 2005; Papalia et al., 2009).

La influencia de los pares, en general, alcanza su máximo entre los 11 años de edad y declina a lo largo de la adolescencia media y tardía. A los 11 años de edad, los preadolescentes populares pueden participar en conductas levemente antisociales, como probar drogas o meterse a un cine sin pagar para demostrarles a sus pares su independencia de las reglas parentales (Allen, Porter, McFarland, Marsh, MacElhaney, 2005; citado en Papalia et al., 2009).

Sin embargo, es poco probable que el apego hacia los pares en la pubertad vaticine problemas verdaderos a menos que este apego sea tan inmenso que el preadolescente esté dispuesto a dejar de obedecer las reglas de la casa, abandone su trabajo escolar y desarrolle sus propios talentos a fin de obtener la aprobación de sus padres y la popularidad (Fulgini et al., 2001; citado en Papalia et al., 2009).

La preadolescencia se define así como un periodo privilegiado de aprendizajes sociales y culturales, ya que sucede a una edad en la que el individuo todavía no está obligado a adaptarse a una función definida rigurosamente, en la que las oscilaciones entre diversos sistemas de identificación le permiten efectuar varias tentativas. Marcelli, Braconnier (2005) consideran que el valor funcional de la preadolescencia es permitir al individuo descubrir y elaborar su propio sistema de valores sociales (éticos, culturales, profesionales, etc.) mediante la toma de conciencia de sí mismo y mediante la afirmación de su identidad.

II.V Cambios emocionales

Tercera Infancia

El crecimiento cognitivo que ocurre durante la tercera infancia permite que los niños desarrollen conceptos más complejos acerca de sí mismos y que carezcan en cuanto a comprensión y control emocional. A medida que los niños crecen, están más conscientes de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular mejor sus emociones y pueden responder a la angustia emocional de los demás (Papalia et al., 2009).

Para los 7 u 8 años de edad, es típico que los niños adquieran conciencia de los sentimientos de vergüenza y orgullo, y tienen una idea más clara de la diferencia entre culpa y vergüenza. Estas emociones afectan sus opiniones de sí mismos. Los niños también comprenden sus emociones conflictivas (Papalia et al., 2009).

Para la tercera infancia, los niños tienen conciencia de las reglas culturales que regulan la expresión emocional (Cole, Bruschi, Tamang, 2002; citado en Papalia et al., 2009). Saben qué les causa enojo, miedo o tristeza y cómo reaccionan otras personas ante la expresión de estas emociones.

También aprenden a adaptarse al comportamiento de los otros, poniendo en concordancia con ellos. Los niños de 6° grado saben que es posible suprimir una emoción, pero que esta sigue existiendo (Papalia et al., 2009).

La orientación social durante la tercera infancia facilita el surgimiento de temores sociales: temor a causar mala impresión y a la exclusión grupal, dada su necesidad de ser aceptado, reconocido y estimado. Según Kimelman (2003) la expresión emocional del escolar se caracteriza por:

Ser menos exagerada y más diferenciada, conservando una relación más apropiada con el motivo provocador, los padres pueden quejarse de que ya no son tan cariñosos. Relacionarse cada vez más con las pautas y modos sociales de vinculación, el aprendizaje simultáneo de varios sistemas de normas culturales (padres, escuela, pares) modula la afectividad, según el contexto

Disminución de las expresiones emocionales más violentas para adoptar la forma verbal. De acuerdo a Piaget, el desarrollo emocional sufre, al igual que el desarrollo cognitivo, un proceso de asimilación y acomodación en interacción con el ambiente, y las emociones que se experimentan tienden a impregnar las relaciones futuras. Así, si el niño crece en un contexto violento ésta tenderá a estabilizarse, ya que la socialización es violenta. Lo mismo ocurre en el contexto escolar, de donde deriva la necesidad de un contexto afectivo, cálido y acogedor a nivel familiar y a nivel escolar.

La autoregulación emocional implica un control esforzado (voluntario) de las emociones, atención y comportamiento (Eisenberg et al., 2004; citado en Papalia et al., 2009). Los niños con poco control esforzado muestran enojo frustración de manera visible cuando se les interrumpe o impiden que hagan algo que quieren hacer. Los niños con elevado control esforzado pueden reprimir el impulso a demostrar emociones negativas en momentos inapropiados (Papalia et al., 2009).

Pubertad

La pubertad hace surgir emociones de todo tipo, desde la felicidad hasta el terror, desde parecer indiferentes hasta tener obsesiones irracionales. Esto le sucede no solo a los preadolescentes que observan sus cambios corporales con fascinación y temor, sino también a los padres y los maestros que ven a la persona en desarrollo desde una perspectiva nueva (Berger, 2004).

La pubertad implica cambios rápidos e intensos del estado de ánimo, desde la felicidad hasta la tristeza (o incluso desde el éxtasis hasta la desesperanza), que se van sucediendo. Los sentimientos más felices conducen a más actividad y alegría y, tal vez a fantasías de invencibilidad y omnipotencia. Algunos adolescentes, se sienten en la cima del mundo, con un destino grandioso. Esto puede conducir a estados de irrealidad que pueden ser destructivos, pero por lo general solo reflejan la energía y la euforia de la juventud (Papalia et al., 2009).

Suele verse en esta edad estallidos de rabia o incluso risa, cuya intensidad es desproporcionada al estímulo desencadenante. También se observan conductas en el polo opuesto, es decir, comportamientos sobrecontrolados. El preadolescente oscila entre estos polos, siendo su conducta impredecible (Irribarne, 2003).

Esta bipolaridad también se observa en su vida afectiva, que oscila entre el desánimo o pena y la alegría e interés por las actividades. Se produce entonces un estado de labilidad afectiva que suele impacientar e irritar a los adultos, especialmente en el medio familiar (Irribarne, 2003).

El patrón de respuesta emocional que se muestra durante la preadolescencia es solo una continuación del que ha ido apareciendo lentamente en la niñez. Los preadolescentes que se convierten en gente cálida, afectuosa y amistosa tienen algunas claras ventajas (Paul, White, 1990; citado en Rice, 2000); no solo obtiene mucha mayor satisfacción de las relaciones humanas, sino que emprenden relaciones sociales más armoniosas. Para los preadolescentes, el amor es necesario como un vínculo de unión con sus amistades o en las relaciones con sus padres (Rice, 2000).

Los preadolescentes que son ligeramente mayores que sus compañeros en un nivel educativo, tienen mayor autoestima que los que suelen ser más jóvenes que sus compañeros. Los preadolescentes que en sus relaciones con los demás son más flexibles y adaptables suelen gustar más que los otros, cualidades que se asocian con una mayor autoestima (Klein, 1992; citado en Rice, 2000).

Por otro lado, los preadolescentes con baja autoestima desarrollan con mayor frecuencia sentimientos de aislamiento y son afligidos por el sentimiento de soledad; estos individuos suelen manifestar diversos síntomas de mala salud emocional y pueden presentar síntomas psicossomáticos de ansiedad y estrés (Rice, 2000).

II.VI Autoestima e imagen corporal

Tercera infancia

Uno de los principales determinantes de la autoestima, según Erikson (1982; citado en Papalia et al., 2009), es la perspectiva de los niños a cerca de su capacidad para el trabajo productivo. El tema central de la tercera infancia es industria versus inferioridad (Kimelman, 2003; Papalia et al., 2009), esta etapa se refiere a que las responsabilidades de colaboración y trabajo de los niños en la escuela y en la familia comienzan a ser importantes. Las diferencias entre los niños comienzan a ser notables, por lo que algunos podrán sentirse reconfortados y valorados por lo que hacen y desarrollar un sentimiento de valía, mientras que aquellos niños poco reforzados podrán desarrollar un sentimiento de inferioridad (Kimelman, 2003; Beltrán, Carpintero, 2009).

La virtud o fortaleza que se desarrolla con la resolución exitosa de esta etapa es la competencia, un punto de vista del yo como capaz de dominar habilidades y terminar tareas. Si los niños se sienten inadecuados en comparación con sus pares, también es posible que se retraigan al abrazo protector de su familia. Por otro lado, si se vuelven demasiados “estudiosos” es posible que descuiden sus relaciones sociales y que se conviertan en “adictos a la escuela” (Papalia et al., 2009).

El sentimiento de pertenencia al grupo incide también en su autoestima, comparte secretos con amigos y puede ser más reservado con la familia. La afectividad del escolar pierde el carácter absorbente, exclusivista y egocéntrico del niño más pequeño, flexibilizándose con el proceso de socialización para incluir progresivamente la dimensión real de los intercambios, siendo capaz de tolerar, ceder o complacer en un contexto de seguridad y cariño. Situaciones de estrés escolar, social, o ligadas al ciclo vital familiar normal o accidental suelen provocar ansiedad, inestabilidad y regresión afectiva (Kimelman, 2003)

Parte importante del desarrollo de la autoestima en la tercera infancia es aquello que se relaciona con la nutrición y en particular con la imagen corporal; entendiéndose esta como las creencias descriptivas y de evaluación que hace la persona acerca de su propia apariencia (Papalia et al., 2009).

Es en la tercera infancia donde el sobre peso en los niños se está convirtiendo en un importante problema médico y psicológico a nivel mundial. Desde 1980, la prevalencia de obesidad infantil ha aumentado en casi todos los países para los cuales hay datos disponibles. (Wang, Lobstein, 2006; citado en Papalia et al., 2009).

Existen muchas razones por las que un niño puede pesar más que otro, las diferencias genéticas forman parte de esta explicación, incluidas las diferencias en los genes que afectan el nivel de actividad, las preferencias en diversas clases de alimentos, el tipo corporal y el metabolismo (Berger, 2004).

La preocupación por la imagen corporal, empieza adquirir importancia a inicios de la tercera infancia, en especial en el caso de las niñas, y puede conducir a trastornos de la conducta alimentaria que se vuelven más comunes durante la preadolescencia y adolescencia como tal (Papalia et al., 2009). Jugar con muñecas Barbie puede ser una influencia en dicha dirección. Así lo menciona Toro (2006) y Papalia et al., (2009) en sus respectivas investigaciones, concordando que Barbie es una fuerte influencia cultural en las niñas respecto a su imagen corporal; siendo esta muñeca la de mayor venta en el mundo y el juguete favorito de muchas niñas pequeñas.

En Estados Unidos, 99% de las niñas entre los 3 y los 10 años de edad tienen al menos una muñeca Barbie y la niña promedio tiene 8. Sin embargo, las proporciones corporales de Barbie son “irreales, inalcanzables e insalubres” (Papalia et al., 2009).

Menos de una de cada 100,000 mujeres realmente cuentan con las proporciones corporales de Barbie; su cintura, en comparación con su busto, es 39% más pequeña que aquella de una mujer con anorexia (Papalia et al., 2009). Esta muñeca, constituida en posible modelo corporal precoz para miles de niñas de todo el mundo, presenta unas medidas corporales en extremo problemáticas. Brownell, Napolitano (1995; citado en Toro, 2006) se dedicaron a calcular los cambios que debía sufrir una mujer promedio para parecerse a la famosa muñeca: su estatura tendría que incrementarse en 60cm, su pecho 13cm y la longitud de su cuello en 8cm; no obstante, tendría que reducir su cintura en 15cm.

Estudios muestran que para los seis años de edad, muchas niñas desean ser más delgadas de lo que son. Según la teoría sociocognitiva de Bandura, las muñecas Barbie son modelos de rol para las niñas y transmiten un ideal cultural de la belleza. Los medios refuerzan dicho ideal. Las niñas que no alcanzan estos estándares pueden experimentar insatisfacción corporal, ideas negativas acerca de sus cuerpos que conducen a una baja autoestima (Papalia et al., 2009).

Pubertad

Para Gill (1997), la autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su propia persona, es la aceptación positiva de la propia identidad y hace referencia a una actitud hacia uno mismo, generada en la interacción con los otros que comprende la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo e implica un adecuado desarrollo del proceso de identidad, del conocimiento y valoración de sí mismo, del sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de ciertas habilidades de comunicación social y familiar, y del sentimiento de ser útil y valioso para los demás.

Durante la preadolescencia, la autoestima se desarrolla principalmente en el contexto de las relaciones con los pares, en especial con los del mismo sexo. De acuerdo con el punto de vista de Gilligan (1990; citado en Papalia et al., 2009), la autoestima masculina, parece estar ligada a la lucha por los logros individuales, mientras que la autoestima femenina depende más de las conexiones con los demás.

Todo ello hace que frecuentemente el preadolescente se sienta poco atractivo, inepto, tendiendo a ocultarse o aislarse, inhibiendo su espontaneidad en las relaciones con los demás. En esto tiene gran influencia el medio cultural, que crea estereotipos de imagen ideal muy distintos a lo discordante y cambiante de la imagen real que está experimentando el joven (Irribarne, 2003).

La evidencia parece sugerir que las jóvenes preadolescentes tiene una menor autoestima, en promedio, que los jóvenes preadolescentes; ya que la autoestima disminuye durante la preadolescencia, más rápidamente en el caso de las niñas que de los niños, y que después vuelve a aumentar de manera gradual durante el paso hacia la adultez. Es posible que estos cambios se deban, en parte, a la imagen corporal y otras ansiedades asociadas con la pubertad (Papalia et al., 2009).

Una de las ansiedades que adquiere mayor importancia durante el inicio de la adolescencia es la imagen corporal, es decir, el concepto que tiene una persona de su apariencia física y su actitud hacia ella. Pocos adolescentes están satisfechos con su apariencia física; la mayoría imagina que sus cuerpos son mucho menos atractivos de lo que indica la realidad. Teniendo presente que la imagen corporal se relaciona con la actitud y la percepción, no necesariamente con la realidad. Esto explicaría porque los preadolescentes pueden pensar que son gordos y feos cuando sus padres insisten en que son hermosos o elegantes. Para la imagen corporal, las opiniones que tiene ellos de sí mismos y las de los compañeros son más significativas que las de los padres. Una crítica desconsiderada a uno de nuestros rasgos físicos supera una docena de cumplidos; la autoevaluación negativa tiene un gran impacto sobre la autoestima (Berger, 2004).

En la cultura occidental es evidente la importancia de la imagen corporal, dado el consumo de tiempo y esfuerzo que implica transformar la apariencia del cuerpo. Individuos de todas las edades buscan, de manera constante, por medio de ropas, tintes, cosméticos, tatuajes y aun cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda y esta preocupación es evidente de modo particular, en los preadolescentes (Berryman et al., 1994).

Es a partir de los 9 años, especialmente entre el periodo comprendido entre los 9 y 14 años, donde se establece y desarrolla el deseo de ser más delgadas, lo que puede ir acompañado de conductas con la finalidad de perder peso (ayuno, dieta restrictivas, vómitos, uso de laxantes, ejercicio excesivo, etc.). Este deseo de delgadez sigue incrementándose hasta la finalización de la adolescencia, pero en general con menor intensidad (Toro, 2010).

Aunque el concepto de sí mismo está influido por los éxitos en la práctica deportiva, los logros académicos, las amistades y otras áreas, la valoración de la apariencia personal de un preadolescente es el determinante más importante de la autoestima. En consecuencia, los adolescentes, están “terriblemente preocupados por como los ven los demás”; pueden pasar horas frente al espejo sufriendo por sus formas, mirando cómo le queda la ropa, si parecen atractivos o no, o si parecen gordos o flacos (Berger, 2004).

La preocupación por la imagen corporal puede llegar a ser extrema en el caso de las jóvenes, porque las normas del atractivo físico son “particularmente exigentes y muy limitadas para las mujeres”. En general, se sienten más felices si maduran al mismo tiempo que sus compañeras, las niñas que maduran en forma temprana son menos sociables, menos expresivas y menos desenvueltas; son más introvertidas y tímidas y son más negativas acerca de la menarquía que las niñas que maduran después. Quizá debido a que se sienten apresuradas a confrontar las presiones de la preadolescencia antes de que estén listas para ello, son más vulnerables a la angustia psicológica, es más probable que se asocien a compañeros antisociales, es posible que tenga una imagen corporal pobre y menor autoestima que las niñas que maduran después (Papalia et al., 2009).

Las niñas que maduran antes tienen mayor riesgo de ansiedad y depresión, comportamiento perturbador, trastornos de la conducta alimentaria, tabaquismo temprano, alcoholismo, abuso de drogas, actividad sexual precoz, embarazo temprano o intento de suicidio. Tanto los varones como las niñas, aquellos que maduran tempranamente son más vulnerables a comportamientos de riesgo y a la influencia de pares con un comportamiento desviado (Papalia et al., 2009).

Uno de estos comportamientos de riesgo y que a esta investigación interesa, son los TCA, ya que la preocupación por la imagen corporal puede conducir a esfuerzos excesivos para el control de peso, este patrón es más común entre las niñas que entre los varones y es menos probable que el problema de peso sea real (Papalia et al., 2009).

Debido a que las niñas tienen un aumento normal de grasa corporal durante la pubertad, muchas de ellas, se sienten infelices con su apariencia, la insatisfacción de las niñas con su cuerpo aumenta durante el curso de la preadolescencia, en tanto que los varones, que están adquiriendo más musculatura, se sienten más satisfechos con sus cuerpos.

Y es esta preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal lo que pueden ser factores de riesgo de algún trastorno de la conducta alimentaria.

III. Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Definición de factores de riesgo

De acuerdo con Blundell (1991; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a), a través de la alimentación o del acto de la ingestión alimentaria, los factores biológicos y culturales del mundo externo se encuentran con los factores biológicos y psicológicos del mundo interno del individuo. La conducta alimentaria se ve influida por factores que rebasan por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietarias del individuo.

Entre los factores a los que alude Blundell, están desde las condiciones socioeconómicas hasta los ideales de la forma perfecta impuestos culturalmente, así como muchos de los sucesos cotidianos de vida que abarcan todo tipo de aprendizajes, de estados de ánimo, atributos, etc. Este mismo investigador hace referencia a aspectos sensoriales-hedonistas del alimento y a la misma química del cerebro. Si bien es cierto que el apetito resulta esencial para el mantenimiento de la vida, también es verdad que representa un fenómeno biopsicosocial que surge como producto final de las interacciones íntimas y complejas entre los procesos fisiológicos del individuo y del medio ambiente (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

De acuerdo a Toro, (2004), es importante desglosar los distintos factores que intervienen o pueden intervenir en la génesis de los TCA. Conviene dejar bien establecido el concepto de causalidad, no solo en la anorexia nerviosa sino también en cualquier trastorno psiquiátrico. Si un solo factor no puede intervenir como agente necesario y suficiente para provocar un trastorno determinado, es que para hacerlo precisa del concurso de otro u otros factores. Así pues, mientras no actúen e intervengan conjuntamente en la aparición del trastorno, los factores necesarios para provocarlo, si existen, lo harán como simples (o complejos) factores de riesgo. En otras palabras, todo trastorno psicopatológico se inicia cuando en el sujeto coinciden una serie de factores de riesgo que, en su conjunto, ya resultan suficientes para que se produzca tal inicio, aunque no todos ellos sean necesarios y específicos para el trastorno en cuestión. Así pues, la causa del trastorno será ese conjunto de factores que a partir de ese instante ya no puede denominarse de riesgo (Toro, 2004).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001), una parte importante del conocimiento logrado en relación con una problemática determinada en el campo de la salud son los avances que se producen no solo en la detección y tratamiento de la misma, sino también en su predicción y prevención. Las acciones de prevención fundamentalmente consisten en las posibilidades que se tienen de identificar riesgos, precisar sucesos indeseables y manipular factores que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores (Salinas, 2010).

Cabe señalar que los objetos y objetivos naturales de todo programa preventivo son la infancia, preadolescencia y adolescencia, pues generalmente las intervenciones que se aplican de manera temprana producen mejores beneficios que las que se emplean de manera tardía (Salinas, 2010). Para la predicción y prevención de los TCA en el campo de la salud se encuentra el esclarecimiento de los factores de riesgo. ¿Cuáles son dichos factores? ¿Cómo se distinguen de los TCA propiamente dichos? ¿Cómo se clasifican? (Mancilla et al., 2006).

Entendiendo a los factores de riesgo como aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto, individual o colectivo, y en la manera en que vulnerabilizan al individuo, contribuyen a su desajuste y a su desequilibrio incrementando la posibilidad de enfermedad (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Gómez Pérez-Mitré, 2003; Mancilla et al., 2006).

Existen diferentes factores que inciden en el desarrollo de un TCA, entre estos se encuentran factores socioculturales, familiares e individuales, tales como afecto negativo, baja autoestima, insatisfacción corporal, así como, aspectos biológicos y cognitivos pero ninguno de ellos es por sí mismo suficiente (Polivy, Herman, 2002; citado en Salinas, 2010). Se necesita de una combinación de estos factores, para que adquieran características particulares en cada caso. Sin embargo pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es mejor verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo (Salinas, 2010).

III.I Etiopatogenia de los TCA

Una de las clasificaciones más frecuentemente utilizada para explicar la etiopatogenia de los TCA es el modelo biopsicosocial de Garner y Garfinkel (1982), el cual permite explicar la génesis y el mantenimiento de los TCA y presenta ventajas desde el punto de vista terapéutico y preventivo; de acuerdo con estos autores, este modelo etiopatogénico mediante una integración multifactorial nos permite explicar la génesis y el mantenimiento de los TCA considerando la existencia de una interacción de elementos socioculturales, biológicos y psicológicos. Algunos de estos factores van a actuar como predisponentes o desencadenantes o bien como elementos perpetuadores en las diferentes etapas del trastorno (Garner, Garfinkel 1982). Dichos factores se dividen en:

- Factores predisponentes: socioculturales, familiares e individuales
- Factores precipitantes: sucesos estresores, actitudes anormales hacia el peso y figura, dieta extrema y pérdida de peso.
- Factores perpetuantes: atracones y purgas, secuelas fisiológicas y psicológicas.

Factores predisponentes

Dentro de los TCA, los estudios familiares y de concordancia gemelar apoyan la existencia de factores genéticos (Silberg, Bulik, 2005; citado en Salinas, 2010). Desde la perspectiva individual, las complicaciones perinatales, los acontecimientos estresantes tempranos, la edad, el sexo, así como la obesidad previa son factores antecedentes. Dentro de los factores familiares, encontramos antecedentes de trastornos depresivos, alteraciones en la dinámica familiar, dependencia familiar y preocupación familiar por la apariencia (Chinchilla, 2003c).

Entre los considerados factores predisponentes o individuales, se redefine la posibilidad de que exista vulnerabilidad biológica; heredada o adquirida. Esta vulnerabilidad se traduciría como un déficit en la actividad noradrenérgica hipotalámica, que se correspondería con una predisposición a disminuir la ingesta de comida; o una alteración en las concentraciones de serotonina implicada en la modulación y mediación de las respuestas de saciedad durante la ingesta, con una acción de inhibición del apetito (García , 2003).

Los trastornos de los sistemas neurotransmisor, neuropeptido y neuroendocrino, se han reportado como posibles agentes de la etiología de los TCA además de ciertos genes (Grice et al., 2002: citado en Salinas, 2010).

Se han encontrado rasgos biológicos en el desarrollo de TCA. Kaye et al., (2001; citado en Salinas, 2010), han descubierto que las mujeres con una historia de bulimia nerviosa muestran diferencias importantes en la regulación de una hormona de su cerebro que controla el apetito y el humor. Estas diferencias podrían sugerir una susceptibilidad innata al TCA., el cerebro de las pacientes con bulimia nerviosa muestran una reducción de la capacidad de serotonina para unirse a sus receptores en ciertas regiones del cerebro. También se reportan casos de anorexia nerviosa cuando hay lesiones en el hemisferio derecho frontal. Los TCA afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes. En los últimos años la prevalencia de estas enfermedades ha aumentado alarmantemente y también se ha descrito un inicio a edades cada vez más precoces (Salinas, 2010).

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

Para Sherman y Thompson (1999), la mayoría de las familias conceden una gran importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico, y quizá los padres se someten a dietas con frecuencia o comentan sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de otros.

En un estudio llevado a cabo por Toro, Salamero, Martínez, (1994) no encontraron diferencias en pacientes con y sin anorexia nerviosa tomando en cuenta variables tales como separación de los padres, orden de nacimiento, nivel educativo de los padres, o grado de conflicto entre padres y pacientes, aunque las pacientes diagnosticadas con anorexia nerviosa tenían un mayor rendimiento escolar y presentaban mucho más retraimiento social.

Respecto a los factores predisponentes socioculturales, es el impacto patogénico que ejercen los medios de comunicación como televisión y medios de comunicación impresos, los que innegablemente influyen mediáticamente en la génesis y el posterior mantenimiento de los TCA (Guerro-Prado et al., 2001).

Dicha influencia parece ser en parte el resultado de un bombardeo continuo con mensajes acerca de la belleza, como frecuente sinónimo de esbeltez, que es lo que realmente importa y que las mujeres siempre deben poner todo su empeño en verse también como pueden. Como señala Sherman y Thompson (1999), si se nos muestra o se nos dice algo durante mucho tiempo y con suficiente frecuencia tendemos a creerlo, aunque a veces no sea cierto. El ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de la voluntad de seguir siendo joven. La glorificación de la juventud y del estereotipo ideal de belleza es tal, que no importan los medios, artificiales o no para preservar el mayor tiempo posible la presencia de una tierna edad (Jáuregui, 2006; citado en Salinas, 2010).

Las mujeres creen en este mensaje de mujer moderna y a diferencia de los hombres, tienden a echarse la culpa si algo no les sale bien, se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de la mujer que ven en los medios, se sienten fracasadas por no poder responder a lo que supone son las únicas expectativas que se tienen de ellas. (Salinas, 2010).

Se ha encontrado que las mujeres con algún factor de riesgo asociado al comer, tienen mayor probabilidad de tener imagen corporal negativa, así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como son las relacionadas con la sobrevaloración y el deseo de la delgadez (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

A esto se suman las consecuencias a las que la inadaptación social puede conducir, que serán más graves en ciertas etapas de la vida, de aquí que el ser adolescente o preadolescente se convierta en un factor de riesgo de alto espectro (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Factores precipitantes

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

Así, tenemos qué, cambios corporales propios de la adolescencia, separaciones y conflictiva familiar, pérdida de seres queridos, primeros contactos sexuales, fracaso en las relaciones sociales, otras experiencias que son vividas como un fracaso personal a las que se les atribuye un valor desencadenante como problemas en el aspecto afectivo, inicio de asistencia a la escuela o cambio académico, cambios en la aceptación por parte de los compañeros, son situaciones que se encuentran de forma casi constante en la génesis de los TCA (García, 2003).

Es muy frecuente encontrar que la paciente date el inicio de su enfermedad en relación con dietas comenzadas a consecuencia de comentarios peyorativos sobre su cuerpo, marginación en competiciones a causa del físico o comentarios obscenos en relación a este. Lo que en ocasiones comienza con una dieta con perspectivas normales, acaba progresando hacia un cuadro autónomo en el que el paciente pierde el control y perturbaciones cognitivas y perceptivas van a hacer que el cuadro se desarrolle y perpetúe (García, 2003).

El anhelo de delgadez, agregado a la insatisfacción corporal y a las dietas que se llevan a cabo son factores precipitantes de los TCA, debido al incremento en nuestra sociedad de querer conseguir todo fácil, rápido y sin esfuerzo, sumado a la constante tendencia de que lo estético y lo superficial son los mejores valores (Vélez, Herrasti, 2002; citado en Salinas, 2010).

Entre los rasgos precipitantes estresores que se han encontrado ser desencadenantes para desarrollar un TCA, se encuentra la psicopatología asociada a estos trastornos, presentando varios rasgos que son comunes a varios pacientes. La obsesividad puede jugar un rol importante en el desarrollo y curso de los TCA (Toro, 2010).

La obsesividad está asociada a una larga historia de TCA, y su prevalencia no difirió entre sujetos con bulimia nerviosa y anorexia nerviosa. Las mujeres bulímicas suelen señalar que pasan hasta el 95% de sus horas de vigilia, pensando que comer, cuando comer, como excederse sin que la sorprendan, donde y cuando vomitar (Sherman, Thompson, 1999). Estas pacientes se preocupan por conocer de forma exacta el contenido calórico de todos los alimentos, las posibilidades de dietas, etc. Si en un principio les preocupaba la apariencia física para sí y para los demás, cuando el cuadro ya está bien establecido ya es solo el peso el que les importa y se obsesionan con este aspecto, buscando por ello casi a diario su medición ante la mínima sospecha de aumento (Chinchilla, 2003c)

La depresión también es un factor precipitante estresor en el desarrollo de TCA (Speranza et al., 2003; Vaz et al., 2001; citado en Salinas, 2010). La depresión durante la preadolescencia está asociada con elevado riesgo de comenzar restricción dietario, y conducta purgativa.

Factores perpetuantes

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

Los factores perpetuantes de los TCA pueden darse a nivel fisiológico, con alteraciones hipotalámicas (que provocan la disminución de la regulación de la temperatura), de la hormona pituitaria y de los centros de hambre-saciedad. Así mismo las actitudes y la preocupación hacia la comida, la conducta de atracones y purga y la hiperactividad (que se realiza más en solitario o a escondidas) son factores que favorecen que estas conductas se mantengan (Chinchilla, 2003c).

Dada la importancia que en la actualidad han tomado los aspectos ambientales (los medios de comunicación masiva, la cultura y la familia), dentro del terreno de los TCA y cómo impactan dichos factores en la vida de las niñas de 9 a 12 años (Gómez Pérez-Mitre, 1997); la presente investigación establece a los factores socioculturales como parte de los factores predisponentes y/o perpetuantes asociados a los TCA. Incluyendo dentro de estos a los medios de comunicación, la cultura y la influencia de la familia. Desarrollando la información de dichos factores al final del apartado sobre la descripción de los Factores de Riesgo en los TCA.

III.II Descripción de los Factores de Riesgo en los TCA

Gómez Pérez-Mitré (2003) propone que los factores de riesgo en el campo de TCA, se dividan en tres grandes grupos:

1. Aquellos asociados con imagen corporal y satisfacción/insatisfacción; alteración: sobreestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; atribución de adjetivos positivos/negativos; autopercepción subjetiva del peso corporal, introyección de una figura ideal delgada, peso deseado y atractivo corporal ligado a la delgadez.
2. Los que están relacionados con conducta alimentaria, siendo los más importantes el seguimiento de dieta restrictiva y el comer impulsivo; otras conductas de riesgo en este rubro son hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, omitir alguna de las comidas principales (desayuno, comida o cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico; consumo de productos “light”.

3. Practicas compensatorias como ejercicio excesivo, 10 horas o más a la semana) y uso de algunos de los siguientes productos con el propósito de control de peso: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua (más de 2 litros al día) y fibra. (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Mancilla et al., 2006).

Factores de riesgo asociados a la imagen corporal (IC)

La imagen corporal se ha definido de muy diversas maneras; entre ellas se encuentra la que se considera una actitud hacia el propio cuerpo y, en particular, hacia la propia apariencia (Cash, Pruzinsky, 1990; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a). En este sentido, las definiciones de Rosenbaum (1979; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a) y en Bruchon-Schweitzer (1992; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a) se complementan para proporcionar una amplia perspectiva: 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 más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo, los que sufren en la pubertad) por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Así mismo el cuerpo percibido tiene como referentes normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a)

Cuando la evaluación es negativa y predominan las conductas de evitación suelen aparecer síntomas depresivos, y se corre el riesgo de desarrollar TCA (Toro, 2010).

Para Gómez Pérez-Mitré (1997), la imagen corporal se trata de una categoría psicosocial que se va desarrollando a partir de las siguientes experiencias: a) debidas a cambios biológicos, b) relacionado con cambios psicológicos, por ejemplo, el desarrollo cognoscitivo que en la adolescencia culmina con el pensamiento abstracto, c) debidas al contexto social y al entorno cultural. Así, la imagen corporal es un factor de riesgo formado por dos variables principales que son: distorsión de la imagen corporal y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y ambas son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales, resultado de la interacción de:

- **Condiciones sociales externas:** como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y además, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas
- **Variables psicosociales subjetivas:** como autopercepción y percepción de los otros, del peso o del tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima entre otras.

El cuerpo en la sociedad actual tiene una importancia mayúscula. Pero no es el cuerpo en términos genéricos, sino en concreto un determinado cuerpo poseedor de ciertas características, donde sobresalen dimensiones relacionadas con la forma y la apariencia. El cuerpo normalizado de la actualidad es un cuerpo limitado en sus contornos, de dimensiones restringidas que debe responder a estándares de belleza y armonía propios de la sociedad (Uribe, 2007).

Se ha establecido entonces que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales (Cash, Deagle, 1995; Cash, Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a), y estar satisfecho con la imagen corporal constituye un factor de adaptación social.

Los problemas relacionados con la imagen corporal han sido ampliamente documentados como factores de riesgo para la gestación o desarrollo de un TCA. En diversas investigaciones mexicanas se ha demostrado de manera concordante con las efectuadas en otros países que la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como modificaciones drásticas en el patrón alimentario están presentes en la pubertad. En una de estas investigaciones, en una muestra de 962 mujeres de 9 a 13 años se detectaron factores de riesgo asociado con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Los hallazgos mostraron que casi la mitad de las púberes estaban insatisfechas con su imagen corporal. Así mismo, se confirmó que en edades de 11 a 13 años, ya está presente en una proporción mayoritaria (94%) la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer. También se encontró que las tres cuartas partes de la muestra respondieron estar preocupadas (mucho y demasiado) por su peso corporal, no obstante que muchas de ellas eran de peso normal e incluso de peso bajo (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Estudios realizados en púberes de ambos sexos han revelado que muchos de ellos están preocupados con respecto a su imagen corporal, los alimentos y el control de peso (Gustafson-Larson, citado en Saucedo-Molina, Unikel, 2010). De igual manera se han encontrado que niñas de 9 a 12 años hacen dieta restringida para reducir peso y mejorar la figura corporal (Hill, 1993).

Distorsión de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación)

La materia prima de la imagen corporal es el cuerpo real, el cuerpo que imaginamos tener se basa, obviamente, en el que tenemos, en el que objetivamente se definiría por el biotipo (atlético, asténico o pícnico) y por el índice de masa corporal, determinado por la relación entre peso y talla (Toro, 2010).

La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora respecto a su propio cuerpo a través de diversas experiencias. Pero todos, a cualquier edad, tendemos a percibir nuestro cuerpo con algún grado de desfiguración; es lo que se ha dado en llamar distorsión de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 2003).

Gómez Pérez-Mitré (1995), señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una insatisfacción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos aleada de la realidad, es decir que asume un significado patológico (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a). Podemos definir entonces, la distorsión de la imagen corporal, como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario, siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Por otro lado, la alteración de la imagen corporal se puede definir como un efecto de sobre estimación o subestimación característico de poblaciones abiertas y que pueden indicar más bien la presencia de un factor de riesgo (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Thompson (1990; citado en Uribe, 2007) considera, que la alteración de la imagen corporal favorece la sobreestimación (dimensión mayor a lo normal) o la subestimación. En los trastornos de la conducta alimentaria se presenta la sobreestimación. Agrega que se tiene un componente subjetivo (cognitivo-afectivo) vinculado con actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, pero también algunas partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. En los trastornos alimentarios se presenta la insatisfacción.

La distorsión corporal, descartando alguna alteración cortical u hormonal, poco frecuentes, hay que ubicarlo en la representación mental del cuerpo, construida por efectos de la cultura o por fallas adaptativas de la personalidad, estas últimas derivadas a la incapacidad de asimilación de los cambios de la imagen corporal (Rodríguez, Gempeler, 1999; citado en Uribe, 2007). “los desfases entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada individuo concreto serán, forzosamente, fuente de malestar, de ansiedad” (Toro, 1999).

En nuestra época, extendido el anhelo de delgadez por razones estéticas, el temor a un volumen corporal excesivo parece ser el principal determinante de que la distorsión corporal sea un fenómeno a la alza especialmente en la población femenina. Se tiende a exagerar las dimensiones percibidas del cuerpo, especialmente las de las zonas que más preocupan. Esta distorsión suele ser mayor en las mujeres que en los varones, y también mayor en la preadolescencia que en otras épocas de la vida (Toro, 2010).

Un hallazgo importante de señalar es que se ha encontrado que 19% de niñas y 18% de niños de 5° y 6° grado de primaria realizan dietas con la intención de perder peso (Gómez Pérez-Mitré, Ávila, 1998a). Además, 25% de niñas y 17% de niños de la misma edad están insatisfechos con su cuerpo. Estudios realizados, señalan que hay una insatisfacción con la imagen corporal, observándose diferencias entre la imagen real y la imagen corporal. Se observa una distorsión en la imagen corporal, sobre todo en las mujeres (desde la etapa infantil hasta la adulta) se perciben con mayor peso del que tienen (aun en mujeres muy delgadas), eligiendo como imagen ideal, figuras mucho más delgadas (Bustos, 2003).

En suma, las personas con problemas de la imagen corporal, más que tener problemas con su cuerpo real, lo tienen con un cuerpo imaginario y este se convierte en el valor más importante, lo que conduce a las características psicopatológicas de los TCA, entre dichas características está el deseo sobrevalorado y obsesivo de la delgadez extrema y pánico a engordar (lipofobia), ideas negativas y repetitivas entorno a las cuales se despliegan conductas altamente riesgosas para la salud (dieta restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, consumo de diuréticos, laxantes, vomito autoinducido, etc.) (Mancilla et al., 2006).

Satisfacción / insatisfacción corporal

Es tan importante para los preadolescentes y adolescentes, especialmente las mujeres, el desarrollo de su cuerpo y es tan frecuente que se sientan insatisfechas por su apariencia física (y, por tanto, con una autoimagen general negativa), que resulta inevitable desarrollar la relación de dicho factor de riesgo (insatisfacción corporal) y los TCA (Toro, 2010).

Para Gómez Pérez-Mitré (1995) la satisfacción corporal parece depender de la distancia entre la realidad e irrealidad y la insatisfacción con la imagen corporal. La imagen corporal tiene un origen psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva (intervienen procesos de conocimientos que involucran percepción, aprendizaje y pensamiento) y por otro lado, es actitudinal, por que expresa afecto y, disposición de aceptación y rechazo hacia la propia figura corporal, y así la insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de conocimientos, de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, creencias, valores, expectativas y actitudes que el sujeto socializado internaliza, adopta y construye como parte de la cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1995) que puede estar distorsionada (más o menos alejada de la realidad); entonces, la insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

Los cambios puberales y la edad de inicio de los mismos han sido considerados desde hace tiempo como ingredientes básicos de la insatisfacción corporal de las preadolescentes (Toro, 2010).

Las aprobaciones o desaprobaciones que, ya desde la infancia, los familiares les han hecho llegar acerca de su apariencia física pueden resultar definitivas en el desarrollo de la satisfacción o insatisfacción corporal del adolescente. Pero la familia, también puede influir en esa valoración del adolescente hacia su propio cuerpo de forma más indirecta. Por ejemplo, mediante su estilo educativo. Así pues, la sobreprotección ejercida por los padres se asocia a una escasa satisfacción corporal, especialmente en mujeres (Toro, 2010).

Estos resultados encuentran apoyo en el desarrollo físico o biológico que niños y niñas sufren en la pubertad. La maduración sexual y sus efectos hormonales en el cuerpo de la niña, permiten entender la insatisfacción que ellas sienten con éste; de modo que mientras la niña acumula grasa en partes clave que la madre potencial quiere, el varón crece, se “estira”. Así la pubertad (con todo lo que este término implica en cuanto a su ponderación biológica) constituye un factor de riesgo para desarrollar TCA. Los resultados obtenidos por Gómez Pérez-Mitré (1999) señala que la edad pico para el surgimiento de los TCA es la de 11 años.

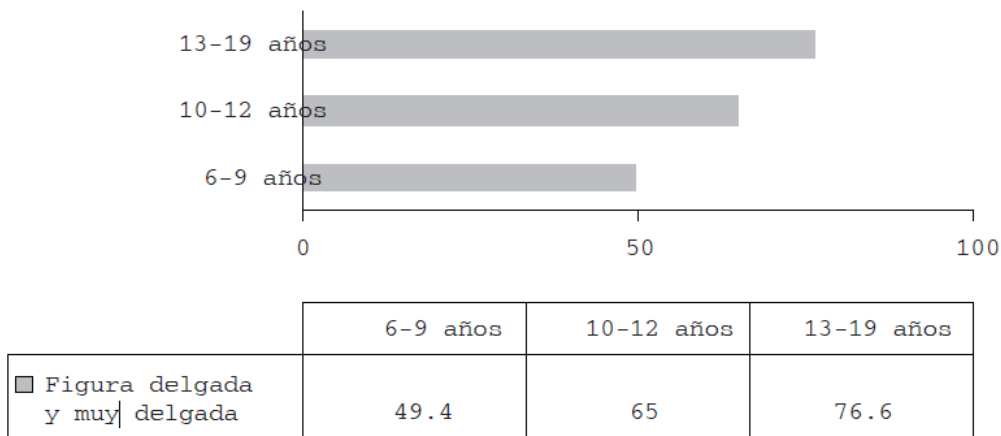
De acuerdo a Gómez Pérez-Mitré et al., (2001a) al momento de medir la satisfacción/insatisfacción como variables de medición directa, tales como “¿Qué tan satisfecha te encuentras con tu figura corporal?” y “¿Cómo dirías que te encuentras con respecto a tu peso ideal”, producen respuestas de deseabilidad sociocultural. Un ejemplo: mientras que en los Estados Unidos varios investigadores (v.gr., Cash, Pruzinsky, 1990; Fallon et al., 1994; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a) señalan que las respuestas de insatisfacción corporal son prácticamente normativas (es lo esperado, lo socialmente aceptable), en nuestro contexto encontramos que cuando preguntamos directamente “¿Qué tan satisfecha...”, los porcentajes más altos corresponden a “satisfecha” y “muy satisfecha”, como si lo culturalmente aceptado o esperado fuera no quejarse de algo tan privado como es la forma del propio cuerpo.

Hasta aquí no habría problema, pues podríamos inferir de acuerdo con la teoría que las niñas y preadolescentes mexicanas, al encontrarse satisfechas con su imagen corporal, presentarían menor probabilidad de desarrollar trastornos de la alimentación.

Sin embargo, cuando a estas mismas chicas se les pregunta, en otras partes del cuestionario “¿Qué peso te gustaría tener?” o se les pide que elijan su figura ideal, nos encontramos que quieren pesar menos o mucho menos y que su figura ideal es una muy delgada, lo que nos permite inferir que, lejos de estar satisfechas o muy satisfechas, realmente se encuentran insatisfechas (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Los resultados más recientes obtenidos, (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b) con una muestra n= 4,525 mujeres, compuesta por: pre púberes (seis a nueve años) con n= 232; púberes (10 a 12 años) con n= 1,401 y adolescentes (13 a 19 años), con n= 2,89216 se muestran en las siguientes gráficas:

Distribución porcentual de elección de figura ideal. Sexo femenino



Como puede observarse en la gráfica 1, entre las niñas más pequeñas de seis a nueve años de edad ya existe, en casi la mitad de ellas, el deseo de una figura ideal delgada y muy delgada. Sin embargo, puede verse también que el porcentaje se incrementa con la edad, hasta llegar a 77 por ciento entre las adolescentes.

Debe recordarse que el factor de insatisfacción constituye un factor de riesgo en la medida que da origen a conductas que de otra manera no se producirían; por ejemplo, el seguimiento de dieta restrictiva que constituye un factor de mayor riesgo para la salud, sobre todo si se lleva a cabo antes de la adolescencia, ya que puede conducir a un estado de desnutrición (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b).

Preocupación por el peso corporal y por la comida

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001), esta es una variable que para algunos autores representa un factor de riesgo decisivo y necesario para que otras variables como deseo de figura ideal deseable, insatisfacción y alteración de la imagen corporal, sean consideradas efectivamente.

La preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres y principalmente las adolescentes, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha mostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada. Sin embargo, se ha encontrado que esta preocupación por la figura ideal inicia aún más temprano que en la adolescencia (Nagel, Jones, 1992; citado en González, Lizano, Gómez Pérez-Mitré, 1999). Por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré (1997) reportó que en niñas tan jóvenes como en las preadolescentes (de 9 a 12 años), ya está presente el deseo de una figura muy delgada, así como el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo, lo deseable. Uno de sus hallazgos que más llama la atención es el alto porcentaje (94%) y la excesiva preocupación que estas niñas mostraron tener por su peso corporal.

Ferrer (1995, citado en Toro, 1999) informa sobre un estudio en donde se destaca la “tendencia a la precocidad de la preocupación corporal/alimentaria” señalando, entre otras cosas, que entre los 5 y 9 años, uno de cada seis niños estaba a dieta o deseaba estarlo; entre los 5 y 7 años un 26% preferiría estar más delgado y a los 9 años un 34% de estos niños se consideraba gordo y lo más sorprendente era que ya un tercio de estos pequeños se estaba alimentando por debajo de sus necesidades.

De acuerdo con los principios básicos y más simples de cualquier manual de nutrición y salud, resulta claro que la preocupación por el peso corporal es un grave factor de riesgo relacionado con una ingesta alimentaria que no cubre los requerimientos nutricionales de un organismo que está “preparándose” para crecer, que está a punto de “dar el estirón” de la pubertad que requiere de una cantidad mínima de grasa para las funciones que, entre otras darán inicio al proceso de maduración sexual. alimentación (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001b).

Esto es, constituye un factor de riesgo mayor que, por ejemplo, los asociados con la figura corporal (satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal). Aunque estos ciertamente pueden predisponer y conducir al seguimiento de una dieta restrictiva, está en cambio ya constituye un problema de salud y tiene probabilidades más altas de conducir finalmente al desarrollo de un trastorno de la alimentación (Gómez Pérez-Mitre et al., 2001b).

Actitud hacia la obesidad / delgadez

¿Cuál es la actitud de los preadolescentes hacia la delgadez u obesidad?, dicho cuestionamiento lo investigó Gómez Pérez-Mitré (1997) en una muestra (n=200), cuando se les preguntó, cuánto les gustaría pesar, solo una tercera parte de los niños y niñas respondió que lo mismo que pesaba, mientras que otra tercera parte respondió querer pesar un poco menos y mucho menos de lo que pesaba en ese momento. Debido a que los niños de esta última parte se clasificaron con peso real bajo y muy por abajo del peso normal, puede inferirse que sus respuestas indican una tendencia altamente favorable hacia la delgadez (Gómez Pérez-Mitré, 1997)

Campollo (1995; citado en González et al., 1999), Hernández (1993; citado en González et al., 1999) afirman que en las sociedades occidentalizadas existe una actitud negativa hacia la obesidad, lo que contribuye a disminuir la autoestima y a incrementar problemas psicológicos como depresión hipocondriasis e introversión social. Así mismo, se ha encontrado décadas atrás que los atributos negativos como perezoso, lento y sucio son asociados con las personas obesas, mientras que la belleza, inteligencia y ser sociable son relacionadas con las personas delgadas (González et al., 1999).

Es claro el importante papel que los medios de comunicación jugaron y juegan en la promoción de un modelo estético corporal delgado como ideal de belleza física femenina (Vázquez, 1997). También se encontró una relación directa entre la exposición a los medios de comunicación y la presencia de sintomatología alimentaria; como ejemplo de ello es el estigma a la obesidad, ser obeso constituye, en nuestros días un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad es tan clara que los niños desde los 5 años son capaces de atribuir valores negativos como “perezoso” o “sucio”, a las figuras robustas (Badillo, 2004). Los niños y niñas (de 9 a 12 años) prefieren un ideal estético de delgadez y rechazan la robustez (Gómez Pérez-Mitré, 2004).

La obesidad es evaluada como seriamente denigrante, esto se da como resultado por la presión social (Thompson, 1996). Así el background (fondo) cultural de presión hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal, ya que el ser obeso o simplemente presentar sobrepeso (y aun en nuestra cultura considerar gruesas a personas con un peso absolutamente dentro de los límites de la normalidad), es un sinónimo de ser una persona “dejada” o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva. Además, cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, mas 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 insatisfacción corporal (Raich, 2000).

Autoatribución positiva / negativa

En nuestro momento socio-histórico, el modelo vigente es el de un cuerpo delgado, con frecuencia muy delgado. Ése es casi exclusivamente el modelo femenino; el masculino va por otro camino, el del desarrollo muscular y la anchura de espaldas. Si el/la preadolescente considera que su cuerpo se parece al modélico (es decir, al cuerpo ideal socialmente determinado), tal creencia facilitará un estado de ánimo más bien positivo; en caso contrario; el estado emocional será más bien negativo, su imagen corporal le suscitará ansiedad y podrá acompañarse de sentimientos depresivos (Toro, 2010).

La autoatribución puede entenderse como uno de los procesos a través de los cuales se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. La autoatribución describe como nos vemos, como nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del auto-concepto (González et al., 1999).

Debe darse por establecido que la autoimagen determina en gran parte la autoestima y que ésta influye notablemente en la autoimagen. En otras palabras, si yo me valoro poco, me describo peor. Pero mi autoimagen también está muy influida, como se dijo ya anteriormente, por la imagen social percibida, es decir, la imagen que según creo, los demás tienen de mí.

En la etapa puberal, este hecho es importantísimo. El concepto que el preadolescente tiene de sí mismo está muy influido por la imagen que le reflejan los demás, especialmente los miembros de su grupo coetáneo. Pero es él quien las interpreta. Por tanto, está influido, más que por una realidad cierta, por una creencia (Toro, 2010).

Una imagen corporal negativa puede acarrear múltiples problemas a los preadolescentes, cualquiera que sea su sexo. La evaluación negativa del propio cuerpo entenebrece la autoimagen del preadolescente, empeora su imagen social percibida y en consecuencia, reduce o anula su autoestima. Este hecho incrementa su malestar o sufrimiento subjetivo, operando la influencia del ánimo negativo en todas esas funciones cognitivas/emocionales (Toro, 2010).

Si un cuerpo y peso normales pueden asociarse, absurda pero frecuentemente a insatisfacción corporal, el sobrepeso lo hará mucho más probable. Por tanto, un preadolescente con sobrepeso es lógico que manifieste sintomatología depresiva significativa (Toro, 2010).

En la práctica, la presentación de una lista de adjetivos positivos y negativos, y la selección que de ello hacen los niños, permite inferir que se ha obtenido una autodescripción de la imagen que los niños tienen de sí mismos. La autoatribución no solo se refiere a los aspectos antes señalados, sino que incluye también la atribución de características físicas que conforman la imagen corporal. Es producto de la interacción social y resulta fuertemente influenciada por los cánones de belleza difundidos en cada época (González et al., 1999).

Atractivo corporal ligado a la delgadez

El común denominador de todas estas influencias socioculturales es su poder de transmitir a los individuos, en especial a las mujeres, el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza, de control de sí mismo, de libertad y de éxito social (Toro, 2006)

En la sociedad occidental contemporánea, el ideal cultural del atractivo sexual femenino ha adoptado una imagen “de niño” (boyish) ultradelgada como resultado o producto de una figura ideal que se volvió cada vez más delgada a partir de la década de 1930 (Garner, Garfinkel, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson, Kelly, 1986; citado en Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a)

Nunca como en este momento histórico los mismos mensajes habían llegado a tantas personas. Debe reconocerse que la difusión del modelo estético corporal delgado (y, por tanto, de un factor de riesgo fundamental para los TCA) se debe a la omnipresencia actuante de los medios de comunicación. En todo el mundo desarrollado o en vías de hacerlo se contemplan las mismas películas, anuncios y cuerpos. Son idénticos criterios estéticos los que llegan a los ciudadanos de cualquier país. La difusión del modelo corporal delgado va unido de modo inevitable a la promoción de insatisfacción corporal y, por ende, del riesgo de desarrollar TCA (Toro, 2006).

En resumen, podemos concluir que los factores de riesgo asociados con la imagen corporal alcanzan su punto pico de respuestas a los 11 años de edad, lo que indica: insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma, aceptación por una preocupación excesiva por el peso corporal; aceptación del estereotipo cultural que equipara delgadez con atractividad y deseo de una figura ideal delgada. Esta presencia de factores de riesgo asociados con imagen corporal quedo aceptablemente apuntalada por las investigaciones anteriores que permitieron comprobar que insatisfacción con imagen corporal se relacionaba significativamente con conducta alimentaria dirigida al control de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas entre otras) relacionadas directamente con el estado de salud enfermedad de un sujeto individual y colectivo (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Muy precozmente, a partir de los 8 años de edad, y por supuesto en adolescentes, cuando se les pregunta por los procedimientos que deberían seguir si quisieran modificar el volumen o la forma de su cuerpo, las respuestas mayoritarias son muy claras: las chicas eligen en un muy primer lugar la restricción de alimentos a fin de adelgazar; los chicos se inclinan prioritariamente por elegir determinados alimentos y ciertos ejercicios para conseguir un mayor desarrollo muscular (Lawrie et al., 2007; citado en Toro, 2010). Estas elecciones de procedimientos apuntan a los factores de riesgo a las que son más proclives las mujeres.

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

Dieta restrictiva

Uno de los factores de mayor riesgo para la salud es el de la dieta restrictiva para el control del peso corporal (Toro, 2006). En el caso de las mujeres los porcentajes son alarmantemente altos y similares para los tres grupos etario tercera infancia (51%), púberes (53%), y adolescentes (50%) (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b).

En las chicas, los intentos de adelgazar van, lógicamente, en paralelo a sus deseos de perder peso. A los 9 años pueden iniciar las dietas restrictivas. A partir de tal edad esta práctica va incrementándose hasta el final de la adolescencia, siendo entre 9 y 13 años cuanto más frecuentes son los intentos de comer menos (Toro, 2010).

En las mujeres se corrobora una mayor inclinación a la preocupación por la delgadez, el peso y la figura que al comer adecuadamente, y que para ellas la dieta restringida es un concepto claramente identificado y normativo desde edades muy tempranas (Toro, 2010), hallazgos que también concuerdan con la creencia de que comer poco es más femenino; otro dato fue, que más niñas que niños se saltan un alimento del día (en general, la cena) y que consumían en menor proporción alimentos “engordadores”, tales como tortilla, pan, frijol, etc. (Gómez Pérez-Mitre, Ávila, 1998a; Gómez Pérez-Mitré, 1999; Gómez Pérez-Mitré, 2003).

Si la sociedad occidental valida la delgadez como el canon de belleza femenino por excelencia y lo impone como modelo, en concordancia, las mujeres con TCA, más que trasgresoras, actúan como personas obedientes que se debilitan siguiendo dietas restrictivas e interminables (Uribe, 2007).

De acuerdo a Gómez Pérez-Mitré, Acosta (2002) es EE.UU el país que actualmente tiene mayor incidencia en trastornos de la alimentación; en la década del 90 se estimaba que, en cualquier momento, el 40% de todas las mujeres y el 60% de adolescentes y jóvenes adultas estaban haciendo dieta (Berg, citado en Gómez Pérez-Mitré, Acosta, 2002) y ello no por razones de salud, sino por influencia social y por motivos cosméticos. Sin embargo, en Canadá, ya desde 1985 se encontraba que el 70% de todas las mujeres adultas canadienses, independientemente de su peso deseaban reducir el mismo. El 36% de la mujeres con peso normal creían tener sobrepeso (Millar, 1991; citado en Gómez Pérez-Mitré, Acosta, 2002) y se detectaba que niñas de 5 años restringían sus alimentos por temor a engordar (Feldman, Feldman, Goodman, citado en Gómez Pérez-Mitré, Acosta, 2002).

La restricción de alimentos, los problemas nutricios y metabólicos asociados a esta práctica pueden conducir al organismo a que en un intento por recuperar su homeostasis, se torne vulnerable a presentar episodios de atracón, conducta alimentaria compulsiva y hábitos alimentarios innecesarios (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Atracones (binge- eating)

El DSM-IV (2002), sugiere que el atracón es el consumo a lo largo de un período de tiempo corto, en el cual se ingiere una gran cantidad de comida, la cual se considera superior a la que la mayoría de las personas comerían; es una consecuencia natural de la privación calórica, es decir, el sentimiento de culpa, puesto que las necesidades corporales de ingerir mayores cantidades de alimentos superan el deseo de ayunar, y a menudo el sujeto siente deseos irresistibles de alimentos que previamente había excluido de la dieta (French, 1999).

Por lo general, los atracones y los episodios de sobreingesta pueden producirse por una o más de las siguientes razones (French, 1999):

- Abuso Físico
- Autoestima baja
- Presiones sociales para estar delgado
- Obesidad Infantil
- Crianza inapropiada
- Un episodio que es motivo de preocupación o una observación personal
- La belleza como clave del éxito
- La belleza como factor determinante de la feminidad
- Un acontecimiento estresante importante o una circunstancia adversa que produce ansiedad e inquietud (por ejemplo separación, debido, mudanza, etc.)
- Ideal de la belleza esbelta

Los atracones básicamente son consecuencias de las alteraciones homeostásicas provocadas por la malnutrición y la reducción de las señales de hambre y saciedad, todo ello fruto de la malnutrición. También influye, y mucho, el humor negativo. La influencia del humor negativo es muy evidente en la aparición de atracones y este, se convierte en un factor de riesgo para desarrollar un TCA (Toro, 2010).

Conducta alimentaria compulsiva

La conducta alimentaria compulsiva está caracterizada por la presencia de conductas de pérdida de control sobre su ingesta alimentaria, que induce a recurrir a episodios frecuentes de voracidad y no muestran conductas compensatorias para bajar de peso (Gómez Pérez-Mitré, 2001). En esta, el hambre no constituye el motivo, sino que intervienen factores psicológicos, emocionales, afectivos y/o sociales.

Conducta alimentaria de riesgo

Entre los hábitos alimentarios inadecuados se puede considerar los ayunos, saltarse algunos de los alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores) y el consumo de productos light (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

La insatisfacción corporal, junto con la práctica de dietas hipocalóricas y otras irregularidades alimentarias (pastillas adelgazantes, vómitos provocados, laxantes, diuréticos, alimentos y bebidas light, “picotear”, fumar, etc.), se asocia significativamente al padecimiento de desarrollar un TCA (Toro, 2010).

Factores de riesgo relacionados con prácticas compensatorias

Resulta cada vez más evidente que los preadolescentes están adquiriendo la preocupación de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada. Esta ansiedad se traduce en prácticas compensatorias (Ejercicio excesivo (10 horas o más a la semana), uso de productos con el propósito de adelgazar, consumo excesivo de agua (más de 2 litros al día) y consumo excesivo de fibra), que pueden favorecer el surgimiento de un trastorno alimentario, los cuales tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas que son peligrosas si se siguen dichas conductas en etapas cruciales de la vida como es la tercera infancia y la preadolescencia, derivando a un problema de salud en estas etapas tan importante del desarrollo humano (Saucedo-Molina, Unikel, 2010).

En las conductas compensatorias influyen ciertos factores complementarios actuales, por ejemplo, la presión ejercida por amigos y amigas, y por los padres, para que el/la preadolescente adelgace, junto con otros factores de actuación más remota, por ejemplo una vinculación afectiva insegura (Meesters et al., 2007; citado en Toro, 2010).

Mas los factores que conducen a conductas compensatorias de riesgo no parecen ser los mismos en preadolescentes mujeres que en varones. Revisando la literatura, se concluye que las presiones sociales y familiares parecen influir más en los hombres, mientras que los medios de comunicación, los estados de ánimo negativos y los síntomas depresivos ejercen una influencia preferente en las chicas (Toro, 2010).

A lo largo de siete años se ha valorado la aparición de conductas compensatorias en una población de más de 12.000 menores que contaban de 9 a 12 años al iniciarse el estudio (Field et al., 2008; citado en Toro, 2010). Durante estos siete años el 4.3% de las chicas y 2.3% de los chicos empezaron a hacer atracones; y el 5.3% de las chicas y el 0.8% de los chicos iniciaron conductas purgativas para controlar su peso (Toro, 2010).

Ejercicio excesivo (10 horas o más a la semana)

El exceso de actividad física se observa con suma frecuencia en los TCA, especialmente en la anorexia nerviosa. Kron et al. (1978; citado en Toro, 1999) fueron de los primeros en prestar atención a este hecho. Estudiando a un grupo de 33 pacientes anoréxicos constataron el exceso de ejercicio físico en 25 de ellos. En 21 de estos últimos, la hiperactividad parecía haberse iniciado antes del comienzo de la restricción alimentaria y la pérdida de peso. En el seguimiento de 13 de estos pacientes, hallaron que 10 de ellos todavía se mantenían hiperactivos.

Los riesgos se incrementan por que la inmensa mayoría de practicantes de actividad física a fin de controlar o reducir el peso también incurren en irregularidades alimentarias, principalmente dietas restrictivas. Esta asociación está bien documentada, habiéndose constatado su existencia en preadolescentes tanto de países occidentales como asiáticos, por ejemplo, Japón (Makino et al., 2006; citado en Toro, 2010).

Uso de productos con el propósito de adelgazar

La preocupación por el peso y la comida, la práctica de dietas restringidas, las conductas compensatorias como el uso de productos para adelgazar (laxantes, productos light) y la práctica de ejercicio excesivo e incluso el consumo excesivo de agua son algunas de las conductas de riesgo más comunes en la población mexicana (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcantar, Hernández, 2000).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT), realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), existen algunas prácticas de riesgo que en los últimos tiempos se han convertido en una moda principalmente en la población joven, tales como las dietas, ayunos, el uso de productos para adelgazar (productos light, dietas anticelulíticas, cremas para la piel, pastillas y pociones adelgazantes, uso inadecuado de laxantes) y exceso de ejercicio para bajar de peso. La encuesta realizada a 25, 056 adolescentes de 10 a 19 años, arrojó que 3.2% de ellos practicó alguna conducta alimentaria de riesgo en los últimos tres meses, aunque en menor proporción el vómito inducido y la ingesta de medicamentos.

Toro (2010) argumenta que estas prácticas compensatorias están proliferando a consecuencia de la creciente demanda y creando necesidades por su mera presencia. Incluyendo dentro de estas prácticas las bebidas light hasta la cirugía estética, pasando por las pastillas adelgazantes, las saunas, los laxantes, los gimnasios y las dietas milagrosas.

Consumo excesivo de agua (más de 2 litros al día)

El papel fisiológico del agua en el adelgazamiento y en el mantenimiento de la línea tiene lugar a distintos niveles. El agua puede ayudar a adelgazar no sólo porque previene y reduce la retención de líquidos. Una ingesta elevada de líquido no presenta normalmente problemas fisiológicos en una persona sana porque el exceso se elimina con facilidad y de una manera rápida por los riñones. Por el contrario, beber agua en exceso mientras se hace una dieta hipocalórica o mal planteada puede provocar desequilibrio hidroelectrolítico en el organismo. Dicho desequilibrio conlleva el riesgo de sufrir hiponatremia (desequilibrio en la concentración plasmática de sodio), lo que puede producir serios problemas cardíacos (Toro, Castro, 2004).

Siempre se nos ha dicho que, para adelgazar, hay que beber mucha agua. El agua sacia, refresca y entra muy bien en determinados momentos. Es por ello que existen personas que, para bajar peso, beben unos 3 ó 4 litros de agua al día. Incluso hay personas que hacen un consumo exagerado y desproporcionado de agua, tomando más de 5 litros al día; a lo que se denomina potomanía (Toro, Castro, 2004).

La potomanía es una conducta característica de las personas que desean perder peso y que para ello se atiborran de agua creyendo que esta es una de las maneras más naturales de conseguirlo. La constancia de esta actitud deriva finalmente en una adicción que muchas personas desconocen, se trata de la potomanía; también llamada polidipsia psicogénica. (Toro, Castro, 2004).

Factores socioculturales

Las influencias socioculturales constituyen la gran causa de peso determinante de la existencia de la mayor parte de los TCA. Miedo al peso, distorsión de la imagen corporal e influencia del cuerpo en el autoconcepto, son otros tantos componentes de los TCA que brillaban totalmente por su ausencia en las descripciones que de sus pacientes llevaron a cabo Gull y Lasegue en aquel 1864 (Toro, 2006).

Para que el volumen corporal (la silueta) llegue a constituir la obsesión que caracteriza a las pacientes con TCA y ser la preocupación que determina a tantas de las mujeres actuales, algo ha tenido que cambiar desde el siglo XIX hasta nuestros días. Ese algo, sin duda, ha sido la gradual difusión de un modelo estético corporal femenino delgado; un grado de delgadez que aleja de manera significativa el modelo de lo que es el promedio en las poblaciones reales (Toro, 2006).

Situándonos en nuestro momento histórico, constatamos que la mayor parte de nuestra población, especialmente las mujeres, y sobre todo las preadolescentes, están preocupadísimas por su cuerpo, distorsionan su imagen corporal y hacen todo cuanto pueden para adelgazar (Toro, 2010).

Para que esto fuera así han debido coincidir múltiples factores que al interactuar han facilitado esa trayectoria colectiva en pos de la delgadez tan evidente en la actualidad. Los más importantes han sido la evolución de las modas del vestir, con predominio de las prendas unisex; la progresiva exhibición pública del cuerpo; la proliferación de mujeres populares, incluyendo las top-models, cuyos cuerpos delgados se han ido constituyendo y afirmando como modelos estéticos; la satanización social de la obesidad e incluso del sobrepeso, no por razones de salud sino por consideraciones psicoestéticas; la presión de industrias destinadas a fabricar productos adelgazantes, reales o supuestos, o a producir alimentos o bebidas light; los mensajes comerciales lanzados de manera reiterada por un ejército de centros de belleza, de estética, de nutrición, de cirugía rectificadora, que dan por buena en términos absolutos la adquisición de la delgadez; la extensión social de actividades físicas o deportivas de alto riesgo para los TCA y, sobre todo los cambios que han sobrevenido en el ámbito social (familiar, laboral, económico, político) del rol de la mujer (Toro, 2006).

En este contexto, cuando se hace referencia a los factores sociales y culturales que propician el aumento de casos de TCA, se aduce que uno de los más importantes, sino el principal, es el papel de los medios de comunicación masiva. En otras palabras, sobre los medios recae buena parte de la responsabilidad por los riesgos que se llegan a correr en pos de una imagen corporal muy delgada que los mismos medios promueven (Uribe, 2007).

Inequidad de género y el papel de la mujer actual

Los roles de género son conductas estereotipadas por la cultura, por tanto, pueden modificarse dado que son tareas o actividades que se espera realice una persona por el sexo al que pertenece. Por ejemplo, tradicionalmente se ha asignado a los hombres roles de políticos, mecánicos, jefes, etc., es decir, el rol productivo; y a las mujeres, el rol de amas de casa, maestras, enfermeras, etcétera (rol reproductivo) (INMUJERES, 2007).

Lamas (2002) señala que “el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitivo: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género”.

Según Lamas, el hecho de que mujeres y hombres sean diferentes anatómicamente los induce a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes también lo son. Las sociedades determinan las actividades de las mujeres y los hombres basadas en los estereotipos, estableciendo así una división sexual del trabajo (INMUJERES, 2007).

Todas estas características asociadas al género, más esta concepción de lo masculino y femenino a partir de lo humano, han sido útiles para explicar la forma de participación social de la mujer; pero han sido también usadas para justificar ciertas formas de dominación ideológica que la han dejado en un segundo plano respecto del hombre (Bustos, 2003). Sin embargo, a la mujer, se le exige el máximo de belleza en tanto que se subordina a un papel dependiente caracterizado por la abnegación y el sacrificio alimentario (Bustos, 2003).

Debe destacarse que es la mujer la adolescente o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres hombres por la posición social y consecuentemente, se ha encontrado que las mujeres más que los hombres se someten a dieta, desarrollan desórdenes del comer y todavía más, las mujeres se someten en mayor medida que los hombres, a intervenciones quirúrgicas, como cirugías plásticas (Agras, Orbach citados en Gómez Pérez-Mitre 1999) y liposucciones entre otras.

En nuestros días, la imagen de lo que son o deben ser las mujeres y los hombres, o de lo que hacen según su condición de género, está determinada en buena parte por los medios de comunicación. El INMUJERES (2007) elaboró una publicación sobre la relación entre las mujeres y los medios de comunicación, que señala que las construcciones sociales realizadas por los medios de comunicación son ideológicas (como todas), de manera que el resultado son representaciones de mujeres y hombres que no corresponden del todo con la realidad.

A lo largo de su historia, los medios de comunicación han reproducido los estereotipos de lo femenino y lo masculino mediante la emisión de contenidos con representaciones sexistas, fortaleciendo con ello las inequidades entre mujeres y hombres. Es así como los medios continúan fomentando los roles tradicionales; es decir, la imagen de la mujer como objeto sexual es la que predomina y pese a la intención de presentarla desarrollando sus dotes profesionales, se continúa mostrándola más preocupada por su aspecto físico que por el intelectual (INMUJERES, 2007).

Asimismo, la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha mostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada (González, et al 1999).

Los medios de comunicación masiva y su relación con los TCA

Todos los medios de comunicación actuales ejercen de algún modo su influencia sobre actitudes, sentimientos y conductas de los adolescentes. Siendo la televisión el más antiguo, ha sido el más estudiado en cuanto al volumen y mecanismos mediante los que ejerce aquella influencia (Toro, 2010).

Tiggemann (2003; citado en Toro, 2006) encontró que ver televisión llega a influir en la insatisfacción corporal de las televidentes y en su autoestima. Los problemas relacionados con la imagen corporal de las adolescentes se incrementan al ver determinados tipos de programas. Ver telenovelas y películas predice insatisfacción corporal, en tanto que ver videos musicales predice motivación para adelgazar. En este contexto, resulta por completo lógico que los programas televisivos dedicados específicamente al “cuerpo ideal” influyan de manera muy negativa (Van den Bulk, 2000; citado en Toro, 2006).

Otro de los medios de comunicación, que tiene influencia dentro de los adolescentes, es el radio; en donde se ha hallado una relación directa entre el tiempo dedicado a escuchar radio y el riesgo de TCA. Escucharla más de una hora diaria supone una probabilidad de 1.6 veces mayor de desarrollar algunos de esos trastornos que cuando se les dedica menos tiempo. En general la interiorización del estereotipo corporal ideal mediatiza la demostrada relación entre exposición de los medios de comunicación, por una parte, e insatisfacción corporal y síntomas de TCA, por la otra (Martínez-González, Gual, Lahortiga, Alonso, De Irala-Estévez, Cervera, 2003).

Las revistas dedicadas a la mujer superan en tiradas y difusión a las de información general, la proliferación de tales revistas es evidente en todo el mundo occidental; predominan en ellas las páginas dedicadas a la apariencia física y al cultivo de cuerpos delgados juveniles y en forma (Martínez-González et al., 2003).

En investigaciones mexicanas, una revista de gran difusión entre los jóvenes, enlistaba a las 50 mujeres más bellas (abril de 1997) y a los 50 hombres más guapos (octubre de 1997), con los datos de su peso corporal y su estatura. Se trataba de personajes del ambiente del espectáculo, cantantes, actrices, actores, modelos, etc. Con esta información se procedió a obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), así como algunas medidas para edad, peso y estatura.

Como resultado de dicha investigación, se puede observar que el prototipo de la mujer bella en México, en 1997, era una mujer joven (edad promedio de 25 años) con un IMC promedio de 18, con un peso por debajo de lo normal. Ahora bien, se ve que los hombres no escapan de la presión social a la que están sometidas las mujeres, y el prototipo refleja a un hombre joven, esto es, a un promedio de 26 años y un IMC promedio de 22.83, lo que significa que se encuentra dentro del peso normal o promedio (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Gómez Pérez-Mitré, 2003)

Por último, pero no por ello menos importante, se menciona, al medio de comunicación que en la actualidad tiene una creciente utilización e influencia entre los preadolescentes, el internet. Muy recientemente ha podido localizarse unos 5, 380,000 espacios en la red (“pro-ana” y “pro-mía”) destinados a difundir la anorexia y la bulimia, a hacer proselitismos a favor de ellas, así como también a propagar el rechazo a la obesidad.

A través de sus mensajes se dan instrucciones para iniciar y mantener la anorexia y bulimia, se prescriben prácticas alimentarias para conseguir una pérdida rápida de peso, se describe lo que se debe hacer para disimular los síntomas ante los médicos, se suministran imágenes que motiven a desarrollar algunos de estos trastornos, se promocionan “grupos de ayuda” en los que se compite a fin de conseguir la ansiada pérdida de peso, etc. (Chesley, Alberts, Klein, Kreipe, 2003)

Un estudio concluye que las sedes en pro de la anorexia y de la bulimia están mejor organizadas, son más exhaustivas en sus contenidos y más numerosas que las dedicadas a servicios de recuperación de los trastornos o las elaboradas por profesionales (Toro, 2006).

El mercado del adelgazamiento

La promoción y multiplicación de los medios de comunicación de masas, constituyen un fenómeno, que con toda probabilidad es el principal responsable de la difusión de los TCA a través de todo el tejido social. Compartimos nuestros medios de comunicación y sus contenidos, con todos nuestros congéneres occidentales, contenidos que, junto a todas sus sugerencias e informaciones verbales, incluyen profusamente imágenes de todo orden y, especialmente imágenes del cuerpo humano.

A través de estas imágenes, se van destilando mensajes y señales que, entre muchas otras consecuencias, facilitan la difusión y como consiguiente la interiorización colectiva de la cultura de la delgadez (Toro, 1999).

Se trata de la publicidad directa o encubierta al servicio de potentísimos grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir disminuciones de peso o supuestas remodelaciones de la silueta corporal (Toro, 1999).

En la vida diaria, nos enfrentamos continuamente a este tipo de mensajes que, a fuerza de ser repetitivos, se han convertido en algo cotidiano. Revistas, televisión, radio, internet, etc. inundan la conciencia social con propagandas de dietas, productos adelgazantes, clínicas de adelgazamiento y rejuvenecimiento, etc.; películas de cine y televisión, vídeos, revistas de moda y prensa “rosa” y demás imágenes mediáticas nos muestran sujetos delgados, o al menos con cuerpos muy deseables y envidiables, como evidencia de que el éxito se asocia, en gran medida, a la imagen corporal que uno posea (Guerro-Prado, Barjau, 2002).

Los fabricantes de alimentos que alimentan poco (light), dietas “anticelulíticas”, cremas para la piel más o menos mágicas, pastillas y pociones adelgazantes, etc., los cuales son distribuidos por cientos o miles de proveedores, no están solos, se acompañan amigablemente de editores de libros dedicados a las mil y una dietas adelgazantes, incluyendo la amplísima galería de las que son peligrosas, inútiles o simplemente absurdas; junto a ellos, se incluyen los proveedores de servicios múltiples que fuerzan a correr, sudar, pedalear, abrigarse hasta el ahogo, sufrir masajes y otros tocamientos y mil agotadoras manipulaciones más, cuyos intereses han de conducirles forzosamente a promover el adelgazamiento más universal posible (Toro, 1999).

En un interesante estudio realizado por Field et al. (1999; citado en Guerro-Prado, Barjau, 2002), sobre una muestra de 6.982 niñas de 9 a 14 años, que evalúa la influencia del círculo de amistades y los medios de comunicación con los TCA, se encontró que un 6% de ellas afirmó realizar esfuerzos considerables para parecerse a mujeres de la televisión, de películas de cine o de las revistas; un 6% reconoció haber modificado sus hábitos alimentarios debido al círculo de amistades; un 4% informó de que la delgadez era una cuestión muy importante para su círculo de amistades, y un 2% aseguró haber sufrido bromas por parte de sus compañeros relacionadas con su peso.

Estos autores encuentran que los intentos por semejarse a las mujeres que aparecían en los medios de comunicación fueron predictivos del comienzo de conductas purgativas (como son la autoprovocación del vómito y el abuso de laxantes), advirtiendo que cuantos mayores esfuerzos realice una joven para parecerse a las mujeres de la televisión, cine o revistas, mayores riesgos existen de desarrollar conductas de purga para autocontrolar el peso.

En un estudio con 548 mujeres preadolescentes, Field et al. (1999; citado en Guerro-Prado, Barjau, 2002) encuentran que un 69% de ellas reconocía que las fotografías de las revistas de modelos habían influido en su concepto de la figura corporal femenina, y un 47% aseguró querer perder peso a causa de la visión de tales imágenes, existiendo una asociación estadísticamente positiva entre la frecuencia en la lectura de dichas revistas y: a) la prevalencia en la realización de dietas para disminuir de peso debido a los contenidos de los artículos; b) el inicio de programas de ejercicio físico; c) deseos de querer perder peso a causa de las imágenes aparecidas en las revistas, y d) sentimientos de que esas imágenes han influido en gran medida en su concepto de la figura corporal femenina ideal.

Y es en la industria de la moda donde sus escaparates vivientes, sus modelos, difunden las pautas estéticas que la sociedad, es decir, miles y millones de personas de carne y hueso, las siguen, y si creen no coincidir con ellas, pueden desesperar, y claro esta enfermar (Toro, 1999).

Todas estas modelos corporales de nuestra peculiar cultura constituyen a ojos de muchas mujeres y la mayoría de las prepúberes la fórmula de la belleza y el éxito. Aparecen en todos los medios de comunicación rodeadas del prestigio social que solo otorga la reverencia masiva de las gentes, provocada por los comerciantes en modas ayudados por inteligentísimas campañas de mercadotecnia, de promoción y lanzamiento publicitario. Sucede que el cuerpo modélico, aunque valla dirigido a toda la sociedad a todas las edades, ha de ser joven. Así se potencian mutua y simultáneamente el culto a un determinado tipo de cuerpo, el culto a la juventud y el culto al producto que se pretende vender (Toro, 1999).

Ahora bien, ¿es esta presión social un posible factor patogénico para el desarrollo de los TCA? Hace ya más de 20 años que se alzaron algunas voces alertando sobre esta hipotética relación (Orbach, 1978; Chernin, 1981; citado en Guerro-Prado, Barjau, 2002), y autores de gran prestigio afirman que la promoción de estándares sociales de belleza imposibles de alcanzar para la mayoría de las mujeres origina una importante disminución de la autoestima, elevados niveles de ansiedad, hábitos dietéticos alterados con realización de dietas severas y aparición de TCA francos (Katz, 1985; Dietz, 1993; Stice et al., 1994; Tiggemann, 1996; citado en Guerro-Prado, Barjau, 2002). Por otro lado, esta presión social sobre la delgadez ejerce una particular influencia durante la pubertad, adolescencia y edad adulta joven, época en la que se desarrollan la identidad de género y el rol sexual (Guerro-Prado, Barjau, 2002) y que coincide con la edad de máximo riesgo en la aparición de los TCA.

La Otra Publicidad

Para bien o para mal, nos hallamos situados en plena economía de mercado. Quien produce bienes o servicios debe venderlos, para ello cuenta con una amplia gama de recursos, el más importante de los cuales probablemente es la publicidad. La industria de la moda, los fabricantes de productos adelgazantes, los alimentos light, y de bebidas más light todavía, los editores de libros sobre dietas, los propietarios de gimnasios, los especialistas en mil y una técnicas para succionar las más diversas grasas, en una palabra, todos cuanto pretenden vivir del adelgazamiento de sus congéneres, deben anunciarse para convencer a los dudosos y atraerlos definitivamente hacia su particular paraíso prometido (Toro, 1999)

Sin duda, la publicidad vende entre otras cosas cuerpos delgados y, una vez “vendidos” los utiliza para promover la venta de otros productos. Prensa, revistas, televisión, carteles, internet entre otros, todos los medios están impregnados de tales mensajes que, debe insistirse en ello, son creadores de necesidades (Toro, 2006).

Lo que a esta investigación le interesa aportar son las principales estrategias que utilizan los diferentes medios de comunicación masiva, o también denominados como efectos moldeadores o creadores de necesidades, relacionado específicamente con las influencias ligadas a los TCA.

La publicidad de productos directa o indirectamente adelgazantes (es decir que adelgazan o que no engordan) debe hacer atractivo al producto en cuestión. Ello supone asociarlo al cuerpo deseable es decir, al estereotipo delgado actualmente vigente. El producto, pues, se acompañara de imágenes visuales y/o de palabras que describan del modo más “encantador” posible un cuerpo delgado (Toro, 1999).

El prestigio de tal cuerpo ya está enraizado en el medio social; por tanto, el reiterar su supuesta idoneidad no es más que reafirmar lo ya conocido. Pero tal permanente reiteración ha de contribuir forzosamente a incrementar el arraigo social, su interiorización individual y colectiva. Además los productos más conocidos, claro está, suelen difundirse a través de los más diversos medios de comunicación y publicidad: prensa diaria, revistas ilustradas, televisión, radio, internet, etc. (Uribe, 2007).

La publicidad habitual de productos adelgazantes suele constituir en mensajes verbales apoyados en reproducciones de muchachas esbeltas y, por supuesto, delgadas. Los susodichos mensajes oscilan entre la sutileza y la más descarada de las desfachateces. A manera de ejemplo Toro (2004) cita algunas de las frases publicitarias más habituales en la prensa cotidiana:

- LIBERA TU CUERPO DEL PESO DEL HAMBRE.
- ¡¡HE PERDIDO 28 KILOS EN 32 DÍAS!! HE PASADO DE LA TALLA 52 A LA TALLA 32... ¡¡¡Y SIN HACER NINGÚN RÉGIMEN!!!
- ¡UN DESCUBRIMIENTO PARA ADELGAZAR QUE ASOMBRA INCLUSO A LOS MEDIOS CIENTÍFICOS! ¡REACCIONE AHORA Y CAMBIE SU VIDA!
- EL PLACER DE ADELGAZAR

Toro et al., (1994), hallaron que las pacientes anoréxicas adolescentes, comparadas con controles sanas de su misma edad, se sentían mucho más influidas por cualquier tipo de anuncio que se refiera a la necesidad de adelgazar o invitara directa o indirectamente a hacerlo. En población adolescente no clínica, 40% de las mujeres encuestadas decían experimentar deseos de seguir una dieta adelgazante cuando veían u oían un anuncio dedicado a productos afines y 42% reconocían sentirse atraídas por la publicidad televisiva concernientes a productos adelgazantes.

Las dietas para adelgazar cuentan por docenas. Algunas de ellas al margen de su veracidad y supuesta inocuidad. Las revistas que las divulgan se venden en grandes cantidades y en muy poco tiempo, lo que supone múltiples beneficios para los editores correspondientes. En tales circunstancias no puede sorprender que los productos llamados “ligeros” (es decir light) se difundan rápida y difusamente. Si no estuviéramos habituados a todo género de aberraciones, nos quedarían recursos críticos para sorprendernos de que, mientras la mayor parte de la población mundial está alimentándose de modo claramente insuficiente por falta de recursos o incluso experimentando auténticas hambrunas, nuestro mundo occidental este aumentando velozmente su tendencia a adquirir y consumir alimentos que alimenten poco; cuanto menos, mejor (Toro, 2006).

En un apartado dedicado a la publicidad del adelgazamiento no puede omitirse unas líneas dedicadas a la publicidad de los TCA. Toro (1999), apunta que en el trabajo clínico cotidiano con este tipo de pacientes resulta muy frecuente que alguno de los síntomas más significativos hayan sido aprendidos tras haber leído u oído informaciones relativas a esos trastornos. Eso es lo que sucede en ciertos casos de ayunos, vómitos, abuso de laxantes, etc. Mujeres preadolescentes y adolescentes preocupadas por sus supuestos excesos alimentarios encuentran en las informaciones que explican tales comportamientos desadaptativos la solución a sus inquietudes.

En palabras de Guerro-Prado, Barjau, (2002), “la importancia de la relevancia social de la delgadez corporal femenina viene dada porque su desarrollo es consecuencia de la interacción de distintos factores inespecíficos con otros específicos llamados factores dietéticos, responsables de las decisiones voluntarias de perder peso. La inmensa mayoría de tales decisiones están determinadas por la interiorización de un modelo estético corporal excesivamente delgado”.

La cultura de la delgadez: moda y belleza

Dada las coordenadas históricas y sociales que permiten comprender mejor la naturaleza de los trastornos del comportamiento alimentario en sus manifestaciones actuales, es conveniente describir cómo la cultura de la delgadez ha evolucionado a través del tiempo.

La figura bella no siempre se ha asociado a la delgadez y por mucho tiempo la belleza se asoció a la gordura; y si bien siempre se han llevado a cabo prácticas del cuidado del cuerpo, estas se relacionaban, con más frecuencia en épocas anteriores, mas con la forma, el volumen y la apariencia de algunas partes del cuerpo, que con la disminución del cuerpo (Uribe, 2007)

Las revistas y el cine son promotores de los criterios estéticos corporales, y con ellos la estandarización de los cuerpos; los hombros cuadrados en los hombres y ausencia de curvas en las mujeres. Las curvas pasaron a hacer criterio de identificación de las clases pobres. Las mujeres perdieron el talle de avispa y fueron adquiriendo el cuerpo de lagartija, a fuerza de dieta y ejercicio, a la manera de las artistas del cine (Uribe, 2007).

La exigencia de belleza es, al mismo tiempo, una exigencia de juventud. En una sociedad donde la juventud eterna se convierte en ideal, ser o parecer vieja o viejo, puede llevar a exponer a una persona al rechazo social. Si bien el envejecimiento es una condición social indeseable, para las mujeres existen mayores exigencias, en relación con la apariencia juvenil, como producto de una repartición desigual del poder social y económico entre los sexos (Uribe, 2007). En la medida en que una mujer sienta que se aleja del modelo ideal de belleza, la ansiedad y tensión pueden aumentar.

Es obvio que la difusión del cuerpo ideal delgado no se inició de manera súbita de un día para otro. Se trata de un valor estético vigente, es decir, de una moda. Las modas siempre comienzan en grupos minoritarios; las modas estéticas se han gestado durante centurias en las capas altas de la sociedad y a partir de ellas se han extendido por todo el tejido social. Su velocidad de difusión dependerá de la mayor o menor facilidad para la comunicación interpersonal propia de cada momento histórico (Toro, 2006).

Hoy no cabe ninguna duda que todos estos hechos deben su relevancia al extraordinario poder de difusión de cualquier mensaje que entrañan los actuales medios de comunicación de masas. Debe reconocerse que la difusión del modelo estético corporal delgado y, (por tanto de un factor de riesgo fundamental para los TCA) se debe a la omnipresencia actuante de los mencionados medios (Toro, 2006).

Dentro de la cultura de la delgadez, el mundo de la moda, cobra una relevada importancia para el mantenimiento del actual modelo estético corporal. La difusión de las tendencias de la moda, renovadas cada estación en aras del consumismo, no se entendería sin la presencia de las modelos (Toro, 1999); según la Real Academia Española (2001), la palabra modelo significa “arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo”.

Estas jóvenes, que protagonizan las exhibiciones de todo género de vestimenta femenina, que aparecen en pasarelas, revistas ilustradas, pantallas de televisión, carteles, fotografías de prensa, etc., quizá no se han convertido tanto en modelos del vestir, sino en modelos corporales. Es su silueta, su tipo de “percha”, su generalizada delgadez la que primariamente parece ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes. Es más: una vez popularizadas sus imágenes, prestigiados sus cuerpos por encarnar el estereotipo físico que a su vez contribuyen a establecer, es cuando probablemente más influyen en el volumen de ventas de las prendas que anuncian (Toro, 1999); así pues con el deseo de ser, de vivir o de comprar lo que usa el personaje de admiración, es una especie de apropiación del cuerpo y del alma del personaje admirado. La industria de la belleza, en su prestigiosa expansión, transforma y difunde “los estándares modelados sobre estrellas convertidas en un patrón o modelo a seguir” (Uribe, 2007).

Pero la esbelta delgadez de muchas modelos se sitúa permanente al borde de lo patológico. Conocedores del tema apuntan que entre el 20 y el 50% de estas mujeres sufren trastornos de la conducta alimentaria, las top-models que semejan muchachos, sin pecho y de pequeño trasero, parecen ser cualquier cosa menos femeninas. La belleza trata de exclusividad. Así pues las modelos no pueden tener el aspecto de la mayoría (Toro, 1999).

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

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

Se han encontrado actualmente problemas de morbilidad en trastornos de la alimentación en diversas regiones del mundo tanto en países desarrollados (EE.UU., Canadá, España, etc.) donde existe una fuerte presión social para estar delgada (Sánchez-Carracedo, Saldaña, 1998), como en vías de desarrollo (Nigeria, Zimbabwe, Malacia, India, Chile, Brasil y México, entre otros), y se ha tratado de categorizarlos con base a la identificación de los valores, idiosincrasia y estilos de vida del occidente por ejemplo, Vandereycken (1993) afirma que en las culturas occidentales se han vuelto lipofobias mientras que (Russell, citado en Gómez Pérez-Mitre, Acosta, 2002) consideraba que la deseabilidad por la delgadez, tal y como la promueve la cultura occidental, es capaz de ejercer un papel autoplástico en la enfermedad neurótica.

En relación al concepto de occidentalización donde según este, son los países de primer mundo los que más padecen TCA, Gómez Pérez-Mitré, Acosta (2002) contradicen dicha hipótesis señalando que México siendo un país en vías de desarrollo está fuertemente influenciado con el culto a la delgadez, especificando que son las mexicanas quienes en mayor proporción y magnitud mostraron insatisfacción hacia su cuerpo y mayor importancia a la apariencia física. Un intento de explicación de estos resultados se apoya en las implicaciones ideológicas que conlleva no solo la globalización económica, sino también la facilitación del traspaso ideológico dada la cercanía geográfica (más de 2.000 km de frontera) que mantienen México y EE.UU., siendo este último el país líder del culto a la delgadez.

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

Lipofobia

En la época actual, específicamente en los últimos 15 años los casos de TCA han aumentado hasta 15 veces (Gómez Pérez-Mitré, 2001). Con lo que podemos decir, que existe en estos tiempos un temor a engordar (lipofobia) que deriva en estos trastornos tan peligrosos.

Podemos encontrar muchos factores que influyen en que una persona sienta este miedo exagerado a lucir obeso. Además podemos decir que los trastornos pueden provenir de problemas psicológicos de la persona, que se van haciendo más acentuados por las influencias socioculturales y donde obviamente influye el entorno familiar (Gáfaró, 2001).

Uno de estos factores es el impacto que la sociedad ejerce en nosotros al presentarnos un modelo delgado a seguir, que no es precisamente lo mejor, sin embargo por ser un modelo posee cierta perfección que se debe de seguir o imitar y los adolescentes sienten que si se apartan de este modelo dejan de pertenecer a esta sociedad. Y es precisamente esta última que nos dice que el ser delgados significa ser atractivo, tener éxito, control de sí mismo, además de ser elegante y todo esto se identifica con una imagen juvenil (Chinchilla, 2003c).

Toda esta presión social por tener un cuerpo muy delgado influye mucho en las decisiones de las niñas y adolescentes preocupadas por su figura, las cuales deciden estar a dieta con el fin de adelgazar y no ser rechazadas por su grupo. También tienen que seguir ciertos patrones de conducta alimenticia porque la sociedad juzga a las personas no solo por su modo de vestir o como lucen, sino también por su modo de comer (Gáfaró, 2001).

Un segundo factor se refiere al ambiente familiar, donde aprendemos y desarrollamos la mayor parte de las características y hábitos que nos conforman. Los padres siempre están conduciendo a sus hijos en cómo arreglarse para verse bien. (Gáfaró, 2001). Además de que tienen una función muy importante en la formación de la imagen corporal de sus hijos, ya que si los padres no escuchan las inquietudes del niño, y no lo ayudan a reconocerse y quererse como es, esto puede resultar en que el niño no se valore y no reconozca su cuerpo (Costin, 2002). Es ahí donde desde pequeños, algunos padres inculcan a los hijos que un niño delgado es alguien bonito e inteligente.

Además se les educa a las niñas a preocuparse más por su cuerpo desde pequeñas que a los varones, (Turón, 1997), esto se refleja en que el índice de anoréxicas es mayor en las mujeres que en los hombres, en las primeras el porcentaje es de un 95% y la edad en que se da es entre 12 y 25 años (Chinchilla, 2003c), y sabemos que la anorexia es un trastorno alimenticio que puede ser producido por el miedo intenso a subir de peso.

III.III Instrumentos que miden factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria

A través de la revisión bibliográfica, se menciona, aquel instrumento que evalúa los factores de riesgo ya antes mencionados y se utilizó para la presente investigación

El Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, ha sido adaptado por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré, dicho cuestionario se validó (Araujo y López, 2006) mediante la separación de los instrumentos que lo componen, ya que el *Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso* está integrado por el *Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal* (CIMEC 52) (Araujo y López, 2006) basado en el CIMEC 40 (Toro, Salamero y Martínez, 1994) y la *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios* (EFRATA) Escalas E y F (Gómez Pérez-Mitré, Ávila, 1998b, Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 52)

El cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 40) (Toro et al., 1994) fue diseñado para intentar medir la influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo estético actual (Vázquez, Álvarez, Mancilla, 2000). Toro et al. (1994) llevaron a cabo la validación de dicho instrumento en 118 jóvenes españolas, de las cuales 59 eran anoréxicas y 59 controles, ambos grupos fueron igualadas en cuanto edad y clase social. En dicha validación se encontró que la versión CIMEC 40, conformada por 40 variables directos que exploran la ansiedad por la imagen corporal, la influencia por los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales, contaba con una adecuada consistencia interna ($\alpha:0.93$); sin embargo de las 40 variables disponibles se aislaron 26 de ellos, los cuales eran estrictamente significativos

($P < 0.005$), por medio del análisis factorial por el método de componentes principales, estas variables constituyeron el cuestionario CIMEC 26.

El análisis de contenido de estos 26 variables, con altas cargas en cada factor, permite identificar a cada variable en uno de los siguientes factores:

1. Malestar por la imagen corporal (IC)
2. Influencia de la publicidad
3. Influencias de los mensajes verbales
4. Influencia de los modelos sociales
5. Influencia de las situaciones sociales

Los 5 factores del CIMEC 26 tienen eigenvalues > 1 y una adecuada consistencia interna ($\alpha: 0.94$), así como una apropiada sensibilidad y especificidad, por lo que podría servir como instrumento de criba o tamizaje debido a su relación con la anorexia nerviosa y las influencias sociales, ya que ambos cuestionarios (CIMEC 40 y CIMEC 26) determinaron significativamente diferencias entre el grupo de anoréxicas y el de control (Vázquez et al., 2000).

Posteriormente Vázquez et al (2000), evaluaron el estatus psicométrico del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 40) en población mexicana, aplicándolo a una población de 1001 mujeres estudiantes de bachillerato y de carrera universitaria en Instituciones públicas y privadas, con un rango de edad de 14 a 33 años. Los resultados obtenidos de la investigación fueron una excelente consistencia interna ($\alpha: 0.94$), semejante a la señalada por Toro y Cols. (1994; Citado por Vázquez et al., 2000) y quedó conformado por 4 factores (El factor 1, compuesto por 14 preguntas que pueden ser identificadas como influencia de la publicidad; el factor 2 que contiene 10 preguntas y fue llamado Malestar por la imagen corporal y conductas para reducir el peso; el factor 3 con 6 preguntas relacionadas con la influencia de los Modelos sociales y el factor 4, que contiene 5 preguntas acerca de las relaciones sociales); con lo anterior se puede concluir que el CIMEC 40 es un cuestionario confiable para evaluar la influencia de los medios estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales.

La última versión del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 52), fue la realizada por Araujo y López (2006), la cuales evaluaron la validez y confiabilidad de dicho instrumento aplicándola a una muestra de N= 1669 mujeres (púberes, preadolescentes y adolescentes tempranas) estudiantes de escuelas públicas y privadas, con un rango de edad entre los 9 y 16 años. Los resultados obtenidos de la investigación fueron una excelente consistencia interna (alpha: 0.91), semejante a la encontrada por Toro et al., (1994) y el análisis factorial arrojó 5 factores que explicaron el 49% de la Variabilidad total. Por lo tanto, la composición factorial quedó de la siguiente manera: Factor 1. Malestar por la imagen corporal, Factor 2. Influencia de la Publicidad, Factor 3. Influencia de los mensajes verbales, Factor 4. Influencia de las situaciones sociales y Factor 5. Influencia de los modelos sociales. Con lo anterior se reafirma que el CIMEC 52, es un instrumento válido y confiable para medir la influencia que ejercen los medios y la sociedad en población mexicana femenina, abarcando desde la pubertad hasta la adolescencia.

Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) Escalas E y F

Bajo el mismo contexto, se realizó un estudio en donde se utilizó un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anormales, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), cuyo objetivo fue explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad, comparando estas variables en una muestra de adolescentes hombres y mujeres, con diferente peso corporal. Trabajaron con un diseño de 4 grupos de observaciones independientes y con una muestra no probabilística (N=222) constituida por adolescentes hombres (N=124) y mujeres (N=98), con una edad promedio de 16.96 y una desviación estándar 2.21 respectivamente. Los grupos quedaron formados de la siguiente manera: Peso por debajo del normal (Gpo. pan. = 52); Peso normal (Gpo. pn=52); Sobrepeso (Gpo. sp=52) y Obesidad (Gpo. ob. =66). Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que en las mujeres había una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; entre los hombres se encontró un factor compuesto por variables compensatorias, y un factor común a hombre y mujeres que involucra variables que miden preocupación por el peso y la comida (Gómez Pérez-Mitré, Ávila, 1998b).

En el 2006, Araujo y López, validaron la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) Escalas E y F, donde el instrumento mostro una buena consistencia interna, la cual estuvo dentro del rango encontrado por Gómez Pérez-Mitré, Ávila (1998b), en la versión del EFRATA para mujeres compuesta por 9 factores.

Con el fin de detallar los factores de riesgo de los TCA, se procedió a anexar a través de la revisión bibliográfica los instrumentos y/o escalas más acordes, tanto para medir las actitudes ante dichos factores, como para las características específicas de la muestra, encontrando la Escala de Imagen Corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997; Ávila, Lozano-Rodríguez, Ortiz, 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1999; Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b) la cual explora áreas como son la distorsión o alteraciones de la imagen corporal; satisfacción/insatisfacción con la misma y actitudes hacia la delgadez/obesidad. Dicha escala resulto tener un coeficiente de consistencia interna alpha 0.7453 (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Se ha comprobado que al medir dichas áreas de manera indirecta es decir cuando se les pide que elijan su figura ideal, nos encontramos que quieren pesar menos o mucho menos y que su figura ideal es una muy delgada, lo que nos permite inferir que, lejos de estar satisfechas o muy satisfechas, realmente se encuentran insatisfechas (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Escala que mide Atributos (autoatribución)

Así mismo, la Escala que mide Atributos (autoatribución) que ha mostrado ser una forma práctica de medir autoestima, se ha desarrollado en cuatro versiones, para adolescentes y preadolescentes hombres y mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 1996); por ejemplo, la escala de atributos en su versión para mujeres adolescentes (n= 2734) tiene una validez de constructo (con una α 0.896) con cinco factores.

Con base a lo anterior, se consideró importante realizar la validación y confiabilización del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC 53), de la Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA, escalas E1 y F1), así como el anexo de dos escalas; la primera, la Escala de Imagen Corporal y la segunda la Escala de Autoatribución, en una población de preadolescentes (de 9 a 12 años) debido a que después de revisar bibliografía al respecto, sólo encontramos que en el 2006, se validó tanto el CIMEC 52 y la EFRATA Escalas E y F en una población púberes, prepúberes y adolescentes, pero se encontraron limitaciones respecto al vocabulario, ya que el CIMEC 52 está validado para población española y respecto a el EFRATA escalas E y F, se elaboró pensando en población adolescente, por tal razón se considera importante contar con un instrumento que maneje un lenguaje adecuado para población mexicana, en particular en niñas de la tercera infancia y preadolescentes, aunado a la relevancia de anexar tanto la Escala de Imagen Corporal, ya que dicha escala sirve como complemento para medir de manera completa e indirectamente uno de los factores riesgo más importantes en el desarrollo de los TCA el cual es la insatisfacción/satisfacción de la imagen corporal. Como también la inclusión de la Escala de Autoatribución con la finalidad de relacionar aspectos sociales y atributos acerca de su personalidad.

Hasta este punto se enfatiza a través de los capítulos la importancia de la prevención de los TCA, iniciando en el capítulo 1 definiendo y caracterizando dichos trastornos a través de una mirada sociocultural, en segundo lugar y teniendo en cuenta que los objetivos naturales de toda prevención son la infancia y preadolescencia (capítulo 2), en esta investigación nos enfocamos en dicha población, pues generalmente las intervenciones que se emplean de manera temprana producen mejores beneficios que las que se emplean de manera tardía. En tercer lugar, para la prevención de los TCA en el campo de la salud investigamos el esclarecimiento de los factores de riesgo. ¿Cuáles son dichos factores? ¿Cómo se clasifican? ¿Cómo se miden? Las respuestas a estas interrogantes se desarrollan a través del capítulo 3 terminando con los instrumentos útiles para medir dichos factores.

IV. Metodología

El objetivo de la presente investigación fue la validación y confiabilización del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, entendiendo dicho instrumento como la incorporación del CIMEC 53 basado en el CIMEC 40 (Toro et al., 1994), del EFRATA Escalas E1 y F1 (Gómez Pérez-Mitré, Ávila, 1998b, Gómez Pérez-Mitré, 2001), Escala de Imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997; Ávila et al., 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1999, Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a, Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b) y la Escala de Autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1996), dando un total de 130 reactivos.

Ya que actualmente no existe en México un instrumento que en conjunto evalué la influencia de los modelos estéticos corporales en niñas de la tercera infancia y preadolescentes a través de la influencia de los medios de comunicación, ni tampoco uno que evalué de una manera más completa factores de riesgo tan importantes como la satisfacción/insatisfacción, ni que establezcan la relación existente entre las autoatribuciones negativas y los factores de riesgo.

Al estudiar los TCA de este modo y en esta población en específico, nos podrá ayudar a detectar factores de riesgo, como pueden ser la insatisfacción y/o preocupación por el peso, los cuales son facilitadores para la aparición de otros problemas, por ejemplo el de involucrarse con dietas para el control de peso, y así poder prevenir el desarrollo de un TCA; pero aun sino ocurriera esta última conducta, el solo hecho de encontrarse insatisfecha con su propia imagen se vive como aversivo o egodistínico (Bloomgarden, Calogero, 2003) y lo más importante es que constituye un factor que favorece a la desadaptación social (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

Objetivo de investigación

Obtener la validez y la confiabilidad del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, en una muestra de niñas y preadolescentes de 9 a 12 años.

Objetivo específico de investigación

Obtener la validez de constructo y la confiabilidad del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, en una muestra de niñas y preadolescentes de 9 a 12 años.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre la exposición de los modelos estéticos corporales difundidos por los medios de comunicación y el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria?

Hipótesis de investigación

A mayor exposición de los modelos estéticos corporales difundidos por los medios de comunicación, mayor será el riesgo a desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria

IV.I Variables

Definición conceptual de Variables

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto, individual o colectivo, y en la manera en que vulnerabilizan al individuo, contribuyen a su desajuste y a su desequilibrio incrementando la posibilidad de enfermedad (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a; Gómez Pérez-Mitré, 2003; Mancilla et al., 2006). Estos factores son valorados por las escalas:

- Influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo estético actual;
- Factores de Riesgo asociados con trastornos alimentarios;
- Factores de Riesgo asociados con imagen corporal;
- Autoatribución

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Los trastornos alimentarios son alteraciones graves de la conducta alimentaria. Dentro del DSM-IV se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y uno no especificado (DSM-IV, 2002). Y dentro del CIE 10 (1994) se incluye a la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas.

Preadolescencia

La preadolescencia es el periodo de crecimiento físico rápido y maduración sexual que pone fin a la niñez y marca el comienzo de la adolescencia, produciendo a una persona con el tamaño, las formas y el potencial sexual de un adulto (Berguer 2004).

Definición operacional de Variables

Factores de riesgo

Las respuestas del sujeto en términos de varias escalas, la primera construida específicamente con tres opciones: Si, siempre; Si, a veces y No, nunca; la segunda escala hecha con 5 opciones: Nunca, A veces, Frecuentemente, Muy frecuentemente, Siempre; la tercera escala constituida con 5 opciones: muy delgada, delgada, normal, gorda y muy gorda y la última escala construida con 5 opciones: nada, poco, regular, mucho, demasiado.

Los indicadores que abordan el instrumento son:

- Influencias sociales. Atribución de lo culturalmente aprendido
- Conducta alimentaria. Ingestión alimentaria psicosocial
- Imagen corporal. Actitud hacia el propio cuerpo y, en particular, hacia la propia apariencia
- Autoatribución Características físicas que conforman la imagen corporal

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Serán los índices de correlación entre las escalas: Influencias sociales, Conducta alimentaria, Imagen corporal y Autoatribución.

Preadolescencia

Periodo de la vida de las personas entre 11 a 14 años de edad

IV.II Método

Tipo de Investigación

La presente investigación fue ex post facto y transversal, es decir no se construyó ninguna situación además fue cuasi exploratoria, debido a que no se establece una causalidad, se buscó conocer como el objeto de estudio se manifestó. (Kerlinger 2001).

Diseño de Investigación

Dado que se pretendió clasificar las respuestas de los sujetos a las categorías de los instrumentos, se utilizó un diseño de una muestra en donde se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al., 2010).

Población

Niñas preadolescentes del Estado de México.

Muestra

602 niñas preadolescentes sexo femenino, con un rango de edad de 9 a 12 años.

Muestreo

El muestreo utilizado fue no probabilístico y de cuota (Kerlinger 2001), en donde los criterios de inclusión fueron:

- Ser niñas preadolescentes con un rango de edad de 9 a 12 años
- Ser estudiantes de 4°, 5° y 6° grado de Primaria
- Estar inscrito a Primarias Publicas

Instrumentos y Aparatos

Se validó y confiabilizó el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, adaptado por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré, que consta de 130 reactivos, mismos que se agrupan de la siguiente manera (ver tabla 1):

NÚMERO	FACTORES	ALPHA DE CONBACH	NÚMERO DE REACTIVOS
1	Modelo estético corporal actual influido por los medios de comunicación masivos	0.780	24 reactivos
2	Preocupación por el peso, la comida y el uso de dieta crónica y restrictiva	0.780	13 reactivos
3	Influencia de los pares respecto a la precepción del cuerpo	0.780	8 reactivos
4	Conducta alimentaria compulsiva	0.780	7 reactivos
5	Conducta alimentaria normal	0.780	5 reactivos
6	Autopercepción positiva relacionada a la conducta alimentaria	0.841	11 reactivos
7	Autopercepción de las partes corporales	0.841	9 reactivos
8	Percepción de los agentes sociales ante mi cuerpo	0.841	8 reactivos
9	Situaciones sociales ligadas a tu imagen corporal	0.841	9 reactivos
10	Autoestima positiva ligada con una autopercepción de éxito	0.841	8 reactivos
11	Autepercepción positiva asociada con habilidades sociales	0.841	6 reactivos

Tabla1. Distribución de reactivos del Cuestionario sobre Actitudes ante el cuerpo y el peso.

Dicho cuestionario, incluye también las condiciones sociodemográficas y condiciones de nutrición y salud que se distribuyen en el total de la muestra, con información sobre edad de la niña, estado civil de los padres, con quién vive, clase social, número de hermanos, ocupación de los padres, edad de la 1ª dieta, lista de alimentos engordadores, etc., con el objetivo de poder caracterizar a la muestra de estudio, dando un total de 21 reactivos (Ver anexo 1).

Los aparatos utilizados en esta investigación son:

- Báscula digital para obtener el peso de los sujetos en kilogramos.
- Estadimetro para obtener la talla en metros

Las medidas utilizadas son las propuestas por el Sistema Métrico Decimal

Otros materiales empleados fueron:

- Lápices con goma

Procedimiento

1.- Se pidió a las escuelas primarias públicas, su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

2.- Se pidió a las alumnas de 4º, 5º y 6º de primaria, su participación en la investigación sobre alimentación y salud, realizada por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

3.- A las participantes, se les informó que pueden negarse a contestar el cuestionario, retirarse en el momento que gusten, y que toda información dada será tratada confidencialmente, ya que sigue un manejo estadístico y no un manejo personal de los datos.

4.- Una vez obtenido el consentimiento de la escuela y de las participantes, se realizó inmediatamente la autoaplicación del Cuestionario.

5.- Al finalizar la realización del cuestionario, se midió y peso a cada una de las participantes con su previo consentimiento.

Análisis de datos

La realización de la validez del constructo, se hizo mediante las pruebas Análisis de frecuencia, t-Student, correlación producto-momento de Pearson, Análisis factorial con rotación de componentes principales y con rotación VARIMAX y finalmente el Alpha de Cronbach

Validez

La Validez es la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas en el sentido y grado en que un instrumento mida realmente los rasgos de la variable que se pretenden medir (Torres, 2001; Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La validez es tradicionalmente estimada por un coeficiente de correlación, llamado coeficiente de validez, el cual indica la relación que hay entre los datos obtenidos con el test y los datos que usamos (Torres, 2001).

Validez de constructo: Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con la hipótesis derivada teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un constructo es una variable medida que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación del constructo, a menos que exista un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables (Hernández et al., 2010). Se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Ginnell, Williams, Unrau, 2009; citado en Hernández et al., 2010)

Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales (Hernández et al., 2010), es decir, se remide el mismo conjunto de objetos una y otra vez, con el mismo instrumento de medición o uno comparable, esto implica una definición de confiabilidad en términos de estabilidad, fiabilidad y predictibilidad (Kerlinger y Lee, 2001).

Alpha de Cronbach

Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach (Hernández et al., 2010), es un coeficiente de confiabilidad, que se refiere a una medición de un conjunto de ítems (o variables) que mide un constructo unidimensional (SSPS FAQ; citado en www.ats.ucla.edu), el cual requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores posibles entre 0 y 1. El alpha de Cronbach, puede describirse como una función entre el número de variables del test y el promedio de intercorrelación entre estos. (Hernández et al, 2010).

V. Resultados

Se realizó el análisis de los datos en dos dimensiones:

La primera fue el análisis estadístico descriptivo de la muestra total, con el fin de conocer la manera de cómo las condiciones sociodemográficas se distribuyen en el total de la muestra. Dichas condiciones sociodemográficas están incluidas dentro del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, con un total de 21 reactivos.

Como segunda dimensión y para dar respuesta al objetivo de la presente investigación se aplicó el procedimiento de validez de constructo mediante las siguientes pruebas: Análisis de frecuencia, t-Student, Análisis factorial con rotación de componentes principales y con rotación VARIMAX y finalmente el Alpha de Cronbach

V.I Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por N= 602 niñas preadolescentes estudiantes mexicanas de sexo femenino.

Edad

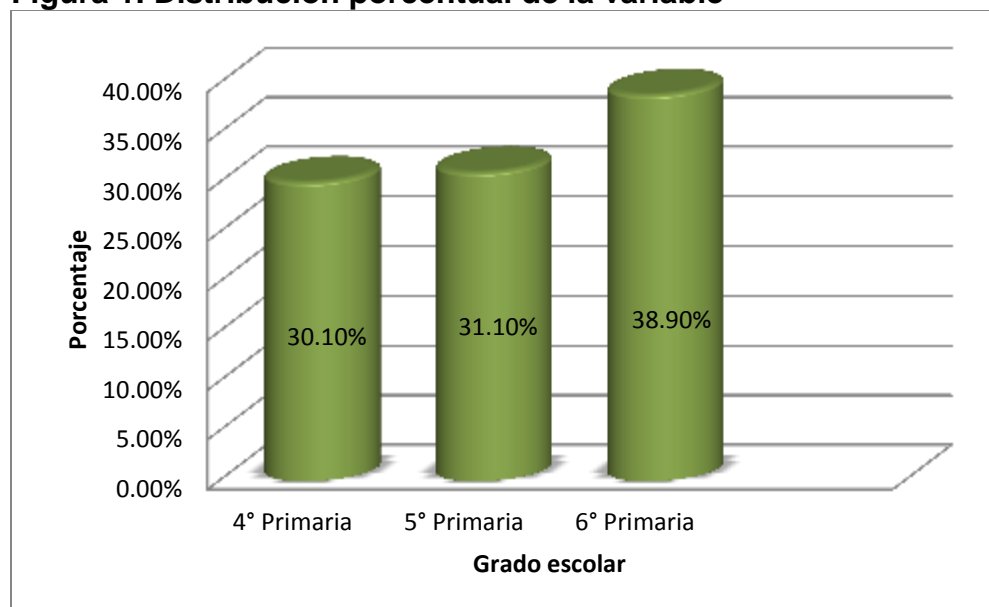
Tabla 1. Distribución de la variable Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
9	184	30.6%
10	184	30.6%
11	162	26.9%
12	72	12.0%
Total	602	100.0%

Las edades de las 602 participantes se encontraron en un rango de 9 a 12 años; cuya media de edad fue de $\bar{X} = 10.20$ y la desviación estándar $S = 1.007$.

Grado escolar

Figura 1. Distribución porcentual de la variable



Respecto al grado escolar, la muestra se dividió de la siguiente manera: 181 participantes (30.1%) cursan el 4 año de primaria, 187 (31.1%) están en quinto año de primaria y 234 (38.9%) cursan el 6 año de primaria.

Actitudes Familiares

Tabla 2. Distribución de la variable Actitudes familiares

En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido:		
	Frecuencia	Porcentaje
Actitud negativa hacia la obesidad	124	20.6
Preocupación por el peso corporal	90	15.0
Preocupación por la forma de comer	53	8.8
Preocupación por la apariencia física	54	9.0
Insatisfacción por la figura	87	14.5
Ninguna de las anteriores	194	32.2
Total	602	100.0

Seguendo con los familiares de la muestra, las actitudes de los mismos fueron reportadas por las estudiantes, indicando que un 20.6% tienen una actitud negativa hacia la obesidad, un 15% manifiesta preocupación por el peso corporal, el 14.5% señala presentar insatisfacción por la figura, respecto a la preocupación por la apariencia física se reportó un 9%, un 8.8% muestra preocupación por la forma de comer y el 32.2% restante manifestó no tener ninguna de las actitudes anteriores

Peso

Tabla 3. Distribución de la variable Peso.

Peso	Frecuencia	Porcentaje
19.00-25.00	36	4.2%
26.00- 32.00	128	21.4%
33.00- 39.00	128	21.4%
40.00-46.00	143	23.8%
47.00-53.00	72	12.1%
54.00-60.00	62	10.3%
61.00-67.00	21	4.4%
68.00-86.00	12	2.1%
Total	602	100%

El rango de la variable peso corporal de la muestra se distribuyó entre 19 Kg. a 86 Kg. Con \bar{X} = 40.92 y la desviación estándar S = 11.40.

Talla

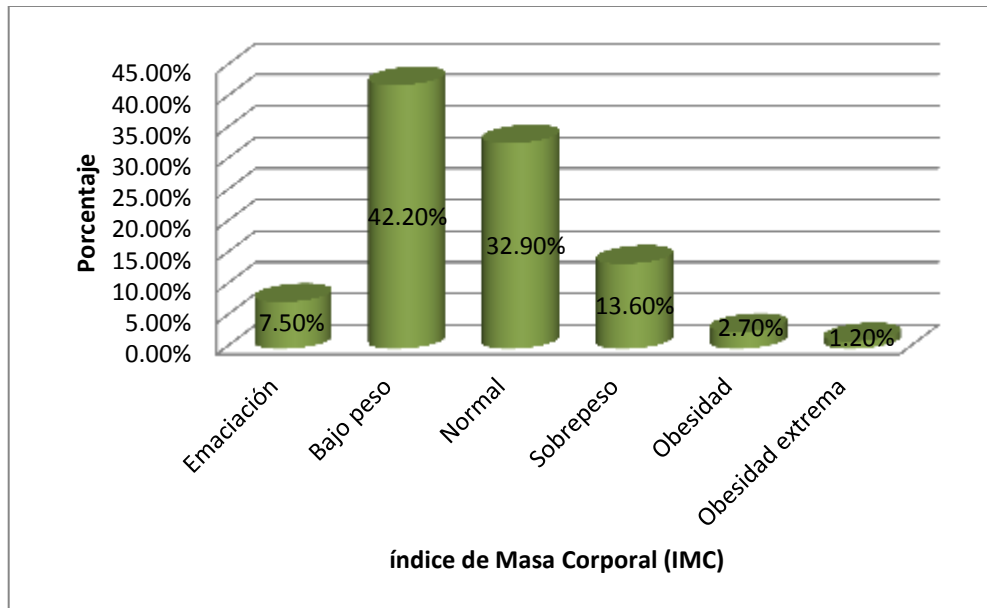
Tabla 4. Distribución de la variable Talla

Talla	Frecuencia	Porcentaje
1.15-1.25	14	2.4%
1.26-1.36	130	21.6%
1.37-1.47	246	41.0%
1.48-1.58	185	30.8%
1.59-1.70	27	4.1%
Total	602	100.0

El rango de la variable talla de la muestra se distribuyó entre 1.15 m. a 1.70 m. Con \bar{X} = 1.43 y la desviación estándar S = .098.

Índice de Masa Corporal (IMC)

Figura 2. Distribución porcentual de la variable



De acuerdo a su IMC las adolescentes consideradas como muy delgadas fueron un 7.5% (45 participantes), las que fueron consideradas con bajo peso fue un 42.2% (254 participantes); con un peso normal el 32.9% (198 participantes), con sobrepeso 13.6% (82 participantes), con obesidad 2.7% (16 participantes) y con obesidad extrema 1.2% (7 participantes).

Preocupación por el peso corporal

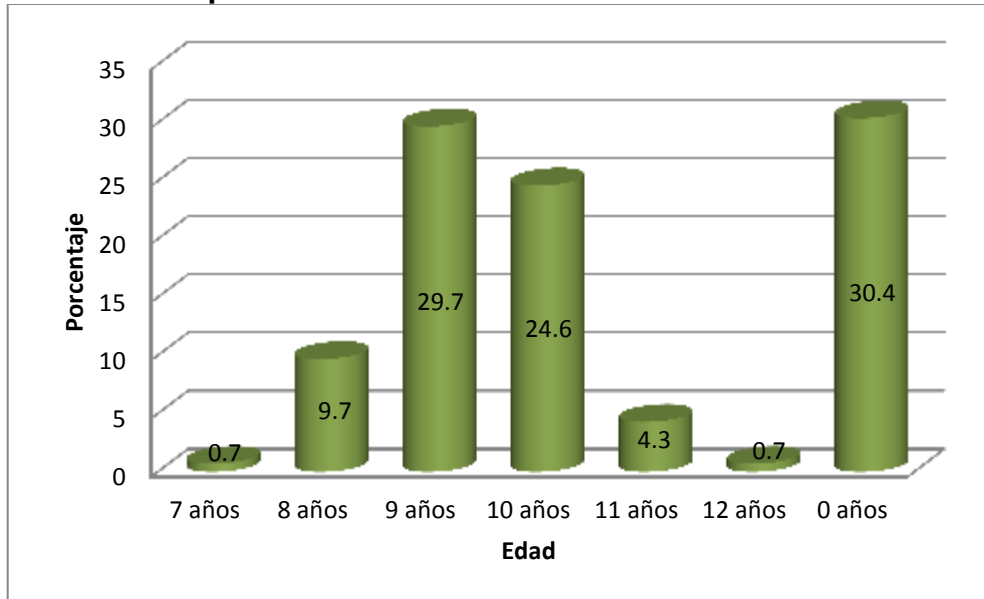
Tabla 5 Distribución de la variable Preocupación por el peso corporal.

¿Te preocupa tu peso corporal?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	517	85.9%
No	85	14.1%
Total	602	100.0%

De las 602 participantes que contestaron la pregunta relacionada a si les preocupa su peso corporal, cabe señalar que un porcentaje elevado (85.9%) de las participantes respondió que si estaba preocupada por su peso corporal, el porcentaje restante (14.1%) respondió que no estaba preocupada con su peso.

Edad de la primera dieta

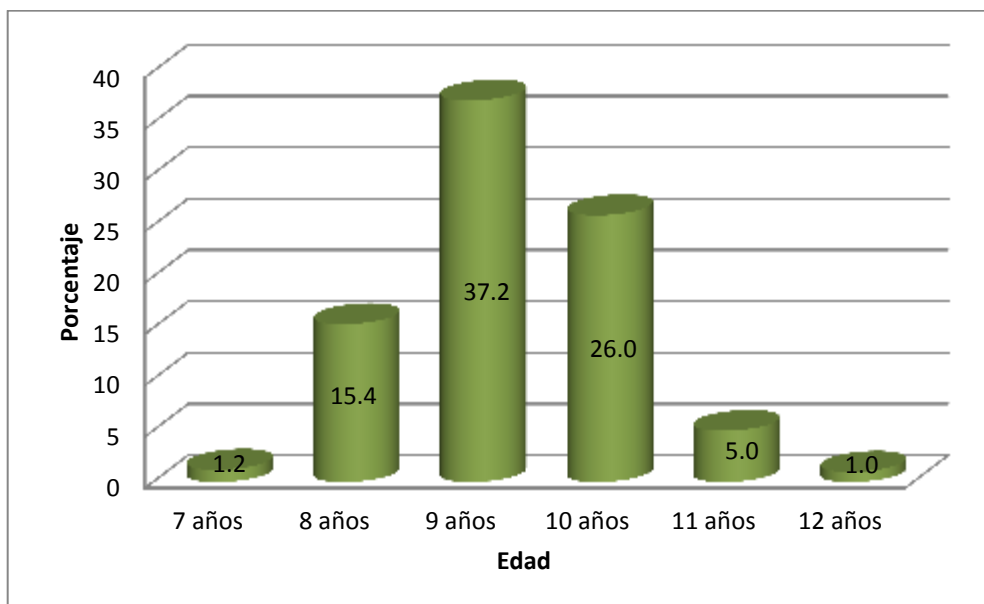
Figura 3. Distribución porcentual de la variable



De la muestra total, 419 participantes han hecho dieta y las edades en las cuales la mayoría de ellas (69.7%) hicieron su primera dieta fue entre los 7 y 12 años.

Edad de inicio de la preocupación por el peso corporal.

Figura 7. Distribución porcentual de la variable



De un total de 517 participantes a las cuales les preocupa su peso corporal, 225 participantes hicieron su primera dieta a los 9 años (37.2%), 157 estudiantes la hicieron a los 10 años (15.7%), 93 alumnas (15.4%) empezaron su primera dieta a los 8 años, 30 de las escolares (5.0%) indicaron haber realizado dieta hasta los 11 años, 7 de las participantes (1.2%) respondieron haber hecho una dieta a partir de los 7 años, y finalmente 6 de ellas (1.0%) menciono haber empezado una dieta a los 12 años.

Alimentos que consideran engordadores

Tabla 6 Distribución de la variable Alimentos que más engordan.

Escribe los alimentos que más engordan Alimento 1		
Alimento	Frecuencia	Porcentaje
Papas	111	18.4%
Pan	59	9.8%
Comida chatarra	40	6.6%
Hamburguesa	40	6.6%
Grasas	39	6.5%
Chocolates	39	6.5%
Refrescos	33	5.5%

Escribe los alimentos que más engordan Alimento 2		
Alimento	Frecuencia	Porcentaje
Papas	74	12.3%
Refrescos	66	11.0%
Pan	59	9.8%
Grasas	42	7.0%
Tortillas	39	6.5%

Escribe los alimentos que más engordan Alimento 3		
Alimento	Frecuencia	Porcentaje
Refrescos	60	10.0%
Dulces	56	9.3%
Papas	50	8.3%
Pan	41	6.8%
Tortillas	34	5.6%
Grasas	34	5.6%

Escribe los alimentos que más engordan Alimento 4		
Alimento	Frecuencia	Porcentaje
Refrescos	52	8.6%
Carne	46	7.6%
Dulces	40	6.6%
Papas	35	5.8%
Pan	35	5.8%
Hamburguesa	27	4.5%

Escribe los alimentos que más engordan Alimento 5		
Alimento	Frecuencia	Porcentaje
Dulces	43	7.1%
Verduras	35	5.8%
Refrescos	35	5.8%
Tortillas	32	5.3%
Papas	31	5.1%
Pan	30	5.0%

En la variable en la que se les pidió que escribieran cuales alimentos engordan más, escribiendo en el numero 1 el que más engorda y en el numero 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que era el que menos engorda, las participantes colocaron en la primera opción, con el mayor porcentaje y como el alimento que más engorda las papas (18.4%); en la segunda opción colocaron nuevamente las papas (12.3%), aunque un porcentaje importante menciona el refresco (11.0%); en la tercer alimento las participantes colocaron ahora el refresco como primer lugar (10.0%) y es importante señalar que los dulces están presentes con un 9.3%; en el cuarto alimento las estudiantes mencionaron nuevamente el refresco (8.6%), sin embargo la carne aparece como un alimento engordador con un porcentaje considerable (7.6%); y en la quinta opción, como el alimento que menos engorda, mencionaron en primer lugar los dulces (7.1%) y en segundo lugar con el mismo porcentaje están las verduras y el refresco (5.8%).

Consejos para bajar de peso

Tabla 7 Distribución de la variable Consejos para bajar de peso.

5 consejos para bajar de peso Consejo 1		
Consejo	Frecuencia	Porcentaje
Hacer ejercicio	143	23.8%
Comer muy poco	95	15.8%
Comer frutas y verduras	85	14.1%
Comer muy poca comida chatarra	62	10.3%
Hacer una dieta balanceada	43	7.1%

5 consejos para bajar de peso Consejo 2		
Consejo	Frecuencia	Porcentaje
Hacer ejercicio	93	15.4%
Comer frutas y verduras	75	12.5%
Comer muy poca comida chatarra	60	10.0%
Comer muy poco	51	8.5%
Hacer una dieta balanceada	47	7.8%

5 consejos para bajar de peso Consejo 3		
Consejo	Frecuencia	Porcentaje
Comer frutas y verduras	65	10.8%
Comer muy poca comida chatarra	63	10.5%
Hacer ejercicio	55	9.1%
Tomar agua	43	7.1%
Comer muy poco	43	7.1%
No comer grasas	41	6.8%

5 consejos para bajar de peso Consejo 4		
Consejo	Frecuencia	Porcentaje
Hacer ejercicio	57	9.5%
Comer muy poca comida chatarra	43	7.1%
Comer frutas y verduras	38	6.3%
Tomar agua	36	6.0%
No comer grasas	35	5.8%
Comer muy poco	35	5.8%

5 consejos para bajar de peso Consejo 5		
Consejo	Frecuencia	Porcentaje
Tomar agua	37	6.1%
No comer grasas	32	5.3%
Comer frutas y verduras	31	5.1%
Comer muy poca comida chatarra	29	4.8%
No tomar refresco	27	4.5%
Hacer ejercicio	27	4.5%

Respecto a la variable en la que se les pidió a las participantes que señalaran que le aconsejarías a una amiga para que baje de peso, el 23.8% respondió como primer consejo el hacer ejercicio, aunque un porcentaje importante menciona comer muy poco (15.8%); dentro del segundo consejo nuevamente se encuentra el hacer ejercicio (15.4%); en el tercer consejo las participantes indicaron ahora el comer frutas y verduras como el primer lugar (10.8%) y como segundo lugar el comer muy poca comida chatarra (10.5%); en el cuarto consejo se repite nuevamente el hacer ejercicio (9.5%), así como el comer muy poca comida chatarra (7.1%); y para finalizar el quinto consejo más importante fue el tomar agua (6.1%) seguido de no comer grasas (5.3%) (Ver Tabla 7).

V.II Validez y Confiabilidad del instrumento

El objetivo de este estudio fue obtener los datos psicométricos del instrumento. Dicho instrumento es denominado Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, que evalúa tres dimensiones importantes, la primera, la influencia de los agentes y situaciones sociales que trasmite el Modelo Estético-Corporal actual, la segunda dimensión explora factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y la tercera dimensión investiga acerca de los valores autoatributivos de la personalidad y su relación con los TCA en niñas de la tercera infancia y preadolescentes mexicanas.

Para fines prácticos el instrumento se dividió en dos secciones, para poder evaluar la dimensión del objeto de estudio. La primera sección esta avocada a la influencia de los agentes y situaciones sociales que trasmite el Modelo Estético-Corporal actual y los factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios; por su parte, la segunda sección inquiera los valores autoatributivos de la personalidad y su relación con los TCA.

Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 21.0); utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio, mientras que las segundas se utilizaron para obtener valores psicométricos del instrumento.

Obtención de datos psicométricos del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso

Para la obtención de la validez del constructo, se realizó un análisis de frecuencias en donde se consideró la curtosis y asimetría para una primera depuración de reactivos tomando como punto de corte valores iguales o mayores a 1.5, lo que llevo a eliminar 32 reactivos, posteriormente se realizó la prueba t- Student para determinar poder discriminativo de reactivos y aquellos que no eran significativos se eliminarían, dando un total de 8 reactivos eliminados, se realiza un Análisis de Correlación producto-momento de Pearson para conocer la asociación semántica de los reactivos, se llevó a cabo un Análisis Factorial para establecer correspondencia entre las dimensiones conceptuales y las respuestas de los participantes y se descubrieron 11 factores a los cuales se renombraron, para finalizar se realiza el índice alpha de Cronbach para conocer la consistencia del instrumento.

Análisis de frecuencia de la escala.

Tabla 8. Valores de Asimetría y Curtosis para cada una de las variables.

En la Tabla 8 se observan los valores de Asimetría y Curtosis para las variables que fueron eliminadas.

1° Sección

Variables	Asimetría	Curtosis
4. ¿Envidias el cuerpo de Selena Gómez, Belinda y/o Carly (iCarly)?	.530	-1.503
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	10.973	205.010
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.010	-1.692
23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	15.424	324.617

32. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	-.200	-1.624
40. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	.000	-1.734
42. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?	-2.193	3.977
44. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?	-1.929	2.819
46. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, etc.?	12.607	257.005
47. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los dos últimos dos años?	-4.683	23.200
50. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para <u>engordar</u> ?	-3.023	8.773
51. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	-2.284	4.611
53. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?	-2.927	8.191
54. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	-.216	-1.557
57. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	1.664	1.581
59. Soy de las que se llenan de comida hasta hartarse.	2.166	3.727
65. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	1.581	1.132
66. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios	-.029	-1.558
67. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	1.798	1.999
68. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	1.578	1.196
69. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	1.924	2.504
79. Siento que no puedo parar de comer.	1.658	1.426
83. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	1.603	1.341
84. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	1.822	2.237
86. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	1.568	1.115
87. Suelo comer demasiado solo una vez al día (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	1.832	2.302
91. Paso por períodos en los que como en exceso	1.777	2.095

2° Sección

Variables	Asimetría	Curtosis
106. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nerviosa, bulimia u otros trastornos alimentarios?	-1.865	1.483
107. Si contestas que sí, ¿quién es?	-2.407	4.224
109. Tus padres:		
Critican la forma de tu cuerpo	-0.575	-1.675
Critican el tamaño de tu cuerpo	-0.458	-1.796
111. Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses:	-0.080	-1.543
115. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?	1.830	3.980
125. Tengo temporadas en las que literalmente "me mato de hambre".	1.960	4.006
127. ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?		
Cara	-1.076	2.009
128. Situaciones con que te enfrentas constantemente		
Critican tu peso corporal	-0.052	-1.764
Te molestan porque quieren que subas de peso	-1.545	.575
Se burlan de ti porque estas flaquita	-2.294	3.864
Se burlan de ti porque estás chaparrita.	-1.699	1.499
129. Me gustaría que mi cuerpo fuera como	1.473	5.518
130. Cuánto crees que tienes de cada uno?		
Tímida	3.853	46.346
Cooperativa	5.193	75.071
Falsa	16.462	349.026

En el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso se eliminaron 37 variables (4, 5, 16, 23, 32, 40, 42, 44, 46, 47, 50, 51, 53, 54, 57, 59, 65, 66, 67, 68, 69, 79, 83, 84, 86, 87, 91, 107, 109, 111, 115, 125, 127, 128, 129, parte de la 130 58, 68, 70, 73, 74, 76, 78, 79, 80, 83, 86, 87, 88, 102, 103, 108, 112, 122) debido a que éstos no cumplieron adecuadamente los criterios de normalidad (asimetría y curtosis = +/- 1.5). En la Tabla 8 se pueden observar los valores de Asimetría y Curtosis para las variables que fueron eliminadas.

Prueba t-Student

Tabla 9 Valores de Significancia =>.05 para cada una de las variables.

En la Tabla 9 se observan los valores de significancia para las variables que fueron eliminadas.

1° Sección

Variables	t	gl	Sig
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	-1.828 -1.832	305 304.242	.069 .068
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	-1.526 -1.526	305 304.011	.128 .128
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	.768 .767	305 303.237	.443 .444
25. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?	-1.348 -1.346	305 300.714	.179 .179
39. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes (Producto para ir al baño)?	-.916 -.916	305 304.896	.360 .360
43.¿Prefieres tu cuerpo al de Selena Gómez, Belinda y/o Carly (iCarly) ?	.511 .511	305 303.300	.610 .610
49. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	-1.165 -1.164	305 303.971	.245 .245

2° Sección

Variables	t	gl	Sig
112. ¿Cuándo sientes más hambre?	-.137	311	.891
	-.138	309.157	.891
130. Cuánto crees que tienes de cada uno?			
Floja	.792	311	.429
	.791	306.675	.430
Mentirosa	-.935	311	.351
	-.940	310.525	.348
Agresiva	-1.497	311	.135
	-1.501	310.874	.134
Tramposa	-1.603	311	.110
	-1.622	299.781	.106
Lenta	-.618	311	.537
	-.621	310.490	.535
Solitaria	.467	311	.641
	.470	309.127	.639
Triste	1.587	311	.113
	1.587	308.610	.114
Torpe	1.477	311	.141
	1.483	310.787	.139
Desconfiada	-1.150	311	.251
	-1.155	310.878	.249
Pesimista	.173	311	.863
	.174	309.523	.862
Insegura	-.418	311	.676
	-.420	310.999	.675

Para determinar poder discriminativo de reactivos, se sometió al Cuestionario sobre actitudes ante el Cuerpo y el Peso a la prueba t-Student, en donde se eliminaron 8 variables (2, 13, 22, 25, 39, 43, 49, 112, parte de la 130) debido a que éstos no cumplieron adecuadamente el nivel de significancia (Sig= >.05). En la Tabla 9 se pueden observar los valores de significancia para las variables que fueron eliminadas.

Análisis Factorial

El objetivo de utilizar un análisis factorial al instrumento, es buscar una relación entre las estructuras conceptuales y los datos, lo que permite verificar la validez de construcción de estos, realizando rotaciones ortogonales (varimax), por medio del método de extracción de componentes principales, dado que se busca obtener los factores que explicara el mayor porcentaje de varianza.

Se aplicó un Análisis Factorial al Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, el cual ha sido adaptado por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré, dando como resultado un total de 70 reactivos (57 reactivos de la 1° sección y 13 reactivos de la 2° sección) (**Ver anexo 2**), esto al finalizar las estadísticas inferenciales aplicadas anteriormente; el cual indica que los 70 reactivos del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso se conforman en 21 factores, los cuales de acuerdo a la teoría no se pueden clasificar tres o menos reactivos por factor y por tal razón se dio un total de 11 factores; los cuales se describen a continuación.

Factor 1. Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos.

Se inicia con el Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos, compuesto de 24 reactivos, se realizó una Rotación Varimax, los datos se muestran en la Tabla 10, indica que los 24 reactivos del Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos se conforman en un solo factor, el cual explica el 27.505% de varianza, por lo que existe una estructura conceptual definida claramente.

Tabla 10. Análisis Factorial del Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES
¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	.766
¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	.763
¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.741
¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	.704
Cuándo vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.690
¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte llenita) el contemplar tu cuerpo en un espejo?	.689
¿Llaman tu atención los aparadores de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	.683
¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	.677
¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.667
¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	.665
Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.637
¿Te molesta que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	.634
¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.630
Cuándo estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son llenitas o delgadas?	.628
¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	.627
¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	.626
¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	.562
¿Sueles leer las etiquetas que hablan sobre las calorías en los productos que consumes?	.553
¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.526
¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	.513
¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?	.475
Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	.421
¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	.475
¿Te molesta que te digan que estás “delgada”, “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?	.697

El porcentaje de Varianza para el Factor 1 es de 27.505% y el Alpha de Cronbach obtenido es de .780, lo que indica que existe una consistencia en el instrumento y este evalúa el impacto que tiene el modelo estético corporal actual infundido por los medios de comunicación masivos en la percepción de las escolares mexicanas.

Es claro el importante papel que los medios de comunicación jugaron y juegan en la promoción de un modelo estético corporal delgado como ideal de belleza física femenina (Vázquez, 1997). Debe reconocerse que la difusión del modelo estético corporal delgado (y, por tanto, de un factor de riesgo fundamental para los TCA) se debe a la omnipresencia actuante de los medios de comunicación. En todo el mundo desarrollado o en vías de hacerlo se contemplan las mismas películas, anuncios y cuerpos. Son idénticos criterios estéticos los que llegan a los ciudadanos de cualquier país. La difusión del modelo corporal delgado va unido de modo inevitable a la promoción de insatisfacción corporal y, por ende, del riesgo de desarrollar TCA (Toro, 2006).

Factor 2. Preocupación por el Peso, la Comida y el uso de Dieta Crónica y Restrictiva.

Realizando el análisis factorial de la Preocupación por el Peso, la Comida y el uso de Dieta Crónica y Restrictiva, por medio de una Rotación Varimax, se obtiene que los 13 reactivos se distribuyen en un factor que explican el 6.224% de varianza. Los datos se muestran en la Tabla 11.

Tabla 11. Análisis Factorial de la Preocupación por el Peso, la Comida y el uso de Dieta Crónica y Restrictiva.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.740	6.224	.780
Me gusta sentir el estómago vacío.	.706		
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.698		
No como aunque tenga hambre	.656		
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.627		
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.603		
Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	.584		
Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).	.582		
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.539		
Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	.501		
Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	.487		
Me deprimó cuando como demás.	.479		
Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	.471		

Uno de los factores de mayor riesgo para la salud es el de la dieta restrictiva para el control del peso corporal (Toro, 2006). En las chicas, los intentos de adelgazar van, lógicamente, en paralelo a sus deseos de perder peso. A los 9 años pueden iniciar las dietas restrictivas. A partir de tal edad esta práctica va incrementándose hasta el final de la adolescencia, siendo entre 9 y 13 años cuanto más frecuentes son los intentos de comer menos (Toro, 2010).

En las mujeres se corrobora una mayor inclinación a la preocupación por la delgadez, el peso y la figura que al comer adecuadamente, y que para ellas la dieta restringida es un concepto claramente identificado y normativo desde edades muy tempranas (Toro, 2010), hallazgos que también concuerdan con la creencia de que comer poco es más femenino; otro dato fue, que más niñas que niños se saltan un alimento del día (en general, la cena) y que consumían en menor proporción alimentos “engordadores”, tales como tortilla, pan, frijol, etc. (Gómez Pérez-Mitre, Ávila, 1998a; Gómez Pérez-Mitré, 1999; Gómez Pérez-Mitré, 2003).

En el caso de los datos obtenidos, el Alpha de Cronbach es de .780, lo que indica que existe una consistencia en el instrumento y este evalúa la preocupación por el peso, la comida y el uso de dieta crónica restrictiva como factores de riesgo determinantes para el desarrollo de un TCA.

Factor 3. Influencia de los Pares respecto a la Percepción del Cuerpo.

Realizando el análisis factorial de la Influencia de los Pares respecto a la Percepción del Cuerpo, por medio de una Rotación Varimax, se obtiene que los 8 reactivos se distribuyen en un factor que explican el 4.841% de varianza. Los datos se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Análisis Factorial de la Influencia de los Pares respecto a la Percepción del Cuerpo.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	.674	4.841	.780
¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.669		
¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	.645		
¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	.592		
Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	.515		
¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	.512		
¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.472		
¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	.683		

Los pares funcionan como agentes de socialización, a veces refuerzan los valores de los padres, en ocasiones los contrarrestan, pero a menudo tratan con una categoría por completo distinta de conductas. Como agentes de la socialización, los pares en realidad se enseñan unos a otros a actuar en varias situaciones sociales (Mussen, 2008). Una de estas enseñanzas es la transmisión del modelo estético corporal vigente transmitido por

los medios de comunicación masivos donde se interioriza de dicho modelo (Toro, 2006).

Así mismo es en el grupo de amigas donde se potencializa el anhelo de poseer un cuerpo delgado; es ahí donde se habla de ello, donde se producen las comparaciones de cuerpos y se oyen las críticas más duras, etc. Es el ambiente de mayor riesgo para las escolares (Toro, 2006).

Al obtener un Alpha de Cronbach de .780, esto indica la existencia de consistencia en el instrumento y se evalúa cómo los pares influyen a través de los mensajes verbales en la percepción del modelo estético corporal.

Factor 4. Conducta Alimentaria Compulsiva

Realizando el análisis factorial de la Conducta Alimentaria Compulsiva, por medio de una Rotación Varimax, se obtiene que los 7 reactivos se distribuyen en un factor que explican el 3.933% de varianza. Los datos se muestran en la tabla 13.

Tabla 13. Análisis Factorial de la Conducta Alimentaria Compulsiva

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	.738	3.933	.780
Como sin medida.	.683		
Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.657		
Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	.583		
Difícilmente pierdo el apetito.	.480		
Me avergüenza comer tanto.	.392		
¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?	.578		

La conducta alimentaria compulsiva está caracterizada por la presencia de conductas de pérdida de control sobre su ingesta alimentaria, que induce a recurrir a episodios frecuentes de voracidad y no muestran conductas compensatorias para bajar de peso (Gómez Pérez-Mitré, 2001). En esta, el hambre no constituye el motivo, sino que intervienen factores psicológicos, emocionales, afectivos y/o sociales; los cuales pueden derivar en un TCA.

Al obtener un Alpha de Cronbach de .780, esto indica la existencia de consistencia en el instrumento y se evalúa la Conducta Alimentaria Compulsiva como factor de riesgo determinante para el desarrollo de un TCA.

Factor 5. Dimensión Conducta Alimentaria Normal.

El quinto generado en el análisis factorial se presenta en la tabla 14, y está constituido por 5 reactivos que explican el 2.946% de varianza.factor

Tabla 14. Análisis Factorial de la Dimensión Conducta Alimentaria Normal.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Como lo que es bueno para mi salud.	.692	2.946	.780
Procuró comer verduras.	.679		
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.575		
Procuró estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	.553		
Como con moderación.	.447		

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

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restringidas, ayunos, omisión de comidas entre otras) relacionadas directamente con el estado de salud enfermedad de un sujeto individual y colectivo (Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a).

El Alpha de Cronbach es de .780, que señala la evaluación de la Conducta Alimentaria Normal como factor de riesgo determinante para el desarrollo de un TCA.

Factor 6. Autopercepción Positiva relacionada a la conducta alimentaria

De acuerdo al análisis factorial el sexto factor se conforma con 11 reactivos y los datos se presentan en la tabla 15, éste explica el 18.128% de varianza.

Tabla 15. Análisis Factorial de la Dimensión Autopercepción Positiva relacionada a la conducta alimentaria.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Cariñosa	.781	18.128	.841
Agradable	.673		
Feliz	.645		
Buena	.635		
Creativa	.612		
Amigable	.566		
Sana	.545		
Tranquila	.428		
Limpia	.384		
Atractiva	.370		
¿Con que intensidad sientes hambre?	.692		

La autoatribución puede entenderse como uno de los procesos a través de los cuales se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. La autoatribución describe como nos vemos, como nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del auto-concepto (González et al., 1999).

La percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como género, color de la piel, edad, clase social y atractivo o apariencia física, entre otros. Lo más importante, sin embargo, es que la propia percepción, esto es, la autopercepción sufre las mismas influencias, pues me veo, percibo mi cuerpo, como me perciben los demás, mis pares, los miembros importantes de mi familia, etc. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

En el caso de los datos obtenidos el Alpha de Cronbach es de .841, que evalúa la Autopercepción Positiva relacionada a la personalidad.

Factor 7. Autopercepción de las Partes Corporales.

En la tabla 16, se presenta el séptimo factor que está constituido por 9 reactivos que explican el 11.686% de varianza.

Tabla 16. Análisis Factorial de la Dimensión Autopercepción de las Partes Corporales.

REACTIVOS	PESOS	PORCENTAJE DE	ALPHA DE
	FACTORIALES	VARIANZA	CRONBACH
Cadera	.768	11.686	.841
Cintura	.758		
Pompas	.716		
Piernas	.638		
Estómago	.597		
Brazos	.563		
Busto	.512		
Cuerpo	.496		
Estatura	.741		

La constante preocupación acerca del cuerpo es un factor de riesgo para adquirir TCA (Thompson, 1996). Muchas mujeres que tienen un comportamiento alimentario normal sobreestiman su tamaño corporal y en algunos casos lo sobreestiman considerablemente más que las mujeres con trastorno alimentario, por ejemplo cuando miran el ancho de sus caderas y su cuerpo de perfil. Las personas con sobrepeso tienden a estar insatisfechas con su peso y su figura (Salinas, 2010).

En el caso de los datos obtenidos el Alpha de Cronbach es de .841, lo que indica la existencia de consistencia en el instrumento y este factor evalúa la percepción de las escolares mexicanas frente a su cuerpo.

Factor 8. Percepción de los Agentes Sociales ante mi Cuerpo

El octavo factor conformado por 8 reactivos explica el 4.588% de varianza, los datos se presentan en la tabla 17.

Tabla 17. Análisis Factorial de la Percepción de los Agentes Sociales ante mi Cuerpo

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Creo que mis amigos y amigas me ven	.822	4.588	.841
Creo que mis padres o tutores me ven	.812		
Creo que estoy	.781		
Mi cuerpo se parece más a	-.669		
Me gustaría pesar	-.550		
En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho	.529		
Según yo, una persona atractiva es	-.492		
Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso	.766		

Una de las ansiedades que adquiere mayor importancia durante el inicio de la adolescencia es la imagen corporal, es decir, el concepto que tiene una persona de su apariencia física y su actitud hacia ella. Pocas alumnas están satisfechas con su apariencia física; la mayoría imagina que sus cuerpos son mucho menos atractivos de lo que indica la realidad. Teniendo presente que la imagen corporal se relaciona con la actitud y la percepción, no necesariamente con la realidad. Esto explicaría porque los preadolescentes pueden pensar que son gordos y feos cuando sus padres insisten en que son hermosos. Para la imagen corporal, las opiniones que tiene ellos de sí mismos y las de los compañeros son igual de significativas que las de los padres (Berger, 2004).

Las estudiantes, están “terriblemente preocupadas por como las ven los demás”; pueden pasar horas frente al espejo sufriendo por sus formas, mirando cómo le queda la ropa, si parecen atractivas o no, o si parecen gordas o flacas (Berger, 2004).

Al obtener un Alpha de Cronbach de .841, se puede mencionar que existe una consistencia en el instrumento y este evalúa la importancia que le dan las escolares a la percepción de los agentes sociales hacia su cuerpo.

Factor 9. Situaciones Sociales ligadas a tu Imagen Corporal.

El noveno factor conformado por 9 reactivos explica el 4.296% de varianza, los datos se presentan en la tabla 18.

Tabla 18. Análisis Factorial de la Dimensión Situaciones Sociales ligadas a tu Imagen Corporal.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Comparan tu peso con el de tus amigos	.835	4.296	.841
Critican tu cuerpo delante de los demás	.738		
Te molestan porque quieren que estés más delgada	.647		
Critican tu estatura	.645		
Se burlan de ti porque estas gordita	.610		
Comparan tu cuerpo con el de tus amigos	.598		
Rebelde	.733		
Enojona	.713		
Ansiosa	.515		

Cuando los padres responden con desaprobación o castigo, las emociones como el enojo, ansiedad y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional (Fabes, Leonard, Kupanoff, Martin, 2001; citado en Papalia et al., 2009) o el niño puede volverse celosos y ansioso acerca de estos sentimientos negativos. A medida que los niños se acercan a la temprana adolescencia la intolerancia parental hacia las emociones negativas puedan elevar el conflicto entre padres e hijos (Papalia et al., 2009).

Derivado de estos conflictos son comunes los estados de enojo y ansiedad en los cuales los aumentos de peso están presentes. Esto se debe a un aumento de la ingesta de características compulsivas o a un incremento del apetito para conseguir una mayor relajación secundaria a la laxitud posprandial. Habitualmente generan sobrepeso o, a lo sumo obesidad moderada, mientras que son poco frecuentes las obesidades graves (Velasco, Martín de la Torre, 2004).

Cuando se estudia la relación negativa de la familia hacia las hijas, prácticamente siempre se concluye que la familia puede influir en ellas negativamente mediante dos comportamientos: formular desaprobaciones generalizadas dirigidas a la hija y subrayar la importancia del peso y la silueta corporal. Las críticas negativas sistemáticas se asocian a humor negativo, desesperanza e indefensión, y estos sentimientos hacen más probables las conductas alimentarias problemáticas (Toro, 2010).

Al obtener un Alpha de Cronbach de .841, se puede mencionar que existe una consistencia en el instrumento y este evalúa el efecto que generan las críticas negativas en las estudiantes respecto a su cuerpo.

Factor 10. Autoestima Positiva ligada con un Auto percepción de éxito.

La tabla 19, presenta el décimo factor constituido por 8 reactivos que explican el 3.233% de varianza.

Tabla 19. Análisis Factorial de la Dimensión Autoestima Positiva ligada con un Auto percepción de éxito.

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Estudiosa	.723	3.233	.841
Inteligente	.709		
Trabajadora	.586		
Cumplida	.547		
Responsable	.497		
Fuerte	.340		
Confiable	.628		
Independiente	.512		

Para Gill (1997), la autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su propia persona, es la aceptación positiva de la propia identidad y hace referencia a una actitud hacia uno mismo, generada en la interacción con los otros que comprende la percepción, estima y concepto que cada uno tiene de sí mismo e implica un adecuado desarrollo del proceso de identidad, del conocimiento y valoración de sí mismo, del sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de ciertas habilidades de comunicación social y familiar, y del sentimiento de ser útil y valioso para los demás.

A medida que los niños comienzan a alejarse de la influencia de sus padres, el grupo de compañeros abren a nuevas perspectivas y les libera para tomar juicios independientes. Al compararse con otros de su edad, los niños pueden evaluar de manera más realista sus capacidades y adquirir un sentido más claro de su propia eficiencia (Bergen, 2004; Papalia et al., 2009).

Los datos obtenidos del Alpha de Cronbach son .841, lo que indica la existencia de consistencia en el instrumento y este evalúa la Autoestima Positiva ligada con un Autopercepción de éxito.

Factor 11. Autopercepción positiva asociada con habilidades sociales

En la tabla 20, se presenta el décimo primer factor que está constituido por 6 reactivos que explican el 2.561% de varianza.

Tabla 20. Análisis Factorial de la Dimensión Autopercepción positiva asociada con habilidades sociales

REACTIVOS	PESOS FACTORIALES	PORCENTAJE DE VARIANZA	ALPHA DE CRONBACH
Optimista	.628	2.561	.841
Comprensiva	.568		
Ágil	.554		
Deportista	.522		
Sociable	.478		
Obediente	.411		

En general, los escolares adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial. Los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emociones negativas y afrontar los problemas de forma constructiva (Eisenberg, Fabes, Murphy, 1996; citado en Papalia et al., 2009).

Tabla 21. Total de factoriales

NÚMERO	FACTOR	VARIANZA EXPLICADA	ALFA DE CRONBACH
1	Modelo estético corporal actual influido por los medios de comunicación masivos	27.505%	0.780
2	Preocupación por el peso, la comida y el uso de dieta crónica y restrictiva	6.224%	0.780
3	Influencia de los pares respecto a la precepción del cuerpo	4.841%	0.780
4	Conducta alimentaria compulsiva	3.933%	0.780
5	Conducta alimentaria normal	2.946%	0.780
6	Autopercepción positiva relacionada a la conducta alimentaria	18.128	0.841
7	Autopercepción de las partes corporales	11.686%	0.841
8	Percepción de los agentes sociales ante mi cuerpo	4.588%	0.841
9	Situaciones sociales ligadas a tu imagen corporal	4.296%	0.841
10	Autoestima positiva ligada con una autopercepción de éxito	3.233%	0.841
11	Autepercepción positiva asociada con habilidades sociales	2.561%	0.841
TOTAL		89.941%	

VI. Discusión y conclusiones

VI.I Discusión

El objetivo del presente estudio fue Obtener la validez y la Confiabilidad del Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, entendiendo dicho instrumento como la incorporación del CIMEC 53 basado en el CIMEC 40 (Toro et al., 1994), del EFRATA Escalas E1 y F1(Gómez Pérez-Mitré, Ávila, 1998b, Gómez Pérez-Mitré, 2001), Escala de Imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997, Ávila et al.,1997, Gómez Pérez-Mitré, 1999, Gómez Pérez-Mitré et al., 2001a, Gómez Pérez-Mitré et al., 2001b) y la Escala de Autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1996).

La necesidad de utilizar dichos instrumentos se justifica ampliamente ya que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son padecimientos que han cobrado gran relevancia dentro del campo de la salud mental, debido a su creciente prevalencia y por la complejidad de su cuadro clínico (Guerro-Prado et al., 2001;Unikel, Bojórquez, Carreño, 2004). La Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE, 2010; citado en Platas, Gómez Pérez-Mitré, 2010) encontró algunas conductas alimentarias inadecuadas en los preadolescentes de 10 años, los datos indicaron que el 8% refirieron la sensación de no poder parar de comer, así como un 7% práctica el vómito autoinducido, el 3% contesto realizar prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso, de igual manera 10% de los escolares presentó al menos un factor de riesgo relacionado a un TCA. La importancia de esta investigación radica en contribuir con un instrumento que aborde de una manera detallada y completa los TCA en base a sus factores de riesgo psicosociales; con el fin de detectar y prevenir dichos trastornos. Ya que de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (2001), una parte importante del conocimiento logrado en relación con una problemática determinada en el campo de la salud son los avances que se producen no solo en la detección y tratamiento de la misma, sino también en su predicción y prevención.

Y es aquí, justo en la prevención, donde el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso interviene, ya que explora los factores de riesgo en una población vulnerable (9 a 12 años), dado que resulta cada vez más evidente que los preadolescentes están adquiriendo la preocupación de los adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada idealizada.

Esta ansiedad se traduce en conductas de riesgo que pueden favorecer el surgimiento de un trastorno alimentario, los cuales tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas que son peligrosas si se siguen dichas conductas en etapas cruciales de la vida como es la preadolescencia, derivando a un problema de salud en esta etapa tan importante del desarrollo humano como puede ser la desnutrición (Gómez Pérez-Mitré, 2001b).

Siguiendo con el objetivo trazado, se inició la investigación con la aplicación del Cuestionario sobre actitudes ante el Cuerpo y el Peso (Araujo y López, 2006) en un estudio piloto realizado a 20 alumnas, con edades que oscilaban entre los 9 y 12 años, con el objetivo de indagar si los reactivos de dicho cuestionario manejaban un lenguaje adecuado y entendible; y se observó que no hay un claro entendimiento del lenguaje en algunos reactivos.

En base a los resultados de dicho piloteo, se acordó adaptarlo, tomando en cuenta tanto las características y edad de nuestras participantes como la propuesta de Araujo y López (2006) en cuanto a las modificaciones del lenguaje de algunos reactivos.

Dicha adaptación consistió:

- 1.- El cambio de algunas palabras a su significado más simple (escaparate – aparadores, angustia - molesta, masivamente – demasiado, materialmente-literalmente).
- 2.- La modificación en la redacción (eliminación de la palabra escaparate, Soy de las que se hartan (se llenan de comida) – Soy de las que se llenan de comida hasta hartarse, bailarinas de ballet o muchachas que participan en gimnasia rítmica – Barbie).
- 3.- Eliminación de reactivos (¿Tienes algún familiar cercano que este o haya estado en tratamiento psiquiátrico?; Si contestas que sí, ¿Quién es?; ¿Haz recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?; en la actualidad ¿Está en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?; ¿Edad de inicio de la primera menstruación?; ¿Te ha faltado la regla durante los últimos tres meses?; Cuando estás a dieta).

4.- El anexo de reactivos (Sueles leer etiquetas que hablan sobre las calorías en los productos que consumes; En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hay o ha habido; En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido; En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido, hacen o han hecho; Tus padres;).

Cabe mencionar que es la primera vez que se hacen adecuaciones al instrumento en base a las características de la población, entendiendo estas como el cambio de algunas palabras a su significado más simple, la modificación en la redacción, eliminación de reactivos, el anexo de reactivos, del apartado Ideas para la delgadez, así como de las escalas Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal y Autoatribución.

Los resultados de dicho cuestionario ya adaptado, aplicado a una muestra formada por 602 mujeres (tercera infancia y preadolescencia) encontró que el 29.7% de las niñas con 9 años y el 24.6% de púberes con edad de 10 años habían realizado dieta alguna vez en su vida, lo que fue concordante con la edad en la que empezó a preocuparles su peso corporal. Estos resultados coinciden con lo realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997) cuando reportó que en niñas tan jóvenes como las preadolescentes (de 9 a 12 años), ya está presente el deseo de una figura muy delgada, así como el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo, lo deseable. Uno de sus hallazgos que más llama la atención es el alto porcentaje (94%) y la excesiva preocupación (“me preocupa demasiado”) que estas niñas mostraron tener por su peso corporal.

Al igual se halló que en el 46% de las escolares estudiadas su ideal de belleza es muy delgado, lo que viene a confirmar lo ya antes investigado por (Gómez Pérez-Mitre, et al., 2001b) en donde encontró que las mujeres con una edad promedio de 11 años (mas menos un año) esto es, entre 10 y 12 años, ya han hecho suyo el ideal de una figura corporal delgada y muy delgada. Esto es, el deseo por la figura ideal persiste (es mucho más delgada) en tanto rebasa lo que ellas mismas consideran una figura atractiva. En este sentido, pareciera que el ideal es inalcanzable, opera como motor de la motivación en la búsqueda de la delgadez, y se expresa como una actitud, disposición o tendencia hacia el logro de la figura ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Y es debido a esta búsqueda a una figura ideal delgada, lo que hace que la sociedad, en especial los preadolescentes, rechacen con mayor rigor a las personas obesas (Gáfaró, 2001), esto se confirma con los resultados obtenidos, donde un 46.8% de la muestra le molesta que les digan adjetivos como “llenita”, “redondita” o “gordita”; dentro de este mismo porcentaje, el 30% de las niñas de 9 años menciona que una mujer delgada tiene mayor aceptación social; estos datos concuerdan con lo dicho por Gómez Pérez-Mitré et al. (2001); Gómez Pérez-Mitré (2003) donde afirma que las niñas más jóvenes (6 a 9 años) ya se encuentran involucradas (enganchadas) con el estereotipo del culto a la delgadez, además de sostener claramente una actitud negativa hacia la obesidad. En una investigación realizada también en nuestro país en escolares mexicanos (Guzmán et al., 2010), encontraron que las niñas desde muy corta edad adoptan una actitud “*lipofóbica*” (que han asimilado de su entorno social), y que comparten con las jóvenes de mayor edad no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas) (Guzmán et al., 2010). La presión social contra la obesidad es tan clara que los niños desde los 5 años son capaces de atribuir valores negativos como “perezoso” o “sucio”, a las figuras endomorfas o robustas (Badillo, 2004). Los niños y niñas (de 9 a 12 años) prefieren un ideal estético de delgadez y rechazan la robustez (Gómez –Pérez-Mitré, 2004).

Se encontró que dentro del 29.7% de las niñas que han hecho dieta, se relaciona directamente con el saltarse un alimento al día para el control de peso así como el evitar comer alimentos considerados “engordadores”. Lo anterior es similar por lo encontrado en un estudio realizado por Fosson, Knibbs, Bryan-Waugh y Lask (1987; citado en Gómez-Pérez-Mitré, 2001) quienes encontraron trastornos de la alimentación en niños con edad promedio de 10.7 años y concluyeron que una involucración activa en dietas para el control de peso es uno de los principales factores predisponentes, para el desarrollo de los trastornos de alimentación. De esta manera hacer dieta en estas edades (9 a 13 años) implica, saltarse algún alimento del día (por lo general, la cena y/o el desayuno); dejar de consumir tortillas y/o pan, frijoles, y en general alimentos que consideran hipercalóricos.

Lo anterior está relacionado con que la mayoría de las participantes hayan respondido envidiar la delgadez de las modelos que aparecen en las revistas de moda, en la televisión y en el cine, presentando la mayoría de ellas sobrepeso y obesidad, esto puede ser causado debido a que la aceptación o no del cuerpo está condicionado por los modelos sociales así lo afirman Tiggemann (2003; citado en Toro, 2006) que encontró que ver televisión llega a influir en la insatisfacción corporal de las televidentes y en su autoestima. Los problemas relacionados con la imagen corporal de las adolescentes se incrementan al ver determinados tipos de programas. Ver telenovelas y películas predice insatisfacción corporal, en tanto que ver videos musicales predice motivación para adelgazar. En este contexto, resulta por completo lógico que los programas televisivos dedicados específicamente al “cuerpo ideal” influyan de manera muy negativa (Van den Bulk, 2000; citado en Toro, 2006).

En 1997; citado en Toro, 2006, Harrison y Kantor hallaron que en la lectura de revistas de moda se asociaba con insatisfacción corporal y el deseo de ser delgadas. Puesto que la mayoría de las mujeres no tienen un cuerpo como los reproducidos en esas revistas, sugirieron que los procesos de comparación que se generan en tales situaciones son los responsables de tal insatisfacción corporal.

En relación con el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso, se puede afirmar que mostró una consistencia interna (alpha de **.780**) la cual al ser la primera vez que se le hacen adecuaciones al instrumento está se considera confiable.

El análisis factorial arrojó 11 factores que explican el 89.941% de la variabilidad total. Por lo tanto, la composición factorial quedo de la siguiente manera: Factor 1. Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos, Factor 2. Preocupación por el Peso, la Comida y el uso de Dieta Crónica y Restrictiva, Factor 3. Influencia de los Pares respecto a la Percepción del Cuerpo, Factor 4. Conducta Alimentaria Compulsiva, Factor 5. Conducta Alimentaria Normal, Factor 6. Autopercepción Positiva relacionada a la conducta alimentaria, Factor 7. Autopercepción de las Partes Corporales, Factor 8. Percepción de los Agentes Sociales ante mi Cuerpo, Factor 9. Situaciones Sociales ligadas a tu Imagen Corporal, Factor 10. Autoestima Positiva ligada con un Autopercepción de éxito, Factor 11. Autopercepción positiva asociada con habilidades sociales, Factor 12. Autoestima Negativa asociada con una Autopercepción agresiva.

Cabe mencionar que el Factor 1. Modelo Estético Corporal Actual influido por los Medios de Comunicación Masivos explica el mayor porcentaje de la variabilidad total.

Es importante señalar que en investigaciones previas sobre la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Platas y Gómez Pérez-Mitré, 2011) se arrojaron 4 factores, de los cuales 3 (Factor 1. Dieta crónica restrictiva, Factor 2. Conducta alimentaria compulsiva, Factor 3. Conducta alimentaria Normal) coinciden con lo encontrado en esta investigación.

En esta investigación también se observó, que la autopercepción que tenía el 51.5% de las participantes, al igual que la de sus padres tenían de ellas, era de una complexión normal (ni gorda ni delgada), un 23.6% de las niñas que se consideran obesa, sus padres las consideraban de complexión normal (22.9%). Sin embargo son las amigas a diferencia de los padres las que las consideran más obesas, ya que del 51.5% de las estudiantes que se consideran de complexión normal, sus amigas (31.2%) las perciben gordas o muy gordas. Todo lo anterior es afín con lo reportado por Gómez Pérez-Mitré (1997), quien encontró en su investigación, que con respecto a la percepción de los otros, las niñas en mayor medida y de manera significativa, respondieron que sus padres y amigas las ven delgadas, por lo menos más delgadas de lo que ellas mismas se perciben, aunque las amigas las perciben menos delgadas que los padres.

VI.II Conclusiones

Si el comer suele revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo alimentario, lo mismo puede suceder con el no comer. Desde la antigüedad, comer es pecar, la ingestión alimentaria provocaba culpa, ansiedad y sensación de haber infligido una norma sagrada. En la actualidad las cosas no son muy diferentes, es cierto que el llamado mundo occidental ha ido experimentando una progresiva laicización de la sociedad, también es cierto que las estructuras y agentes civiles han ido sustituyendo a las estructuras y agentes eclesiásticos. Pero la realidad sólo es eso, se sustituyen para seguir ejerciendo el mismo trabajo ante la sociedad, es decir, siguen siendo las estructuras sociales (antes llamadas instancias religiosas, ahora potentísimos medios de comunicación) las que determinan nuestra conducta, las que hacen que los valores se cultivan, imponen e interiorizan solo parcial y cada vez más remotamente, las responsables de que las costumbres cambien a gran velocidad.

Y es a esta población en México a la cual nos referimos, una sociedad opulenta donde son los agentes sociales los que determinan el modo de vida de los individuos con el afán de lograr los estados de bienestar, es en esta sociedad donde los mensajes publicitarios identifican cuerpos de 10 con felicidad, sobre los que familia y resto de la sociedad tienen escaso poder de contención y es justo aquí donde aparecen con un carácter epidémico jamás visto los denominados trastornos de la conducta alimentaria.

La sobrevaloración del aspecto físico con paralela pérdida de otros valores, la modificación de los hábitos alimentarios, la pérdida de la entidad de la familia como elemento contenedor y favorecedor de la comunicación, la acción nociva de los medios de comunicación por la excesiva y mal hecha divulgación de este problema, han favorecido una situación social de moda de los TCA, lo que ha llevado a que los trastornos alimentarios sean utilizados por muchas mujeres como forma de autoafirmación.

Bajo este contexto se puede concluir que los TCA han existido siempre, pero la historia nos demuestra que su significado ha cambiado sustancialmente a lo largo del tiempo lo que ha supuesto un reto para la psicología y otras disciplinas, ya que, siendo un trastorno de índole mental y sintomatología clara y constante, la etiopatogenia ha sido un enigma cambiante, sin embargo ya sea por reglas religiosas (los hindúes tienen prohibido comer carne de vaca y cuajada; los judíos carne de cerdo y mariscos; los budistas solo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal y que distintas religiones obligan ayunos totales o selectivos (abstinencias) en determinadas épocas del calendario religioso: el Ramadán musulmán, la Pascua cristiana, etc.) (el triunfo del alma sobre la “carne”), por reglas de entretenimiento o por reglas de poder económico difundidos por los medios de comunicación masivos (modelo estético corporal actual, culto a la delgadez y estigmatización a la obesidad); son los factores socioculturales los que funcionan como agentes precipitantes, y en su caso como agentes mantenedores de los TCA.

Una de las razones fundamentales, que pueden explicar el incremento de los TCA es el impacto sociocultural, ya antes mencionado, sobre todo en los países subdesarrollados. La presión social por la imagen estética de delgadez, especialmente reclamada a la mujer, da lugar a la aparición de mayor número de casos de TCA cada año, así como también a una mayor preocupación para perder peso por parte de las personas obesas o con sobrepeso.

Cabe destacar que el contenido de esta investigación no está aseverando que los factores socioculturales, sean la causa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, conscientes estamos de que en la actualidad es evidente que los TCA tienen un origen multicausal, en el que convergen múltiples factores (genéticos, psicológicos, socioculturales, cognitivos), sin embargo no podemos negar la influencia de los factores sociales como determinantes en la incidencia y prevalencia de los TCA.

Y es precisamente qué debido a este origen multicausal, el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso cobra una relevancia importante, ya que estudia los TCA en base a sus diversos factores de riesgo. Dada la consistencia interna arrojada por este cuestionario, y tomando en cuenta las modificaciones realizadas, se considera que el Cuestionario sobre Actitudes ante el Cuerpo y el Peso es confiable para evaluar la influencia de los medios estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales; los factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios; y los valores autoatributivos de la personalidad y su relación con los TCA en niñas de la tercera infancia y preadolescentes mexicana.

VI.III Limitaciones y sugerencias

Algunas de las limitaciones de este trabajo son:

- Una de las limitaciones del presente estudio fue la dificultad de acceso a la muestra, primero por ser menores de edad y hablarles de un tema controversial, según opiniones del cuerpo académico de las instituciones y segundo porque las escuelas por sus actividades académicas no contaban con el tiempo para la aplicación.

Algunas de las sugerencias de este trabajo son:

- Se sugiere, aplicar el instrumento adaptado con un número mayor de población y en condiciones similares, con el fin de prevenir un TCA
- Se sugiere replicar el estudio con una muestra de niños, debido al incremento de esta problemática en varones.
- Por último, sugerimos la renovación de pláticas preventivas respecto a los TCA, en esta población en específico, por parte de los Profesionales de la Salud en la que se promueva una información veraz y actual.

Referencias bibliográficas

(2012 *Consecuencias de la obesidad*. Recuperado el 21 de noviembre de 2012 en: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>).

Al – Adawi, S., Dorvlo, A., Burke, D., Al – Bahlani, S., Martín, R., Al – Ismaily, S. (2002). *Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non-omani adolescents*. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (9), 1124-130.

Altabe, M. N. (1996). *Issues in the assessment and treatment of body image disturbance in culturally diverse populations*. In: J. K. Thompson (Ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity: an integrative Guide for Assessment and Treatment* (pp. 129-47). American Psychological Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, APA.

Araujo, M. B., López, H. B. (2006). *Validación y Confiabilización del CIMEC 52 y del EFRATA (Escala E y F) que explora factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, en púberes, preadolescentes y adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Arrollo-Kuribreña. C., Gabilondo-Navarro. F. (2002). *Cáncer de próstata y obesidad*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 201-215.

Arroyo. P., Loría. A., Fernández. V., Flegal. K., Kuri-Morales. P., Olaiz. G. (2000). *Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult Mexicans in comparison with other large surveys*. *Obes Res*. Vol. 2. 179 - 85.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Ávila, G. L., Lozano-Rodríguez, V., Ortiz, O, L. (1997). *Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria*, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Badillo, M. I. (2004). *Relación entre satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal y actitud hacia la obesidad de madres e hijos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México. UNAM.

Baker, I. H., Belfer. P.(2002). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la obesidad*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 253-265.

Beltrán, Ll. J., Carpintero, M. E. (2009). *Psicología del desarrollo*. Madrid: Udim

Berger, S. K. (2004). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. España: Panamericana.

Berryman. J., Hargreaves. D., Herbert. M., Taylor. A. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual moderno.

Blinder, B. J., Cadenhead, K. (1988). *Bulimia: una reseña histórica*. En Feinstein, S. C., Sorosky, D. A (Comps.) *Trastornos en la alimentación. Bulimia, Obesidad y Anorexia nerviosa*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bloomgarden, A., Calogero, R. (2003). *A treatment for negative body image in a residential eating disorder population, perspective*. A professional journal of the Renfrew Center Foundation. Summer, 4-6.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Buckroyd, J. (2001) *Anorexia y Bulimia*. México: Martínez Roca.

Bustos, O. (2003). *Imagen Corporal, Mujeres y Medios de Comunicación*. Equidad. 3, 4-8.

Carranza-Lira. S. (2002). *Amenorrea, dismenorrea y síndrome de ovarios poliquísticos*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 137-162.

Castillo, S.M., León, E. M., López, B. A., Gallo, V. M., Fernández, LL. S., Medina, P. J. (2005a). *Concepto de anorexia nerviosa. Revisión histórica*. En: León, E. M., Castillo, S. M (Eds.) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Formación Alcalá: España, 29-39.

Castillo, S. M., León, E. M., López, B. A., Medina, P. J., Burgos, S. F., De Cruz, B. A. (2005b). *Trastornos de Conducta Alimentaria*. Revista Medicina General y de Familia. No. 71. 25-30.

Calzada, L. R. (2003). *Prevalencia y etiopatogenia*. En Calzada, L. R. *Obesidad en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos. 1-26.

Chesley, E. B., Alberts, J. D., Klein, J. D., Kreipe, R. E. (2003). *Pro or con? Anorexia nervosa and the internet*. J Adolesc Health, 32, 123-124.

Chinchilla, A. (2003c). *Trastornos de la Conducta Alimenticia*. Barcelona, España: Masson.

Chinchilla, M. A (2003a). *Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: revisión histórica*. En Chinchilla, M. A. *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. España: Masson, 1-13.

Chinchilla, M. A. (2003b) *Anorexia y bulimia nerviosa: sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso*. En Chinchilla, M. A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona, España: Masson. 53-128.

Consenso Español (1995) *para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos*. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Med Clin (Barc) 1996; 107:782-7.

Coolican, H. (2005). *Métodos de Investigación y estadística en psicología*. México: Manual moderno

Costin, C. (2002). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación*. Cd. De México, México: Diana.

Craig, G. (1992). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Dávalos, I. A., Padrón, M. M. (2004). *Obesidad en la adolescencia*. En González, B. J. *Obesidad*. México: Mc Graw-Hill. 177-186.

(ENEC) *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas* (2003). Epidemiología. México: Secretaría de Salud.

(ENSANUT) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (2006), Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Formiguera, S. X. (1998). *Obesidad: concepto, clasificación y métodos de valoración*. En Foz. M., Formiguera, S. X. (Eds.) *Obesidad*. Madrid España: Harcourt. 1-23.

Formiguera, S. X., Foz. M. (1998). *Complicaciones de la obesidad*. En Foz. M., Formiguera, S. X. (Eds.) *Obesidad*. Madrid España: Harcourt. 93-109.

French. B. (1999). *La bulimia*. España: Oniro.

Gáfaró, A. (2001). *Anorexia y bulimia, todo lo que necesitas saber sobre los trastornos de la alimentación*. Colombia: Norma.

García, E. (2002). *Conducta alimentaria de riesgo: percepción de la reacción materna y el peso corporal en hombres adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.

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

García-Camba, E. (2002). *Avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.

García, B. V., Correas, L. J., Quintero, G. J., García, M. C., Chinchilla, M. A. (2005). *Aspectos clínicos de la obesidad*. En Chinchilla, M. A. *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona, España: Masson. 253-266

Garfinkel, G. E., Gardner, D. M (1982). *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Gill, M. (1997). *Manual para tutorías y departamentos de orientación*. España: Escuela española.

Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gómez, M., Castro, D. U., Duo, R. I. (2003). *¿Qué es la bulimia? Un problema con solución*. España: Pirámide.

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

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995). *Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal*. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 2. 12, 185-197.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1996). *Estimaciones subjetivas/mediciones objetivas. Imagen corporal y sus derivaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer*. Proyecto de Investigación PAPIIT IN 304496.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1997). *Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes*. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 14. 1, 31-40.

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

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1999). *Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal*. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 16, 153-165.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (2001). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas*. Ponencia de los 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México. División de Investigación y de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (2003). *Publicidad e imagen corporal: factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes*. En Vázquez, Z. J. (Coord). Anuario educativo mexicano. Visión retrospectiva. México: Universidad Pedagógica Nacional. 157-177.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (2004). *Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo*. Ponencia 1er. Congreso Hispano Latinoamericano de trastornos de la conducta alimentaria. México, D.F.

Gómez, Pérez-Mitré, G., Acosta, G. M. (2000). *Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España*. Revista de clínica y salud. Vol. 11. 2, 35-38.

Gómez, Pérez-Mitré, G., Acosta, G. M. (2002). *Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/ España)*. Psicothema, Vol. 14, 221-226.

Gómez, Pérez-Mitré, Ávila, A. E. (1998a). *¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso?* Revista Psicología Iberoamericana, Vol. 6, 37-45.

Gómez Pérez-Mitré, G., Ávila, A. E. (1998b). *Conducta alimentaria y obesidad*. Revista Iberoamericana. Vol. 6. 2. 10-22.

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

Gómez Pérez-Mitré, G., Granados. A., Jáuregui. J., Tafoya. S., Unikel, S. C. (2000). *Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras de género masculino*. Inédita. División de Investigación y de estudios de postgrado. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo-Molina, T., Unikel, S. C. (2001a). *Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud*. En Calleja. N., Gómez Pérez-Mitré. G. (Comps). *Psicología social: investigación y aplicaciones en México*. México: Fondo de Cultura Económica. 267- 315.

González, N. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: Manual moderno.

González, S.L., Lizano, M.M., y Gómez Pérez-Mitré. G. (1999). *Factores de Riesgo en Desordenes del comer: Hábitos alimentarios y Auto-Atribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos*. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 16, 117-126.

Guerro-Prado, D., Barjau R. J. (2002). *Televisión, medios de comunicación escritos y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria*. Revista Medicina Clínica. Vol.119. 17. 666-670.

Guerro-Prado, D., Barjau, R. J., Chinchilla, M. A (2001). *Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura*. Actas Españolas Psiquiátricas, Vol. 29. No. 6. 403-410.

Guerro-Prado, D. Barjau, R. J (2003). *Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. En Chinchilla, M. A. *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Masson: Barcelona, 15-19.

Guillemot, A., Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nerviosa y Bulimia el peso de la cultura*. Barcelona: Masson.

Guzmán, S. R., Del Castillo, A. A., García, M. M. (2010). *Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. En Morales, G. J. *Obesidad Un enfoque multidisciplinario*. México: Ciencia al día. 201-218.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Hernández, F. M., Urbáez, C. L., Domínguez, A. T., Miranda, D. L., Barriguete, M. A., Caballero, R. A., Unikel, S. C., Balandrán, D. D. (2008) *Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Hill, J. A. (1993) *Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders*. Rev Psychiatry, Vol. 5, 87-100.

Hoek, HW. (2003). *Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders*. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Inhelder. B., Piaget. J. (1955). *De la lógica del niño a la logia del adolescente*. Buenos Aires: Paidos.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2007) *El impacto de los estereotipos y los roles de género en México*. Boletín Estadístico.

Instituto Nacional de la Salud (1995). *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: INSALUD. Secretaría General.

Iribarne, M. (2003). *Desarrollo psicológico del adolescente*. En Almonte, V. C., Montt, S. M., Correa, D. A (Comps). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo. 37-47.

Kauffer-Horwitz. M., Tavano-Colaizzi. L., Ávila-Rosas. H. (2000). *Obesidad en el adulto*. Facultad de Medicina (en línea). 12 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>.

Kerlinger, F., Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw-Hill.

Kimelman. M. (2003). *Desarrollo psicológico del niño*. En Almonte, V. C., Montt, S. M., Correa, D. A (Comps). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo. 17-36.

Lamas, M. (2002), *La antropología feminista y la categoría género, en Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, Taurus: México.

Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., Fernández, M. (2002). *Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles*. Acta Psiquiátrica Española, 30, 343-349.

Ledoxs, Choquet M, Flament M. (1991). *Prevalence of eating disorders and asociated syntoms in an unselected French adolescent population*. International Journal of eating disorders, 10, 81-90.

León, E. M., Castillo, S. M., Llamas, C. M., Fuentes, G. V., León, E. M., Fernández, L. S. (2005). Anorexia Nerviosa. Epidemiología. En: León, E. M., Castillo, S. M (Eds.) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. España: Formación Alcalá, 41-52.

Lobo, T. G (2005) *Concepto de bulimia nerviosa. Revisión histórica*. En León, E. M., Castillo, S. M (Eds.) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. España: Formación Alcalá, 127-134.

Mancilla, D. J., Gómez, P. M., G., Álvarez, R. G., Franco, P. K., Vázquez, A. R., López, A. X., Acosta, G. M. (2006). *Trastornos del comportamiento alimentario en México*. En: Mancilla, D. J., y Gómez, P. M., G (Eds.) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno: México, 123-171.

(MIAED) Manejo Integral de Adolescentes con Enfoque de Derechos., Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). *Adolescencia*. Manual Clínico. Paraguay.

Marcelli. D., Braconnier. A. (2005). *Psicopatología del adolescente*. España: Masson.

Martínez-González, M. A., Gual, P., Lahortiga, F., Alonso, Y., de Irala-Estévez, J., Cervera, S. (2003). *Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort*. *Pediatrics*, 111, 315-320.

Medina- Franco. H. (2002). *Cáncer cérvico uterino*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 217-229.

Miguel, S. P., Niño, P. A. (2009). *Consecuencias de la obesidad*. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED)*. Vol. 20. No. 4. 84-92.

Minuchin, S., Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Muros de Fuentes, T., López, C. M., Piédrola, M. G., Romero, S. R., Palacios, A. E. (2005). *Clínica de la bulimia nerviosa*. En: León, E. M., Castillo, S. M (Eds.) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. España: Formación Alcalá, 127-134.

Mussen. P. (2008). *Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.

Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Palafox, L.I. (2003). *Influencia de los anuncios publicitarios que proyectan estereotipos de género en la satisfacción corporal de niños y niñas de tercero y sexto grado de primaria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Papalia, D., Wendkos, O. S., Duskin, F. R. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.

Peláez, F. M., Labrador, E. F., Raich, E. R (2005). *Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 5. No. 2. 135-148.

Pérez- Padilla. R., Mesa. S., Chi-Lem. G., Vázquez, J. (2002). *Alteraciones respiratorias en el obeso*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 231-251.

Piaget. J., Inhelder. B. (2007). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.

Piédrola, M. G., Romero, S. R., López, C. M., Muros, F. T., Palacio, A. E. (2005) *Clínica de la anorexia nerviosa*. En: León, E. M., Castillo, S. M (Eds.) *Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia nerviosa*. Formación Alcalá: España, 61-69.

Platas, A. R., Gómez, Pérez-Mitré, G. (2011). *Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos*. Facultad de Psicología: División de Investigación y Estudios de Posgrado.

Raich, R. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. España: Pirámide.

Real Academia Española (1992). *Diccionario de la lengua española*, 21^a. ed. Madrid: Espasa-Calpe.

Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*, 22^a. ed. Madrid: Espasa-Calpe.

Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P. (2001). *Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literatura*. Clinical Psychology Review, 21 (3), 325-344.

Rice, F. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.

Russell, G. (2003). *La "Esencia" de la anorexia nerviosa: evaluación histórica y síntomas principales*. En Rojo, L., Cava, G. (Eds.) *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel. 13-27.

Saldaña. C., Rossell. R. (1988). *Obesidad*. España: Martínez roca.

Salinas, P. J. (2010). *Modelos estructurales. Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en muestras de deportistas adolescentes*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. México. UNAM.

Sánchez-Carracedo, D. y Saldaña, C. (1998). *Evaluación de los hábitos alimentarios en adolescentes con diferentes índices de masa corporal*. *Psicothema*, Vol. 2, 281-292.

Sánchez-Castillo. C., Berber. A., Pichardo-Ontiveros. E., Esteves-Jaramillo. A., Sierra-Ovando. A., Villa, A., Lara. A., Velázquez-Monroy. O., James. W. (2002). *Epidemiología de la obesidad*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 5-31.

Sánchez-Castillo, C., Pichardo-Ontiveros. E., López. P. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. *Gaceta Medica Mexicana*. Vol. 140. No. 2. 3-20.

Sánchez-Castillo. C., Velázquez-Monroy. O., Berber. A., Lara- Esqueda. A., Tapia-Conyer. R., James. W., Encuesta Nacional de Salud (ENSA). (2000) *Working Group. Anthropometric cutoff points for predicting chronic diseases in the Mexican National Survey 2000*. *Obes Res* 2003; 11:442-51.

Saucedo-Molina, T., Unikel, S. C. (2010). *Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos*. *Revista Chilena de Nutrición*, Vol. 37, 60-69.

Sherman, T., Thompson, A. (1999). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Silvestri. E., Stavile. A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Posgrado en Obesidad a Distancia-Universidad Favaloro (en línea). 12 de noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

SPSS FAQ (-). *What does Cronbach's alpha mean?* Recuperado el 11 de Febrero del 2013 en <http://www.ats.ucla.edu/sat/spss/faq/alpha.html>.

Thompson, K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. United States of America: American Psychological Association. Washington, D.C.

Tisera- López, G. (1996). *Los Trastornos de la Alimentación en una Perspectiva Histórica*. En Tisera- López, G. *Anorexia Bulimia- Musicoterapia y otros Aportes Terapéuticos*. Homo-Sapiens: Argentina. 9-20.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia S.A.

Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. España: Ariel.

Toro, J. (2006). *Medios de comunicación y trastornos de comportamiento alimentario*. En: Mancilla, D. J., y Gómez, P. M., G (Eds) *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno: México, 203-227.

Toro. J. (2010). *El adolescente en su mundo. Riesgos problemas y trastornos*. Madrid: Pirámide.

Toro, J., Castro, F.J. (2004). *Consecuencias psicopatológicas de la malnutrición*. En Miján de la Torre, A. *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Glosa, 123-133.

Toro, J., Salamero, M., Martínez, E. (1994). *Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa*. Acta psychiatry Scandinav, 89, 147-151.

Torres, M. (Comp). (2001). *Material didáctico de la material de Teoría de la medida*. Unidad 4 y 5. México: Material Inédito

Troyo. P., Rosas-Peralta. M. (2002). *Enfermedades cardiovasculares en la obesidad*. En Méndez-Sánchez. N., Uribe, E. M. (Comps.) *Obesidad. Epidemiología, Fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. 75-110.

Turón, V. (1997). *Trastornos de la Alimentación*. Barcelona, España: Masson.

Unikel, S.C., Bojórquez, C.I., Carreño, G. S. (2004). *Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo*. Salud Pública de México, Vol. 46. No. 6.509-515.

Unikel, S. C., Saucedo-Molina. T., Villatoro. J., Fleíz. C. (2002). *Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años*. Salud Mental, Vol. 25. No. 2. 49-57.

Unikel, S. C., Villatoro. J., Medina- Mora, M. E., Fleiz, B. C., Alcantar, M. E., Hernández, R. S. (2000). *Conductas Alimentarias de Riesgo en Adolescentes Mexicanos. Datos de la Población Infantil del Distrito Federal*. Revista de Investigación Clínica. 52(2): 140-147.

Uribe, M. J (2007). *Anorexia. Los factores socioculturales de riesgo*. Colombia: Universidad de Antioquia.

Vandereycken, W. (1993). *The sociocultural roots of the fight against fatness: implications for eating disorders and obesity*. *Eating disorders*. The journal of treatment and prevention, Vol. 1, 7-16.

Vázquez, R. (1997). *Aspectos familiares en la anorexia y bulimia nerviosa*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Vázquez, A. R., Álvarez, G. L, Mancilla-Díaz, J. M. (2000). *Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana*. Salud Mental. 23(6), 18-24.

Velasco, V. J, Martín de la Torre, E. (2004). *Clasificación de los Trastornos de la Alimentación. La obesidad como Trastorno de la Alimentación*. En Miján de la Torre, A. *Nutrición y Metabolismo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Glosa, 57-69.

Yosifides, A., Guazzaroni, J. (2006). *La Anorexia Santa: Catalina de Siena*. En Yosifides, A. *Bulimia y Anorexia: Clínica de los Trastornos Alimentarios*. Argentina: Brujas.



ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO EN
PREADOLESCENTES MUJERES

El propósito de esta investigación es conocer los distintos factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las preadolescentes de México. Las respuestas que nos den serán tratadas como CONFIDENCIALES, le garantizamos que la información será utilizada sin fines de lucro y únicamente con fines estadísticos de investigación y nunca de forma individual. No enviaremos información no solicitada ni daremos sus datos a terceros. Su cooperación es en todo momento voluntaria y no se obtendrá ninguna información adicional sobre usted sin su explícito consentimiento.

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Escuela: _____

Privada: _____ Pública: _____

<p>1. Cuándo estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son llenitas o delgadas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?</p> <p>A) Sí, más de 2 B) Sí, 1 ó 2 C) No, ninguna</p>
<p>3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>4. ¿Envidias el cuerpo de la muñeca Barbie?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>

<p>7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>8. ¿Llaman tu atención los aparadores de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca.</p>
<p>9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte llenita) el contemplar tu cuerpo en un espejo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?</p> <p>A) Sí, más de 2 B) Sí 1 ó 2 C) No, ninguna</p>	<p>14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>17. ¿Te molesta que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>
<p>19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?</p> <p>A) Sí, 3 ó más temporadas B) Sí, 1 ó 2 temporadas C) No, nunca</p>
<p>23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>24. ¿Sueles leer las etiquetas que hablan sobre las calorías en los productos que consumes?</p> <p>A) Si, mucho B) Si, algo C) No, nada</p>

<p>25.¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?</p> <p>A) Sí, 2 ó más B) Sí , 1 persona C) No, nadie</p>	<p>26.¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>27.¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada.</p>	<p>28.¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?</p> <p>A) Sí, más de 2 B) Sí, 1 ó 2 C) No, ninguna</p>
<p>29.¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>30. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>31. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?</p> <p>a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna</p>	<p>32. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?</p> <p>a) Sí, siempre b) Sí a veces c) No, nunca</p>
<p>33. ¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>34. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>35.¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>A) Sí, seguro B) Sí, probablemente C) No, lo creo.</p>	<p>36.¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, muchas veces B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>37.¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>	<p>38. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>39. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes (Producto para ir al baño)?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>40. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?</p> <p>A) Sí, casi siempre B) Sí, a veces C) Me da igual</p>

<p>41. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>42. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?</p> <p>A) Sí, más de 2 B) Sí, 1 ó 2 C) No, ninguna</p>
<p>43. ¿Prefieres tu cuerpo al de la muñeca Barbie?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>44. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>45. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos ?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>46. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, etc.?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>47. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los dos últimos dos años?</p> <p>A) Sí, mas 2 veces B) Sí, 1 ó 2 veces C) No, nunca</p>	<p>48. ¿Te molesta que te digan que estás “delgada” , “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>49. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>	<p>50. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para engordar?</p> <p>A) Sí, 2 ó más B) Sí, 1 persona C) No, nadie</p>
<p>51. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>A) Sí, seguro B) Sí, probablemente C) No, lo creo</p>	<p>52. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>
<p>53. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?</p> <p>A) Sí, casi siempre B) Sí, a veces C) Me da igual</p>	

SECCIÓN B

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una (X) la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B a veces	C frecuentemente (La mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E Siempre	
54. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
55. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
56. Procuo comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
57. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
58. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
59. Soy de las que se llenan de comida hasta hartarse.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
60. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
61. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
62. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
63. Me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
64. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
65. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
66. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
67. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
68. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
69. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
70. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
71. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
72. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
73. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
74. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
75. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
76. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
77. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
78. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
79. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
80. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
81. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
82. Me deprimó cuando como demás.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
83. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
84. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
85. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
86. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
87. Suelo comer demasiado solo una vez al día (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
88. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
89. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
90. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
91. Paso por períodos en los que como en exceso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN C

No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una (X) la respuesta que consideres más adecuada.

92. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	93. ¿Colonia y delegación en la que vives?
94. Tu rendimiento en los estudios en comparación con tus compañeros es: A) Mejor que la mayoría B) Igual que la mayoría C) Peor que la mayoría	95. Peso actual: _____ Kilos Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ kg
96. Altura/Talla _____ centímetros Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ m.	97. Estado civil de tus padres: A) Casados B) Separados C) Viudo/a D) Solteros E) Otros _____
98. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?	99. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?
100. ¿Con quién vives? A) Papá y mamá B) Papá C) Mamá D) Papas y hermanos E) Papas, hermanos y abuelos F) Abuelos G) Otros _____	101. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?
102. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? A) Mas grande B) De en medio C) Mas chico D) Hija única	103. ¿A qué clase social consideras que perteneces? : A) Alta B) Media-alta C) Media D) Media-baja E) Baja F) Pobre
104. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hay o ha habido: A) Sobre peso B) Tabaquismo C) Obesidad D) Alcoholismo E) Delgadez extrema F) Ninguna de los anteriores	105. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido: A) Actitud negativa hacia la obesidad B) Preocupación por el peso corporal C) Preocupación por la forma de comer D) Preocupación por la apariencia física E) Insatisfacción por la figura F) Ninguna de las anteriores
106. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nerviosa, bulimia u otros trastornos alimentarios? A) Sí B) No	107. Si contestas que sí, ¿quién es? A) Padre B) Madre C) Hermana D) Hermano E) Tío/a F) Abuelo/a G) Otros

<p>108. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho:</p> <p>A) Dietas para el control de peso B) Ejercicio excesivo (10 horas o más por semana) C) Las dos anteriores D) Ninguna de las anteriores</p>	<p>109. Tus padres:</p> <p>Critican la forma de tu cuerpo SI () NO () Critican el tamaño de tu cuerpo SI () NO () Comparan tu cuerpo con el de tus amigos SI () NO ()</p>
<p>110. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?</p> <p>A) Sí B) No</p>	<p>111. Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses:</p> <p>A) Como hasta que me duele el estómago B) He perdido el apetito C) Pierdo el control y como demasiado D) Me he sentido preocupada porque como muy poco E) Me he sentido preocupada porque como mucho F) Ninguno G) Otro.</p>
<p>112. ¿Cuándo sientes más hambre?</p> <p>A) Desayuno B) Comida C) Cena D) Entre una comida y otra</p>	<p>113. ¿Con que intensidad sientes hambre?</p> <p>A) Poca B) Regular C) Demasiada</p>
<p>114. ¿A qué edad hiciste tu primera “dieta”?</p> <p>_____ Años</p>	<p>115. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?</p> <p>A) Nunca B) A veces C) Frecuentemente D) Muy frecuentemente E) Siempre</p>
<p>116. Escribe en los siguientes renglones los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda y en el 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.</p> <p>a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____</p>	<p>117. ¿Te preocupa tu peso corporal?</p> <p>A) Sí B) No</p>
<p>118. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?</p> <p>_____ Años</p>	<p>119. Según yo, una persona atractiva es:</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>
<p>120. Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:</p> <p>A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres B) Detienes tu dieta C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres</p>	<p>121. ¿Creo que estoy :</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>

122. Creo que mis padres o tutores me ven: A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada	123. Creo que mis amigos y amigas me ven: A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada
124. Me gustaría pesar: A) Mucho más de lo que peso actualmente B) Un poco más de lo que peso actualmente C) Lo mismo que peso actualmente D) Un poco menos de lo que peso actualmente E) Mucho menos de lo que peso	125. Tengo temporadas en las que literalmente "me mato de hambre". A) Nunca B) A veces C) Frecuentemente D) Muy frecuentemente F) Siempre

126. ¿Si tu mejor amiga (o) estuviera gordita (o) que cosas le aconsejarías para que baje de peso?

5 CONSEJOS PARA BAJAR DE PESO	
1	
2	
3	
4	
5	

127. Marca con una (X) en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

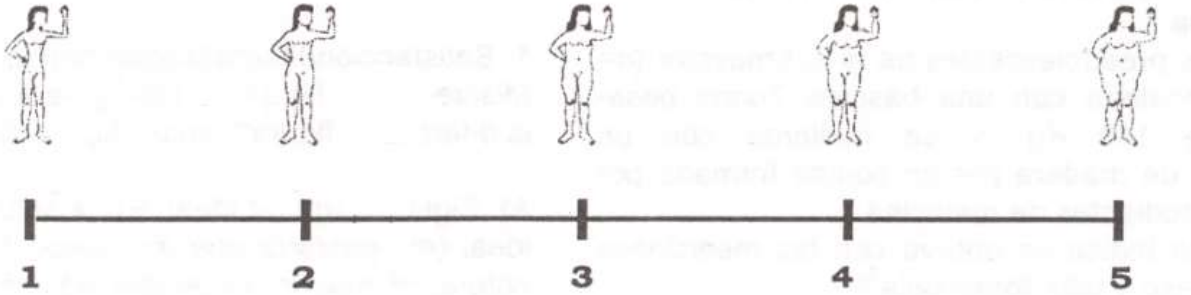
	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
A) Cara					
B) Cuerpo					
C) Estatura					
E) Brazos					
F) Busto					
G) Estómago					
H) Cintura					
I) Cadera					
J) Pompas					
K) Piernas					

128. Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO	NADIE
Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()	()
Critican tu peso corporal	()	()	()	()	()	()	()
Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()	()
Te molestan porque quieren que estés más delgada.	()	()	()	()	()	()	()
Te molestan porque quieren que subas de peso	()	()	()	()	()	()	()
Se burlan de ti porque estas gordita.	()	()	()	()	()	()	()
Se burlan de ti porque estas flaquita	()	()	()	()	()	()	()
Se burlan de ti porque estás chaparrita.	()	()	()	()	()	()	()
Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()	()

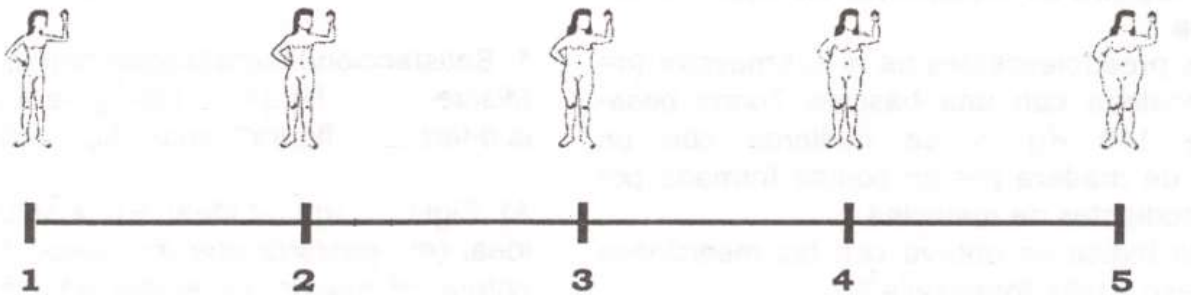
129. Observa con cuidado las siguientes siluetas escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X el número correspondiente.

Mi cuerpo se parece más a



Observa con cuidado las siguientes siluetas escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número escoge aquella figura (solo una) que más te gustaría tener y marca con una X el número correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



130. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una (X) en cada escala que va de 1 (NADA) hasta el 5 (DEMASIADO), ¿Cuánto crees que tienes de cada uno?

Inteligente	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Fuerte	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Sana	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Floja	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Atractiva	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Estudiosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Mentirosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Trabajadora	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Buena	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Agradable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Creativa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Cariñosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Obediente	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Agresiva	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Cumplida	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Responsable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Feliz	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Tranquila	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Tímida	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Enojona	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Rebelde	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Cooperativa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Tramposa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Limpia	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Amigable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Deportista	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Lenta	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Solitaria	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Triste	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Ágil	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Comprensiva	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Optimista	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Falsa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Torpe	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Ansiosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Desconfiada	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Sociable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Pesimista	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Insegura	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Confiable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO



ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA



CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO EN
PREADOLESCENTES MUJERES

El propósito de esta investigación es conocer los distintos factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en las preadolescentes de México. Las respuestas que nos den serán tratadas como CONFIDENCIALES, le garantizamos que la información será utilizada sin fines de lucro y únicamente con fines estadísticos de investigación y nunca de forma individual. No enviaremos información no solicitada ni daremos sus datos a terceros. Su cooperación es en todo momento voluntaria y no se obtendrá ninguna información adicional sobre usted sin su explícito consentimiento.

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Escuela: _____

Privada: _____ Pública: _____

<p>1. Cuándo estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son llenitas o delgadas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>2. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>3. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>4. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>

<p>5. ¿Llaman tu atención los aparadores de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca.</p>	<p>6. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>7. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>8. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte llenita) el contemplar tu cuerpo en un espejo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>9. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>10. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>11. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>12. ¿Te molesta que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>13. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>	<p>20. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>21. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>22. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>23. ¿Sueles leer las etiquetas que hablan sobre las calorías en los productos que consumes?</p> <p>A) Si, mucho B) Si, algo C) No, nada</p>	<p>24. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>25. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada.</p>	<p>26. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?</p> <p>A) Sí, más de 2 B) Sí, 1 ó 2 C) No, ninguna</p>

<p>27. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>28. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>29. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?</p> <p>a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna</p>	<p>30. ¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>31. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>32. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>A) Sí, seguro B) Sí, probablemente C) No, lo creo.</p>
<p>33. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?</p> <p>A) Sí, muchas veces B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>34. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>
<p>35. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>	<p>36. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>
<p>37. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos ?</p> <p>A) Sí, siempre B) Sí, a veces C) No, nunca</p>	<p>38. ¿Te molesta que te digan que estás “delgada” ,“flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?</p> <p>A) Sí, mucho B) Sí, algo C) No, nada</p>
<p>39. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?</p> <p>A) Sí, la mayoría B) Sí, algunas C) No, ninguna</p>	

SECCIÓN B

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona con una (X) la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B a veces	C frecuentemente (La mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E Siempre	
40. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41. Procuero comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
49. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
50. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
51. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
52. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
53. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
55. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
56. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
57. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
58. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
59. Me deprimó cuando como demás.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
60. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
61. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
62. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
63. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN C

No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una (X) la respuesta que consideres más adecuada.

<p>64. ¿Colonia y delegación en la que vives?</p>	<p>65. Tu rendimiento en los estudios en comparación con tus compañeros es:</p> <p>A) Mejor que la mayoría B) Igual que la mayoría C) Peor que la mayoría</p>
<p>66. Peso actual: _____ Kilos</p> <p>Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ kg</p>	<p>67. Altura/Talla _____ centímetros</p> <p>Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ m.</p>
<p>68. Estado civil de tus padres:</p> <p>A) Casados B) Separados C) Viudo/a D) Solteros E) Otros _____</p>	<p>69. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?</p>
<p>70. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?</p>	<p>71. ¿Con quién vives?</p> <p>A) Papá y mamá B) Papá C) Mamá D) Papas y hermanos E) Papas, hermanos y abuelos F) Abuelos G) Otros _____</p>
<p>72. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a ti?</p>	<p>73. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?</p> <p>A) Mas grande B) De en medio C) Mas chico D) Hija única</p>
<p>74. ¿A qué clase social consideras que perteneces? :</p> <p>A) Alta B) Media-alta C) Media D) Media-baja E) Baja F) Pobre</p>	<p>75. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hay o ha habido:</p> <p>A) Sobre peso B) Tabaquismo C) Obesidad D) Alcoholismo E) Delgadez extrema F) Ninguna de los anteriores</p>
<p>76. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido:</p> <p>A) Actitud negativa hacia la obesidad B) Preocupación por el peso corporal C) Preocupación por la forma de comer D) Preocupación por la apariencia física E) Insatisfacción por la figura F) Ninguna de las anteriores</p>	<p>77. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho:</p> <p>A) Dietas para el control de peso B) Ejercicio excesivo (10 horas o más por semana) C) Las dos anteriores D) Ninguna de las anteriores</p>

<p>78. Tus padres: Comparan tu cuerpo con el de tus amigos</p> <p>SI () NO ()</p>	<p>79. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?</p> <p>A) Sí B)No</p>
<p>80. ¿Con que intensidad sientes hambre?</p> <p>A) Poca B) Regular C) Demasiada</p>	<p>81. ¿A qué edad hiciste tu primera “dieta”?</p> <p>_____ Años</p>
<p>82. Escribe en los siguientes renglones los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda y en el 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.</p> <p>a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____</p>	<p>83. ¿Te preocupa tu peso corporal?</p> <p>A) Sí B) No</p>
<p>84. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?</p> <p>_____ Años</p>	<p>85. Según yo, una persona atractiva es:</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>
<p>86. Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:</p> <p>A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres B) Detienes tu dieta C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres</p>	<p>87. Creo que estoy :</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>
<p>88. Creo que mis padres o tutores me ven:</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>	<p>89. Creo que mis amigos y amigas me ven:</p> <p>A) Muy gorda B) Gorda C) Ni gorda ni delgada D) Delgada E) Muy Delgada</p>
<p>90. Me gustaría pesar:</p> <p>A) Mucho más de lo que peso actualmente B) Un poco más de lo que peso actualmente C) Lo mismo que peso actualmente D) Un poco menos de lo que peso actualmente E) Mucho menos de lo que peso</p>	

91. ¿Si tu mejor amiga (o) estuviera gordita (o) que cosas le aconsejarías para que baje de peso?

5 CONSEJOS PARA BAJAR DE PESO	
1	
2	
3	
4	
5	

92. Marca con una (X) en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

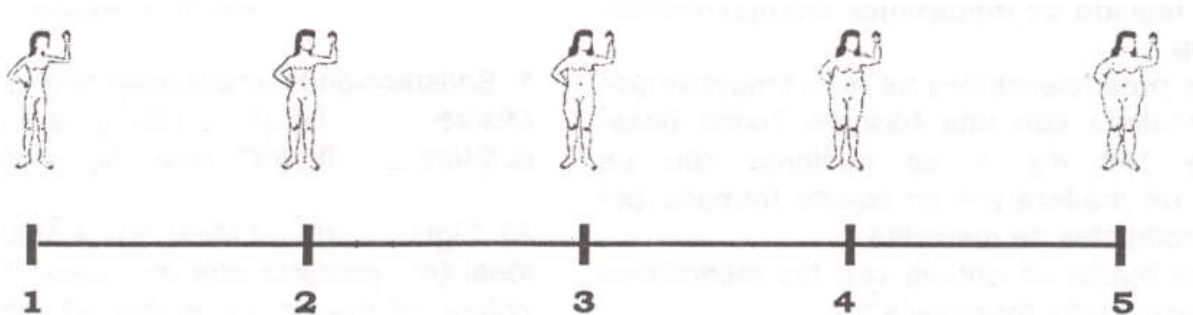
	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
A) Cuerpo					
B) Estatura					
C) Brazos					
D) Busto					
E) Estómago					
F) Cintura					
G) Cadera					
H) Pompas					
I) Piernas					

93. Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO	NADIE
Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()	()
Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()	()
Te molestan porque quieren que estés más delgada.	()	()	()	()	()	()	()
Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()	()

94. Observa con cuidado las siguientes siluetas escoge solo una, como puedes ver cada una tiene un número escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X el número correspondiente.

Mi cuerpo se parece más a



130. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una (X) en cada escala que va de 1 (NADA) hasta el 5 (DEMASIADO), ¿Cuánto crees que tienes de cada uno?

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Fuerte	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Sana	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Atractiva	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Estudiosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Trabajadora	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Buena	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Agradable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Creativa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Cariñosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Obediente	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Cumplida	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Responsable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Feliz	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Tranquila	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Enojona	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Rebelde	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Limpia	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Amigable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Deportista	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Ágil	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Comprensiva	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Optimista	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Ansiosa	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Sociable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Confiable	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Independiente	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO