

315011  
8

**UNIVERSIDAD SALESIANA**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

**IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO EN UNA  
MUESTRA DE ADOLESCENTES DE PREPARATORIA.**

293694

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO  
DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
PRESENTA:

**MARIA CRISTINA LOPEZ CONTRERAS.**

ASESOR: LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO

2001



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.

ENTRE LO QUE EL HOMBRE  
IMAGINA Y LO QUE REALIZA  
HAY UN ESPACIO QUE SOLO PUEDE  
SER ATRAVESADO POR SU DESEO.....

MARCELO HEKIER.

## **Reconocimientos.**

LIC. MARÍA ELIZABETH RAMÍREZ LÓPEZ  
Asesora de Tesis.

DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRÉ.  
Por permitir utilizar su cuestionario " Estudios sobre alimentación y Salud".

LIC. JORGE GARCÍA ROMERO.  
Por permitir la aplicación del cuestionario.

LIC. AGUSTÍN SOLIS SANCHEZ.  
Por su asesoría en la interpretación de los datos.

**MTRO. JOSE RAMIRO ORTEGA PEREZ.**  
Por su asesoría teórica.

LIC. GISELA PINEDA GARCIA.  
Por su asesoría en la interpretación de los datos.

LIC. JESSICA GARCÍA BARRERA  
Por su apoyo en la captura.

## AGRADECIMIENTOS.

**Papá y Maná :**

Gracias, cada etapa de mi vida esta marcada por su amor incondicional por mi.

Querido Papá se que gran parte de su vida la ha dedicado a trabajar muy duro para darnos a cada uno de sus hijas e hijos su apoyo y alentarnos a lograr nuestras metas, aprovecho esta ocasión para darle mi reconocimiento por su esfuerzo para que me fuera posible llegar a este día.

**Querida Mamá :**

Cuantos desvelos y horas de oración han transcurrido hasta el día de hoy, para que cada uno de sus hijos e hijas se realicen .

Queridos Padres es irrefutable que gracias a su apoyo he logrado llegar hasta este lugar. En mis momentos de gran soledad y tristezas ustedes siempre me acompañaron . Los he visto llorar y esto me ha hecho saber cuán grande es el amor de los padres a los hijos y de los hijos a los padres, los ama su hija.

**A mi hija.**

Princesa, desde que te sentí en mi vientre, a las dos semanas de haber sido concebida, me enseñaste a luchar por lo que se desea, he luchado por ti en cada

momento y tu me has dado a cambio la aprendizaje de que la vida se puede cambiar.

En este momento estamos separadas físicamente, nunca lo hemos estado en el corazón. LuzVioleta Esperanza, tu rostro iluminado como un Sol me alienta en mis momentos menos fáciles, te amo...

A ti mi amor innombrable..

De alguna manera siempre estuviste conmigo , el misterio del amor, se rebela en la lejanía y se fortalece con la presencia. Tu ya elegiste tu andar y luchas por tu deseo., que te llevara mucho mas lejos de lo que hoy sueñas, las metas personales y el amor no están contrapunteados, ojala lo descubras. He sentido tu amor y tu apoyo.

A mis hermanas y hermanos.

Lulú, Gracias por ser la mayor y haberme mostrado el camino al éxito.

Elizabeth , Gracias, por tus muestras de amor y apoyo a mi hija y a mí.

Ondy, Gracias, por tu presencia y amor a mi hija y a mí.

Xochilth, Gracias por tu apoyo incondicional para mi hija y para mí.

Moy, Gracias por mostrarme que la vida es una gran oportunidad.

Lucia. Gracias por enseñarme que el amor no distingue fronteras.

Gil, Gracias por decir " aquí estoy" para cuando me necesites.

Queridos hermanas y hermanos, a cada uno de ustedes mi amor y agradecimiento por tantos momentos compartidos en nuestras vidas.

A mis cuñados y cuñadas :

Jorge Ulloa. Gracias , por tu apoyo y presencia.

Jorge Gallardo. Gracias por decir adelante lo lograras.

Tomás González . Gracias por mostrarte siempre dispuesto

Queridos cuñados y hermanos , ustedes me han mostrado que el amor en pareja es posible.

Yoheli . Gracias por enseñarme que la vida se puede rectificar.

Andrea . Gracias por luchar por el amor de mi hermano.

Queridas cuñadas y hermanas , ustedes me muestran que un hogar esta formado por dos.

A mis sobrinas y sobrinos.

Ondy, Tu espontaneidad te caracteriza..

Erick.,Que bueno que dijiste te espero....

Lucerito, tu constancia es mi ejemplo.

Dani, Tu prudencia es un signo de tu personalidad.

Prisci. Tus arrebatos de ternura me alientan.

Lalo, tu emotividad es una muestra de tu sensibilidad.

Jorge, Tu alegría por la vida te determina.

Yayis, Tu gusto por vivir , alegra mi existir.

Queridos sobrinas y sobrinos. Gracias por su amor incondicional y por endulzar mis oídos cuando me Tía...

A mi Tía Esperanza y a mi Tío Roberto, ustedes son como mis segundos padres, en cada momento de mi vida han estado presentes y me han apoyado. Gracias por ser solidarios con mi hija y por decirme tu puedes.

Loli, Querida prima hermana , tu simbolizas la lucha constante aun en las situaciones menos fáciles



Evita, Querida Prima hermana , tu me muestras la lucha por el amor en pareja , y me dices si llegas, estas cerca.

A los hijos de mis primas hermanas, mis queridos sobrinas y sobrinos:

Berus, te caracteriza tu determinación.

Beto. Tu nobleza te distingue.

Dulce. Tu creatividad es un sello de tu personalidad

Ulises. El tener una meta clara de lo que quieres te llevara al logro.

Liz. El deseo de ser cada dia mejor forma parte de ti.

A mis maestros, me es menor fácil el poder nombrar a todos esos seres que amorosamente han contribuido a mi formación, sin omitir a ninguno de ellos. Muchas gracias a todos y cada uno de ellos que contribuyeron a mi formación académico y a mi desarrollo humano.

Ofrezco un reconocimiento especial a los siguientes profesores.

Mtra. Elizabeth López Hernández. Gracias por abrirme tu corazón desde la primera

entrevista, gracias por decirme " Guera, tu puedes...".

Mtro. José Ramiro Ortega Pérez . Gracias por mostrarme al Psicoanálisis, y por decir " El ser psicoanalista no es una profesión sino una pasión ".

Mtro Agustín Solís. Tu me mostraste la utilidad de la estadística en psicología.

Dr. Jorge Pérez Gracias por encauzarme en un tema tan interesante como el de los trastornos alimentarios y apoyarme en mi trabajo de investigación.

Dra. Griselda Sánchez. Gracias por mostrarme a una mujer psicoanalista.

A la Familia Marroquin, Edmundo y Margarita, ustedes me alentaron y motivaron en tiempos menos fáciles . Gracias.

Edmundo, gracias por haberme dicho " Estamos en el tiempo en que la mujer tiene que prepararse y ocupar e lugar que le corresponde en la historia...

Andrés, tu dijiste cada dia tienes que trabajar desde todos los niveles por lo que deseas.

Isauro, tu dijiste las personas son buenas, solo tienes que saber hablarles.

Víctor Hugo, Tu honestidad y lealtad te caracterizan.

Familia Tarello Sánchez.

Luz María, usted me abrió su corazón y su hogar y me dijo. La vida tiene ciertos grados de dificultad y su tu luchas llegarás.

María Luisa, Tu me dijiste con trabajo y dedicación lo lograras.

Víctor Manuel. Tu inteligencia u tu amor por el Creador son tus principales características.

Luz Verónica , Tu risa espontánea me alienta en mis momentos menos fáciles.

Familia Ortega. Ramiro y Martha. Gracias por su presencia y apoyo continuo. Leticia y Ameyali sus constantes muestras de amor me alegran el corazón.

Familia Aburto: Mario y Silvia., gracias por su constante motivación y apoyo. Chapis, Edy, Juan y Dani. ustedes me dicen tía, y recibo constantemente sus manifestaciones de alegría y amor.

María de Luz, tu eres mi mamá espiritual y me has apoyado incondicionalmente en todos los aspectos de mi vida .

Familia Rangel; Rúben y Paz, de una forma muy original recibo su apoyo, gracias. Rubén , Elias y Anita, ustedes me adoptado como su hermana.

Rebeca Flores Delgado. Tu eres ejemplo y apoya, eres como una madre para todos los estudiantes que hemos tenido la fortuna de conocerte.

Dr. Juan Felipe García, tu amistad y la de todos los miembros de tu familia me motivan a seguir adelante.

A mi Psicoanalista Juan Carlos Muñoz Bojalil.  
Usted me dijo Cristina usted puede ¿ Y quiere ?

## INDICE

### INTRODUCCIÓN.

<b>CAPITULO 1. TRASTORNOS ALIMENTARIOS</b>	<b>1</b>
1.1 OBESIDAD ..	8
1.2 TEORIAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS .	42
1.3 ESTUDIOS REALIZADOS EN MEXICO .	53
1.4 ANOREXIA NERVIOSA .	58
1.5 BULIMIA NERVIOSA .	80
<b>CAPITULO II ADOLESCENCIA</b>	
2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA .	90
2.2 ADOLESCENCIA INTERMEDIA ..	96
2.3 ADOLESCENCIA TARDIA .	97
<b>CAPITULO 3. IMAGEN CORPORAL</b>	
3.1 DEFINICIÓN .	104
3.2 ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL ..	109
3.3 SATISFACCION/INSATISFACCION . .	111
3.4 IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA .	113
3.5 IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA SOCIEDAD .	115
<b>CAPITULO 4. PLAN DE INVESTIGACION</b>	
4.1 PROPOSITO DEL ESTUDIO ..	122
4.2 OBJETIVOS .	122
4.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..	122
4.4 HIPOTESIS .	123
4.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES .	123
METODO .	135
4.7 PROCEDIMIENTO . .	136
<b>CAPITULO V. INSTRUMENTO</b>	<b>138</b>
5.1 APARATOS .	141
5.2 FORMA DE CALIFICACION . .	141

<b>CAPITULO VI. RESULTADOS</b>	
<b>6.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA . . . . .</b>	<b>145</b>
<b>6.2 DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO . . . . .</b>	<b>150</b>
<b>6.3 PRUEBA DE HIPOTESIS . . . . .</b>	<b>158</b>
<b>CAPITULO VII . DISCUSION Y CONCLUSIONES . . . . .</b>	<b>173</b>
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .. . . . .</b>	<b>183</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .</b>	<b>186</b>
<b>ANEXO . . . . .</b>	<b>194</b>

# Introducción.

La sociedad moderna plantea una homogeneización de los sujetos humanos; para tal propósito, los medios masivos de comunicación adquieren mayor importancia que nunca. Son los principales incitadores del consumo y las instancias encargadas de proponer modelos, a modo de "ideales" al conjunto de los integrantes de la sociedad.

Desde esta perspectiva la figura ideal, tanto para hombres como para mujeres, representa uno de los estándares más altos para lograr el éxito personal, social y amoroso. La preocupación por la figura se convierte así en una especie de "fantasma colectivo".

Sin embargo, es claro que todas las tentativas de uniformizar tienen el límite de lo "subjetivo", de lo personal, de lo íntimo de un sujeto. Si la sociedad fuera la influencia determinante, prácticamente nadie escaparía al mismo tipo de determinación y, en consecuencia, de comportamiento. No obstante, puede constatar, desde la Psicología, que existen condicionantes particulares para desarrollar una respuesta propia ante la influencia de lo social.

Es por ello que puede decirse que si bien los trastornos alimentarios, como la bulimia, la anorexia y la obesidad revisten hoy mayor importancia que en cualquier época de la historia humana, también es cierto, que su diagnóstico, prevención y tratamiento se hacen de manera individual y reconociendo los factores específicos que sirven como verdaderos causales ante las propuestas de la sociedad de consumo.

En nuestro caso, se plantea que existen varios problemas en la investigación de los trastornos alimentarios y se busca que la presente investigación contribuya en dos de ellos, a saber: la identificación de factores que permitan un enfoque propiamente preventivo y en segundo lugar, aportar datos concretos de la población mexicana, sobre todo, en aquellos sectores que pueden encontrarse en mayor situación de riesgo.

#### **PREVENCIÓN:**

Si bien nuestro estudio no pretende desembocar en una propuesta orientada específicamente a la prevención, estamos ciertos que demostrando la presencia de factores de riesgo específicos podemos contribuir a pensar de manera sistemática este problema.

De hecho, plantearse de manera adecuada un problema es ya contribuir de una manera muy importante para su solución. Así pues, generando



investigación empírica es posible diseñar estrategias dirigidas hacia la modificación de aspectos concretos de un problema.

#### ESTUDIOS EN MÉXICO:

En nuestro país las investigaciones sobre los trastornos alimentarios son de reciente apertura, principalmente se realizan en el Instituto de la Nutrición y en la Universidad Nacional Autónoma de México, destacándose los trabajos de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre, entre otros.

Siguiendo esta línea de investigación, nuestro estudio aporta información sobre una muestra de adolescentes mexicanos (una población de 140 sujetos), que nos proporciona un panorama del rango de afectación de conductas alimentarias de este sector.

#### PLAN DEL TRABAJO:

En el presente estudio, previo al abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria se desarrolló la investigación de la siguiente manera: En el capítulo 1, se muestra un panorama sobre los trastornos alimentarios, iniciando con la obesidad, terminando con la bulimia y haciendo revisión de la anorexia.

La obesidad representa un trastorno de fácil descripción: se presenta un exceso de tejido adiposo, indeseable, que deforma la figura y entorpece el movimiento. Se considera que se produce como resultado de un desequilibrio entre el consumo, el gasto y el almacenamiento de energía. Se presentan diversas teorías sobre el origen de la obesidad, entre ellas tenemos: el aspecto genético, el aspecto hormonal, el fisiológico, el problema de saciedad en relación al contenido gástrico, o bien la teoría de las relaciones de la línea de los neurotransmisores, de los factores metabólicos y finalmente, los factores emocionales o psicológicos.

El otro trastorno alimentario es la anorexia nerviosa, la cual, se caracteriza por tener una sintomatología específica, en la cual la persona se conduce tratando de mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos normales para una determinada talla y edad. El sujeto padece un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aún cuando, evidentemente se encuentre por debajo del peso considerado normal. En las mujeres, frecuentemente, se encuentra la alteración de la imagen corporal asociada con amenorrea.

El último de los trastornos de alimentación considerados lo constituye la bulimia. Existen reportes antiguos de conductas que pudieran ser consideradas como bulímicas; los egipcios pensaban que la comida era una de

las causas del enfermar y por ello intencionalmente se purgaban mensualmente, inclusive, entre los Romanos el vómito era bien visto.

La bulimia es reconocida como hambre excesiva, se realiza en períodos de atracones súbitos y desesperados, para que, posteriormente, la persona se viva culpable y realice una serie de expulsiones de comida a través de vómitos auto-inducidos, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos, tales como los supresores del apetito, extractos tiroideos y diuréticos. Todo ello por miedo a subir de peso.

En el capítulo II. Se aborda el tópico de la Adolescencia, el cual, es un término que deriva de latín "adolesceré" que significa adolecer o padecer. Y que, en ha sido caracterizado por la Psicología evolutiva como parte del crecimiento y maduración, como proceso o etapa natural de la vida.

Crecimiento y maduración ocurren en todos los terrenos: Fisiológico, Psicológico, Espiritual y Social. De ahí que algunos autores como Peter Blos, dividan a la adolescencia para su estudio en: Pre – Adolescencia, Adolescencia temprana, Adolescencia propiamente dicha, y Adolescencia tardía. De esta manera, caracterizando el periodo de la adolescencia como un continuo devenir de cambios y de identidad, en el cual, los valores, las normas y filosóficas de vida se encuentran fluctuando o siguiendo su proceso de

maduración. Así, resulta claro que los adolescentes constituyen una población de riesgo tanto por la propia dinámica de sus cambios, como por la preocupación inherente, en esta etapa, en torno a la imagen y al cuerpo. Por ello, pueden ser mayormente susceptible de influencias del ambiente, y a tomar como válidas e indiscutibles modas o valoraciones cuyo sustento parte de una inadecuada información sobre conductas alimentarias de riesgo.

En el capítulo III, se aborda el concepto de imagen corporal, la cual, permite plantear que la satisfacción o insatisfacción con la figura que se posee constituye, entre otras cosas, el resultado de una auto percepción subjetiva del propio cuerpo, y que tiene como sustento una estructura multidimensional.

La imagen corporal es el resultado de la intervención de diversos factores: tanto de una reflexión individual, como de una carga afectiva, de factores individuales, de roles de acuerdo al sexo del individuo, de valores culturales y del contexto Social en el que se desarrolla el individuo.

Desde esta perspectiva, es posible entender que palabra Yo no tiene sentido como una construcción individual cuando no hay un Tú. Así pues, solo es posible consolidar la imagen corporal de uno mismo a partir de la construcción simultánea de la imagen corporal de otras personas.

En el capítulo IV se plantea el propósito del estudio, sus objetivos, el planteamiento del problema, las Hipótesis, así como, la definición de variables. En el capítulo V se plantea el diseño de la investigación y la muestra.

En el capítulo VI se plantea el instrumento de medición utilizado, y que consiste en el " Cuestionario de Alimentación y Salud " diseñado y elaborado por la Dra. Gilda Gómez Pérez – Mitre. En el capítulo VII se presentan los resultados e interpretación del estudio. En el último capítulo, se presentan la discusión y conclusiones. Finalmente en el anexo se incluye el cuestionario tipo que fue aplicado.

## CAPITULO I.- TRASTORNOS ALIMENTARIOS

### 1.1.OBESIDAD

La gente, preocupada con el problema de encontrar suficiente alimento para mantenerse viva, no se preocupa mucho acerca de la proporción relativa de los diferentes componentes de su dieta, ni de las consecuencias que éstos puedan tener en la salud. Comen lo que pueden, lo cual muchas veces está determinado por el lugar donde viven, el clima, las variaciones estacionales y la geografía, entre otras cosas. (Mckeown, 1986).

Sin embargo, en las dos últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en un importante foco de interés; el cual ha surgido como una evidente necesidad de prevenir y dar respuesta terapéutica a una problemática que afecta a un importante sector de la población; sobre todo, si la obesidad está reconocida como uno de los trastornos de mayor prevalencia en la población general (Vallejo, 1991).

En términos generales, la alimentación debe cubrir los requisitos que resumen las leyes de la alimentación, a saber: 1) *Ley de la cantidad*, en ésta, la alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener su equilibrio; 2) *Ley de la calidad*, el régimen alimentario

debe ser completo en su composición, para ofrecer al organismo, que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran; 3) *Ley de la armonía*, las cantidades de los diversos principios que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre sí; y, 4) *Ley de la adecuación*, la finalidad de la alimentación está supeditada a su adecuación al organismo (Ramos, 1985).

No es posible hablar de un tipo básico de personalidad como característico de toda la población obesa. Sin embargo, a pesar de la ausencia de perfiles psicológicos y de la conducta, relacionados con el desarrollo de la obesidad, existe un subgrupo de sujetos obesos los cuales manifiestan patrones de sobrealimentación que tienen una base emocional. Al parecer, las tensiones de la vida precipitan esta conducta, que tiende a persistir hasta que se alivian dichas tensiones (Goldman, 1989). Además, es necesario diferenciar entre los factores psicológicos relacionados con el desarrollo de la obesidad y aquellos otros originados por la obesidad. Como ya se mencionó, en cada fase los factores fisiológicos y psicológicos interactúan y se influyen unos a otros (Rodin, 1983)

### **1.1.1 DEFINICIÓN**

La obesidad es, de entre todas las patologías, la más fácil de describir y reconocer. Es una enfermedad en la que el problema alimenticio se presenta

con mucha urgencia; es el tipo franco de la inadaptación al régimen alimenticio, un exceso de lo recibido, sobre los gastos de calorías; por tanto, todo exceso de alimento en cualquier forma se convierte en grasa y como tal se fija en el organismo.

Según Bourges (1986), la obesidad es un exceso de tejido adiposo, indeseable por cuanto se asocia con numerosos padecimientos y con mayor mortalidad, producto de un balance energético mayor que el óptimo, que a su vez puede provenir de muchas causas.

Las penalidades son duras, la gratificación tan limitada y el remedio tan simple, que la obesidad debería ser la aberración más sencilla de corregir. Con todo, es de las más recalcitrantes (Rodin, 1983).

Desde el punto de vista más sencillo, la obesidad puede definirse como un exceso de grasa corporal (tejido adiposo) (Rodin, 1983; Satans, 1983; Solá, 1987). La definición variará hasta cierto punto según los módulos culturales, dependiendo además de la raza, del fondo genético que determina el hábito corporal, y también de las estadísticas usadas para determinar el grado de exceso de peso (Watson y Lowry, 1980).



La obesidad es el resultado de un desequilibrio entre consumo, gasto y almacenamiento de energía. El término obesidad incluye gran variedad de padecimientos que no es posible separar y que hasta involucran múltiples factores (MC Laren, 1983).

El individuo puede hacerse obeso de varias formas, pero es evidente que el factor más importante es la ingestión diaria de una cantidad excesiva de alimentos ricos en calorías. Se ha observado que el trastorno aparece mucho más frecuente después de la edad media de la vida, debido a que el individuo disminuye su actividad, conservando la misma alimentación que cuando era joven o comiendo mucho más que él.

Existen varios tipos de obesidad: la **obesidad simple**, que es la más frecuente y se produce por el hábito de comer mucho o porque la dieta tiene exceso de hidratos de carbono y grasa; la **obesidad constitucional**, que estaría condicionada por trastornos metabólicos genéticos; y la **obesidad endocrina**, en donde el papel principal lo juega la glándula pituitaria en correlación con la tiroides, la suprarrenal y las gónadas (Sn Martín, 1984).

El estudio de la obesidad ha proporcionado información sobre los factores involucrados en la aparición y persistencia de ésta. El trastorno puede ser resultado de factores genéticos, lesión hipotalámica, desequilibrio

endocrino o metabólico, modificaciones nutricionales, inactividad física y perturbación emocional. De hecho, se ha demostrado que cada uno de estos factores puede causar la obesidad en el hombre. Desafortunadamente, en la mayoría de los pacientes obesos ninguno de éstos u otros factores pueden considerarse como la causa fundamental; quizá en 5% o menos de los casos se descubre una de esas causa específicas.

En el nivel más sencillo, la obesidad representa un trastorno del equilibrio de energía: la energía que ingresa al organismo bajo la forma de calorías de nutrimentos, excede a la que el cuerpo gasta para mantener las funciones vitales en estado de reposo (metabolismo basal), y para efectuar trabajo físico en el ambiente externo (actividad física). Cuando el ingreso de energía (calórico) es excesivo en relación con el gasto calórico, las calorías excedentes se acumulan en el principal órgano almacenador de energía en el cuerpo, el tejido adiposo, y como consecuencia aumentan las reservas de grasa y el peso corporal. La disminución del gasto de energía puede hacer persistir, y a veces producir, el estado de obesidad. En cualquier caso, en la gran mayoría de los obesos se desconocen los factores básicos causantes del trastorno de la regulación del ingreso y gasto de energía que conducen a un desequilibrio positivo de la misma y a la acumulación excesiva de calorías en forma de grasa en el tejido adiposo.

Se ignora si la frecuencia de las comidas tiene que ver con el incremento de la lipogénesis y el almacenamiento de calorías. Con todo, el aumento de síntesis y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, el incremento de peso y la obesidad resultantes, depende principalmente de la ingestión excesiva de calorías, a su vez, el exceso calórico depende del número total, no del tipo de calorías consumidas (es decir, carbohidratos, grasas, proteínas), en relación con las gastadas (Faloon, 1987).

El hecho concreto es que la persona obesa recibe más de los que su cuerpo necesita en alimentos y calorías. La opinión general es que la herencia tiene poca o ninguna intervención en el problema y que la tendencia familiar se debe a los hábitos de alimentación de grupo (Sn Martín, 1984).

### **1.1.2 DESARROLLO DE LA OBESIDAD**

La obesidad durante su desarrollo tiene comienzo en la infancia; y Bruch (1961), afirma que en este síndrome las alteraciones provienen de problemas en el aprendizaje temprano. Experiencias tempranas incorrectas y confusas pueden interferir con la capacidad de la persona para reconocer el hambre y la saciedad, y esas experiencias hacen difícil diferenciar el hambre de otras señales de malestar que no están relacionadas con la falta de comida o de la tensión emocional suscitada por una diversidad de conflictos y problemas.

Tales personas tienen dificultad en identificar no sólo el hambre, sino también otras sensaciones corporales.

La obesidad puede ser favorecida ya en la transición entre lactancia y la primera infancia, por hábitos alimenticios erróneos (alimentos muy ricos en carbohidratos), así como por el comportamiento de madres demasiado timoratas o con una hostilidad latente frente a su hijo, que a menudo malinterpreta como hambre, la exteriorización de las ansiedades de la criatura y las suyas propias (Bauer et al., 1985).

Knittle (1975), ha demostrado que el desarrollo crítico del tejido adiposo suceden en alguna parte entre el nacimiento y la edad de dos años en los niños obesos y que ésta época tiene importantes consecuencias para el futuro desarrollo del depósito de grasa adulto. A la edad de dos años, los niños obesos tienen más y mayores células de grasa que los niños normales. A partir de esta edad hay una rápida proliferación de células sin que se hagan más grandes, que continúa hasta aproximadamente, la edad de 12 a 16 años en la gente obesa. Los sujetos normales no tiene incrementos significativos en el total de grasa, hasta la edad de los 10 años, el periodo adolescente. Después de los dos años de edad, la pérdida de peso en los niños obesos, no altera el número de células adiposas. La disminución de la grasa corporal se acompaña, tan sólo de una reducción del tamaño de la célula adiposa, sin que

sean cambios significativos en el número celular. Así, incluso en los niños, una vez que se obtiene un número dado de células adiposas, no puede disminuirse mediante un régimen dietético (Rodin, 1983).

Aunque es escasa la información referente a la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la lactancia, la niñez y la adolescencia, varios estudios han indicado que los lactantes obesos y niños con obesidad intensa, tienen mal pronóstico y probablemente sean adultos gordos, está todavía por aclararse el grado en que este antecedente es importante para la obesidad del adulto (Salans, 1983).

### **1.1.3 TEORIAS SOBRE LA OBESIDAD**

#### ***1.1.3.1 Factores genéticos:***

La grasa puede ser almacenada en el cuerpo por alguno de los siguientes modos: el tamaño de las células del tejido adiposo preexistente pueden incrementarse; el número de los adipositos puede aumentarse, o ambos pueden suceder a la vez. La obesidad seguramente tiene alguna contribución genética. Aunque no se hereda, el armazón corporal parece estar ligado genéticamente; pero puede que exista una predisposición genética a

formar tejido adiposo o, a ser más alertado por los estímulos externos (Rodin, 1983).

El tejido adiposo, al igual que cualquier otro tejido, crece mediante el aumento en el número y tamaño de las células. En etapa fetal y poco antes del parto, el crecimiento del tejido adiposo se lleva a cabo mediante ambos procesos, pero en etapas siguientes depende únicamente del aumento en el tamaño de los adipositos. En este sentido, las células grasas son células intermedias entre las neuronas, que no se reproducen ni generan después de las primeras etapas de nacimiento (Mc Laren, 1983).

Las células grasas de los adultos con obesidad de iniciación juvenil pueden ser aproximadamente del mismo tamaño que las de las personas de peso normal, pero tiende a haber en ellos hasta cinco veces más. Las personas que tienen obesidad de iniciación en la edad adulta pueden tener un número normal de células grasas de tamaño mayor que el normal. Como una vez formadas las células grasa no desaparecen, de su número puede depender el límite inferior del peso de las personas que, por dieta, han tratado de reducir el tamaño de sus células a lo normal; es decir, la reducción de peso se acompaña de una alteración en el tamaño de la célula adiposa sin ningún efecto apreciable en el número de células (Goldman, 1989).

En diversos estudios (Mc Laren, 1983), se ha demostrado, que la constitución corporal (somatotipo) se hereda, y que de los tres somatotipos principales, el ectomórfico (alto y delgado), el mesomórfico (altura promedio y musculoso) y el endomórfico (bajo y gordo), este último es el que manifiesta mayor tendencia a la obesidad.

Sin embargo, ha sido difícil establecer la participación genética definida en esta relación, debido a la incapacidad de distinguir los efectos de factores hereditarios, de los ambientales. Aunque se ha informado que mientras la descendencia de una pareja de peso normal tiene sólo 10% de probabilidades de padecer obesidad, y que la cifra aumenta 50 y 80% respectivamente, cuando uno o ambos progenitores son obesos; la interpretación que se ha dado a estas observaciones ha sido que los modelos de comportamiento de los padres y los semejantes, son quizá tan importantes como los factores hereditarios, o incluso más (Faloon, 1987).

#### ***1.1.3.2. Factores del Sistema Nervioso Central:***

Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer, se localizan en el Sistema Nervioso Central; se sabe que dicho sistema desempeña un papel clave en la regulación del metabolismo energético mediante su influjo sobre secreción y efecto de hormonas.

El hipotálamo es el más ampliamente estudiado y mejor conocido de los componentes del Sistema Nervioso Central que regulan la ingesta de alimentos. Desde mucho tiempo, se sabe que el daño hipotalámico puede acompañarse de obesidad (Faloon, 1987).

Al parecer, son dos áreas hipotalámicas las que intervienen en la ingestión de alimentos: una región próxima al hipotálamo ventromedial (HVM) influye en la saciedad, al señalar que se ha comido lo suficiente. La destrucción de esta región conduce a una obesidad desmedida (Anand, 1961; Brobeck, 1946; Brooks, Lockwood y Wiggins, 1946; Hetherington y Rason, 1940; cit. Rodin, 1983). Una región lateral menos precisada, el hipotálamo lateral (HL), es responsable de integrar la conducta de demanda de alimento. Su destrucción, conduce a una pérdida del apetito. Sin embargo, más que haber dos centros anatómicos distintos que regulan la alimentación, la reciente evidencia neuroquímica ha sugerido que las vías monoaminérgicas que circulan a través de estas regiones y de otras extrahipotalámicas, también cumplen un papel crucial en la ingestión de comida.

¿Cuál es la naturaleza de la información relevante para la alimentación usada por las regiones cerebrales para iniciar y terminar de comer?. En primer lugar, los componentes de la dieta ingerida pueden influir en la alimentación mediante el cambio de los valores en los que ciertos neurotransmisores que,



por ahora, parecen ser más dependientes de la comida, son la acetilcolina y la serotonina. Por ejemplo: el consumo de una simple comida que contenga carbohidratos, pero a la que le falten proteínas, acelera marcadamente la síntesis de serotonina (Fernstrom y Wurtman 1974). Estos cambios en los neurotransmisores provocados por la dieta podrían proporcionar vías por las cuales el cerebro podría asociar las estrategias de alimentación con el cerebro nutritivo.

En segundo lugar, se ha demostrado, a través de los estudios electrofisiológicos de Rolls, Burton y Mora (1975), que estímulos sensoriales tales como el gusto y el aspecto de la comida, pueden ser directamente respondientes ante estímulos sensoriales relevantes para la comida.

En tercer lugar, el cerebro es sensible a la estimulación química. Anad, Sharma y Dua (1964), y Oomura (1975; cit. Rodin, 1983), han informado de la existencia de neuronas glucosensibles en el HVM y el HL. Sin embargo, el papel funcional de estas neuronas glucosensibles en la conducta alimenticia no ha sido bien definida. En una situación comparable, está el papel que pueda jugar la temperatura corporal (Brobeck, 1974). Aunque hay termorreceptores en el hipotálamo, no está claro si los cambios en la temperatura cerebral, antes y durante la comida, están correlacionados con la ingestión de comida.

En cuarto lugar, según Kenedy (1953), el cerebro puede recibir información sobre las reservas del tejido adiposo directamente por el feedback neural o químico de los depósitos de grasa o, indirectamente a través de la influencia de las reservas de grasa sobre los fenómenos metabólicos.

En quinto lugar se encuentra la teoría que intenta explicar la periodicidad del ciclo hambre-saciedad, atribuyéndola al contenido gástrico (Cannon y Washburn, 1912), y a la proporción de glucosa en la sangre (Mayer, 1955). Por otro lado, una propuesta no menos importante es la que plantea que la serotonina puede estar implicada en el control de la ingesta de alimento y en la expresión del apetito. Las investigaciones que plantean esto, destacan que las manipulaciones experimentales del metabolismo serotoninérgico, producen efectos marcados sobre el consumo y otros aspectos de la conducta de alimentación (Mancilla y Pérez, 1992).

Algunos autores como Leibowitz y Shor-Posner (1986), sugiere que la noradrenalina monitorea a los carbohidratos y proteínas en el hipotálamo medio, y que posiblemente las catecolaminas en el hipotálamo lateral puedan estar involucradas en la regulación y respuesta de energía y niveles de carbohidratos.

Por último, Wurtman y Wurtman (1977, 1979), a raíz de algunos experimentos, han planteado que las neuronas serotoninérgicas del cerebro pueden discriminar entre diferentes efectos metabólicos de la dieta. Así, cuando se ingiere una comida rica en carbohidratos, los niveles de aminoácido esencial, triptófano y del neurotransmisor cerebral, serotonina, aumenta (Fernstrom y Wurtman, 1973). Al parecer, a consecuencia de estos aumentos, el animal deja de comer carbohidratos. Por lo tanto, suponen que la ingesta voluntaria de carbohidratos está regulada por un mecanismo neuroquímico de naturaleza serotoninérgica.

Estas respuestas de compensación sugieren la existencia de mecanismos fisiológicos reguladores de la ingestión de nutrimentos para obtener un estado de homeostasis.

Como la función principal del mecanismo que controla la ingestión de alimento consiste en regular las reservas de energía del organismo, y dado que el principal órgano almacenador de energía es el tejido adiposo, no debe sorprender que este último haya sido considerado como parte importante del mecanismo de control a largo plazo para conservar el equilibrio de energía. De hecho, se ha pensado que el sistema regulador central modula el tejido adiposo, pero que a su vez es regulado por este (Faloon, 1987).

### **1.1.3.3 Factores endocrinos:**

Una explicación posible de algunas formas de obesidad se encuentra en cierto desequilibrio hormonal primario que, al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos, da por resultado el equilibrio energético positivo con el consiguiente almacenamiento excesivo de calorías en el tejido adiposo.

La secreción de la hormona del crecimiento en respuesta a glucosa y arginina, está notablemente disminuida en los pacientes obesos; pero la reducción de peso se acompaña de la normalización de secreción y de contracción plasmática de la hormona, lo cual indica que esta anomalía es consecuencia más que causa de la obesidad (Faloon, 1987).

Ninguna glándula endocrina se ha relacionado tanto con la obesidad como la tiroides. Es rara la persona gorda a la que no se le haya administrado extracto tiroideo alguna vez en su vida. Sin embargo, repetidos estudios han demostrado anomalías de la secreción de tiroxina o algún órgano afectado universalmente en la gente gorda; siendo más importantes las secreciones endocrinas pancreáticas. Así mismo, numerosos informes dan fe de los altos niveles de insulina en el plasma de los obesos, demostrando que estos están asociados con una alta ingesta.

Aunque numerosas alteraciones endocrinas y metabólicas se han apreciado en las personas obesas, no estaba claro si cualquiera de las desviaciones pudieran ser anormalidades primarias que promoviesen o perturbasen el estado obeso, o si eran cambios secundarios que sucedían asociados con factores tales como el aumento de tamaño de los adipositos, la ingesta incrementada de calorías, la composición de la dieta, el nivel de actividad física u otros factores comúnmente asociados con el estado obeso (Rodín, 1983).

#### **1.4.5. Factores metabólicos.**

Es plausible proponer que la obesidad pudiera reflejar una incapacidad para quemar la grasa. La capacidad podría ser resultado bien de un fallo en la transferencia o movilización de la grasa de sus depósitos o, bien, de un fallo en el órgano destinado a quemar grasa para producir energía. Numerosas investigaciones (Newburg, 1944), han demostrado que cuando las personas obesas están muy hambrientas, su nivel de ácidos grasos libres en el plasma no aparecen súbitamente como ocurre con los individuos delgados. Estas observaciones parecen indicar que la gente obesa tiene una capacidad disminuida para movilizar sus depósitos de grasa.

Una anomalía metabólica básica podría servir para incrementar el almacenamiento calórico del tejido adiposo y producir obesidad por varios

caminos: 1) desviación preferente de la energía de los nutrimentos hacia vías productoras de lípidos y aumento consiguiente de síntesis y almacenamiento de triglicéridos; 2) aumento de la eficiencia para extraer energía de los nutrimentos y almacenar las calorías adicionales en forma de triglicérido en el tejido adiposo; 3) mayor eficiencia para efectuar el trabajo fisiológico y físico, lo cual da por resultado una situación en que se requieren menos calorías y la energía extra se convierte en triglicéridos y se almacena en el tejido graso y, 4) inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

No hay duda de que existen diferencias metabólicas entre las personas obesas y las que no lo son, pero se desconoce su importancia etiológica. Sin embargo, todas las diferencias identificadas representan adaptaciones metabólicas secundarias a la obesidad más que causas fundamentales de ésta (Faloon, 1987).

#### **1.1.3.4 Factores nutricionales.**

Probablemente la gran mayoría de las personas se vuelven obesas porque comen de más; sin duda, una vez que la obesidad aparece, otros factores como inactividad física y adaptaciones metabólicas y hormonales pueden contribuir a que persistan y se agrave; pero sólo en raras ocasiones dichos factores son la causa fundamental del problema. La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero por lo que respecta a la

obesidad, su presentación, al principio de la misma puede tener particular importancia.

La nutrición del lactante puede desempeñar un papel aún más importante en la aparición ulterior de la obesidad. Se ha propuesto que en el ser humano existe una relación causal entre experiencias nutricionales tempranas y obesidad del adulto (Faloon, 1987).

Como las madres pueden medir la cantidad de fórmula para alimentar a un niño, tienden a obligarlo a terminar hasta la última gota del biberón; además la introducción temprana de alimentos sólidos, que añade una gran cantidad de calorías a la dieta tiene un efecto similar al de la fórmulas alimenticias.

Mientras que la obesidad se observa con menor frecuencia en los niños con lactancia materna, es importante darse cuenta que la etiología es multifactorial, y que incluso los niños alimentados con leche materna necesitan observarse para detectar la aparición de obesidad temprana. Si el niño es amamantado sube de peso en forma rápida, los padres deben recordar que el llanto no es sinónimo de hambre, y que pueden utilizarse otras técnicas de consuelo que no sea el amamantamiento (Lacerva, 1983).

Se ha postulado que la prevención de la obesidad requiere modificar drásticamente los hábitos alimenticios durante las etapas más tempranas de la vida. Pero antes de poner en práctica modificaciones considerables en la alimentación infantil, sería deseable contar con mayor información, procedente de investigaciones cuidadosamente planeadas y con sujetos testigos, a fin de determinar si el ambiente nutricional temprano puede contribuir en la aparición de la obesidad, y en qué grado lo hace. Evidentemente, las experiencias nutricionales tempranas no ofrecen la explicación total de la obesidad en la etapa adulta; muchos individuos empiezan a comer de más y se vuelven obesos sólo al llegar a adultos. Se ignora si la frecuencia de las comidas tiene que ver con el incremento de la lipogénesis y almacenamiento de calorías. Con todo, el aumento de síntesis y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, el incremento de peso y la obesidad resultantes, depende principalmente de la ingestión excesiva de calorías, a su vez, el exceso calórico depende del número total, no del tipo, de calorías consumidas (es decir, carbohidratos, grasas, proteínas) en relación con las gastadas (Faloon, 1987),

La ingesta de alimento está influida directamente por una diversidad de cambios cualitativos y cuantitativos en la composición de la dieta. Entre estos hay cambios en la densidad calórica de la dieta, cambios en la presión osmótica ejercida por los componentes de la dieta, y cambios en las proporciones de los nutrientes principales de la dieta. Los déficits de los



elementos esenciales, los excesos de algunos nutrientes y la presencia de sustancias tóxicas o desagradables en la dieta, también influyen en la ingesta de comida (Rodin, 1983).

#### **1.1.3.5 Factores psicológicos.**

Esta claro que al comportamiento alimentario de las personas, lo afecta una amplia variedad de factores que no son fisiológicos ni nutricionales. Una de las explicaciones más antiguas y populares de la obesidad es que ciertos factores psicológicos causan sobrealimentación y obesidad. Tales factores psicológicos pueden ser de origen emocional, perceptivo y social (Faloon, 1987).

La opinión de que la obesidad se relaciona con factores psicológicos y sociales no es, de aparición reciente. La postura actual de aquellos que sostienen la importancia de los factores emocionales en la etiología de la obesidad ha sido recogida últimamente por Kiell (1973):

“La obesidad puede ser definida; como la persistencia de comer en exceso con lo cual es más la cantidad de energía que ingresa al organismo por dicho hábito que la cantidad de energía que sale o se gasta al realizar las actividades de la vida cotidiana. Por lo tanto una persona que ingiere más de lo que gasta automáticamente toda esa energía se convertirá en grasa que se

almacena en alguna región del cuerpo con lo cual se forma la figura y se entorpecen los movimientos".

Se han hecho varios intentos para categorizar los tipos específicos de alteraciones emocionales relacionadas con el comer en exceso y con la obesidad. Hay gente que come en exceso como respuesta a tensiones emocionales que son esencialmente inespecíficas - cuando están solos, ansiosos o deprimidos -. Otro grupo come en exceso durante estados crónicos de tensión y frustración, usando la comida como una gratificación substitutiva. Estas personas viven en condiciones desagradables o intolerables que persisten durante un largo periodo de tiempo. Para un tercer grupo, el comer en exceso es síntoma de una enfermedad emocional subyacente, en su mayoría depresiones. Para un cuarto grupo, el comer en exceso adquiere proporciones de una adicción y se caracteriza por una demanda compulsiva e intensa de comida, que no parece relacionada con sucesos o con trastornos emocionales.

Las perturbaciones emocionales a menudo precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad. En individuos obesos se han observado casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidas ansiedad, culpa, frustración, aburrimiento, depresión y sentimientos de rechazo y vulnerabilidad, para mencionar algunos. Sin embargo, no se ha atribuido a la

obesidad ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico característico, y sólo en raras ocasiones se ha comprobado que un factor específico es la causa. Pese a todo, los factores emocionales pueden contribuir a la aparición y sostenimiento de la obesidad (Faloon, 1987).

Los factores psicológicos de la obesidad han sido muy bien analizados por Bruch, Gordon y Mayer (cit. Watson y Lowry, 1980). Muchos de estos muchachos y muchachas tienen sentimientos de inferioridad o bien, están sobreprotegidos por sus padres. Algunos han manifestado otros problemas de personalidad, tales como dificultades sociales y escolares. Comen en exceso porque les da una sensación de placer y satisfacción, difícil de obtener de otra manera. Con frecuencia la madre de estos niños los han rechazado; pero consideran un deber cumplido el haberlos alimentado bien. Esta manera de sustituir el amor maternal con alimentos puede iniciarse en la infancia, o bien, comenzar de los 3 a los 4 años de edad, en respuesta a los frecuentes "problemas alimenticios" de esas fechas.

En estas condiciones, se supone que el comer adquiere un valor simbólico antes que satisfacer las necesidades de nutrición. Aún así, debe señalarse que los individuos de peso normal pueden padecer los mismos desarreglos psicológicos y a menudo usan la comida para satisfacer necesidades distintas de las nutricionales, y pese a ello no se vuelven obesos.

Esto hace pensar que las influencias psicológicas pueden ser factores coadyuvantes más que primarios en la aparición de la obesidad.

También se ha involucrado a factores perceptivos en el desarrollo y génesis de la obesidad. Los sujetos obesos pueden tener mayor capacidad de respuesta y reacción a estímulos o indicios del ambiente externo relacionados con la comida (aspecto, forma y olor de los alimentos, ambiente social, hora del día, etc.), que los no obesos, y menor capacidad de percibir o responder a los mecanismos fisiológicos internos normales que regulan la ingestión (Faloon, 1987).

Las señales alimentarias ambientales también controlan la ingesta de alimento. Todo el mundo responde a la señal de comida bien preparada, los aromas fragantes y los deliciosos sabores; pero mientras todos ocasionalmente se come en exceso ante la presencia de estímulos externos culinarios tentadores, parece que muchos obesos responden de un modo más alto y algunas veces de manera incontrolada a los estímulos externos. Esto ha conducido a pensar que los obesos ignoran las señales internas regulatorias en mayor medida que las personas de peso normal. Debido a que la gente obesa responde con mayor frecuencia a los estímulos externos, su comida puede ser iniciada de un modo primario en respuesta a factores externos a sus propios

cuerpos. De hecho, puede que esto no tenga importancia, siempre y cuando estén fisiológicamente hambrientos (Rodin, 1983).

Al parecer, las condiciones en las que se ingieren alimentos tiene mucho que ver con el comportamiento alimentario de los obesos, pero no así con la actitud de individuos normales. Cuando la comida es poco apetitosa y el ambiente no es sugestivo, el obeso come muy poco, mientras que el comportamiento de sujetos normales está directamente relacionado con su estado físico y con el hecho de estar o no hambriento, al que poco afectan las condiciones externas (Mc Laren, 1983).

Se argumenta que esa respuesta exagerada a estímulos externos fisiológicos, la llamada "externalidad" de estos individuos les produce obesidad. Sin embargo, se ha puesto en duda el concepto de que el comportamiento alimentario regido por estímulos externos es un determinante primario de obesidad.

No debe sorprender que las personas obesas sufran frecuentemente trastornos psicológicos; puede ser enorme la carga emocional que representa el ser obeso en una sociedad que ve con buenos ojos a las personas delgadas, pero estigmatiza y discrimina a las gordas (Faloon, 1987).

Bruch (1980), estima que la obesidad de la edad madura se desarrolla como una respuesta al estrés psicológico; mientras que Crisp (1970) y Mayer (1968), piensan que la obesidad proviene del comer como una respuesta de compensación de la frustración y la tensión. Las evaluaciones psicológicas, a menudo indican que los obesos obtienen puntajes más altos en las medidas de ansiedad y emocionabilidad que la gente de peso normal. Burdon y Paul (1951) reiteraron que la gente obesa no es , necesariamente, ni ansiosa ni deprimida, por cuanto el comer tiende a aliviar los sentimientos de ansiedad o depresión antes de que puedan llegar a desorganizarse. Por consiguiente, el comer es apreciado como una conducta defensiva que ayuda a protegerse de estados parcialmente depresivos.

Los efectos psicológicos de la obesidad son tan incapacitantes como los de cualquier efecto fisiológico, ya que a menudo son la causa principal de la infelicidad de una persona obesa. Los sentimientos oscilan desde sentimientos de inferioridad, a serias incapacidades que devienen cuando la obesidad actúa como una barrera para la actividad social y sexualmente normales (Rodin, 1983).

#### **1.1.3.6 Actividad física.**

La inactividad física puede desempeñar un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. El desgaste de energías consume

calorías, bien de la comida ingerida o bien de los depósitos corporales. En las sociedades modernas opulentas, los mecanismos para ahorrar fuerzas reducen el gasto de energía y puede que aumente la tendencia a la acumulación calórica. Aunque las personas obesas sean, aparentemente, menos activas que la gente normal, no se conoce el grado en el que la inactividad tiene importancia en la etiología de la obesidad humana (Rodin, 1983).

No obstante, el que se haya demostrado una relación entre actividad física disminuida y obesidad no prueba que la inactividad sea la causa de ésta. Es posible que más que factor causal primario, la inactividad física sea consecuencia de la obesidad. De hecho, ésta limita la actividad física espontánea. El volverse obeso requiere ingerir calorías en exceso, es decir, comer de más; pero una vez que la obesidad se establece y ocurre adaptación a la actividad física disminuida, la inactividad puede contribuir a prolongar y agravar el padecimiento (Faloon, 1987).

#### **1.1.4 PREVALENCIA.**

A medida que la vida del hombre se ha prolongado, la obesidad se ha convertido en un problema más urgente. Los riesgos de la obesidad son muchos: una persona de 45 años con 20% de sobrepeso, aumenta su posibilidad de morir 30%; la misma persona, con 40% de sobrepeso, aumenta su riesgo a 80%.

Se sabe que el índice de mortalidad es mayor en las personas, sobre todo varones, que alcanzan un grado muy elevado de obesidad. En un informe se señaló que la mortalidad se duplica por doce en los sujetos de 25 a 34 años con un promedio de peso de 143.4 Kg; mientras que en el grupo de edad de 35 a 44 años. La mortalidad es seis veces mayor (Faloon, 1987; Sn Martín, 1984; Turner, 1971).

Los datos aportados por investigaciones epidemiológicas indican que la prevalencia de la obesidad humana tiende a ser mayor en mujeres que en varones; sobre todo, si se toma en cuenta que las primeras tienen el doble de grasa que los varones (Leiva y Webb, 1988; Mc Laren, 1983; Salans, 1983). En la medida que se encargan de la comida familiar y de la alimentación de los niños, se ven constantemente estimuladas a sobrealimentarse. Muchas mujeres atribuyen el principio de su obesidad a sus embarazos. Aquellas



mujeres que eran obesas antes de embarazarse, ganan aún más peso durante este periodo (Mc Laren, 1983).

La frecuencia de la obesidad llega a su máximo en la quinta década de la vida en los hombres y a la sexta en mujeres, siendo más común en las mujeres (Golman, 1989).

Además, no prevalece igualmente en todos los sectores de la sociedad. Ciertos estudios (Moore, Stunkard y Srole, 1962; Srole y col., 1962), han mostrado que la obesidad es siete veces más frecuente en el grupo socioeconómico más bajo que en el más alto, y la diferencia es, particularmente, marcada entre todas las mujeres. Las variaciones en la prevalencia de la obesidad entre diferentes clases sociales, reflejan actitudes sociales generales y un alto valor calórico de la comida, más que alteraciones metabólicas individuales o trastornos psicológicos.

Individuos de clases económicamente desprotegidos en países desarrollados, son particularmente susceptibles a la obesidad, mientras que en países en desarrollo, los individuos de clases dominantes son los que tienden al sobrepeso y padecen enfermedades degenerativas. También se ha observado que los hábitos en la frecuencia y abundancia de comidas, juegan un papel muy importante en relación con la obesidad. El consumo irregular de

grandes cantidades de alimentos contribuye mucho más a la obesidad que el comer con frecuencia entre comidas (Mc Laren, 1983). Las diferencias en las pautas de distribución de la obesidad, también revelan el punto de que la obesidad dista de ser homogénea; por el contrario, es una manifestación de varias anomalías. Estas pueden ser categorizadas como ambientales, psicodinámicas y fisiológicas (que incluyen metabólicas, neuronales y genéticas). Como una complicación añadida, estas anomalías frecuentemente interactúan (Rodin, 1983).

En 1982, Chávez planteó que en un futuro, una parte de la población mexicana, tendrá una disponibilidad alimentaria de 4500 calorías diarias por persona; esto quiere decir que, entre todos los problemas de salud, la población tendrá un 30% de obesidad en mayores de 25 años. Por tanto, es necesario continuar con la investigación de las tendencias y los mecanismos que estén involucrados.

### **1.1.5 NUTRICIÓN Y PESO EN EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES.**

Durante el periodo de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender a los requerimientos corporales.

Como consecuencia de ello, desarrollan un apetito voraz. El estómago incrementa su capacidad de digerir las mayores cantidades de alimento. El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25% en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años. Como resultado, para el adolescente resulta casi imposible obtener comida suficiente (Rice, 1997).

#### **1.1.5.1 Importancia de la nutrición**

El mantenimiento de la salud depende en parte de los hábitos alimentarios apropiados (Carruth y Golberg, 1990; citados por Rice, 1997). De la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, fuerza y bienestar físicos máximos. Los nervios, huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento requieren alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo.

Las deficiencia nutricionales están relacionadas con la inestabilidad emocional, tensión premenstrual (en las mujeres), menor resistencia a infecciones, reducción en las estaminas y retardo físico y mental.

### **1.1.5.2 Deficiencias**

Muchos adolescentes tienen dietas inadecuadas (U.S. Department of Agriculture and of Health and Human Services, 1985; citado por Rice, 1997).

Las principales deficiencias son las siguientes:

Insuficiencia de tiamina y riboflavina.

Insuficiencia vitamínica (especialmente de las vitaminas A y C), causadas sobre todo por falta de vegetales y frutas frescas en la dieta.

Insuficiencia de calcio, causada principalmente por un consumo inadecuado de leche.

Insuficiencia de hierro, en especial en las mujeres.

Insuficiencia de proteína, por lo general solo en mujeres.

### **1.1.5.3 Sobre peso y bajo peso**

Una vez terminado el crecimiento en la estatura de las adolescentes sobreviene un nuevo aumento de peso. El depósito de grasa en el cuerpo puede generar ansiedad, provocando la restricción en la alimentación y en algunos casos extremos anorexia o bulimia.

Los adolescentes suelen preocuparse por el exceso de peso (Cook, Reiley, Stallsmith y Garretson, 1991; citados por Rice, 1997). Del 10 al 15% de todos los adolescentes son obesos (es decir tienen un sobrepeso de por lo menos 20% o más), y es más común la obesidad en las chicas que en los muchachos (U.S. Department of Commerce, 1987; citado por Rice, 1997). El exceso de peso afecta el ajuste emocional de los adolescentes, el desarrollo de la identidad del yo, la autoestima y las relaciones sociales. Influye mucho en la tendencia de los adolescentes a experimentar sentimientos negativos acerca de sus cuerpos, lo que es especialmente cierto en el caso de las evaluaciones que las mujeres hacen de sí mismas (Andersen y LeGrand, 1991; citados por Rice, 1997).

El tener sobrepeso también se asocia con la maduración temprana y afecta de manera global las autoevaluaciones de las adolescentes volviéndose éstas negativas (Alasker, 1992; citado por Rice, 1997). También supone un riesgo para la salud futura, ya que la obesidad está relacionada con desórdenes ginecológicos, enfermedades de las articulaciones, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Shestowsky, 1983; Stein, 1987; citados por Rice, 1997).

Por otro lado, los adolescentes cuyo peso es inferior a lo normal se encuentra en la situación opuesta; están quemando más calorías de las que

consumen. Especialmente a los varones les preocupa ser demasiados flacos o "no tener buena figura". En un estudio de 568 adolescentes varones, más de la mitad reportó sentir insatisfacción con su cuerpo, y 71% que comía para subir de peso (Fleischer y Read, 1982; citados por Rice, 1997). Los adolescentes con peso inferior a lo normal necesitan incrementar su consumo de comidas grasa y superar un mal apetito; también pueden conservar energía pasando más horas en la cama y omitiendo el ejercicio extenuante.

En un estudio realizado por Smolak, Levin y Gralen (1993) en adolescentes, acerca del impacto de la pubertad y los problemas alimentarios, encontraron que las chicas del 6º grado que tenían ya la experiencia de una menarca no mostraron un alto nivel de insatisfacción corporal así como la no realización de dietas; en comparación con las jóvenes que aún no habían presentado la menarquía las cuales tenían un alto nivel de insatisfacción y una mayor realización de dietas.

En el Distrito Federal; Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa b), estudiaron una muestra de 487 niños que cursaban el quinto y sexto grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas, en sus resultados encontraron que un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con el fin de subirlo, los porcentajes se

comportaron de manera similar en ambos sexos. Mojica y Sánchez (1998), reportaron que las adolescentes entre 14 y 12 años realizaban dieta.

En otro estudio se encontró que las adolescentes sin vida sexual activa presentaron un mayor porcentaje (48%) en la conducta de comer poco, en relación a las que presentan vida sexual activa las cuales comen en desproporción, es decir, hasta que les duele el estómago (Navarro, 1998).

Huenemann y col., (1965; citados por Wilson, Fischer y Fuqua, 1978), al investigar 1000 adolescentes de nivel secundaria, encontraron que la mayoría estaba descontenta con sus proporciones. Las muchachas deseaban pesar menos; el 30% seguían dietas reductoras, aunque sólo el 15% fueron obesas.

Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa a) en un estudio donde exploraron la relación entre la conducta alimentaria y obesidad, compararon estas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal. Trabajaron con muestras no probabilísticas (N=222). Y los resultados más importantes que encontraron fueron: a) en las mujeres una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; b) entre los hombres un factor compuesto por variables

compensatorias y c) un factor común a hombres y mujeres que involucran variables que miden la preocupación por el peso y por la comida.

Hoy en día, la salud de los adolescentes presenta signos visibles de deterioro, sobre todo en lo referente a hábitos alimentarios.

## **1.2 TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.**

Dentro del campo de estudio de los trastornos alimentarios ha cobrado gran importancia el enfoque sistémico, así se ve que trabajos como el de Pike y Rodin (1991; citados por Alvarez, Vázquez, Mancilla, López y Eguiluz, 1996), en el que se relaciona a la bulimia con un sistema familiar más conflictivo, desorganizado, crítico o amurallado, que el de las familias normo-peso; también en este sentido han sido caracterizadas la anorexia y la obesidad familiar (Onnis, 1990).

Onnis (1990) reporta algunos casos en que el problema de la obesidad está sostenido por una dinámica familiar disfuncional, donde el paciente obeso sirve de mediador entre los padres, los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, el cual adquiere una función específica, comunicativa y racional en el interior de la familia.



Para la teoría sistémica, que en su forma aplicada se conoce como terapia familiar, el paciente se considera como el portavoz que expresa el malestar de toda su familia, esta perspectiva, además de hablar de una técnica de intervención terapéutica diferente, también habla de otro modo de concebir al hombre, retomando las relaciones familiares como confirmadoras de la condición psicológica de un individuo, yendo más allá de las relaciones causales que involucran únicamente la relación organismo medio ambiente.

Para analizar la relación que existe entre el comportamiento individual y el grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

De tal manera, que cuando la familia es estudiada bajo el enfoque estructural sistémico, se descubre que ésta se comporta a partir de reglas propias y singulares, que conforman su mundo subyacente, conformado por patrones de interacción que constituyen sus mitos, redes de comunicación, alianzas, amores u odios secretos (Vázquez y Alvarez, 1994). Lo anterior permitió que algunos patrones de comportamiento individual considerados incoherentes o sin sentido hasta entonces, al trasladarlos al contexto familiar pudieran ser interpretados dentro de una lógica distinta, que se acopla y corresponde a este sistema en particular.

Los trabajos clínicos y de investigación de Minuchin y Fishman (1990) demuestran que el síntoma psicossomático se hace decodificable si se tiene la posibilidad de observarlo en el contexto en que aparece.

### **1.2.1 TEORÍA DE LA PATOLOGÍA FAMILIAR**

Minuchin y col. (1974) escribieron extensamente sobre la familia psicossomática. Ellos se interesaron por un sistema o modelo abierto que explicara la enfermedad psicossomática, incluyendo la anorexia nerviosa. Este sistema incluyó partes como estrés extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar, la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático. El sistema podía ser activado en cualquier punto y las partes podía afectar a cualquier otra. No obstante, estos autores mostraron casi exclusivamente la patología familiar en este sistema y declararon que: en los cambios de interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicossomática. Minuchin y otros (1978; citados por Rivera, 1997) sugieren las siguientes hipótesis:

Ciertas características están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del síntoma psicossomático en los nidos.

Los síntomas psicossomáticos de los hijos juegan un papel importante, el mantenimiento de la homeostasis familiar.

El síntoma es una solución protectora, en diversas ocasiones se recurre al médico general, nutriólogo, gastroenterólogo, endocrinólogo, terapeuta, etc. Con el motivo de llevar a un hijo con trastornos de la alimentación, en este caso obesidad, en donde se muestra que el problema que existe en la familia es el niño y su sobrepeso, pero en realidad el sobrepeso es nada más un síntoma con el cual la familia enmascara problemas internos de diversa índole. Es así que la familia piensa que cuando al hijo se le quita el sobrepeso todo se va arreglar y no es así porque cuando se elimina el síntoma de todos modos aparece la problemática encubierta de la familia. (Minuchin, 1990)

Minuchin (Onnis, 1990), en una fase precedente y distinta del trabajo terapéutico, estudió los modelos transaccionales de familias con diversos tipos de perturbaciones psicossomáticas (para ser exactos, 11 familias con pacientes anoréxicas, 9 con niños diabéticos psicossomáticos, 10 con hijos asmáticos). Este estudio le permitió documentar que, independientemente del síntoma psicossomático presentado, el sistema familiar revela modelos interactivos y organizativos en los cuales se podían reconocer características disfuncionales típicas. Estas características disfuncionales son fundamentalmente cuatro:

**Aglutinamiento.** Los miembros de la familia están superinvolucrados recíprocamente. Cada uno manifiesta tendencias intrusivas en los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las comunicaciones de los otros. La autonomía y privacidad son escasísimas. Los límites generacionales e interindividuales son débiles con la consiguiente confusión de roles y de funciones.

**Sobreprotección.** Todos los miembros de la familia muestran un alto grado de solicitud y de interés recíproco. Constantemente se estimulan y suministran respuestas de tipo protector. En particular, cuando el paciente asume un comportamiento sintomático toda la familia se moviliza para intentar protegerlo, sofocando a menudo en este proceso muchos conflictos intrafamiliares. Por ello, circularmente, la enfermedad del paciente tiene una función protectora con respecto a su familia.

**Rigidez.** Es el aspecto que caracteriza más constantemente los sistemas patológicos. La familia es particularmente resistente al cambio, tiende a menudo a presentarse como una familia unida y armoniosa en la que no existen problemas más allá de la enfermedad del paciente: niega, en consecuencia, la necesidad de un cambio en el interior del sistema. También

las relaciones con el exterior son particularmente escasas, y la familia permanece como aferrada a la conservación de la propia homeostasis.

Evitación del conflicto. Las familias presentan un umbral muy bajo de tolerancia al conflicto. Se pone entonces en acción toda una serie de mecanismos para evitar y para no agravar el desacuerdo, para que quede oculto y no estalle nunca abiertamente. En este proceso para evitar el conflicto, el paciente juega un rol esencial y vital. No es raro, incluso durante la entrevista, observar que interfiere cada vez que la tensión entre los padres tiende a subir en forma amenazadora, o que, con la aparición del síntoma o de la crisis, consigue el bloqueo del conflicto, atribuyendo sobre sí la atención preocupada de los familiares.

La exposición de las características disfuncionales de las familias con pacientes psicósomáticos, tal como surge de la investigación de Minuchin, no es clara, sólo descriptiva, ni en las intenciones ni en la concepción del autor. Sirve, por el contrario, para documentar una hipótesis de partida que está en la base del modelo sistémico: la organización disfuncional de la familia facilita junto con otros múltiples factores, internos o externos al sistema, la aparición y la persistencia del síntoma psicósomático a cargo de uno de sus miembros, pero éste a su vez y mediante un mecanismo circular y de retroalimentación, tiende a conservar su equilibrio patológico.

El síntoma psicossomático parece así adquirir un significado simbólico o metafórico que, sin descuidar los componentes, más estrictamente se conecta con algo que debe ser comunicado y que no puede hacerlo más que a través del cuerpo. Solo que aquí, a diferencia de las concepciones psicodinámicas completamente concentradas sobre una valoración monádica del individuo, el cuerpo que habla, parece expresar no solamente los movimientos de lo intrapsíquico o las huellas de la biografía del sujeto, sino el sufrimiento más complejo de una situación interactiva de la que el sujeto participa y que no puede dejar de influir en su idioma.

### **1.2.2 TEORÍA SOCIOCULTURAL**

De acuerdo con el modelo sociocultural, Schwart y Johnson (1982) menciona que los trastornos alimentarios, podían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en mantenerse delgado, es el gran énfasis que da al atractivo físico.

Según Brumberg (1988), los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios.

Shorter (1994), agrega que los trastornos alimentarios tienen el reconocimiento de expresiones legítimas de ansiedad y especialmente los clínicos los han publicado de manera prolifera, por lo que han alterado los patrones de ansiedad y la expresión de la enfermedad en las sociedades occidentales.

Garder, Garfinkel, Schwart y Thompson (1980), revisaron datos de las concursantes de los últimos 20 años en las revistas de Playboy y Miss América, encontraron una tendencia excesiva hacia la esbeltez. Todas las medidas de las chicas que se exhiben en Playboy excepto por la altura y cintura o talle decrecen significativamente. Así, por ejemplo: el peso fue de 9% abajo del promedio general de las chicas que aparecen en la revista en 1959, mientras que en 1978 pesaron sólo 16.5% por abajo del promedio general. Las ganadoras que aparecen en las páginas de América desde 1970, pesan 17.5% menos que el promedio de la población y pesaron significativamente menos que el promedio de las concursantes de las revistas antes citadas.

En tanto que el número de artículos relacionados con las dietas en seis revistas para mujeres, se incrementó substancialmente en los últimos 20 años. Sin embargo, Garder y col. (1980), encontraron que éste énfasis de estar delgadas y hacer dietas ocurre en una población que se está convirtiendo en

más gruesa y pesada. Las estadísticas de peso de la Sociedad de Actuarios correspondientes a los últimos 20 años, mostraron un incremento en el peso promedio en todas las categorías para mujeres menores de 30 años de edad.

Dos creencias dan pie para la búsqueda de este ideal según Brownell (1991):

La primera es que el cuerpo puede ser moldeado como se desea y que si se sigue una dieta adecuada, un programa de ejercicio y un esfuerzo personal, cualquier individuo puede tener el contorno y el peso perfecto.

La segunda es que los beneficios justifican la búsqueda que teniendo un cuerpo ideal, se obtienen importantes recompensas (por ejemplo: atracción interpersonal, desarrollo profesional, salud y felicidad). Estas creencias han motivado a muchas personas a practicar dietas, ejercicio y hasta cirugía plástica en niveles que no tienen precedente.

El ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de una voluntad de seguir siendo joven, la glorificación de la juventud es tal, que no importan los medios para preservar el mayor tiempo posible la apariencia de una tierna edad. El tiempo en que se vive parece detenerse: engordar y dejar aparecer las arrugas y las deformaciones corporales reflejan una agresión implícita contra el grupo social (Laxenarie, 1994; citado por Rivera, 1997).



Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia y bulimia nerviosa. Los trastornos alimentarios se han convertido en los trastornos mentales favoritos de las culturas de opulencia (Brumer, 1988).

Bandura y Walters (1963; citado por Rivera, 1997) mencionan que otro elemento que interviene en el desarrollo de estos padecimientos es el fenómeno de la imitación que destaca el aprendizaje por observación, donde se adquieren nuevas conductas por medio de la observación de modelos sin que se produzca forzosamente la respuesta observada, es mucho más.

También se encuentran otros estudios que muestran grupos donde la presión es mayor, y que puede precipitar el desarrollo de la anorexia nerviosa, que es mucho más común en mujeres quienes tienen un control más riguroso de su talla y apariencia, tales como: las bailarinas, estudiantes de modelaje y atletas (Druss y Silverman, 1979; Garner y Garfinkel, 1980).

En otras culturas, los ideales de peso y la belleza femenina son diferentes. Se sabe que los chinos asocian una figura gruesa con la prosperidad y la longevidad, que la representación de sus dioses siempre ha sido gorda. El saludo Punjabi: "Que te conserves gordo y fresco hoy", es un cumplido (Nasser, 1988; citado por Rivera, 1997).

En la cultura árabe, el hecho de ser delgado es indeseable socialmente, y la gordura simboliza la fertilidad y feminidad. En estas culturas la obesidad no sólo constituye un símbolo de belleza, además forma parte de los conceptos de maternidad, confiabilidad, cuidado y atención.

Por otra parte podría señalarse el papel de la religión cristiana en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no en la misma intensidad como lo fue en los primeros siglos, la idea de que el cuerpo es el responsable de la caída del pecado original, es decir, el pecado de la carne. El rechazo de la comida simboliza el rechazo de la sexualidad. La pureza de los sentidos y el rechazo de cualquier forma de la sexualidad (Laxenaire, 1994; citado por Rivera, 1997).

Reconociendo las limitaciones que tiene este paradigma, se han sugerido otras explicaciones que han surgido en otros trabajos de investigación social y de experiencia clínica que también representan un lugar importante, y que podría resumirse de la manera siguiente:

Contexto social:

Sobrevaloración de la esbeltez como un ideal de belleza femenina.

Cambios sociales rápidos de la occidentalización, urbanización o inmigración.

El papel de la publicidad definiendo los trastornos alimentarios como condiciones médicas legítimas.

El ejemplo de los padres y modelos.

Trastornos de la dinámica familiar y la lucha por el control.

La presión para el rendimiento en la danza y el deporte.

Contexto psicológico:

Falla al establecer un sentido de identidad y autonomía.

Expresión de piedad religiosa de acuerdo con el ideal de ascetismo.

El impedimento de madurez sexual y adultez.

Momento en el que se lleva a cabo un motivo a pesar de sus consecuencias (Rivera, 1997, pp. 37-38).

La práctica de dietas en algunos individuos susceptibles puede conducirlos al desarrollo de anorexia nerviosa. Es decir, una mayor exposición a una situación potencialmente dañina trae como consecuencia que más personas resulten afectadas (Rivera, 1997).

### **1.3 ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO**

Sepulveda, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate (1990) realizaron un estudio del estado nutricional de preescolares y mujeres en México, del cual reportaron que aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición, pero particularmente en la ciudad de México se reportó la cifra más baja, con una muestra de 55 mil niños desnutridos. En lo que se refiere a la obesidad se encontró que el 4.4% a nivel nacional de menores la padece.

Por otra parte, la proporción de mujeres adultas no embarazadas, que de acuerdo al índice de masa corporal, mostraron un estado nutricional inadecuado, debido, por bajo peso o sobrepeso, que representó casi la mitad de la muestra de un total de 2.57 millones de mujeres de 12 a 49 años (13.8%) tiene algún grado de anemia. La mayoría de los casos de anemia en mujeres es nutricional, asociada con los factores siguientes: dieta insuficiente, alta paridad y periodos intergenésicos cortos. Por último, un 14.6% de mujeres a nivel nacional padecen obesidad.

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré (1993), en una muestra de población estudiantil (n=197) que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado, con el propósito de detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa) se obtuvieron los siguientes resultados: se mostró la inexistencia del problema de obesidad (2%), sin

embargo, para el problema de sobrepeso la prevalencia fue del 41% y se hallaron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de los problemas bulinoaminoréxicos, tres factores se relacionan con esas prácticas; algunas de las técnicas que pueden ser consideradas como de purga, accesos bulímicos o binge eating, y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Escobar (1992), exploró las prácticas relacionadas con trastornos alimentarios en una muestra estudiantil ( $n=929$ ), de secundaria, preparatoria y licenciatura. Los resultados que encontró fueron que la práctica más reportada fue el seguimiento de dietas, que fue alta en escuelas privadas en los niveles de secundaria y preparatoria (66%), y baja (37%), en estudiantes de escuelas públicas. También se encontró que en estudiantes de nutriología fue baja (48%) esta conducta en relación con estudiantes de otras licenciaturas (64%). Con respecto a la preocupación por comer, la frecuencia era más alta en las escuelas públicas (47%) y un porcentaje menor para las escuelas privadas (45%), para los estudiantes de nutriología se observó una frecuencia baja (10%) y alta para otras licenciaturas (32%). Se halló la presencia de accesos bulímicos, en escuelas privadas representó el 31% y en escuelas públicas el 12%. Para los estudiantes de nutriología el 6% y para estudiantes de otras licenciaturas el 13%. También se observó que es escasa la presencia de vómito autoinducido y el uso de laxantes.

En otro trabajo se exploró la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por escuelas privadas de secundaria y preparatoria y el otro por estudiantes de danza clásica. De dicha investigación se obtuvieron los siguientes resultados sin llegar a la patología franca. El grupo de danza tenía los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo; otras conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos (Unikel y Gómez Peresmitré, 1996).

Por los datos mencionados anteriormente, se puede concluir que, evidencias conducen a la hipótesis de que los desórdenes alimentarios se están desarrollando en esta cultura aunque no de la misma forma en que ocurre en las sociedades desarrolladas, pero con grandes desventajas que no se tienen los mismos recursos para combatirlos, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional.

Por lo que es necesario aportar información de la cultura mexicana y elaborar programas de intervención primaria destinados a atender a la población considerada como de alto riesgo a fin de disminuir la frecuencia de estos trastornos.

Es importante señalar que la intervención primaria, busca reducir el riesgo de la perturbación mental para una población íntegra. Su meta, por ende, es la crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. El programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas (Caplan, 1964; citado por Rivera, 1997).

## 1.4 ANOREXIA NERVOSA

La Asociación Americana de Anorexia Nervosa define la anorexia como "un ser o trastorno de deliberada inanición con profundos componentes físicos y psiquiátricos". Newman y Halvorson (citados por González, 1992).

La anorexia nervosa se caracteriza de acuerdo a lo señalado en el DSM III-R, por tener una sintomatología esencial que consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aún cuando se esté por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal y amenorrea en las mujeres. (El término anorexia es incorrecto, ya que es rara la pérdida de apetito). La alteración de la imagen corporal se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren de este trastorno afirman que se "encuentran obesos" o que algunas partes de su cuerpo son "desproporcionadas", cuando en realidad están por debajo de su peso corporal normal, o incluso están emaciados. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechos por algún rasgo de su apariencia física. La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de comida, acompañada de



intenso ejercicio. Con frecuencia, estos pacientes se provocan el vómito o emplean laxantes o diuréticos. (En algunos casos puede presentarse bulimia nervosa.)

Algunas consideraciones generales, según Schroeder (1992) son:

Se inicia característicamente en la adolescencia y la edad adulta joven, más del 95% de los pacientes son mujeres, con mayor frecuencia del estrato socioeconómico medio alto, se estima que la frecuencia de anorexia nervosa es casi 1 por 200 (v. Pasqualini, 1973).

Para Edwards (1993), la anorexia nervosa es un desorden potencialmente amenazador para la vida, caracterizado por el rechazo del paciente para mantener su peso arriba del 85% de lo esperado de acuerdo a la edad y a la estatura, distorsión de la imagen corporal y tres meses de amenorrea (en el caso de las mujeres). Estas personas tienden a ser perseverantes, con actitudes perfeccionistas, pero con una tendencia a la inseguridad social y a la dependencia excesiva.

La anorexia nervosa no sólo es un enflacamiento de origen mental, sino una modificación global de la conducta nutritiva y, sobre todo, una pérdida de la normal actitud ante el peso y la propia figura corporal. (Donoso, M. 1990).

Garner, Garfinkel *et al.* (1980) opinan que, aparentemente, la elevación de la anorexia nervosa y los desórdenes alimenticios relacionados con ésta, pueden estar vinculados a las demandas culturales actuales, sobre las mujeres

para estar más delgadas. Por último, Brucil (citado por Donoso, 1990) señala que se podría hablar de una “enfermedad epidémica” ya que, sin haber agentes de contagio, su esparcimiento podría ser atribuido a factores psico y socioculturales.

#### **1.4.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de anorexia nervosa puede ser difícil, ya que muchos factores sociales y culturales comúnmente promueven y conservan una conducta de anorexia. El diagnóstico depende de la identificación de las características conductuales comunes y la exclusión de trastornos médicos que podrían explicar la pérdida de peso. El diagnóstico de anorexia nervosa no es complicado si la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas.

Durante el comienzo y algún tiempo después, el único signo es la disminución de tejido adiposo, ya que las pruebas de laboratorio son normales.

Según el DSM III-R los criterios para el diagnóstico de la anorexia nervosa son:

Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.

Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del nivel normal.

Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal.

En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria).

### **1.4.1.1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se debe prestar atención a las diferencias con los siguientes trastornos:

Trastornos endocrinos y metabólicos, como panhipopituitarismo, enfermedad de Addison, hipertiroidismo y diabetes sacarina.

Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn y esprue celiaco.

Infecciones crónicas y cánceres, como tuberculosis y linfoma.

Trastornos del sistema nervioso central, como tumores hipotalámicos.

Trastornos depresivos y ciertos tipos de trastornos somáticos.

Esquizofrenia.

Bulimia nervosa.

### **1.4.2 ETIOLOGÍA**

Pasqualini (1973) al hablar de la etiología de la anorexia nervosa dice que la investigación de sus causas y mecanismos ha dado lugar a diversas hipótesis bien fundadas, y por otro, a interpretaciones carentes de todo fundamento. En el momento actual y aunque subsisten algunas incógnitas, es posible considerar aclaradas las circunstancias que preceden a su iniciación, con el siguiente encadenamiento patogénico:

La causa inicial de la mayoría de los casos es psicogénica y sus modalidades particulares han sido agrupadas en dos categorías: a) un grupo denominado obsesivo, en el cual la enfermedad se establece consecutivamente a una reacción fóbica frente al exceso de peso, real o imaginario, que conduce a la privación voluntaria de la alimentación, y b) un grupo calificado como histérico, que se distingue por los estigmas de la personalidad histérica y en el cual la pérdida de apetito tiene la misma categoría que la de la movilidad de un miembro o de la visión. La frecuencia relativa de estas dos modalidades es difícil de establecer y varía según el origen de las estadísticas.

La reacción psicogénica de asiento cortical o donde quiera que se origine, influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, con lo que queda abolida la sensación de hambre, de opuesto modo a la exacerbación de la obesidad.

Las mismas influencias neurogénicas alcanzan los núcleos hipotalámicos de "Ide"; se producen los releores hipofisiotróficos de las gonadotrofinas, primero de la B y subsiguientemente de la A, con lo cual queda abolida la producción cíclica de gonadotrofinas A y B, seguida de su desaparición, con lo cual se establece la amenorrea. Los datos de anatomía patológica del

hipotálamo en esta afección son prácticamente nulos, en relación con la reducidísima frecuencia de autopsias completas realizadas.

A anorexia conduce a la hipofagia, con disminución del aporte calórico, que origina la desnutrición, la desaparición del tejido adiposo y la subsiguiente acentuación del catabolismo protéico. La reducción del aporte energético es la única alteración metabólica de significado patogénico, conservándose la capacidad de utilización de la glucosa.

La desnutrición crónica por sí misma puede incidir sobre la función gonadotrófica de la hipófisis, determinando la insuficiencia gonadotrófica secundaria que se agrega a la inicial y que contribuye a la disminución absoluta de gonadotrofinas A y B. En cambio, existen evidencias de que se conserva la producción de tirotrófina. La somatotrofina se mantiene y hasta puede hallarse aumentada, como consecuencia de la estimulación de la hipoglucemia. La reserva de corticotrofina, investigada con la prueba de la metirapona está disminuida, lo mismo que a través de otros índices de la función adrenocortical. No hay datos precisos en cuanto a la hormona antidiurética, pero atendiendo a la relativa deshidratación que sufren estas pacientes, unida a la disminución de volumen circulatorio, es posible que esté aumentada.

Schroeder (1992) dice que no se conoce la causa de la anorexia nervosa. Aunque en múltiples anormalidades endocrinológicas la mayoría de los autores piensan que son secundarias a la desnutrición y no a trastornos primarios. Asimismo, se piensa en un origen psiquiátrico primario, pero ninguna hipótesis psiquiátrica aislada explica de manera satisfactoria todos los casos. De manera característica, la persona proviene de una familia cuyos miembros están altamente orientados a metas y logros. Las relaciones interpersonales pueden ser inadecuadas y destructivas. Los padres suelen ser excesivamente directivos y preocupados por la delgadez y mal aspecto físico y gran parte de la conversación de la familia se centra alrededor de temas dietéticos.

Asimismo, dice que una teoría afirma que el rechazo del paciente a comer es un intento por recuperar el control de su cuerpo en desafío al control de los padres. La renuncia de las personas a habitar un cuerpo adulto también puede representar un rechazo de las responsabilidades del adulto y las implicaciones de las relaciones interpersonales del adulto.

Se ha tratado de dar explicaciones genéticas y de encontrar factores innatos que predispongan al individuo a ser anoréxico. Algunas condiciones "precursoras" de la anorexia podrían ser: alto peso al nacer, excelente nutrición durante la niñez y pubertad temprana. De cualquier manera, todavía no hay estudios que lo comprueben.



Cuando la anorexia se instala en el individuo se empieza a desarrollar una enfermedad con una dinámica fisiológica interna, independiente del factor psicológico que la originó.

Por último, Donoso (1990) encontró que la anorexia nervosa se da como un cambio conductual sin causa aparente, siguiéndole un periodo de formación del síndrome y más tarde oscilaciones físicas transitorias. Los eventos desencadenantes son la aparición de los cambios pubertales y la consiguiente sexualización corporal, así como también la presencia de situaciones altamente estresantes y la imposibilidad para hacer frente a dichas situaciones.

### **1.4.3 SINTOMATOLOGÍA FÍSICA Y CONDUCTUAL**

Clínicamente, los pacientes con anorexia nervosa pueden presentar emaciación grave y quejarse de intolerancia al frío y estreñimiento. Casi siempre hay amenorrea. En casos graves, puede haber taquicardia, hipotensión e hipotermia. La exploración muestra pérdida de grasa corporal, piel seca y escamosa, y aumento del vello corporal tipo lanugo. También pueden estar crecidas las parotidas y haber edema.

Los datos de laboratorio son variables, pero quizá incluyan anemia, leucopenia, anormalidades electrolíticas y aumento de la creatinina sérica. Con frecuencia están aumentados los valores séricos del colesterol. Las anormalidades endocrinas incluyen valores disminuidos de hormona luteinizante y folículo estimulante, y deterioro de la respuesta de LH a la hormona liberadora de la hormona luteinizante (Schroeder, 1992).

Las investigaciones indican que ocurren anormalidades fisiológicas, como irregularidades del sistema endocrino, deficiencias de neurotransmisor y problemas en los mecanismos de alimentación y digestión.

Una anoréxica presenta el siguiente cuadro: disminución de los niveles de estrógeno, aumento en el nivel de hormona de crecimiento, disminución de los niveles de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina, anormalidades en el metabolismo de carbohidratos, anormalidades en la regulación de la temperatura, vaciado gástrico lento.

Cada uno de estos problemas son graves, y desaparecen en el momento en que el paciente recupera su peso normal, aunque quedan algunas lesiones irreparables como osteoporosis, anormalidades menstruales y reproductivas.

Se ha demostrado que la glándula pituitaria no deja de funcionar, pero que sí presenta cambios adaptativos. La falta de energía produce respuestas hipotalámicas de adaptación, que permiten al organismo sobrevivir, aún estado de semi-inanición. La más obvia de estas adaptaciones es el control de la secreción de gonadotropinas pituitarias, lo que permite la interrupción de los ciclos normales de ovulación y causa amenorrea, infertilidad y reducción de libido. Estas adaptaciones reducen las posibilidades de embarazo y permiten conservar las reservas de hierro y proteínas que de otra forma se perderían con la menstruación. (Lucas, citado por Donoso, 1990).

Los signos físicos son los siguientes: Amenorrea, piel seca, hirsutismo, cabello seco, frágil y delgado, depósitos de grasa depletados, utilización de músculo, alopecia, degradación de uñas, hipotensión, deshidratación, edema, bradicardia, acrocianosis, hipotermia, bradipnea, estreñimiento, problemas de sueño.

En cuanto a la sintomatología conductual, el DSM III-R señala que algunas de las personas con este trastorno no pueden mantener un control continuado sobre su restricción voluntaria de ingerir alimentos y pasan por episodios de bulimia (voracidad), a menuda acompañada de vómito. Muchas de estas personas sufren también de bulimia nervosa.

Son comunes la aparición de otras conductas peculiares relacionadas con la comida. Por ejemplo, las personas con anorexia nervosa, a menudo preparan comidas muy elaboradas para los demás, aunque tienden a limitar las suyas con dietas con bajo contenido en calorías. Además, la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura.

#### **1.4.4 FACTORES PSICOLÓGICOS**

##### **1.4.4.1 La familia del anoréxico:**

Holtz (1992) enumera las siguientes características de la familia de un miembro que padece de anorexia nervosa: Rígida, sobreprotectora, constreñida, con límites confusos, intrusivos, falta de relaciones objetales y empatía, falta de privacidad e independencia, poca o nula resolución de conflicto. Desviación y negación del conflicto, bajo una fachada de perfección, autosacrificio y amor, triangulación, el paciente se encuentra envuelto en el conflicto parental, lealtad al grupo, "la familia antes que nada", ponen una gran importancia en mantener el "status quo", demandantes y controladores; ni los deseos, ni los conflictos se expresan abiertamente, fóbica, alianzas secretas entre los miembros de la familia.

Es necesario considerar el papel de la familia en el desarrollo del desorden alimentario. Tristemente, los factores socioculturales, conjugados

con una historia familiar de conflicto, dan como resultado una alta probabilidad de aparición de desórdenes de alimentación (u otros desórdenes), sobre todo cuando la persona está en edad adolescente, pues en este periodo cuando la lucha por madurar, ser independiente y autónomo, dentro de una inestabilidad interna y familiar, fuerza al adolescente y a sus padres a afrontar y resolver las realidades emergentes del desarrollo.

Esta inestabilidad los hace más vulnerables a publicidad, presiones culturales y de grupo. Dentro de una familia y una sociedad caótica, es fácil para el adolescente perderse y tratar de adquirir control, "por lo menos de su cuerpo" así, la anoréxica controla lo poco que consume y con ello controla - por lo menos en su fantasía - a los demás. Esa es su solución: resolver en secreto todos los problemas familiares y del mundo (v. Holtz, 192).

#### **1.4.4.2 Características de personalidad:**

Donoso (1990) destaca que las personas anoréxicas presentan una inteligencia término medio y superior al término medio, autoexigencia y perfeccionismo obsesivo. Existe un alejamiento de lo sensual y de las necesidades más primarias, frugalidad, desarrollo psicosocial y sexual retrasados; presentan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las

figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia.

El conjunto de estas características responde plenamente al modo de interacción familiar y a las actitudes y valores de los padres de estos pacientes.

Al surgir el síndrome, el comportamiento global resulta significativamente alterado, lo que se transforma en una conducta que Bruch (citado por Donoso, 1990) señala que bordea lo psicótico. Es entonces cuando los pacientes son caracterizados como sensitivos, dependientes, introvertidos, ansiosos, obstinados, manipuladores y perfeccionistas. Se observa un comportamiento obsesivo-compulsivo; depresión (periodos de llanto, disturbios de sueño), marcado desinterés sexual y aislamiento.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que se han indicado comúnmente estados de desnutrición: la irritabilidad, labilidad emocional, depresión aislamiento y desinterés sexual.

Un problema grave es la regresión que presentan los pacientes, en el cual la persona no quiere crecer; la paciente tiene miedo a ser adulta y actúa como niña, existe un gran temor a separarse de los padres y el ayuno representa la

forma de “detener” el desarrollo físico y además manipular la atención de los padres.

Otro síntoma frecuente es la depresión, lo cual indica en su presencia un pronóstico menos favorable; el mecanismo principal involucrado en estas depresiones parece ser el enojo contra uno de los padres, y con mayor frecuencia hacia la madre.

La alteración de la imagen corporal es una característica clínica de importancia central en la anorexia nervosa, ya que de este síntoma dependen, en gran parte, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La anorexia es identificada por su apariencia de esqueleto, por la negación de su anormalidad y por el esfuerzo de mantener esa apariencia. Los pacientes declaran que son “demasiados gordos”, aún cuando su apariencia es totalmente contraria; o bien han alcanzado su peso “ideal” y buscan mantenerlo a cualquier precio. El aumento de algunos kilos durante el tratamiento es vivido como “un paso hacia la obesidad”.

Holtz, V. (1992) propone las siguientes probables psicopatologías subyacentes a la anorexia nervosa: Trastornos de la personalidad, sobre todo histriónico, limítrofe y narcisista, personalidad limítrofe, alta incidencia de ansiedad y trastornos del estado de ánimo, sobre todo bipolar, ciclotimia y

depresivo, personalidad múltiple, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de despersonalización.

A su vez, también propone la siguiente lista de características de la persona con desórdenes de la alimentación: obsesividad, ansiedad, estrés, hostilidad, baja autoestima, somatización, impulsividad, mala adaptación social, aislamiento, confusión en cuanto a la identidad sexual, anestesia física, hipersensibilidad interpersonal, locus de control externo, abuso de sustancias, poca tolerancia a la frustración, distorsión perceptual y cognitiva, poca concentración, irritabilidad, sentimientos de inadecuación y enajenación, labilidad afectiva, poca capacidad para tomar decisiones, inseguridad, inconsistencia, oposición, pensamiento mágico y supersticioso, sobregeneralización y abstracción selectiva, necesidades extremas de ser aceptados, odio a sí mismos, expectativas demasiado altas, perfeccionismo, menos orientación hacia actividades recreativas, capacidad limitada para modular sentimientos, narcisismo, demuestra menos cohesión y expresividad, preocupación por la comida, las dietas y el comer, sentimiento general de fracaso.

#### **1.4.5 FACTORES SOCIALES**



Se observa que la anorexia nervosa es un trastorno casi exclusivo de la cultura occidental y se da sobre todo en clases socioeconómicas media y alta.

Dos influencias culturales que resultan altamente importantes en el aumento de la incidencia de este trastorno son: a) una conciencia abrumadora sobre la nutrición y la adecuada condición física y b) una obsesión por el conteo de calorías y la obtención de una silueta delgada.

El deseo por adquirir una figura esbelta resulta ser para muchos más importante que su propia salud. La gente gasta grandes cantidades de dinero por comer más alimentos de los que necesita y después paga una vez más, por el privilegio de hacer ejercicio, dietas y bajar de peso (González, 1992).

Roth (1992) comenta que hace algunos años, la revista Glamour hizo una encuesta a 33,000 mujeres titulada "Sentirse gorda en la sociedad de gente delgada". El 75% de las mujeres encuestadas dijeron que se sentían demasiado gordas. Cuando se les preguntó si su peso afectaba el sentimiento que tenían de sí mismas, el 96% contestaron que sí. Al tener que escoger entre las opciones de perder peso, ser felices en su relación de pareja, tener éxito en el trabajo o recibir noticias de una vieja amiga, casi la mitad de las mujeres dijeron que lo que más felices las haría sería perder peso.

Así mismo, también explica que los norteamericanos se gastan 33,000 millones de dólares anuales para perder peso. 20, millones de mujeres sufren trastornos relacionados con la comida. El 25% de los hombres y el 50% de las mujeres están constantemente a dieta. Y 9 de cada 10 personas que pierden peso sometiéndose a una dieta lo recuperan. Los que fracasen este año con su dieta, podrán escoger al próximo año entre 30,000 métodos dietéticos diferentes.

Gómez (1993) comenta que la figura femenina socialmente deseable ha sufrido cambios a lo largo de este siglo que termina, que van de una figura llena, durante los años 20, a una cada vez más delgada, a partir de los 50, como lo demuestran los análisis realizados en revistas femeninas, de diferentes épocas y los estudios realizados con las concursantes a Miss América, en los que se han encontrado que el peso, en función de la estatura, ha decrecido significativamente desde 1960. Junto con esta dirección que ha sufrido el cambio de figura ideal de la mujer, se ha dado en dirección inversa: a) un crecimiento en la publicidad de artículos para bajar de peso - casi nula a principios de siglo, con un crecimiento crítico a partir de los 70 -, y b) un auge de lo que sería una industria cada vez más poderosa (farmacéutica, alimentaria, editorial y publicitaria, entre otras) de adelgazamiento.

Pate, Pumariega *et al.* (1992) plantea que los cambios de valores y actitudes a nivel cultural juegan un papel significativo en el incremento del desarrollo, incidencia y prevalencia de los desórdenes alimenticios. El aumento en la prevalencia de éstos desórdenes puede ser resultado de una adopción más amplia de que la esbeltez tiene que simbolizar a la cultura occidental; un ideal que simbolice: Autodisciplina, control, liberación sexual, asertividad, competitividad, la posible afiliación con clases sociales más elevadas y el tradicional valor del atractivo femenino.

Por último, para englobar todo lo mencionado anteriormente, Holtz (1992) propone el siguiente cuadro de actores socioculturales: Presión social para ser delgada, confusión de roles sexuales, alta presión para sobresalir, énfasis en la delgadez como modelo de belleza, popularidad, control y éxito, estigma hacia la obesidad, obesidad vista como fracaso, falta de control y cultura, fealdad y soledad, bombardeo de mensajes de la industria de las dietas a través de los medios de comunicación, alta competencia.

#### **1.4.6 TRATAMIENTO**

Pasqualini (1973) dice que los tratamientos ensayados en la anorexia nervosa son innumerables, y los fracasos son más frecuente que los éxitos, con

dificultades terapéuticas numerosas y desalentadoras, Según el criterio de los autores con mayor experiencia, los principales recursos son los siguientes:

Aislamiento en relación con la familia en un ambiente adecuado.

Administración de doropromacina en dosis crecientes, empezando con 300 mg por día y aumentando 100 mg diarios hasta lograr la respuesta, que consiste en la reaparición de la voluntad de comer. Dadas las dosis que es preciso alcanzar, el manejo de esta droga debe quedar en manos experimentadas y recordando las múltiples reacciones de intolerancia.

Al mismo tiempo se debe asegurar la alimentación progresiva, comenzando con 1,000 calorías por día hasta llegar a 4,000 o más. En casos graves, con gran desnutrición y rechazo alimentario, se debe recurrir a la intubación gástrica.

Como complemento se administra insulina, preferentemente lenta, comenzando con 10 U y aumentando hasta provocar una ligera reacción hipoglucémica, que se debe neutralizar de inmediato con alimentación. En este sentido no debe olvidarse que estos pacientes son poco resistentes a la insulina.

La psicoterapia debe adecuarse a cada situación, recordando que para los autores con mayor experiencia, y no obstante algunas opiniones entusiasta, el psicoanálisis es inoperante y está contraindicado.

Schoeder (1992) señala que la meta terapéutica es restablecer el peso corporal normal y resolver las dificultades psicológicas. Suele ser necesaria la hospitalización para la anorexia nervosa franca. Los programas terapéuticos conducidos por grupos con experiencia tienen éxito en dos tercios de los casos para restablecer el peso normal y la menstruación. Algunos pacientes con anorexia desarrollan obesidad después del tratamiento. De 2 a 6% de los enfermos mueren por las complicaciones del trastorno o se suicidan. La característica más importante para el tratamiento es el cuidado de apoyo por médicos y enfermeras y la utilización de diversos medicamentos que incluyen antidepresivos y carbonato de litio. La alimentación forzada se utiliza cuando hay peligro de muerte en el paciente.

Gilbert y De Blassie (citados por González, 1992) proponen un tratamiento a través de:

Modelo conductual: aplicación de técnicas de condicionamiento operante y reforzamiento social.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Modelo de terapia familiar: pretende involucrar a toda la familia en el problema a fin de resolver los conflictos existentes en la interacción de sus miembros.

Modelo nutrienteautoritativo: basado en una forma de terapia elaborada por Levenkron, en donde el terapeuta es demandante y directivo. Representa una figura de autoridad hacia el cual el paciente puede establecer una dependencia. Este es un tratamiento de por lo menos 4 años.

Edwards (1993) dice que la anorexia nervosa debe ser vista como una enfermedad crónica que requiere de un manejo multidisciplinario, usando tanto una aproximación médica, psiquiátrica, nutricional y otros tipos de apoyo. Las opciones de tratamiento incluyen grupos de apoyo, psicoterapia individual y psicofarmacología. La hospitalización puede ser requerida para aquellos cuya incapacidad es mayor y medicamente se encuentran inestables o para aquellos que muestran una respuesta deficiente al tratamiento extremo. El reconocimiento concomitante de que es una enfermedad psiquiátrica es necesario para el éxito del tratamiento (v. Piran y Kaplan, 1990).

## **1.5 BULIMIA NERVIOSA**

Existen reportes muy antiguos de la conducta bulímica. Los egipcios pensaban que la comida era una de las causas de enfermarse y por ello intencionalmente se purgaban mensualmente; entre los romanos era bien visto los vomitorios (Chinchilla, 1995), era costumbre en los festines de las clases altas provocarse el vómito para seguir disfrutando del placer de comer. Sin embargo, esa costumbre romana de vomitar después de comer no tiene que ver con la bulimia. El vomitar para los romanos era una costumbre social, se provocaban el vómito para poder seguir comiendo y no por el temor a engordar; no era compulsivo ni creaba sentimientos de autoculpabilidad, sino por el contrario les era muy gratificante (Martínez, 1995).

James en 1743 (citado por Chinchilla, 1995) describe "boulimus" asociándolo con "caninus appetitus", que se caracterizaba por una preocupación intensa por la comida y la ingesta en muy cortos periodos de tiempo seguidos por mareos, en la que la ingesta voraz terminaba con vómitos. En 1785, Motherby (citado por Chinchilla, 1995) distingue tres tipos de bulimia: a) bulimia del tipo hambre pura; b) bulimia asociada con desvanecimientos; y c) bulimia que finaliza con vómitos. Por su parte Hooper (1825, citado por Chinchilla, 1995) utiliza tres términos: bulimia emética, bulimia canina y cinorexia para designar un apetito voraz seguido de vómito (Stein y Laakso, 1988 citado por chinchilla, 1995).

La bulimia comprendida como una forma de voracidad impulsiva, neurótica, era descrita al final del siglo XIX, agrupada en los trastornos de apetito ( Habermas, 1995 citado por Chinchilla, 1995). Blachez (1869 citado por Chinchilla,1995) describe dos formas de bulimia, en ambas, el alimento puede llegar a ser la mayor preocupación del paciente; incluso el hambre puede continuar después de comer grandes cantidades de alimento. En cuanto al subtipo cinorexia, el episodio de voracidad era seguido de vómitos.

Durante muchos años la bulimia fue descrita en relación con los pacientes que presentaban anorexia nerviosa. Moshe Wulff ( 1932, citado por Guillemot y Laxenaire,1994) describe un síndrome caracterizado por periodos alternados de restricción alimentaria y de voracidad insaciable, de este modo se establecía implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Wulff (citado por Stunkard, 1990) caracterizaba en síndrome clínico basándose en cuatro conductas: 1) episodios de voracidad; 2) hipersomnolencia; 3) depresión apática y 4) una alteración en forma de subestimación de la imagen corporal. En trabajos anteriores a los de Wulff se refieren a la bulimia como voracidad impulsiva, ninguno incluía las alteraciones en relación al peso, por lo cual se empieza a considerar a la bulimia como un nuevo síndrome a partir de 1980. considerando la definición de bulimia que hace referencia a episodios de voracidad compulsiva, cogniciones en relación al peso corporal y prácticas



como vómito, dietas, etc. Se considera que Wulff fue el primero en describir a la bulimia (Habermas, 1995, citado por Chinchilla,1995).

Con el tiempo la bulimia se fue reconociendo como un trastorno independiente de la anorexia y la obesidad. En 1973 H. Bruch (Citado por Guillemot y Laxenaire, en 1994) describe la posibilidad de que se lleven a cabo ingestas alimentarias compulsivas en personas normales. Mas tarde Buls Kind-Lodhal (1976 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) y Boskind-Lodhal y Sirlin (1977 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) describen un síndrome que se caracteriza por los episodios de sobreingesta, que lo denominan bulimarexia. Por otro lado, Palmer (1979 citado por Guillemot y Laxenaire,1994), nombrado síndrome de caos alimentarios a un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por accesos de bulimia.

Se le reconoce a la bulimia como un síndrome independiente cuando se observó que ésta no únicamente se presenta en pacientes anoréxicos y obesos, presentándose también en personas de peso normal. Russel (1979 citado por Holtz, 1995) es el primero en establecer los criterios diagnósticos de lo que se denominó bulimia nerviosa: 1) el paciente siente una necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse; 2) se sobrealimenta, y para evitar engordar, se autoinduce al vómito, utilizando sustancias purgantes o ambas al mismo tiempo; 3) presenta un intenso miedo a engordar. Es importante considerar

que los criterios diagnósticos han ido cambiando desde los inicios del DSMIII en 1980 hasta los del DSMIV en 1994.

### **1.5.1 Definición de bulimia nerviosa**

Del término griego bulimy se deriva el término bulimia que significa hambre excesiva o hambre de buey (Kaplan y Garfinkel, 1984 citados por Holtz, 1995). Galen utiliza las palabras griegas kynos orexia o hambre canina como sinónimo de la bulimia, que se considera como un estado de ánimo anormal que lleva a un deseo exagerado de alimento, episodios constantes de ingesta ligados a vómitos severos (Siegel, 1973 citado por Holtz, 1995).

Areson (1991), considera que la bulimia no es un trastorno físico, no es una enfermedad. Es un grupo de conductas que se convierten en una obsesión.

Servera, Clapes y Rigolfas (1993) consideran que es una desviación o perversión del comportamiento alimentario registrado con mayor frecuencia en la mujer. La persona que la padece come sin placer, sin apetito y por lo regular sola y a escondidas. Este comportamiento, carece de base nutricional. La bulimia se produce de forma estereotipada y acompañada de crisis. La crisis se manifiesta de la siguiente manera:

- a) Fase de angustia .-una sensación de malestar difícil de explicar que se interpreta como necesidad de comida imponiéndose en el ánimo de la persona, que al principio se resiste porque sabe como termina este proceso. En esta lucha interior la tensión va aumentando y llega a la descarga, realizándose en ese instante la ingesta alimentaria, masiva, rápida e irresistible.
- b) Fase de remordimiento.- en donde se interrumpe la comida por vómito, dolor abdominal, abuso de laxantes o llevar a cabo dietas muy estrictas. El objetivo de la bulimia es llenar un vacío insoportable. El acto alimentario es un mecanismo de descarga.
- c) Fase de frustración.- esta sobreviene una vez concluida la crisis experimentando una sensación de fracaso por no poder controlar su alimentación y no poder adelgazar.

Alemaný (1995) describe que la bulimia nerviosa es un trastorno psíquico caracterizado por la presencia periódica de atracones, donde la persona es consciente de perder el control de cuánto y cómo comer. Come hasta que ya no puede soportar más alimento en el estomago. En algunas ocasiones fuerza el vómito y después continúa comiendo exacerbadamente, repitiendo la conducta.

Chinchilla (1995) conceptualiza la bulimia como un trastorno caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de voracidad (consumo, en un lapso corto de tiempo de una cantidad de alimentos evidentemente superiores a la cantidad que comería la mayoría de las personas en situaciones similares, unido a un sentimiento de falta de control de qué o cuánto se come), presentándose una preocupación o temor a ser obesa en el momento presente o en el futuro utilizando métodos compensatorios inadecuados para no subir de peso.

Criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) :

- \* Preocupación continua por la comida, con gran deseo de comer, de tal manera que el enfermo termina por comer, consumiendo grandes cantidades de alimento con periodos cortos de tiempo.
- La persona intenta contrarrestar el subir de peso utilizando uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos y diuréticos.

\* Miedo intenso a engordar, por lo que la persona se fija una meta de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Frecuentemente, existen antecedentes de anorexia nerviosa habiendo intervalos entre los dos trastornos de muchos meses o años. Este episodio precoz puede presentar todos los síntomas o sólo presentar algunos de ellos con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

## **CAPITULO II.-ADOLESCENCIA**

Del latín “adolecere” que significa: crecer, madurar. Este crecimiento y maduración ocurre en todos los terrenos: fisiológico, somático, psíquico y social. Eso establece muy claro la diferencia con el término que en ocasiones se confunde o usa como sinónimo, que es el de “pubertad”, palabra que proviene del latín “pubes”, que significa: pelos pubianos. Se le da una mayor amplitud al uso del término, para referirse a la transformación del niño en un ser funcionalmente sexuado, lo cual es un fenómeno netamente endocrino, desencadenado por los cambios hormonales, con inicio en la actividad hipotalámica, su efecto es la activación y desarrollo de las glándulas sexuales, lo cual generalmente coincide con el inicio de la adolescencia y de hecho puede considerarse que forma parte de ella.

De todos es conocido que la delimitación en el tiempo de esta etapa es variable, no sólo en cuanto a la opinión de varios autores, sino por la multitud de factores que influyen en su aparición, como los biológicos o endógenos (hormonales, actividad metabólica, los genes, las enzimas), así como los de tipo ambiental (climatológicos, culturales, alimenticios, higiénicos, estimulatorios, etc.).

Este crecimiento en la talla al principio se hace predominantemente a expensas de las extremidades, lo que modifica las proporciones de las diferentes partes del cuerpo y hace que el individuo se vea un tanto grotesco y este cambio en su imagen corporal le afecta en su proceso de identidad. Este crecimiento se efectúa principalmente en los huesos y en los músculos; las vísceras, excepto las glándulas y órganos genitales, es mínimo lo que crecen.

En segundo lugar el crecimiento ponderal, que a partir de los 10 años es mayor en las muchachas que en los muchachos; puesto que estos cambios aparecen más temprano en las mujeres, y los hombres las alcanzan y las pasan alrededor de los 16 años y medio. Esto también tiene su repercusión emocional si se considera la preocupación que se empieza a despertar por la figura, pues aunque aún no hay atracción por el sexo opuesto, si les preocupa su aprobación y temen mucho a la burla y al ridículo, además les dificulta adaptarse a los cambios relativamente rápidos que se están dando en todas las áreas y esta "obesidad" normal, muchas veces empuja al adolescente a una decepción de sí mismo, a sentir coraje de cómo se ve y lo empuja a autoagredirse, comiendo más, cayendo entonces sí en una obesidad patológica.

La edad de inicio también es diferente según el sexo; la mayoría la considera de los 10 - 13 años a los 17 - 19 años en la mujer y de los 11 - 14 años a los 18 - 20 años en el hombre.

Para facilitar su estudio y comprensión, pero sobretodo por que son diferentes las características del adolescente, se ha dividido en 3 periodos:

Adolescente menos 10 - 13 años

Adolescente intermedio 14 - 16 años

Adolescente mayor 17 años en adelante

## **2.1 Adolescencia temprana**

Es aquí donde se inician los cambios físicos, corporales, estos son los que marcan el inicio de la adolescencia, uno de ellos es el crecimiento en la talla, cuando "se estira", con las consecuentes repercusiones psicológicas en el individuo, manifestando en su conducta datos de inadaptación al cambio de la infancia a la adolescencia, ya que conserva muchos rasgos de la infancia que le provoca conflicto interno, se les despierta un deseo ambivalente, por un lado temor al cambio, a perder las características y privilegios que tenían, a los que estaban acostumbrados y por otro, las ganas de cambiar, de "ser grande", de dejar de ser niño.



Vale la pena mencionar que otro cambio físico es el aumento de la tensión arterial sistólica, que llega a ser de 130 mm de Hg lo cual se atribuye a la gran actividad de las suprarrenales en esta edad.

Aunado a lo anterior aparecen en escena el desarrollo sexual, los cambios puberales, pues aunque el significado etimológico es muy limitado, por un abuso de lenguaje se emplea para designar los cambios fisiológicos de la maduración sexual para alcanzar la función reproductiva. Algunos autores consideran que la verdadera pubertad comienza en el muchacho con el cambio de voz y la primera eyaculación y en la mujer con la primera menstruación.

Este proceso se inicia en el hipotálamo sobre hipófisis (hormona del crecimiento, gonadotrofinas), que actúan sobre las gónadas (ovarios o testículos) (estrógenos, testosterona, progesterona). Lo cual provoca el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

En este periodo de la adolescencia, el hombre pasa del Tanner I, que son los genitales con las características del niño, al Tanner II y III, que básicamente consisten en el aumento del escroto y los testículos y el crecimiento del pene, respectivamente. Se inicia el cambio de la voz. En la mujer ocurre la primera ovulación, que precede en unos 14 días a la primera

menstruación, con la que coincide generalmente, la salida de los pelos axilares, como a los 10-13 años, así como el desarrollo en el Tanner mamario que también se cuantifica del I al V.

Los factores que desencadenan este proceso son:

**Endógenos:** La constitución genética, la constitución individual (los brevilineos generalmente son más precoces que los longilineos), factor racial.

**Exógenos:** El clima, la luz (despierta la actividad sexual en los pájaros), la alimentación, el ruido, el aumento de los estímulos visuales, auditivos y afectivos (radio, televisión).

También se empiezan a dar los cambios psíquicos, en parte como consecuencia de los cambios físicos, pero principalmente como un fenómeno de maduración psicológica propia de la adolescencia. Cada quien le da relevancia a lo que le gusta, a lo que le interesa, a lo que conoce, a lo que respeta, a lo que le preocupa, etc., sin restarle importancia a los otros aspectos del individuo; definitivamente los más importantes, lo más significativo y trascendente para el hombre y la mujer, para toda su vida, es el cambio de pensamiento que se da en esta etapa, pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, lo que aumenta considerablemente los poderes de la inteligencia, que al principio perturba la personalidad, se cuestiona y cuestiona todo, entra al terreno de los "posibles", pero después en

lo que le da la oportunidad de consolidarla, al tener un pensamiento independiente, hipotético-deductivo, en el que ya no acepta la imposición del criterio del adulto, acepta que existen opiniones de los demás, trata de crear sus propios criterios y hace la diferencia entre las opiniones de los demás y la suya, lo que le ayuda a ir estableciendo su personalidad.

Hay cambios secundarios a la preocupación por los cambios bruscos en su cuerpo, la talla, gordura, aspecto, desproporción de los segmentos corporales, menarquía, los caracteres sexuales secundarios, que le van a dificultar los procesos de identidad que se dan en la adolescencia, desencadenando conflictos en la adaptación-desadaptación, aceptación-rechazo, dependencia-independencia, que le causan alteraciones emocionales como depresión y angustia, que indudablemente va a influir o a determinar su conducta (aislamiento).

De todos es conocido que los cambios en la conducta que se dan en esta edad, lo que hace que la califiquen de "La edad difícil", es lo que se llama "Crisis de entrada a la adolescencia", pues además de los factores anteriores, a veces se agregan otros, como es la coincidencia que se da nuestro sistema de enseñanza, el paso de primaria a secundaria, que implica cambios ambientales, de escuela, de maestros, de compañeros, de sistema educativo, de responsabilidad, etc. El joven se torna ambivalente, contradictorio,

impredicible, agresivo o cariñoso en exceso, retraído-hosco, sensible, voluble, rebelde (que a veces no es sino actitud defensiva), temeroso al ridículo, pero al mismo tiempo se visten, se piensan de manera extravagante, como actitud reactiva y rebelde, pero también por otros factores de "moda" y aceptación e identificación, quiere dejar de relacionarse y de que lo relacionen con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, tiene pues, una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante en su evolución.

Este punto es muy importante en la conducta social del adolescente, la inseguridad del adulto por la dificultad de controlarlo como antes, su temor frente a las constantes mutaciones del joven, la edad de los padres, a lo cual pocas veces se le da el valor que tiene y si reflexiona en ello, se tiene que en la sociedad la edad promedio del hombre para iniciar la formación de una familia es entre los 22-25 años, cuando los hijos (el mayor) esta en plena adolescencia, el padre tendrá 37-40 años. se piensa en su vitalidad, en su energía, en su disposición por el ritmo de vida que lleva por los compromisos económicos, laborales, sociales, el cansancio, la tensión, lo cual diluye su presencia, junto con otros factores como es el retorno paulatino al matriarcado, que anula al padre y lo lleva al fracaso de la autoridad paterna (esto se ve favorecido por el alcoholismo), la conflictiva familiar y la dificultad en la integridad familiar, por la situación económica que empuja a la pareja a

la necesidad de trabajar para contribuir en el aporte al gasto familiar, que significa ausencia de ambos y disminución en las posibilidades de presencia moral de los padres, puede traer muy graves consecuencias en la conducta del adolescente; se tiene que en algunas investigaciones sobre las causas de la delincuencia le atribuyen hasta el 90% a la ausencia de la figura paterna.

El joven, abajo de ese ímpetu, de esa fuerza, de esa aparente seguridad, de ese aparente rechazo al adulto, necesita de su apoyo, de su autoridad, que le ayude a ir estructurando su personalidad y a superar el miedo a enfrentarse al cambio, de lo contrario también puede tender a inadaptaciones sociales, con confusión de roles y dificultad en el proceso de identidad psicosexual.

Cabe mencionar que en esa etapa, la escuela es un elemento de ayuda al joven para equilibrar la balanza, también aquí coincide frecuentemente con un cambio de nivel escolar, el paso de la secundaria a la preparatoria, que psicológicamente el joven maneja como la superación, la terminación de cualquier contacto con la infancia, es cuando siente que definitivamente dejó de ser niño (se ve como se expresan y tratan a los "niños" de la secundaria); le propicia el terreno para las relaciones grupales, canaliza positivamente sus inquietudes, lo encausa al deporte y le permite asumir "Actitudes o posiciones interesantes". Desgraciadamente, muchas veces no están concientes de la enorme responsabilidad que tienen y asumen actitudes equivocadas.

## 2.2 Adolescencia intermedia

En forma insensible, imperceptible, viene la adolescencia intermedia, que se puede considerar como el "Adolescente clásico".

Continúan prácticamente el desarrollo de los caracteres sexuales primarios, con los estadios de Tanner IV y V, que consisten en el desarrollo del glándula y alcanzan las características de los genitales adultos.

Los caracteres sexuales secundarios se hacen evidentes conforme avanza la adolescencia, así por ejemplo para la mujer se acumula el tejido adiposo en las caderas, en las piernas y se desarrolla el bello púbico.

Respecto al hombre se desarrolla el enchanchamiento de la espalda, así como músculos respectivos, hay cambios endocrinos y anatómicos en la laringe con lo cual el tono de voz se vuelve más grave.

En esta etapa se inicia la preocupación por la falta de elegancia (es cuando pasan más tiempo frente al espejo), por los defectos físicos, los problemas cutáneos, pues se inicia la atracción por el sexo opuesto, aunque con temor o timidez, que cubren o los empuja a relacionarse en forma grupal; hay otros factores que les preocupa y les genera angustia como las poluciones nocturnas, la masturbación.

Continúa el proceso de identificación, que todas las épocas ha sido dificultado por el adulto, en particular por los padres, que no asimilan la idea de dejar de ser los ídolos, el que el hijo los cambie al cambiar su sujeto de amor del padre al de un amigo, lo cual es otro factor más de necesidad para ser aceptado e integrarse a un grupo, al mismo tiempo que acentúa la crisis en la afectividad, en la que no permite tonos intermedios, la agresividad, la cólera, el amor excesivo; la hiperemotividad-hipomotividad, lo cual es un factor más generador de angustia, de conflicto.

Sin embargo en este periodo se puede considerar que se inicia un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, de “disfrute”, es por eso que algunos autores hablan de los “bellos años de la adolescencia”, en el que el joven tiene cierta conciencia de su potencial, incluso exagerado, por la vitalidad de esta etapa “cre poder comerse al mundo”, la integración de grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, pandillas y resuelve parcialmente el rechazo del adulto.

### **2.3 Adolescencia tardía**

En esta tercera fase el adolescente mayor tiene las siguientes características: disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar

la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; en la estatura se modifica la prevalencia que tenía la mujer sobre el hombre, se invierte, no sólo la talla, sino también el peso, termina la maduración ósea.

Los órganos genitales alcanzan las características del adulto, en forma y tamaño (Tanner V), aparece el bigote, seguido de la barba (factores raciales), en la mujer, la vulva alcanza la orientación adulta (hacia abajo), el clítoris aumenta de tamaño y se hace eréctil, alcanzan la madurez los senos.

Estos cambios le van dando seguridad al joven, le ayudan a superar su crisis de identidad, no sólo psicosexual, sino también de personalidad, empieza a tener más control de sus sentimientos, tiene más independencia y autonomía, lo que influye para que cambie su relación y despierte o acentúe su atracción por el sexo opuesto, supere sus temores a las relaciones heterosexuales y de una vida social de grupo, tiende a una relación de pareja, primero en grupo es cuando "nace el amor", sin olvidar que es frecuente la producción de dramas, resultantes del desfase entre la muchacha que termina primero su adolescencia y el joven que apenas la está terminando, pues toman de diferente manera una relación, la joven más en serio y el joven como un pasatiempo agradable.



Por otro lado existe cierto grado de angustia, al empezar a sentir las presiones de la responsabilidad, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanza la plena madurez, ni tiene los elementos de experiencia para desempeñarlas; en algunos niveles sociales esto obliga al joven a abandonar sus estudios, con las consecuencias sociales de frustración, insatisfacción e inmadurez en el adulto.

La OMS (Chomsky, 1985) ha definido las tareas evolutivas del adolescente medio:

Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados a la pubertad y la integración de una sexualidad madura y conformación modelo personal de conducta.

Resolución progresiva de las formas tempranas de vinculación con los padres y la familia, y desarrollo a través de una relación con sus pares, mayor capacidad para desplegar una intimidad interpersonal.

Establecimiento de la individualidad, por medio de la incorporación de una identidad sexual y el ajuste a roles sociales.

Utilización de una competencia intelectual más rica en virtud de la adquisición de un sentido de comunidad y una "visión del mundo", y

Desarrollo de potencialidades para la realización de actividades ocupacionales y recreativas, asumiendo un compromiso gradual hacia aquellas relevantes para sí mismo y para la comunidad.

#### **2.4 Inestabilidad afectiva y modificaciones de la imagen de sí mismo.**

Un rasgo característico del desarrollo de la pubertad es un creciente distanciamiento emocional, respecto de las personas con las cuales se mantenía un contacto cercano, hasta entonces, así como el impulso a retirarse y apartarse (Nickel, 1980).

Hetzer (citado por Nickel, 1980) ha descrito también, a partir del análisis de diarios íntimos y de unas observaciones prolongadas, esos dos rasgos, como los síntomas psíquicos más destacados del comienzo de la pubertad. Sin embargo, como quiera que se funda en el modelo de etapas y fases del desarrollo, dicha autora llegó a creer que se trataba de una fase de origen inopinado y de final súbito; la designó, a causa del signo básicamente depresivo y de la tendencia del distanciamiento, como "fase negativa".

La investigación mejor proyectada, al respecto, se debe a Degenhardt (citado por Nickel, 1980), que ha estudiado en chicas el período entre los 10 y

14 años de edad, en un amplio trabajo longitudinal iniciado en 1967. El planteamiento del problema giraba en torno a la imagen de sí mismo, en el sentido de un distanciamiento de las personas con las que se había tenido mayor relación hasta entonces. Se destacó ese distanciamiento como un rasgo característico de la llamada "fase negativa" respecto de los padres, los adultos e incluso las compañeras. Se les presentó, en relación con diferentes clases de personas, 20 pares de cualidades bipolares que se habían establecido, previamente como diferencial semántico para la clasificación de dichas personas; por ejemplo, "triunfador-fracasado", "anticuado-moderno", "simpático.antipático", "intolerable-tolerable". Se había realizado la clasificación, de acuerdo con estos conceptos preestablecidos: "Mi padre", "Mi madre", "Las chicas de mi edad", "Los adultos", "Yo misma", "Me gustaría ser".

La evaluación mostró un creciente distanciamiento del yo vivenciado y del yo ideal, respecto de los adultos en general, y del padre, en particular. Se pudieron confirmar, por completo, las hipótesis referentes a las modificaciones de la pubertad. En contra de dichas hipótesis, la posición vivenciada del "Yo misma", respecto de "Mi madre" y de "Las chicas de mi edad", permaneció casi inalterable, entre los 10 y los 14 años. Esto demuestra que no se trata de un aislamiento respecto de todas las personas con las cuales se habían relacionado hasta entonces, sino de una progresiva diferenciación de la imagen

misma de sí mismas, dentro del contexto social. Es notable, sin embargo, que esta modificación de la imagen de sí mismo no se verifique, de un modo súbito, "de un salto", el creciente distanciamiento del "yo" con respecto a los "adultos" y al "padre", se inicia poco a poco y va aumentando, de manera uniforme, hasta los 14 años de edad. Así, en relación con la modificación de la imagen de sí mismo, no se pudo confirmar, ni un curso discontinuo ni una acomodación al comienzo de la pubertad (Nickel, 1980).

El distanciamiento del "yo", respecto de los "adultos" y del "padre", vivenciado como un fenómeno progresivo, dependería estrechamente de las susodichas modificaciones de roles y status, tal como el adolescente las experimenta. En lo que concierne a la diferente ordenación de los conceptos "padre" y "madre", cabría considerar una diferenciación más intensa de los roles específicos del sexo y la correspondiente identificación con el propio estereotipo; ésta interpretación sociopsicológica se ha visto confirmada por otros resultados de Degenhardt (1971; citado por Nickel, 1980). El curso crítico de la modificación de la imagen de sí mismo, sólo se ha podido aplicar a determinadas constelaciones sociopsicológicas, precisamente entre los grupos de más edad de los bachilleratos. Se insiste en que se trata del efecto de la esperada modificación de roles y status, al acercarse la hora de tener que abandonar la escuela, así como del aspecto de inseguridad con que se vislumbra el porvenir.

Otra explicación sería, que las modificaciones emocionales observadas representan fenómenos reactivos, fácilmente comprensibles, como efecto secundario de la maduración somática. Dicho de otro modo, la muchacha púber observa ciertos cambios en su cuerpo que sigue, con interés más o menos grande, y se vivencia a sí misma, entonces, en una situación de tránsito de la infancia a la adultez. Por la problemática de los roles y la consiguiente inseguridad, acerca del status quo, la chica reacciona con una inestabilidad, es decir, con una angustia general y con una cierta ansiedad, según los casos, tal como menciona Nickel (1980).

## CAPITULO III. IMAGEN CORPORAL

### 3.1 Definición

Es en neurología, donde se puede considerar que la evolución de los conceptos a la imagen del cuerpo tuvieron su origen de los cuales, Ambrocio Paré en el siglo XVII (citado por Rincón, en 1969) se refiere al intentar explicar la sensaciones persistentes que tenían las personas que fueron sometidas a la amputación de un miembro, a este fenómeno se le denomina "miembro fantasma". Más adelante Weir Mitchell y Chorcot (citado por Rincón, 1969) explica lo que sería el funcionamiento central responsable de esa persistencia sensorial. A fines del siglo XIX y principios del XX Sir Heny Head (citado por Rincón, 1969) muestra su concepto "esquema corporal" o "modelo postural del cuerpo". Head dice que el modelo que se tiene mentalmente de nuestro propio cuerpo reposa en los cambios posturales.

El concepto de imagen corporal también ha sido de interés para los psiquiatras, donde explican algunas extrañas distorsiones de las sensaciones corporales en la psicosis. Los psicólogos lo han utilizado, principalmente para explicar la construcción de la imagen del cuerpo del niño (Wallon 1954;

Zazzo, 1957; Piaget, 1960; Vkoopernik y Dailly, 1968; citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Tomando en cuenta todo lo anterior se deduce que el concepto de imagen corporal tiene muy diversas acepciones por lo que se encuentran definiciones: clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogénéticas (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Paul Schilder (citado por Rincón, 1969) define la imagen corporal como una estructura mental que forma parte de las estructuras psicobiológicas que son con las que cuenta una persona al nacer, que son consolidadas en la maduración y el desarrollo. Esta imagen corporal se va desarrollando durante los primeros meses de vida extra-uterina, es construida en el ejercicio de la percepción, la sensación y la acción; las necesidades básicas y las necesidades en constante interacción constituyen el medio exterior, esto es, con un mundo lleno de estímulos que motivan al contacto social, al dominio y conocimiento tanto en el propio cuerpo como los objetos por medio del constante ejercicio y en interacción con la realidad. La imagen corporal es entendida como la imagen tridimensional que se tiene del cuerpo, nos da la sensación de unidad corporal.

Garner y Garfinkel (1981) fueron los primeros en postular que la imagen corporal es una estructura multidimensional.

F. Dolto (1986), con una orientación psicoanalítica se refiere a los conceptos "esquema corporal e imagen corporal", aunque están estrechamente relacionados no son sinónimos. El esquema corporal habla de la persona en cuanto que representa la especie humana, sin importar lugar, época o condición en que vive. El esquema corporal es una representación de la imagen del cuerpo ya sea activa o pasiva porque permite objetivación de una intersubjetividad, la relación libidinal, que se basa en el lenguaje, en la relación con los otros y que sin el esquema corporal y sin su soporte sería un fantasma no comunicable.

Entonces el esquema corporal es el mismo para todas las personas, no es esto igual para la imagen corporal, ya que es única, individual elaborada por el propio sujeto y su historia. El esquema corporal es inconsciente, preconscious y consciente. Y la imagen corporal es principalmente inconsciente, por lo cual la imagen corporal es la síntesis de todas las experiencias emocionales, es una memoria inconsciente de las vivencias, siendo al mismo tiempo actual, viva. Dinámica, y narcisista. Es el sujeto del deseo y goce.



A partir de la imagen y esquema corporal el individuo se comunica con los demás. El esquema corporal es evolutivo en el tiempo y en el espacio.

Gardner, Martínez y Sandoval (1987) definen el concepto de imagen corporal como la imagen que una persona tiene de la apariencia física de su cuerpo.

Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kiemel (1990) dicen que la imagen corporal cuenta por lo menos con 2 elementos; uno de ellos es la percepción corporal que habla del aspecto en que se incluye precisión de juicio en la talla corporal. El segundo elemento; concepto corporal refiriéndose a la insatisfacción/menosprecio.

Bruchon-Schweitzer (1992) dice que la imagen corporal así como la mirada dirigida al propio cuerpo, donde siendo un proceso complejo el observador es también observado, la conceptualización como una configuración global, formada por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo va elaborando en relación a su cuerpo durante su vida y a través de diferentes experiencias. Este cuerpo percibido es relacionado constantemente a unas normas (normas de belleza y rol) siendo la imagen corporal una representación evaluativa. Dice la autora que existen dos tipos de percepción del cuerpo: la primera se refiere a

las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimulaciones de distancias, proporciones y orientaciones espaciales del cuerpo) que le da el nombre de imagen espacial del cuerpo. La segunda es la percepción representativa y afectos elaborados a partir del mismo cuerpo en base a normas (satisfacción corporal, atractivo, subjetivo, identidad corporal percibida, etc.) que señala una imagen afectiva del cuerpo.

Es apoyada la adquisición progresiva de la imagen corporal en experiencias visuales, cinestésicas, cognitivas, afectivas y sociales. Como último el desarrollo de la imagen corporal se basa en percibir el propio cuerpo como único, distinto de los otros y sobretodo como propio que corresponde a la acción de aprender de si mismo como objeto y sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992).

El concepto de imagen corporal es apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, como es percibida y descrita por la persona no sólo percibiendo un cuerpo objeto con propiedades físicas; estatura, peso, volumen, orientación, etc. También un cuerpo sujeto con afectos, complejos, más o menos conscientes y autoevaluativos (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Gómez Pérez-Mitré (1997) de acuerdo con las experiencias que Bruchon-Schweitzer menciona que se debe tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, teniendo en cuenta que la imagen corporal también es percibida según edad o etapa de la vida, género, clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

Gómez Pérez-Mitré (1995) refiere que la imagen corporal corresponde a una categoría subjetiva, que se refiere a una representación psicosocial, representativa a una fotografía en movimiento, resultado de una elaboración que puede llegar a tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

### 3.2 Alteración de la imagen corporal.

#### Sobrestimación/ Subestimación

Como factores de riesgo en relación a la imagen corporal, se encuentran las alteraciones de la imagen corporal (diferente a distorsión, porque en investigaciones previas, se ha reportado que en poblaciones normales como las de estudiantes, no se reportan distorsiones de la imagen corporal ya que

las distorsiones son típicas de las poblaciones clínicas que constituyen un síntoma patológico) que son sobrestimación y subestimación, refiriéndose a una percepción subjetiva en donde se da un mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, esto es la diferencia que se da entre peso real y peso imaginario (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Se entiende por peso real el resultado de una medición realizada con una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal ( $IMC = \text{peso} / \text{talla}^2$ ) se toma en cuenta que la grasa corporal (son los lípidos del organismo que se encuentran en las células, en los fluidos corporales y en los tejidos adiposos) no se pueden medir directamente, por lo que el peso corporal es un indicador de medición indirecta.

El peso imaginario se define como una serie de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos que hace el sujeto de si mismo al observarse, que pueden llegar a sobrestimar o subestimar. Por lo general se hace una sobrestimación del tamaño del cuerpo, así como del peso corporal, lo que lleva a sentir rechazo o insatisfacción con su imagen corporal acompañado de un gran temor o miedo a subir de peso, de llegar a estar gordo y el sentirse siempre preocupado por su forma de comer, entre otras variables. La sobrestimación de su peso corporal se produce sin que la persona tome en cuenta su peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

### 3.3 Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es otra variable catalogada como factor de riesgo, su origen es de carácter psicológico-social, de naturaleza cognoscitiva que involucra un proceso de conocimiento donde interactúan procesos: percepción, aprendizaje y pensamiento, considerada actitudinal, expresando afecto y aceptación o rechazo, hacia la propia imagen corporal. Estas variables implican: conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que la persona hace propios y constituyen parte de un grupo social (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La variable satisfacción-insatisfacción constituye una evaluación y modera las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas como son: cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros y las realidades internas, subjetivos como son: la percepción de si mismo, la autoevaluación y la autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

La satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, se refiere al nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997) la satisfacción corporal depende de la distancia entre la realidad

y la idealidad (Bruchon-Schweitzer, 1992). Se toma en cuenta que ésta es una realidad percibida que difiere mucho de la realidad objetiva, que el propio cuerpo puede ser percibido diferente del cuerpo real y del cuerpo ideal. Lo que es más importante considerar, es la dirección o nivel de la autopercepción positiva o negativa, siendo el mejor predictor de la satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

La persona aprecia su cuerpo con las diferencias que perciba con un cuerpo ideal (Bruchon-Schweitzer, 1992). Se define satisfacción-insatisfacción corporal como el grado en que una persona le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su propio cuerpo (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990; citado por Schulndt y Bell, 1993).

Las variables que reúnen a los dos factores descritos antes son perceptuales, evaluativas y autoactitudinales como resultado de la interacción de: condiciones sociales, variables individuales más o menos objetivas (peso o tamaño y forma real); comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia, clase social y variables psicosociales subjetivas (autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones o autoconcepto y autoestima) (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

### 3.4 IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

Los seres humanos tienen como característica tener un concepto de su yo físico, que incluye una imagen corporal (Horrocks, 1986) esta imagen se modifica a lo largo de toda la vida con lentitud porque los cambios en el cuerpo son imperceptibles. Durante la adolescencia se dan cambios muy rápidos en las proporciones del cuerpo, en el tamaño, en la apariencia facial y en el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. El individuo se ve obligado a hacer cambios mayores en su imagen corporal. Los cambios rápidos lo llevan a una preocupación aumentada, tienen que llegar a un ideal cultural determinado (Powell, 1975).

Schilder (1935, citados por Horrocks, 1986) dice que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos interiorizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal, y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia personal y su capacidad funcional. En la adolescencia se presentan cambios físicos que están fuera de control, al adolescente le resulta difícil de adaptarse, ya que el joven está poco preparado para reconocer este proceso. El adolescente tiene menos aceptación a estos cambios que el adulto. El adolescente resiste el hecho de volverse mayor lo

que resulta perturbador no es el ser adulto, sino los cambios repentinos del crecimiento y desventajas que entran en conflicto con sus metas.

Martínez (1995) dice que el 70% de las adolescentes se sienten en desacuerdo con su cuerpo y los muchachos sólo el 15%. Cuando los muchachos llegan a la adolescencia el 15% de su peso representa grasa y las muchachas el 20 o el 25% de su peso es grasa (los cambios de formas onduladas, en senos, caderas y muslos, expresión normal de la biología y estética femenina) ellas lo ven sobrepeso u obesidad que las desmerece ante sus ojos y de los demás. En la adolescencia se manifiesta esta etapa de la metamorfosis somática y de la rebeldía.

En la sociedad desarrollan la presión a adelgazar para alcanzar el ideal estético femenino y el peso que hace ver una buena salud corporal y mental, es difícil de renunciar para las adolescentes a este ideal. Teniendo múltiples factores sociales-culturales que permiten que se confundan a la hora de percibir su silueta propia como normal. Es en la adolescencia donde aumenta la preocupación por la imagen corporal (Martínez, 1995).

Cuando el adolescente observa que atrae la atención y los comentarios por parte de los otros, el interés por su cuerpo aumenta. El adolescente tiene interés por su cuerpo por varias razones: el interés por el sexo opuesto, la



apariciencia , el desarrollo personal y la salud. Comienza a pensar en su cuerpo desde el punto de vista de los demás. Aquí se da un cambio de preocupación egocéntrica hacia el propio cuerpo a una preocupación por el cuerpo en relación con las demás personas (Horrocks, 1986).

Lermen y Karabenick (1974; citados por Magaña, 1988) dicen que los cambios en la adolescencia tienen un efecto psicológico importante, porque se da una relación significativa entre la estimación que una persona tiene del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la autoestima global de uno mismo.

Los adolescentes le dan mucha importancia a su apariencia física mostrando una actitud crítica, (Horrocks, 1986) haciéndose preguntas como: ¿tengo una buena figura y el tamaño idóneo? ¿Mi cuerpo se acerca al ideal? ¿Mi cuerpo es atractivo?, etc. Esto hace a los adolescentes desde un punto de vista sociológico, manipulable a nivel cultural, mostrando una necesidad mayor de ir de acuerdo al ideal cultural. Existiendo la posibilidad de que no toleren la diferencia tanto de su constitución corporal (un excesivo sobrepeso o una extrema delgadez) así como en la sincronización corporal (en el caso de una maduración tardía).

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante, manipulando esa tendencia, mostrando en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivos y exuberantes que transitan por esta etapa sin barros y espinillas, ni formas desparramadas. Los adolescentes son muy sensibles y perceptivos con respecto a su propia apariencia física y a la de sus amigos, las diferencias entre su autoimagen y la imagen ideal que presentan los medios de publicidad como T.V., revistas, que les genera una fuente de ansiedad (Craig, 1994).

En la infancia los niños conocen diferentes tipos de cuerpo e ideales y se forman una idea del suyo. En la adolescencia su imagen corporal es analizada con más detalle. En la sociedad algunos jóvenes se someten a dietas rigurosas, otros llevan a cabo rigurosos regímenes de acondicionamiento físico. Las muchachas se preocupan porque están gordas o muy delgadas, y los muchachos porque están flacos. Los adolescentes se preocupan por lo anterior porque quieren la aceptación social. En la sociedad actual la gordura no es bien vista; mientras que en otras culturas la obesidad es ideal femenino y la delgadez es rechazada. En los adolescentes varones el principal interés es la fuerza física (Lemer, Orlos y Knapp, 1976 citados por Craig, 1994).

La talla, peso y la complexión son las principales fuentes de preocupación de los adolescentes que siempre están deseando uno o más

cambios físicos en ellos (Frazier y Lisombee, 1956; Peterson y Taylor, 1980; citados por Fuentes, 1989). Se ha observado que los adolescentes que se desarrollan temprano o tardíamente tienen distintas repercusiones, según el caso, de una mujer o un hombre (Fuentes, 1989).

Los adolescentes están en una búsqueda de su identidad, para sí mismos y para los demás, por lo que están observando sus cambios, los evalúan y tratan de adquirir una apariencia personal que sea atractiva (Rodríguez-Tomé, 1972; citado por Rodríguez-Tomé y cols., 1993).

### 3.5 Importancia de la imagen corporal en la sociedad

La imagen corporal se crea por diversos factores: como una reflexión individual, una carga afectiva, factores individuales, roles de acuerdo al sexo del individuo, valores culturales y el contexto social en el que se desarrolla cada individuo ( Petersen y Taylor, 1980; Lerner, 1985; Bruchon-Schweitzer; citados por Rodríguez-Tomé, 1993).

La palabra "yo" no tiene sentido cuando no hay un "tú" por lo cual la imagen corporal es y puede llegar a ser gracias al hecho de que nuestro cuerpo no está aislado. Es una necesidad íntima la presencia de las demás personas, interesa la integridad propia y la de los demás. Sólo es posible la imagen corporal de uno mismo a partir de la imagen corporal de las otras

personas. Se crea la imagen corporal a través de las experiencias, acciones y actitudes de los otros que son dirigidas a nuestro cuerpo y a sus propios cuerpos (Schilder, 1987).

Todo individuo es emisor de una apariencia física y también receptor de la apariencia de los demás. En cada encuentro se da una emisión-recepción mutua de impresiones e informaciones por medio de su apariencia física (Duflos-Priot, 1987; citado por Bruchon-Schweitzer, 1992).

En el tiempo en que ahora se vive el cuerpo y la apariencia adecuados es la forma como la mujer expresa ser femenina en áreas que se pensaban exclusivas para hombres. Por ello la imagen corporal es muy importante, y se ha vuelto un negocio la belleza. En relación al hombre un aspecto masculino y musculoso es la manera en la que se reafirma la masculinidad porque ya no recurre a su propia labor como en el pasado (Rodin, 1993).

Se tiene un creciente interés por la apariencia física, por lo que las personas someten sus cuerpos a pautas de alimentación desbalanceadas con gran difusión, puesto que se encuentran preocupadas por cumplir estándares de belleza establecidos socialmente (Rodin, 1993).

Se reafirma una vez más que las condiciones sociales juegan un papel muy importante en la percepción de la imagen corporal, transmitidos por los medios de comunicación que promueven estereotipos, valores y normas de belleza, salud, éxito, papales femeninos, amor, etc. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Se ha observado en varias investigaciones que antes de la pubertad, la belleza y la apariencia son características más motivadas al papel femenino (Marocco y Camilleni, 1983 citados por Kelson-Cooke y Lanski, 1990). Se deduce que se debe que por lo general se educa a la mujer a preocuparse por su cuerpo y por su imagen corporal, a diferencia de los varones (las abuelitas decían que un hombre debe reunir las tres Fs "Feo, Fuerte y Formal").

Se observa que en el pasado las características de las muñecas eran parecidas a las de un bebé gordo o de una niña robusta. Actualmente las muñecas que sobresalen son las "barbies" que representa a una jovencita muy delgada no siendo así el busto, un cuello largo y delgado, las caderas más estrechas que los hombres, casi sin "pompas" y las piernas largas y finas. Con las que las niñas se identifican por jugar con ellas desde su infancia (Martínez, 1995). La figura ideal ha cambiado a lo largo del siglo pasado: en la década de los 20 se tiene una figura regordeta que ha cambiado a una figura más delgada a partir de los años 50, de acuerdo a los análisis hechos a revistas

femeninas de distintas épocas (Agarres y Kirkley, 1986, citado por Gómez Pérez-Mitré, 1993b). El cambio va de una preferencia por una figura en forma de reloj de arena, hacía una figura menos curvilínea y angular del cuerpo (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980; citados por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996).

En estudios se reporta que las mujeres que aparecen en revistas tienden a ser muy delgadas (Silverstein, Perdue, Peterson y Kelly, 1986; Silverstein, Peterson, y Perdue, 1986; citados por Heinberg, 1986, en Thompson, 1996).

En los concursos de miss América se ha encontrado que el peso ha disminuido significativamente en relación con la estatura desde 1960 (Garner, Garfinkel, Schwarte y Thompson, 1980; citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La sociedad actual ha estandarizado la delgadez en la mujer, no todas las mujeres en promedio pueden alcanzar este ideal (Franzo y Herzog, 1987; citado por Heinberg, 1996; en Thompson, 1996).

En la época actual la sociedad da un gran valor al aspecto físico del cuerpo (Rodin, 1993). La delgadez es un sinónimo de belleza (Thompson,

1996) y la belleza es buena y se piensa que todo lo que es bueno para la salud también es bueno para la belleza y viceversa (Martínez, 1995). Se transmite que en una sociedad industrializada el objetivo de ser bello es accesible a cualquier persona y que dedique un tiempo para hacer ejercicio y que coma poco. Esta búsqueda no es tan fácil ya que provoca frustración o vergüenza y derrota por no poder llegar al cuerpo ideal (delgado) (Rodin, 1993). La mujer pasa mucho tiempo y gasta gran cantidad de dinero cuidando su atractivo (Tan, 1979, citado por Kelson, Kearney-Cooke y Lansky, 1990).

Concluyendo, socialmente en mujeres el ideal de belleza se asocia a la delgadez, por lo que no es raro encontrar bellos los cuerpos femeninos que se acercan a la anorexia. En los hombres, los factores más importantes del atractivo físico son la musculatura y la fuerza principalmente a nivel del tronco superior (Bruchon-Schweitzer, 1992). La figura atractiva se caracteriza por hombros y tórax musculosos con una cintura más fina que los hombros (Hevarth, 1981, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992). Los hombres también sienten preocupación por su cuerpo (y especialmente algunos en forma intensa), los afecta de distinta manera que a las mujeres (Rodin, 1993).

## **CAPITULO IV. PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

El presente estudio tuvo como propósito investigar si existían diferencias en las variables relacionadas con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo, según el sexo y peso corporal de estudiantes adolescentes.

### **4.2 OBJETIVOS:**

Como objetivos se plantearon:

Detectar las diferencias que existen respecto a conducta alimentaria de riesgo según el sexo y peso corporal de los adolescentes

Detectar las diferencias que existen respecto a la variable imagen corporal según el sexo y peso corporal de los adolescentes.

### **4.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Dados los objetivos antes señalados se plantearon las siguientes preguntas de investigación:



1. ¿Existen diferencias en la variable conducta alimentaria de riesgo (seguimiento de dieta) entre hombres y mujeres?
2. ¿Existen diferencias en la variable conducta alimentaria de riesgo (seguimiento de dieta) entre adolescentes de bajo peso, peso normal y sobrepeso?
3. ¿Existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la elección de figura ideal?
4. ¿Existen diferencias entre adolescentes con bajo peso, peso normal y sobrepeso en cuanto a la elección de figura ideal?
5. ¿Existen diferencias entre los adolescentes hombres y mujeres en cuanto al nivel de satisfacción - insatisfacción con la propia imagen corporal?
6. ¿Existen diferencias entre los adolescentes con bajo peso, peso normal y sobrepeso en cuanto al nivel de satisfacción - insatisfacción con la propia imagen corporal?
7. ¿Existen diferencias entre adolescentes hombres y mujeres con respecto a la alteración de la imagen corporal (subestimación - sobreestimación)?
8. ¿Existen diferencias entre adolescentes con bajo, peso normal y sobrepeso con respecto a la alteración de la imagen corporal (subestimación - sobreestimación)?

#### **4.4 HIPÓTESIS:**

### Hipótesis Centrales

$H_0$ = El 10% de adolescentes de nivel bachillerato presentan conductas alimentarias de riesgo relacionadas con Trastornos Alimentarios, medida con el Cuestionario de Alimentación y Salud.

$H_a$ =El 10% de adolescentes de nivel bachillerato no presentan conductas alimentarias de riesgo relacionadas con Trastornos Alimentarios, medida con el Cuestionario de Alimentación y Salud.

### Hipótesis Alternas

1. Las mujeres presentan mayor conducta alimentaria de riesgo (seg. de dieta) que los hombres.
2. Los adolescentes de peso bajo (delgadez) presentan mayor conducta alimentaria de riesgo que los adolescentes de peso normal y sobrepeso.
3. Las mujeres tienen un cuerpo ideal diferente al de los hombres.
4. Los adolescentes con bajo peso tienen un cuerpo ideal diferente al de los adolescentes con peso normal y sobrepeso.
5. Las mujeres presentan mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal que los hombres.

6. Los adolescentes con sobrepeso tienen mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal que los estudiantes normopeso y delgados.

7. Las mujeres presentan diferente grado de alteración de la imagen corporal en comparación con los hombres.

8. Los adolescentes con sobrepeso-obesidad presentan diferente grado de alteración de la imagen corporal, en comparación con sus pares normopeso y bajo peso.

#### **4.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES:**

##### **Variables independientes:**

- 1. Adolescencia**
- 2. Sexo**
- 3. Peso Corporal**

##### **1. Adolescencia**

La adolescencia es un proceso que ocurre en lapsos variables de tiempo y que se caracteriza por cambios en la forma, el tamaño, las proporciones y el funcionamiento del organismo. Se inicia, transcurre y termina en forma diferente en los dos sexos y grupos humanos e incluso hay variaciones en el desarrollo de personas del mismo grupo y sexo.

Se puede definir a la adolescencia como el periodo de desarrollo entre la infancia y la adultez, se caracteriza por cambios fisiológicos específicos apuntalados por la edad cronológica, especificada por cada sociedad y cultura, es un periodo de crecimiento en donde las personas jóvenes alcanzan la madurez física e intelectual y se llevan a cabo diversas actividades únicas del desarrollo (Angrilli y Helfat, 1985).

## **2. Sexo**

### **Definición conceptual**

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

### **Definición operacional**

Los sujetos fueron clasificados en ésta variable de acuerdo a su respuesta al reactivo B que presentó dos opciones:

1: sexo masculino

2: sexo femenino

## **3. Peso Corporal**

### **Definición conceptual**

Bajo peso. El término de falta de peso es aplicado a personas que tienen del 10 al 15% menos del peso estándar o del óptimo (Krause y Hunsher, 1983).

Peso normal. Es cuando las personas se encuentran dentro del peso estándar de acuerdo a su edad y estatura.

Sobrepeso. Es cuando el individuo presenta acumulación de grasa no excesiva del tejido adiposo y por lo tanto se encuentra por encima del peso estándar u óptimo de acuerdo a su edad y estatura.

## Definición operacional

**Bajo peso.** Se define con un IMC de menos de 15 a 18.9 de acuerdo a la escala combinada del diagnóstico validada en una muestra de adolescentes mexicanos (Gómez Perez-Mitré y Saucedo, 1997).

**Peso normal.** Se define con un IMC de 19 a 22.9 de acuerdo con la escala combinada del diagnóstico validada en una muestra de adolescentes mexicanos (Gómez Perez-Mitré y Saucedo, 1997).

**Sobrepeso.** Se define con un IMC mayor o igual a 23 con la escala combinada del diagnóstico validada en una muestra de adolescentes mexicanos (Gómez Perez-Mitré y Saucedo, 1997).

## VARIABLES DEPENDIENTES

### 1. Imagen corporal

- a) Figura Ideal
- b) Satisfacción/Insatisfacción
- c) Alteración

### 1. Conducta Alimentaria de Riesgo (seguimiento de dieta)

## 1. IMAGEN CORPORAL:

Se refiere a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo, durante su existencia y a través de diversas experiencias. La imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon - Schweitzer, 1992).

### a) Figura Ideal

**Definición conceptual.** Se define como la figura corporal que desea tener idealmente una persona. Generalmente se establece con base en los estereotipos vigentes socialmente.

**Definición operacional.** Se midió con los puntajes dados al reactivo 1 de la sección G del Cuestionario de Alimentación y Salud mismo que dice: "Observa con cuidado las siguientes y escoge aquella que más te gustaría tener...." .

### b) Satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal

La insatisfacción con la imagen corporal es entre otras cosas, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. El origen de la

insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado, de carácter psicológico - social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos - percepción, aprendizaje, pensamiento - y por el otro, es actitudinal, en tanto que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal.

Así, la variable INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, involucra conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia de una cultura.

#### Definición operacional

Esta variable se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$I = A - I$$

El resultado de la resta, es decir la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal es la satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal. Una diferencia igual a cero indica satisfacción, una diferencia negativa (-) indica insatisfacción (quieren ser más gruesos o "llenitos") y una diferencia positiva



(quieren ser más delgados); mientras más grande sea la diferencia mayor es la insatisfacción con la imagen corporal.

### **c) ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (SOBREESTIMACIÓN - SUBESTIMACIÓN).**

#### **Definición conceptual**

Es el factor central común a los desórdenes alimentarios y agrupa, entre otras, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo por el propio cuerpo e imagen corporal, variables todas estas a las que subyace un temor, con diferentes grados de intensidad de subir de peso y una preocupación, también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo - su forma y tamaño - y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

#### **Definición operacional**

**LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL** operacionalmente se define como la diferencia que puede encontrarse entre la estimación subjetiva (auto clasificación del peso corporal como resultado de autopercepciones), que el sujeto hace de su cuerpo y la medición real u objetiva del peso corporal, el cual puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

La autopercepción del peso corporal fue medida a través del reactivo 31 de la sección A: "De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

Obesa(o)	Muy gorda(o)
Con sobrepeso	Gorda(o)
Con peso normal	Ni gorda(o) ni delgada(o)
Peso por abajo del normal	Delgada(o)
Peso por muy abajo del normal	Muy delgada(o)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estructura en centímetros elevado al cuadrado que se utiliza para hacer clasificaciones de peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

B.1) El IMC ESTIMADO se refiere a la razón del peso sobre talla al cuadrado (P/T ) reportado por los sujetos en los reactivos D y E.

¿Cuánto pesas?\_\_\_\_\_

¿Cuánto mides?\_\_\_\_\_

Se utilizó la escala de criterios combinados en IMC con validez diagnóstica para adolescentes mexicanos (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1997).

CATEGORÍA	PUNTO DE CORTE
Emaciación	menor a 15

Bajo peso	15 -18,9
Normal	19 - 22,9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	mayor a 27

Operacionalmente la **ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL** es la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice de Masa Corporal Real: Una diferencia igual a cero indica NO ALTERACIÓN; una diferencia positiva indica sobreestimación y una diferencia negativa indica subestimación.

## 2. CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO (SEGUIMIENTO DE DIETA)

### **Definición conceptual**

Son aquellas formas, hábitos, costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la alimentación que no constituyen trastornos de la alimentación propiamente dichos (obesidad, anorexia y bulimia).

### **Definición Operacional**

Esta variable se midió con la respuesta dada al reactivo no. 3 de la Sección B del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré, 1993, 1995), que dice “En los últimos 15 días : Hiciste dieta para controlar tu peso” cuyas opciones de respuesta van desde nunca hasta siempre pasando por a veces, frecuentemente y muy frecuentemente.

## **4.6 MÉTODO:**

### **4.6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

La presente investigación puede clasificarse como un estudio confirmatorio de campo, no experimental, *expost-facto*, con observaciones independientes. Es un diseño factorial 2 x 3 (sexo --masculino y femenino-- y peso corporal --delgadez, peso normal y sobrepeso--)

### **4.6.2 MUESTRA:**

Para los fines de la presente investigación se empleó una muestra de (N=140) no probabilística, intencionada por cuota. No probabilística ya que no existe forma de estimar la probabilidad de cada elemento de la población de ser incluido en la muestra; fue intencionada por cuota, ya que los sujetos participantes deben cumplir ciertos requisitos en cuanto a edad, estado civil y no tener compromiso laboral, y fueron seleccionados hasta alcanzar el número de sujetos determinado.

Los sujetos de la muestra se extraerón de la población adolescente de nivel de escolaridad medio superior de una institución privada del Distrito Federal.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los sujetos incluidos en la muestra debieron cumplir con los siguientes requisitos para ser incluidos dentro de la muestra:

1. Se encontraron en un rango de edad de los 15 a los 18 años.
2. Estado civil. Solteros.
3. Estudiantes de preparatoria privada.

### 4.7 Procedimiento

1.- Se acudió a la escuela de nivel preparatoria para solicitar la cooperación de las autoridades, para la realización de la investigación, una vez obtenida la autorización, se pidió la participación voluntaria de los alumnos en los salones de clase.

1. La aplicación del instrumento se hizo colectivamente en los salones de clase, en la aplicación del instrumento se informó acerca del propósito de dicha aplicación, de una forma breve, como se presenta a continuación:

"Se está realizando una investigación en la Universidad Salesiana, en la Facultad de Psicología cuyo propósito es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (Física y psicológica) de la comunidad

estudiantil para contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida."

2. Las instrucciones que se dieron fueron las siguientes:

"Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta marcando con una X o rellenando el espacio. Si tienes alguna duda consultala con la persona que te entregó el cuestionario".

4. Terminando de contestar los cuestionarios se obtuvo el peso y la estatura de los estudiantes con una báscula peso-persona y un estadiometro de madera, las mediciones fueron realizados por personal especializado.

5. Una vez que se obtuvo el número de participantes deseados (70 hombres y 70 mujeres) se procedió a la captura y análisis de los datos en el paquete estadístico SPSS (versión 8.0)

## **CAPÍTULO V. INSTRUMENTO**

En el presente estudio se aplicó el cuestionario "Estudios sobre alimentación y salud" (Gómez Perez-mitré, 1996), que se ha venido aplicando y sometiendo a prueba desde 1993. Este instrumento contiene reactivos que exploran variables relacionadas con las siguientes áreas:

Sociodemográfica (sección A).

Conducta Alimentaria y Estrés (Sección B)

Elección de Figura Actual (Sección C).

Autoatribución (Sección D).

Conducta Alimentaria (EFRATA<sup>\*</sup>, Secciones E y F).

Elección de Figura Ideal (Sección G).

Interacción Social (Sección H).

Afrontamiento al estrés (Sección I).

Relación Materna (Sección J)

Imagen Corporal (Sección K)

Satisfacción / insatisfacción con partes corporales (Sección L, Ver ANEXO).

Sin embargo es importante mencionar que en la presente investigación unicamente se utilizaron:

---

<sup>\*</sup> Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios



La escala Sociodemográfica (Sección A)

Figura Actual (Sección C)

Figura Ideal (Sección G)

El reactivo no. 3 de la Sección B que dice: "Hiciste dieta para controlar tu peso"

a) nunca    b) a veces    c) frecuentemente    d) muy frecuentemente    e) siempre

El reactivo no. 9 de la sección K que dice: "De acuerdo con la siguiente escala, tu te consideras..."

Obesa	Muy gorda
Con sobrepeso	Gorda
Con peso normal	Ni gorda ni delgada
Peso por abajo del normal	Delgada
Peso muy abajo del normal	Muy delgada

Se obtuvo el coeficiente de consistencia interna ALPHA para todas las variables que forman parte del EFRATA, siendo aceptables (ALPHA= .7978).

Obteniéndose también coeficientes de consistencia interna aceptables para cada escala del EFRATA:

Conducta alimentaria restrictiva alpha= . 7353

Conducta alimentaria dietaria  $\alpha = 6175$

Conducta alimentaria anómala  $\alpha = .7882$

Conducta alimentaria normal  $\alpha = .7566$

## 5.1 Aparatos

Las medidas antropométricas tomadas por el equipo médico en el presente estudio se utilizó peso y talla. Para el registro del peso se empleó una báscula “torito” peso-persona de 140kg. Y para la medida de la talla se instaló un estadímetro en madera con una cinta de metal fija para evitar cualquier error.

## 5.2 Forma de calificación

Se asigna a cada reactivo de las escalas, 5 opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre). A esta escala se le dio un valor numérico del 1 al 5, de esta forma los puntajes más altos indicaron mayor presencia de los problemas alimentarios.

En la medición de INSATISFACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL se emplearon dos escalas visuales con siluetas o figuras humanas que cubren un continuo de peso corporal, que va desde una silueta muy delgada, hasta una muy gruesa u obesa, pasando por una de peso corporal normal. Las siluetas aparecieron ordenadas al azar.

De acuerdo con el reactivo 1 de la sección C que mide figura actual, se indico a los sujetos: “Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que

más se parezca o aproxime a tu figura corporal". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

OPCIÓN	CALIFICACION	CLASIFICACIÓN
F	1	nivel de delgadez muy por abajo del normal
H	2	nivel de delgadez muy por abajo del normal
A	3	nivel de delgadez por abajo del normal
I	4	nivel de delgadez por abajo del normal
B	5	peso normal
D	6	nivel de sobrepeso
C	7	nivel de sobrepeso
E	8	nivel de obesidad
G	9	nivel de obesidad masiva

De acuerdo con el reactivo 1 de la sección G que mide figura ideal, se indicó a los sujetos: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

OPCIÓN	CALIFICACIÓN	CLASIFICACIÓN
G	1	nivel de delgadez muy por abajo del normal
E	2	nivel de delgadez muy por abajo del normal
C	3	nivel de delgadez por abajo del normal
A	4	nivel de delgadez por abajo del normal
I	5	peso normal
B	6	nivel de sobrepeso
D	7	nivel de sobrepeso

F	8	nivel de obesidad
H	9	nivel de obesidad masiva

Dado lo anterior la INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL fue definida operacionalmente como el nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal.

Una diferencia igual a cero fue indicadora de satisfacción, en tanto que las diferencias positivas y negativas indicaron insatisfacción. En general, a mayor diferencia entre la figura actual y la figura ideal mayor fue el grado de insatisfacción.

## ***CAPITULO VI. RESULTADOS***

El propósito del presente estudio consiste en investigar si existían diferencias en las variables relacionadas con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo según el sexo y peso corporal de los adolescentes, a quienes se les aplicó el Cuestionario sobre Alimentación y Salud (Gomez Pérez- Mitré, 1933,1993b,1995).

Una vez recogidos y capturados los datos se procedió al análisis de los mismos en el programa SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias Sociales en su versión 8.1 para Windows). Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

### ***6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA***

La muestra total del presente estudio quedó formada por una N total = 140 estudiantes, el 50% de ellos del sexo femenino y el otro 50% del sexo masculino (ver tabla 1). La media de edad para las mujeres es de 15.4 años ( $S=.58$ ); mientras que la edad promedio de los hombres es de 15.8 años ( $S=.94$ ).

La totalidad de los sujetos de la muestra son estudiantes de bachillerato de entre 15 y 18 años, de escuela privada del área metropolitana y de nivel socioeconómico medio (ver tabla 2). En la tabla 3. se observa que solo el 5% trabaja mientras un 95% de la muestra no trabaja.

### 1.- Frecuencias y porcentajes de distribución de la muestra.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	70	50.0
Femenino	70	50.0
Total	140	100.0

### 2.- Distribución en porcentajes, media y desviación estándar de la variable edad por sexo.

EDAD	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
15	45.7%	60.0%	52.9%
16	37.1%	35.7%	36.4%
17	10.0%	4.3%	7.1%
18	5.7%		2.9%
Total	70	70	140



	100.0%	100.0%	100.0%
X	15.8	15.4	15.6
S	.94	.58	.80

### 3. Distribución en porcentajes de la variable situación laboral por sexo

¿TRABAJAS?	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
SI	5.7%	1.4%	3.6%
NO	94.3%	98.6%	96.4%
Total	70	70	140
	100.0%	100.0%	100.0%

En lo que respecta al ingreso familiar se observa (tabla 4) que el 46% tiene un ingreso que oscila entre los 4000 y 8000 pesos mensuales. El menor porcentaje que corresponde a un 2% de la muestra es equivalente a 2000 pesos mensuales. Mientras que el 20% de la muestra tiene un ingreso familiar equivalente a más de 10000 pesos mensuales. En la siguiente tabla (tabla 5) se observa que el 84% de la muestra no llevan vida sexual activa mientras el 16% si llevan vida sexual activa.

#### 4.- Distribución porcentual de la variable ingreso mensual familiar por

sexo

INGRESO	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
2000 o -	1.5%	1.7%	1.6%
2001-4000	15.4%	6.8%	11.3%
4001-6000	21.5%	25.4%	23.4%
60001-8000	21.5%	23.7%	22.6%
8001-10000	20.0%	18.6%	19.4%
10001 o +	20.0%	20.3%	20.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

#### 5.- Distribución en porcentajes de la variable iniciación a la vida sexual a través de la respuesta dada a la pregunta: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa? Por sexo

	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
NO	80.6%	86.8%	83.7%
SI	19.4%	13.2%	16.3%
	100.0%	100.0%	100.0%

## 6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de interés se seleccionaron con el propósito de tener un panorama general de las conductas alimentarias de riesgo en una muestra de adolescentes.

Para seleccionar cada una de las variables de estudio se sumaron los reactivos que a criterio de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de alimentación (EFRATA) se relacionaban con este tipo de problema\*, se siguió el criterio que a mayor puntaje mayor problema.

Para realizar la descripción de las variables de interés se utilizaron tablas cruzadas (crosstabs) para relacionar las mismas. Los resultados que se obtuvieron se presentan a continuación:

### 6.2.1 Conducta alimentaria de riesgo.

#### a) Edad de la primera dieta.

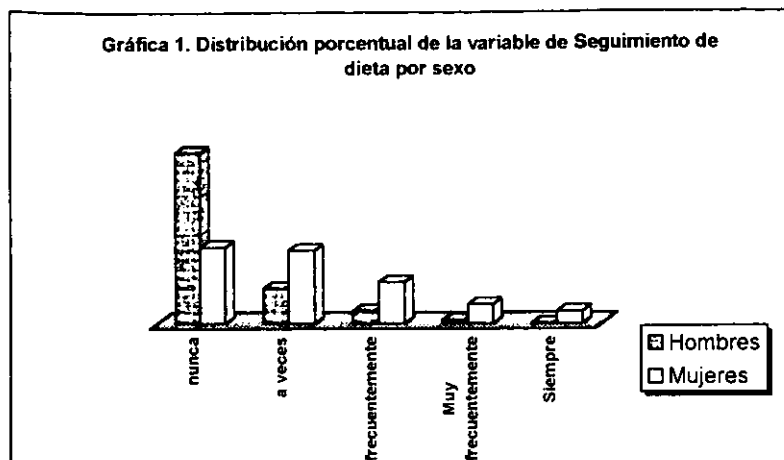
Con respecto a esta variable, se encontró que la mayoría (67%) de las mujeres de esta muestra siguió su primera dieta de los 12 a los 14 años; mientras que un alto porcentaje (38%) de los varones inició este tipo de conducta de los 15 a los 17 años (ver tabla 6.)

### 6. Distribución porcentual de la variable edad de la primera dieta por sexo

	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Menos de 9 años	7.7%		1.7%
9 a 11 años	15.4%		3.4%
12 a 14 años	30.8%	66.7%	58.6%
15 a 17 años	38.5%	33.3%	34.5%
18 a 20 años	7.7%		1.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

#### b) Seguimiento de dieta.

Es interesante señalar que la mayoría (70%) de los hombres "nunca" realizó dieta con propósitos de control de peso; sin embargo, entre las mujeres 33% había realizado dieta "a veces" y 19% "frecuentemente" (en los últimos 15 días) (ver gráfica 1).



6.2.2 Factores de riesgo asociados con imagen corporal.- Se tomaron en cuenta para la explicación de este punto las siguientes variables:

a) Preocupación por el peso.

En la tabla 7 se observa que el 77% del sexo masculino nunca está preocupado por su peso a diferencia del sexo femenino que corresponde al 33% de la muestra que tampoco se preocupan por su peso. Corresponde a un 15% de la muestra del sexo masculino que reportan que a veces han estado preocupados por su peso a diferencia de un 26% que corresponde al sexo femenino quienes a veces lo han estado. En la respuesta que corresponde a frecuentemente se tiene que un 4% de la muestra del sexo masculino y un 18% perteneciente a la muestra del sexo femenino.

**7.- Distribución porcentual de la variable preocupación el peso corporal  
por sexo**

	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Nunca	76.8%	32.9%	54.7%
A veces	14.5%	25.7%	20.1%
Frecuent.	4.3%	18.6%	11.5%
Muy Frec.	2.9%	7.1%	5.0%
Siempre	1.4%	15.7%	8.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

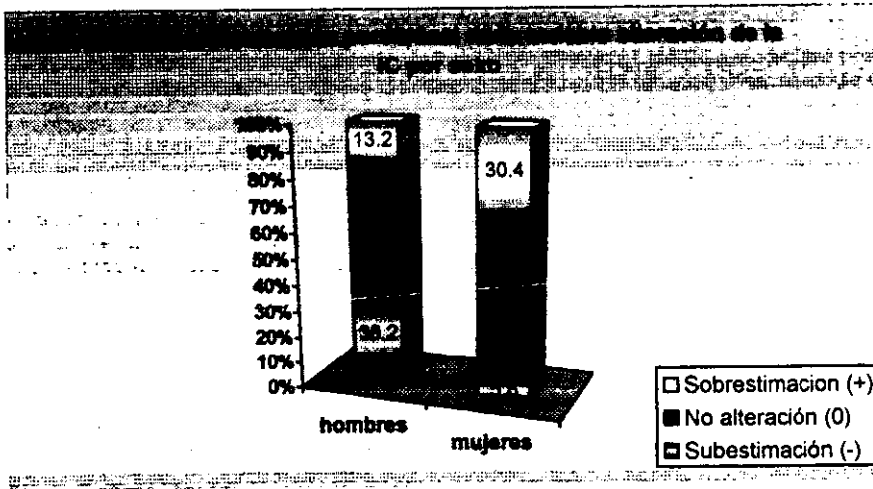
b) Alteración de la imagen corporal.

Esta variable se obtuvo a través de la diferencia encontrada entre autopercepción de la imagen corporal menos índice de masa corporal.

En la Tabla 8 se observa que el 64% de la muestra del sexo femenino no presenta alteración en la imagen corporal, es decir se perciben tal como son en comparación al 49% de la muestra del sexo masculino que no presentó alteración.

Se encontró que el 6% de la muestra del sexo femenino subestima su imagen corporal, es decir se ven más delgadas de lo que en realidad son en comparación con el 34% en la muestra del sexo masculino.

En la gráfica 2 y tabla 8 se muestra que 30% de la muestra del sexo femenino sobreestima su imagen corporal, es decir se perciben más gruesas o llenitas de lo que en realidad son, en comparación con sólo el 13% de la muestra del sexo masculino.





**8 .- Distribución porcentual, media y desviación estándar de la variable  
alteración de la imagen corporal por sexo.**

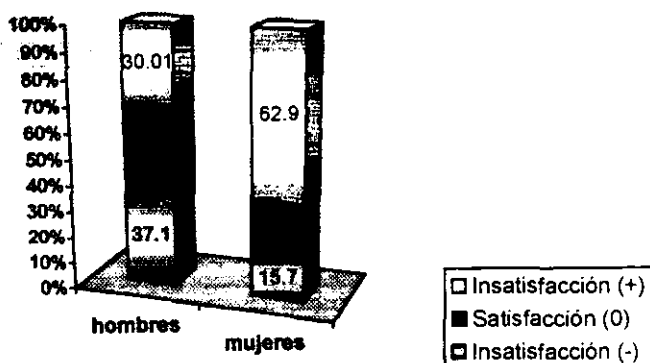
	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Subestimación (-)	38.2%	5.8%	21.9%
Sin alteración (0)	48.5%	63.8%	56.2%
Sobrestimación (+)	13.2%	30.4%	21.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
X	.31	1.32	
S	.83	.70	

c) Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Es importante mencionar que casi el 80% de la muestra del sexo femenino estaba insatisfecha con su cuerpo, el 63% de ellas quería ser más delgada; mientras que, un 16% de ellas quiere ser un poco más gruesa. En comparación con los hombres, se encontró que un porcentaje menor pero también bastante alto (67%) de ellos se encuentran insatisfechos con su

imagen corporal, el 30% desea ser más delgado, y un 37% más robusto (ver Gráfica 3 y Tabla 9).

**Gráfica 3. Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción por sexo**



**9.- Distribución porcentual, media y desviación estándar de la variable satisfacción/insatisfacción con la I.C por sexo.**

Satisfacción	Masculino	Femenino	Total
Insatisfacción (-)	37.1%	15.7%	26.4%
Satisfacción (0)	32.9%	21.4%	27.1%
Insatisfacción (+)	30.01%	62.9%	46.4%
Total	100%	100%	100%
X	.11	.99	

S	1.34	1.70	
---	------	------	--

### 6.3 Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo planteadas se aplicó ANOVA (Factorial Simple) a todas las variables dependientes teniendo como variables independientes sexo y peso corporal. Los resultados se presentan en seguida.

#### 3.1 Conducta alimentaria de riesgo (seguimiento de dieta para control de peso)

Se plantearon 2 hipótesis de trabajo relacionadas con conducta alimentaria de riesgo:

1. Las mujeres presentan mayor conducta alimentaria de riesgo (seg. de dieta) que los hombres.

$$H_0 = X_1 = X_2 = 0$$

$$H_1 = X_1 > X_2 \neq 0$$

2. Los adolescentes de peso bajo (delgadez) presentan mayor conducta alimentaria de riesgo que los adolescentes de peso normal y sobrepeso.

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = 0$$

$$H_1 = \mu_1 > \mu_2 = \mu_3 \neq 0$$

Como se observa en la siguiente tabla se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento de dieta para control de peso sólo en el efecto principal sexo ( $F(1, 131) = 29.756, p = .000$ ), pero no en el efecto principal peso corporal ni en la interacción de ambas.

Por lo tanto se acepta hipótesis alterna y se rechaza hipótesis nula y se confirma la hipótesis de trabajo 1 que dice que las mujeres presentan mayor conducta alimentaria de riesgo que los hombres. Sin embargo, no se confirma la hipótesis de trabajo 2 y se acepta la hipótesis nula.

10. Análisis de varianza Conducta alimentaria de riesgo por la variable sexo y peso corporal.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Efectos principales	28.881	3	9.627	10.817	.000
Sexo	26.484	1	26.484	29.756	.000
Peso corporal	2.398	2	1.199	1.347	.264
Interacción de doble entrada	3.052	2	1.526	1.714	.184
Sexo-Peso corporal	3.052	2	1.526	1.714	.184
Varianza explicada	31.933	5	6.387	7.176	.000
Residual	116.592	131	.890		
Total	148.526	136	1.092		

Como se observa en la Tabla 11, la media de seguimiento de dieta de las mujeres indica que éstas realizaron esta conducta alimentaria anómala "a veces" y la D. E. (1.17) indica que habían adolescentes que nunca había realizado dieta hasta chicas que "frecuentemente" habían seguido dieta en

un periodo de 15 días; mientras que entre los hombres la media (1.31) indica que "nunca" hacen dieta.

Tabla 11. Media y desviación estándar de seguimiento de dieta (conducta alimentaria de riesgo) por sexo

Sexo	X	S
Masculino	1.31	.65
Femenino	2.19	1.17

Variables relacionadas con Imagen Corporal.

Figura ideal

En el capítulo anterior se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo relacionadas con figura ideal:

3. Las mujeres tienen un cuerpo ideal diferente al de los hombres.

$$H_0 = X_1 = X_2 = 0$$

$$H_1 = X_1 \otimes X_2 \otimes 0$$

4. Los adolescentes con bajo peso tienen un cuerpo ideal diferente al de los adolescentes con peso normal y sobrepeso.

$$H_0 = X_1 = X_2 = X_3 = 0$$

$$H_1 = X_1 \otimes X_2 \otimes X_3 \otimes 0$$

En lo que se refiere a la variable elección de la figura o cuerpo ideal, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los efectos principales sexo ( $F(1, 131)=25.285, p=.000$ ) y peso corporal ( $F(2, 131)=8.902, p=.000$ ), así como en la interacción sexo por peso corporal ( $F(2, 131)=5.079, p=.008$ ) (ver Tabla 12). Con base en los resultados anteriores, se confirman las hipótesis de trabajo 2 y 3, y se aceptan las hipótesis alternas y se rechazan las nulas.

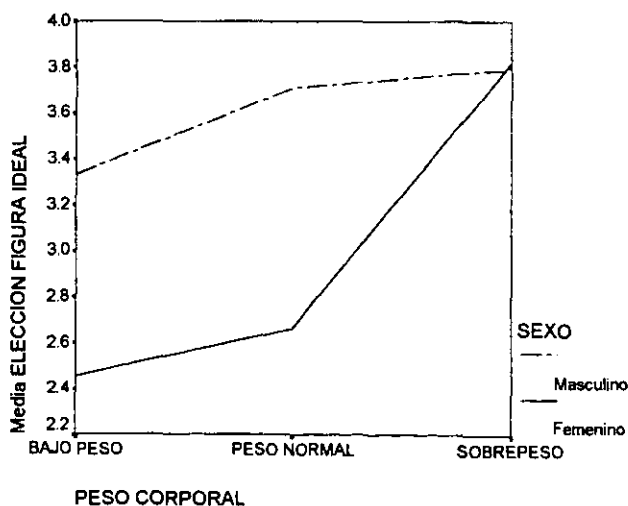
### 12.- ANOVA. V.D. Figura Ideal por las variables sexo y peso corporal

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad
Efectos principales	32.718	3	10.906	14.363	.000
Sexo	19.199	1	19.199	25.285	.000
Peso corporal	13.519	2	6.759	8.902	.000
Interacción de doble entrada	7.712	2	3.856	5.079	.008
Sexo-peso corporal	7.712	2	3.856	5.079	.008
Varianza	40.430	5	8.086	10.649	.000



Explicada					
Residual	99.468	131	.759		
Total	139.898	136	1.029		

Como se observa en la siguiente gráfica 4 de interacción, la media de las mujeres con bajo peso y normopeso eligen una silueta muy delgada como figura ideal, mientras que las mujeres con sobrepeso eligen una figura entre delgada y normal. Entre los hombres de bajo peso la media indica que eligen una silueta delgada atlética como figura o cuerpo ideal, mientras que los normopeso y sobrepeso eligen entre una silueta delgada atlética y una normal.



**Gráfica 4. Interacción significativa peso corporal por sexo con la variable dependiente: figura ideal**

b) Satisfacción-Insatisfacción con la Imagen Corporal

En lo referente a la variable Satisfacción/insatisfacción se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

5. Las mujeres presentan mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal que los hombres.

$$H_0 = X_1 = X_2 = 0$$

$$H_1 = X_1 > X_2 \neq 0$$

6. Los adolescentes con sobrepeso tienen mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal que los estudiantes normopeso y delgados.

$$H_0 = X_1 = X_2 = X_3 = 0$$

$$H_1 = X_1 > X_2 > X_3 \neq 0$$

Como se observa en la tabla 13, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los efectos principales sexo y peso corporal teniendo como

variable dependiente satisfacción-insatisfacción. Por lo tanto se acepta hipótesis alterna, se rechaza hipótesis nula y se confirma la hipótesis de trabajo.

**13. ANOVA. V. D. Satisfacción/insatisfacción con la I.C. por sexo y peso corporal**

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Efectos principales	44.183	3	14.728	6.404	.000
Sexo	26.677	1	26.677	11.600	.001
Peso Corporal	17.506	2	8.753	3.806	.025
Interacción de doble entrada	2.502	2	1.251	.544	.582
Sexo por peso corporal	2.502	2	1.251	.544	.582
Varianza explicada	46.685	5	9.337	4.060	.002
Residual	301.257	131	2.300		
Total	347.942	136	2.558		

Las medias incluidas en la tabla 14, muestran por sexo que las mujeres presentan mayor grado de insatisfacción con su imagen corporal que los hombres. La media positiva de insatisfacción de las mujeres (.99) indica que

quieren estar más delgadas de lo que actualmente están. Por la variable peso corporal, las medias indican que los adolescentes con bajo peso ( $X=.08$ ) son los menos insatisfechos seguidos por los estudiantes con peso normal ( $X=.48$ ) y sobrepeso( $X=.91$ ).

## 14. MEDIAS Y D.E. DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN POR SEXO Y PESO

## CORPORAL

RANGO DE PESO	SEXO	X	S	N
Bajo peso	Masculino	.4000	1.1212	15
	Femenino	.7273	2.3703	11
	Total	.07692	1.8094	26
Peso normal	Masculino	.2917	.9546	24
	Femenino	.9268	1.7087	41
	Total	.4769	1.5822	65
Sobrepeso	Masculino	.6897	1.5377	29
	Femenino	1.2941	1.2127	17
	Total	.9130	1.4426	46
Total	Masculino	.1029	1.3509	68
	Femenino	.9855	1.7106	69
	Total	.5474	1.5995	137

## c) Alteración de la Imagen corporal

Con respecto a la variable alteración de la imagen corporal se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo y estadísticas:

7. Las mujeres presentan diferente grado de alteración de la imagen corporal en comparación con los hombres.

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2 = 0$$

$$H_1 = \mu_1 \neq \mu_2 \neq 0$$

8. Los adolescentes con sobrepeso-obesidad presentan diferente grado de alteración de la imagen corporal, en comparación con sus pares normopeso y bajo peso.

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = 0$$

$$H_1 = \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq 0$$

Se produjeron diferencias estadísticamente significativas en esta variable en los efectos principales sexo ( $F(1, 131)=33.156, p=000$ ) y peso corporal ( $F(1, 131)=29.941, p=.000$ ) (ver Tabla 15). Por lo tanto se aceptan hipótesis alternas, se rechaza hipótesis nula y se confirma las hipótesis de trabajo 7 y 8.

## 15. ANOVA. V.D. Alteración de la I.C. por sexo y peso corporal

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Efectos principales	37.861	3	12.620	31.013	.000
Sexo	13.492	1	13.492	33.156	.000
Peso Corporal	24.369	2	12.184	29.941	.000
Interacción de doble entrada	1.822	2	.911	2.239	.111
Sexo por peso corporal	1.822	2	.911	2.239	.111
Varianza Explicada	39.683	5	7.937	19.503	.000
Residual	53.309	131	.407		
Total	92.993	136	.684		

La siguiente tabla (16) contiene las medias y desviaciones estándar de la alteración de la imagen corporal por sexo y peso corporal, por la variable



sexo las medias indican que las mujeres sobrestiman (se ven más gruesas de lo que en realidad son,  $X=.32$ ) y los hombres subestiman (se ven más delgados de lo que son,  $X=-.31$ ). Por la variable peso corporal, las medias señalan que son los estudiantes de bajo peso y sobrepeso-obesidad quienes alteran en mayor grado su imagen corporal aunque con direcciones diferentes: mientras los de bajo peso sobrestiman ( $X=.58$ ), los sobrepeso-obesos subestiman ( $X=-.61$ ). Los adolescentes normopeso también sobrestiman su imagen aunque en menor grado ( $X=.22$ ).

16. MEDIAS Y D.E. DE LA VARIABLE ALTERACION DE LA I.C. POR SEXO Y PESO CORPORAL

PESO CORPORAL	SEXO	X	S	N
Bajo peso	Masculino	.5333	.6399	15
	Femenino	.6364	.8090	11
	Total	.5769	.7027	26
Peso normal	Masculino	.1250	.5367	24
	Femenino	.4146	.6315	41
	Total	.2154	.6493	65
Sobrepeso	Masculino	-.8966	.6732	29
	Femenino	-.1176	.6002	17
	Total	-.6087	.7447	46

Total	Masculino	.3088	.8332	68
	Femenino	.3188	.6965	69
	Total	7.299E-03	.8269	137

## **CAPITULO VII.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:**

Un primer aspecto llamativo dentro de la revisión de las diferentes perspectivas en torno a los trastornos alimentarios consiste en la evidencia de una mayor profusión y diversidad de teorías principalmente sobre la obesidad y en menor escala en relación a la anorexia y la bulimia. Sobre la obesidad se multiplican aproximaciones y se discuten resultados, sin embargo, es claro que no existe una aceptación unánime de su causalidad psicológica. Se reconoce este aspecto pero se le niega su papel determinante.

No es igual en los casos de la anorexia y la bulimia, pues, si bien se ensayan también diversas perspectivas teórico - metodológicas, es claro, sin embargo, que los factores psicológicos se encuentran prácticamente sobre la superficie. La imposibilidad de caracterizar a ambos trastornos sobre una base orgánica, de entrada, les hace más resistentes a una perspectiva médico - biológica.

No obstante, en la propia obesidad, la dificultad que encuentran médicos, nutriólogos y otros trabajadores de la salud se encuentra en la imposibilidad de tratar "cuerpos" que indudablemente son portados por sujetos humanos. Si estos trabajadores no son "empáticos" o no encuentran

una entrada específica desde la “psicología” del obeso, de manera frecuente fracasan en sus intentos terapéuticos.

Del mismo modo, existe una paradoja interesante en las grandes campañas de carácter preventivo. Por una parte, es claro que la publicidad tendiente al consumo de productos, frecuentemente nocivos, es a menudo muchísimo más eficaz para atraer consumidores que para disuadir a un sujeto que ha adquirido una pauta de conducta “desviada”, como es el caso del tabaquismo o la drogadicción. Por otro lado, las campañas de salud o tendientes a promover hábitos adecuados sólo son eficientes en las estadísticas gubernamentales y a menudo totalmente ineficaces en la cotidianidad de la población. Podría decirse que la cantidad de recursos económicos es desigual, así como la frecuencia con la que están en contacto con el público, pero, también es posible que, por vía de los hechos, apunten y acierten en lugares diferentes. Mientras que la propaganda dirigida al consumo se dirige a un público con apetencias, con deseos y con gran necesidad de reconocimiento e inserción social y afectivo; por lo contrario, las campañas “concientizadoras” se orientan hacia el “deber ser”, o a las “almas bellas”, o mejor dicho, a las buenas voluntades.

En este sentido, apuntar hacia la prevención nos lleva: en primer lugar, a poner el acento sobre los factores psicológicos presentes en el sujeto; en segundo lugar, independientemente que lo psicológico sea o no el

primer factor presente en la causación de la obesidad, la anorexia y/o la bulimia, es cierto que funciona como causa eficiente ya sea para mantenerlas, desencadenarlas o para hacer posible o no un tratamiento, inclusive médico, en torno a ellas.

En el presente estudio, los resultados obtenidos nos llevaron a priorizar el papel de la imagen corporal como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Y si bien es cierto que la imagen corporal es, como ya se mencionó, en diferentes momentos del presente trabajo, el resultado de la interacción de factores múltiples y complejos; también es cierto, que la imagen corporal funciona como estructura cognitiva mediante la cual el sujeto se pone en contacto y valora diferentes estímulos relacionados con él. La imagen corporal se pone en juego en la interacción social, en la situación amorosa, en su contacto con la realidad y en la o las decisiones relacionadas con el consumo.

Tomando en cuenta, además, que en términos sociales y personales, la adolescencia representa un momento de tránsito entre la adaptación infantil y la inserción definitiva en el mundo de los adultos puede inferirse, sin demasiado riesgo, que los factores cognitivos, como la imagen corporal, representan más que nunca una de las medidas o garantías de éxito entre la comunidad de jóvenes.

Integrando estos dos últimos puntos de vista, es factible concluir que la imagen corporal es determinante para influir en las conductas alimentarias de riesgo y que la adolescencia representa uno de los momentos críticos para incidir en su desarrollo. En este sentido, una estrategia preventiva puede señalarse apuntando a la modificación de la imagen y también, integrando las características propias de la adolescencia. De esta manera, se podría cambiar los niveles de incidencia, sobre todo, en etapas posteriores de la vida.

En un inicio se señaló, también, que es importante realizar estudios con la población mexicana de manera específica. Uno de los grandes déficits en la investigación consiste precisamente en reproducir pautas o resultados provenientes de estándares que no son los que comparte nuestra población. En este sentido, el presente estudio reporta una muestra formada por N=140, 70 hombres y 70 mujeres.

Los resultados de la muestra señalan que, casi en su totalidad, los estudiantes de ambos sexos no trabajan. El dato es relevante en la medida que al poder ser descritos como dependientes de la familia, la mayor parte de estos sujetos se encuentra en una situación social que le hace imposible representarse en el mundo a partir de factores tales como "éxito" social, laboral o económico propio.

Partiendo de este aspecto, se encontraron otros factores necesarios de ser resaltados. Entre los más interesantes tenemos que, en relación a la figura ideal se obtuvo una interacción significativa en cuanto al sexo por categoría de peso. Los resultados indicaron que las mujeres delgadas y con peso normal eligieron una silueta muy delgada (bien formada) como figura ideal, mientras que, las chicas con sobrepeso y obesidad eligieron una silueta entre delgada y normal como ideal corporal. En este sentido, los sujetos tienden a valorar la delgadez, pero, parece que ellas mismas sancionan la posibilidad de que los ideales sean "muy altos".

Dos aspectos resultan claramente contradictorios: si atendemos a la publicidad, sobre todo a la dirigida específicamente a los jóvenes, como es el caso de la Revista "Somos" que en su edición especial "de las 50 personas más bellas en México" promueven, con gran aceptación de la juventud, el estereotipo de la mujer bella: delgada (bien formada) y joven (Gómez Perez-Mitre y Unikel, 1999). Sin embargo, existe una gran sanción social al sujeto que plantea ideales, imposibles, en el marco de las estructuras sociales. Digamos que el fenómeno parece presentar una doble cara: por una parte la aceptación y el consumo de valores y por otra, no plantearse una posibilidad real de conseguirlos, no desearlos como una actitud vital ante el entorno.

Por el lado de los varones, se encuentra una tendencia similar a la de las mujeres, es decir, entre aquellos que presentan bajo peso se obtuvo que eligieron una figura atlética delgada como ideal; mientras que, los que poseen normopeso y sobrepeso – obesidad, eligieron entre una figura atlética delgada y una normal. Estos hallazgos son coincidentes con los hallazgos encontrados en otra investigación con varones realizada por Gómez Pérez – Mitre, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (en prensa). De igual manera, los sujetos coinciden con el prototipo de la figura atlética que se promueve en los medios de comunicación masiva como ideal corporal masculino.

En este nivel, la similitud de resultados presenta una tendencia que bien puede ser señalada como uniforme. En torno a la figura ideal tanto hombres como mujeres comparten las mismas tendencias consagradas socialmente. Sin embargo, en otros aspectos existe una diferencia marcada entre los sexos.

Lo anterior se expresa, fundamentalmente en tres puntos. El primero de ellos consiste en que: en lo referente a la **variable satisfacción/insatisfacción** con la imagen corporal, los hallazgos encontrados confirman investigaciones recientes llevadas a cabo en mujeres preadolescentes y adolescentes mexicanas (Pineda 2000), en las que se



obtiene que la muestra presenta insatisfacción con una diferencia positiva, esto es, que ellas quieren ser más delgadas.

Las diferencias se encuentran marcadas, también, socialmente. La presión hacia las mujeres por lucir delgadas (bien formadas) es tan fuerte, que en países como Brasil se prohibió a las mujeres obesas utilizar bikinis en las playas. Inclusive, a las mujeres "bien formadas" se les permite mostrar sus senos, es decir, no utilizar sostén.

Con respecto a los hombres, se observó que estos casi no presentaron insatisfacción con relación a su imagen corporal; sin embargo, la media indicó que querían ser un poco más delgados y atléticos. Este hecho desmiente la falsa idea que indica que los hombres no se preocupan por su apariencia física y cuerpo. No obstante, por el ejemplo anterior, puede verse que la presión social no es tan fuerte, ni sanciona del mismo modo su sobrepeso que como se hace con las mujeres.

El segundo punto de diferencia, se encuentra relacionado con la variable **alteración de la imagen corporal**. Ahí se observó que, mientras las mujeres sobrestiman (se ven más gruesas de lo que en realidad están), los hombres subestiman (se ven más delgados de lo que en realidad son). Comparados por peso corporal, tenemos que, los adolescentes con bajo peso comúnmente sobrestiman su imagen y los que poseen sobrepeso –

obesidad subestiman en alto grado su imagen (se ven a sí mismos más delgados). Los adolescentes que caen dentro de la categoría de peso normal, también subestimaron su imagen, pero, en mucho menor medida que los obesos. Estos resultados, en su conjunto, son solidarios con los encontrados en otras investigaciones recientes ( León, 2000; San Germán, 2000).

Sumado a las diferencias en la estimación de la imagen, se puede señalar que es de gran importancia resaltar el papel que desempeña la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Attie y Brooks – Gunn, 1989 y Gómez Pérez – Mitré, 1995, han señalado que la insatisfacción con la imagen corporal, así como, la alteración de la propia imagen constituyen factores de riesgo comprobados para el desarrollo de algún trastorno alimentario.

El tercer punto diferencial se encuentra con respecto a la variable **conducta alimentaria de riesgo**. Se obtuvo que, entre las mujeres existe una mayor incidencia en el seguimiento de dietas que entre los hombres, éstos últimos, con mayor frecuencia no siguen este tipo de conducta de riesgo.

Los hallazgos obtenidos con las mujeres deben ser cuidadosamente valorados, sobre todo, si se toma en cuenta que el seguimiento de dietas

representa uno de los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria para la producción de desórdenes alimentarios.

De hecho, si se relacionan las tres variables en que se obtienen diferencias por sexo, es decir, satisfacción/insatisfacción, alteración de la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo, puede señalarse que constituyen indicadores claros de factores de riesgo, máxime, si se encuentran correlacionados.

En este sentido, encontrar estos factores de riesgo presentes en una muestra de la población de adolescentes mexicanos constituye uno de los aspectos más claros del presente estudio. Otro, lo representa e establecer diferencias en las poblaciones masculina y femenina de la muestra. Podemos señalar, asimismo, que la imagen corporal adquiere una gran relevancia porque representa un factor que puede ser estudiado de manera sistemática y que constituye uno de los grandes indicadores para la detección de factores de riesgo en la conducta alimentaria.

Ya dijimos, y no está de más hacer hincapié en ello, que la detección de factores de riesgo puede ser una de las grandes áreas de investigación y trabajo tendientes a prevenir la presentación de los grandes "cuadros" de trastornos en las conductas alimentarias.

Es especialmente importante resaltar que los datos obtenidos indican que es la población femenina la que presenta una mayor tendencia a la presentación de conductas asociadas a factores de riesgo. Digamos que, en este sentido, representa uno de los sectores sociales que con mayor probabilidad presentarán trastornos en la alimentación. Vale, pues, la pena realizar investigaciones sistemáticas que profundicen tanto en la identificación como en la explicación del o los porqués asociados con esta incidencia. Evidentemente, tampoco, puede descartarse por esta vía la necesidad de realizar intervenciones y campañas preventivas dirigidas especialmente a las mujeres,

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:**

Antes de concluir el trabajo sería necesario presentar algunas de las inquietudes que se generaron a lo largo de la elaboración del presente trabajo de investigación.

Por principio de cuentas, cabe señalar que al recabar datos en una muestra de carácter “no probabilística”, los datos no pueden ser del todo generalizados. Es por ello, que se sugiere en futuras investigaciones trabajar con muestras tomadas al azar, con el propósito de obtener resultados generalizables. Sin embargo, se puede señalar que los datos obtenidos no son discordantes de los obtenidos con otras muestras y en otros estudios. Quizá resultó más importante, en la presente investigación, la demostración positiva de la existencia y relación de factores de riesgo con la imagen corporal, que la extensión misma de las conclusiones obtenidas.

En este sentido, sería igualmente importante realizar más investigaciones relacionadas con la imagen corporal y alteraciones alimentarias, entre los jóvenes de las edades incluidas en la muestra actual, para la confirmación de los resultados de este estudio. De manera paralela, y de confirmarse los hallazgos reportados, puede ser de utilidad incluir otros

rangos de edad, para establecer si existen períodos críticos en la conformación de factores de riesgo.

Es factible, asimismo, investigar de manera más detallada a las diferentes variables incluidas en el estudio. Es posible que su estudio más amplio arroje mayor profundidad en la apreciación de los problemas en juego. Inclusive aspectos como el nivel socioeconómico que a menudo constituyen sólo datos preparatorios para estudios más amplios y en el caso de la imagen corporal, por su importancia en la inserción de los jóvenes en su entorno social, puede constituir un factor de importancia central

El incremento de trastornos de obesidad en la población infantil y la emergencia de nuevas condiciones de socialización para los pequeños, puede representar también la oportunidad de investigar las bases sobre las que se construye la imagen corporal. ¿A qué tipo de influencias y que trastornos se presentaran en los niños de las próximas generaciones?. No son fáciles las respuestas, sin embargo, es la investigación quien puede darnos alguna claridad en los modos en que los fenómenos actuales pueden repercutir en el desarrollo de las futuras generaciones.

Sería necesaria la ampliación, para fines de investigación, del concepto mismo de imagen corporal. La inclusión de los factores afectivos en la conformación de la imagen puede ser también una de las grandes

áreas que permitan el establecimiento de estrategias preventivas y de tratamiento.

Digamos, en pocas palabras, que al investigar los trastornos alimentarios señalamos un problema que queda abierto para futuras investigaciones y aportaciones desde diversos ángulos y puntos de vista.

## BIBLIOGRAFIA.

**Alemaný,M. ( 1995).** Enciclopedia de las dietas y la Nutrición. España: Ed.Planeta.

**Alvarez.R.G; Vázquez.A.R; Mancilla D.J; López.A.X. y Eguiluz.R.L. (1996).** El juego del cuerpo y la comunicación en la génesis de la obesidad. Revista Psicológica. 31 ( Julio-Agosto), 18-23.

**Attie,I y Brooks -Gunn,J. ( 1989).** Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. Development Psychology 25; 76-79.

**Areson .G. ( 1991).** Una sustancia llamada comida.Como entender , controlar y superar la adicción a la comida.México:Mc Graw-Hill.

**Bruchon -Schweitzer.M. ( 1992).** Psicología del Cuerpo. Barcelona: Herder.

**Brownell,K. D. ( 1991).** Dieting and the research for the perfect body: Where Psychology and culture collide. Behavior therapy . 22. 1-12.

**Brumberg,J.J. (1998).** Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge :Howord: University.

**Cervera,P. Clapez,J y Rogolfaz,R. ( 1993) .** Alimentación y Dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. México: Iberoamericana-Mc Graw- Hill.

**Craig,G.J. ( 1994).** Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall.



Hispanoamérica.

**Crispo,R; Figueroa,E y Guelar,D. ( 1994).** Trastornos del comer.Terapia estratégica e intervención para el cambio. Barcelona: Herder.

**Chinchilla,M.A. ( 1995).** Guía teórico-practica de los trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa.México. Masson.

**Dolto ,F.( 1986).** La imagen inconsciente del cuerpo.España: Paidos.

**Donoso,M. ( 1990).** Algunas características de personalidad en pacientes de sexo femenino con anorexia nerviosa . Universidad Iberoamericana: México,D.F. ( Tesina de Licenciatura en Psicología).

**Druss,R; Silverman ,J. ( 1979).** Body image and perfectionism of ballerinas.General Hospital Psychiatric. 2, 115-121.

**DMS IV ( 1996).** Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales.Barcelona.Masson.

**Edwards,K. ( 1993).** Obesity, Anorexia and Bulimia. Clinical Nutrition.77 ,(4), 899-909.

**Escobar,G.M. (1992) .** Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nerviosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y Universidad de México. Universidad Iberoamericana. México, D.F. (Tesis De Licenciatura inédita).

**Fuentes,G.b.(1989).** Conocimiento y formación del Adolescente.México:CECSA.

**Gardner,D.M. Garfinker ,P.E. ( 1978).** Sociocultural factors in anorexia nervosa. *Thelaniet*, 23 (o) 674

**Gardner,D.M y Garfinkel,P.E. ( 1980).**Sociocultural factor in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*.10, 647-656.

**Gardner,D,M; Garfinkel,P.E; Schwartz,D. Y Thompsom. ( 1980)** .Cultural expectations of the thinnes in Woman.*Psychological reports* . 47. 481-491.

**Gardner,D,M; Martinez,R y Sandoval,Y ( 1987).** Obesity and body image: an evaluation of sensory and non-sensory components . *Psychological Medicine*. 19 927-932.

**Gómez,G. (1993).** Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10 ( 1), 17-23.

**Gómez Pérez-Mitre,G. ( 1993).** Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia, Anorexia Nerviosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10( 1), 17-27 .

**Gómez Perez - Mitre, G.( 1995).** Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 ( 2), 185 - 192.

**Gómez Pérez - Mitre, G.( 1996).** Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desordenes del comer para la promoción de la salud. ( Proyecto de investigación)

**Gómez Perez- Mitre, G y Avila ,A.** Conducta alimentaria y obesidad ( En prensa a).

**Gómez Perez- Mitre, G y Avila .A.** ¿ Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con el propósito de control de peso? ( En prensa b).

**Gómez Perez Mitre, G y Saucedo.M. ( 1997).** Válidez diagnóstica del IMC ( Índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos . Acta Pediátrica de México.18. ( 3) , 103-110.

**Gómez Perez Mitre, G ( 1998<sup>a</sup> ).** Imagen corporal. ¿ Que es más importante ? "Sentirse atractivo" o " ser atractivo". Psicología y ciencia social, 1 (2), 27-33.

**González, C. ( 1992) .** Evaluación de los tratamientos de tipo conductual en pacientes mujeres con trastornos de la alimentación . Universidad Iberoamericana: México.D.F. ( Tesina De licenciatura en Psicología).

**Guillemot,A y Laxenaire M. ( 1994).** Anorexia nerviosa y Bulimia. El peso de la cultura. México: Masson.

**Heinberg ,L.J. ( 1996).** Theories of body image disturbance: Perceptual development , and sociocultural factors. Psychological Reports, 12-20.

**Hill,A.J. (1993).** Pre-adolescent dieting: Implications for eating disorders. International Review of Psychiatric. 5, 87-100.

**Holtz,V. ( 1992).** Factores psicobiosociales de los desordenes de la alimentación : Estudio piloto en una preparatoria. Universidad Iberoamericana:México.D.F. ( Tesis de licenciatura en Psicología ).

**Holtz, V. ( 1995).** Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Revista de Psicología Iberoamericana. 3 ( 2 ) , 5-13.

**Horrocks, J.E. ( 1986).** Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.

**Kelson, T.R. Keaner-Cooke, A. y Lansky, L.M. (1990).** Body image and body beautification among female college students. Perceptual and motor skills. 71, 281-289.

**León Hernández Rodrigo. ( 2000).** Alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso. Facultad de Psicología, UNAM.( Tesis de licenciatura).

**Magaña, C.M.R. ( 1988).** Autoconcepto, adolescencia y familia. Facultad de Psicología, UNAM, México ( Tesina de licenciatura).

**Martines ,F.S. ( 1995).** La obsesión por adelgazar; Bulimia y Anorexia. México Espasa. Calpa.

**Minuchin, S. ( 1974)** Families and family therapy. México. Paidós

**Minuchin, S. y Firsham, H. ( 1990).** Técnicas de Terapia familiar .Barcelona. Paidós.

**Mojica, M.V. y Sánchez, S.G. ( 1998).** Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socio-económico en escuelas públicas y privadas. Facultad de Psicología. UNAM. México. D.F. ( Tesis de licenciatura, inédita).

**Nickel, H. ( 1980).** Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Herder.

**Onnis,L.(1990).** Terapia familiar de los trastornos psicomaticos.Barcelona: Paidos.

**Owell,M. ( 1975).** La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.

**Pate,J; Pumariega,A; Hester,c y Gamer,D. ( 1992) .** Cross cultural Patterns in eating disorders: A Review.Journali of the American Academy of child and adolescent Psychiatry . 31, (5) , 802.-809.

**Pasqualini,R. (1973).** Endocrinología. Vol II. Barcelona: Científico Médica.

**Pineda García Gisela. ( 2000) .** Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Facultad de Psicología Zaragoza.UNAM. ( Tesis de Licenciatura).

**Rincón,B.C.E. ( 1969).** La imagen corporal su valoración y su aplicación en la psicología contemporánea. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. México.( Tesis de licenciatura).

**Rivera,M.L. ( 1997).** Relación que existe entre nivel sociológico y la presencia de factores de riesgos para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Facultad de Psicología.UNAM.México,D.F. ( Tesis de licenciatura).

**Rodin,J. ( 1993).** Las trampas del cuerpo. Como dejar de preocuparse por la propia apariencia física. México Paidos.

- Rodríguez -Tomé,H; Bariaud,F; Cohen Zardi,M.F; Delmas ,C; Jeahvoing ,B y Szylagyn,P .( 1993).** The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in a adolescence . Journal of adolescence. 16 , 421-438.
- Roth,G. ( 1992).** Cuando la comida sustituye al amor.España:Urano.
- Scott,R; Baroffio, J ( 1986).** An MMPI analysis of similitaries and differences in three classifications of eating disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia and morbid obesity. Journal of Clinical Psychology. 42 (5), 708-713.
- Schoreder,S. ( 1992)** .Diagnóstico clínico y Tratamiento. México: Manual Moderno.
- Shwart,D.M. y Johnson, C.L. ( 1992).** Anorexia nervosa and bulimia: the sociocultural context.International Journal of Eating Disorders. 1, 20-30.
- Sepulveda,J; Lezama, M.A. ; Tapia-Conyer, R; Valdespino ,J.L; madrigal y Kumate ( 1990).** Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica. 126 ( 3) , 207-225.
- Shorter , E. ( 1994)** . From the mind into the body : The cultural origins of the psychosomatic sintoms. New York Free Press. 18, (3), 537-553.
- Schlundt,D.G y Bell,C ( 1993)** . Body image testing system: a microcomputer program for assessing body image. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 15 (3), 267-285.

**Slade,P.D, Dewwy,M.E, Newton,T; Brodie,O and Kiiemle,G. ( 1990) .**  
Development an d preliminary validation of the body satisfaction scale (  
BSS).Psychology and Health. 4, 213-220.

**Thompson,J.K. ( 1996).** Body image , eating disorders and obesity.An  
integrative guide for assessment and treament.**American Psychological**  
**Association Washington.D.C.-** Integrative Guide for assessment and  
treatment. The United States of America.

**Unikel,S.C y Gomez Perez-Mitre ( 1996).** Trastornos de la conducta  
alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza,  
secundaria y preparatoria. Psicopatología.16.(4). 121-126.

## **ANEXO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD**

XY (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

**GRACIAS**

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré  
Facultad de Psicología, UNAM*

**SECCIÓN**

**A**

**INSTRUCCIONES GENERALES**

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

Utiliza lápiz.

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

**4 - SECCIÓN A**

**1. ¿Qué estás estudiando?**

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

**2. ¿Trabajas?**

- A) Sí.
- B) No

**3. Actualmente vives con:**

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposa o pareja
- E) Solo
- F) Amigo(a)

**4. Lugar que ocupas entre tus hermanos**

- A) Soy hijo único
- B) Soy el mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy el más chico

**5. Edad de tu primera emisión nocturna**

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

**6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?**

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

**7. ¿Tienes hijos?**

- A) Sí
- B) No

**8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

- A) N\$ 2000 o menos
- B) N\$ 2001 a 4000
- C) N\$ 4001 a 6000
- D) N\$ 6001 a 8000
- E) N\$ 8001 a 10000
- F) N\$ 10001 o más

**9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?**

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

**6 - SECCIÓN A**

**10. Años de estudio de tu padre:**

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

**11. Años de estudio de tu madre:**

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

**12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?**

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

**13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?**

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

**SECCIÓN B - 7**

**SECCIÓN**

**B**

**8 - SECCIÓN B**

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido de acuerdo con la siguiente clave

<b>A</b> Nunca	<b>B</b> A Veces	<b>C</b> Frecuentemente	<b>D</b> Muy Frecuentemente	<b>E</b> Siempre
-------------------	---------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------

En los últimos quince días :

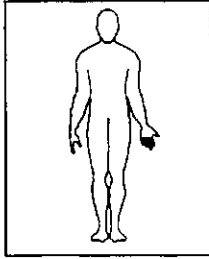
	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**SECCIÓN**

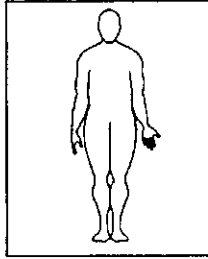
**C**

10 - SECCIÓN C

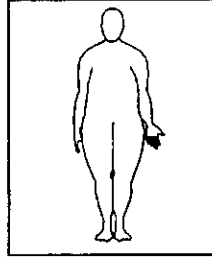
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



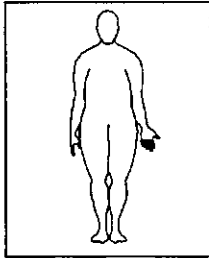
(A)



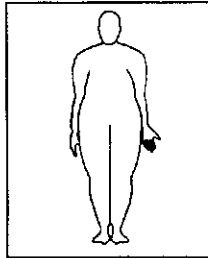
(B)



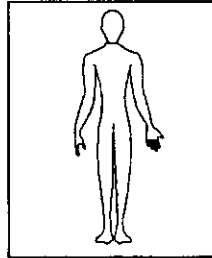
(C)



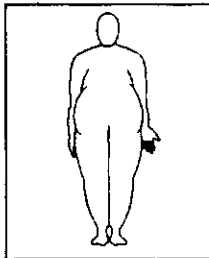
(D)



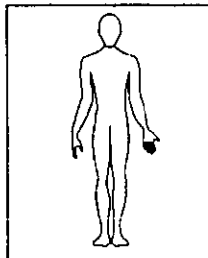
(E)



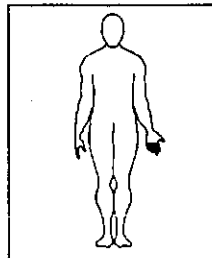
(F)



(G)



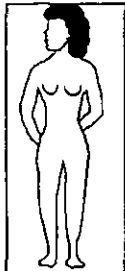
(H)



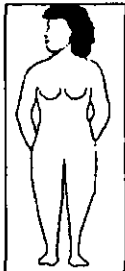
(I)



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



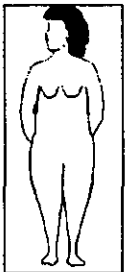
(A)



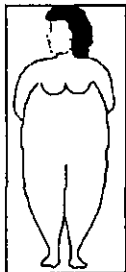
(B)



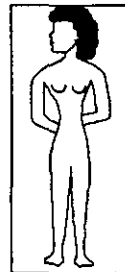
(C)



(D)



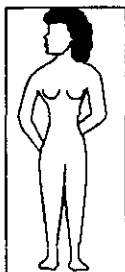
(E)



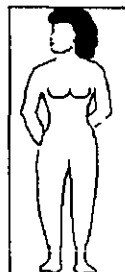
(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN**

**D**

**12 - SECCIÓN D**

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

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

Soy una persona:

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

## SECCIÓN

### E

1. En el último año :

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

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

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

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

**16 - SECCIÓN E**

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

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

- |  |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.                           | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Procuro comer verduras.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.                          | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida).   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Me avergüenza comer tanto.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Como lo que es bueno para mi salud.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.        | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas.                | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene                      | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.       | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre	
22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida ( porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
23.No como aunque tenga hambre	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores".	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
29. Siento que no puedo parar de comer.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
30. Como sin medida.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
32. Me deprimó cuando como de más.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
37. Me sorprende pensando en la comida.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
38.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
39.Como a escondidas					
40.Disfruto cuando como con otras personas					
41.Como hasta sentirme inconfortablemente lleno.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
42.No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
43.Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
44.Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
45.Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
46.Como tan rápido que los alimento se me atragantan.	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )
47.Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	( A )	( B )	( C )	( D )	( E )

**SECCIÓN**

**F**

20 - SECCIÓN F

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

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

- |   |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura". | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Admiro a las personas que pueden comer con medida  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Las personas que pierden el control con la comida se gulan por el lema "todo con exceso nada con medida".                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo los que nos rodea nos incita a comer.                            | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.                                    | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Creo que soy inseguro.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Me considero emocionalmente inestable.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Me llevo bien con los demás.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Creo que me pongo metas muy altas.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. Me cuesta trabajo hacer amigos (as).  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. Mi familia me exige demasiado.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Me considero una persona agradable.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. No tengo confianza en los demás   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Sólo se debe competir para ganar  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

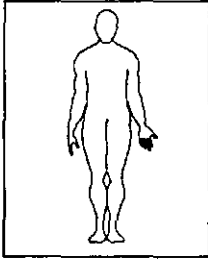


22 - SECCIÓN G

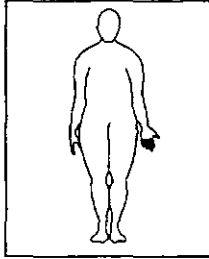
**SECCIÓN**

**G**

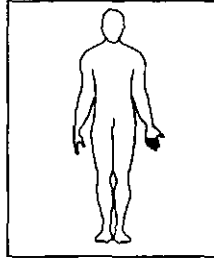
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



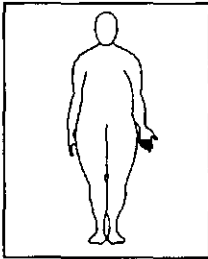
(A)



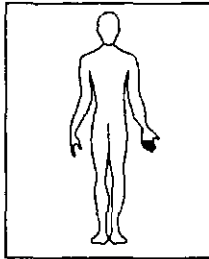
(B)



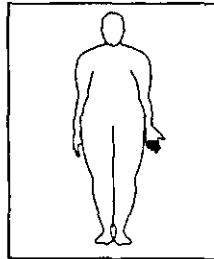
(C)



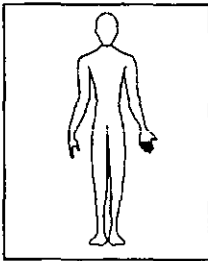
(D)



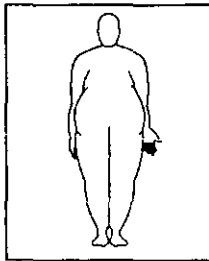
(E)



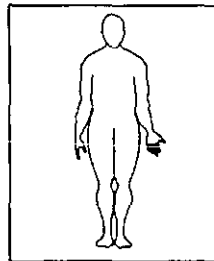
(F)



(G)



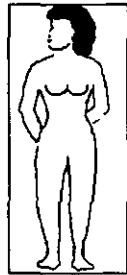
(H)



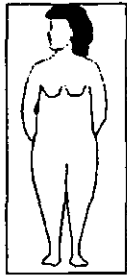
(I)

23 - SECCIÓN G

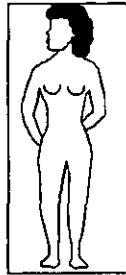
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



(B)



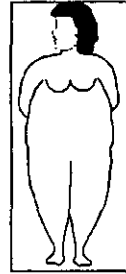
(C)



(D)



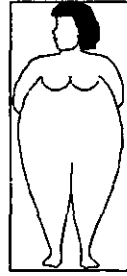
(E)



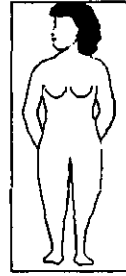
(F)



(G)



(H)



(I)

## SECCIÓN

## H

1. ¿Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)?
- A) Ninguno  
B) Uno o Dos  
C) Tres a cinco  
D) Más de cinco
2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?
- A) Ninguna  
B) Una o Dos  
C) Tres a cinco  
D) Más de cinco
3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?
- A) No  
B) Sí
4. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?
- A) Muy malas  
B) Malas  
C) Regulares  
D) Buenas  
E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

10. 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) Ninguno de los anteriores
- G) Todos los anteriores

11. 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 con la figura

12. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- A) Dietas para control de peso
- B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana

## SECCIÓN

## I

## 28 - SECCIÓN I

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada  
 B - Me describe un poco  
 C - Me describe regular ( más o menos)  
 D - Me describe bien  
 E - Me describe excelente

Quando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí mismo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

## SECCIÓN

## J

## 30 - SECCIÓN J

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

La clave de respuesta es como sigue:

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

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándose sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me habla frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

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

Mi madre:

La describe				
Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente

- 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero (A) (B) (C) (D) (E)
- 21. Es autoritaria. (A) (B) (C) (D) (E)
- 22. Me parece emocionalmente fría. (A) (B) (C) (D) (E)
- 23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito (A) (B) (C) (D) (E)
- 24. Me premia (A) (B) (C) (D) (E)
- 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera (A) (B) (C) (D) (E)
- 26. Es indiferente. (A) (B) (C) (D) (E)
- 27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. (A) (B) (C) (D) (E)
- 28. Tiende a consentirme como si fuera bebé. (A) (B) (C) (D) (E)



## SECCIÓN

## K

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

## 1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

## 2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

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

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

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

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
--	-------------------	------------	------------------------	--------------------	------------------------

- |                              |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 4. Con el sexo opuesto       | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Entre los amigos (as)     | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Para encontrar<br>trabajo | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. En los estudios           | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Con la familia            | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

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

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

10. Llegar a estar gordo :

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

11. Como me ven los demás :

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

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

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

13. Me gusta la forma de mi cuerpo :

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

## SECCION L

SECCIÓN L-35

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos parejas de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	_X_	_____	_____	_____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son **grandes** contestarás la letra **A**, si piensas que son **pequeñas** marcarás la letra **E**. Si opinas que son **algo grandes** elegirás la letra **B** (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son **algo pequeñas** elegirás la letra **D**. Finalmente, si tus manos no son **ni grandes ni pequeñas** responderás en la letra **C**.

Mi cuerpo es:

		A	B	C	D	E	
1.	Agil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2.	Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3.	Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5.	Duro	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
6.	Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
7.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
8.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
9.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
10.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
11.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado



50.. Proporcionado \_\_\_\_\_ Desproporcionado

Mis brazos son:

	A	B	C	D	E		
51.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
52.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
53.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
54.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
55.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
56.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

Mi cintura es:

	A	B	C	D	E		
57.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
58.	Dura	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
59.	Delgada	_____	_____	_____	_____	_____	Gruesa
60.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
61.	Bofa	_____	_____	_____	_____	_____	Atlética
62.	Mal formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
63.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
64.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No atractiva
65.	Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
66.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

Mis muslos son :

	A	B	C	D	E		
67.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
68.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
69.	Bofos	_____	_____	_____	_____	_____	Atléticos
70.	Mal Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formados
71.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
72.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados