



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

**Conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal e influencia  
de los medios sobre el modelo estético corporal, en  
escolares de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo**

**T E S I S**

Que para obtener el título de licenciado en Psicología

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

Figueroa Hernández Jesús Adrián

Bajo la Dirección de:

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Profesora Investigadora





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

MTRA. ANTONIA Y. IGLESIAS HERMENEGILDO  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
P R E S E N T E

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **JESÚS ADRIÁN FIGUEROA HERNÁNDEZ** bajo la modalidad de tesis cuyo título es: **CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO, IMAGEN CORPORAL E INFLUENCIA DE LOS MEDIOS SOBRE EL MODELO ESTÉTICO CORPORAL, EN ESCOLARES DE UNA PRIMARIA PÚBLICA DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

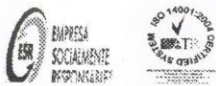
ATENTAMENTE

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Arturo del Castillo Arreola	Presidente	
Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña	Primer Vocal	
Dr. Melissa García Meraz	Segundo Vocal	
Dra. Dayana Luna Reyes	Tercer Vocal	
Dr. Sergio Santamaría Suárez	Secretario	
Mtra. Verónica Rodríguez Contreras	Suplente	
Dr. David López Romero	Suplente	

San Agustín Tlaxiaca, Hgo, 19 de marzo de 2014

C.c.p Archivo



Ex. Hacienda la Concepción Tlxcuautla, Hidalgo  
Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104 , 5118 y 4313



## ÍNDICE

<b>Resumen</b>	8
<b>Abstract</b>	9
<b>Introducción</b>	10
<b>Capítulo 1.</b>	
<b>Estados nutricios desde una perspectiva epidemiológica</b>	15
Diagnóstico	20
Magnitud del problema, ámbito internacional, Nacional y estatal	22
Ámbito internacional	22
Nacional	26
Estatal	29
<b>Capítulo 2.</b>	
<b>Pubertad y adolescencia.</b>	33
Cambios biológicos	34
Cambios en el proceso del pensamiento	36
Grupo nuclear y social	37
Cambios psicológicos durante la pubertad y la adolescencia	40
Estilo de vida saludable y no saludable	42

<b>Capítulo 3.</b>	
<b>Influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal.</b>	44
<b>Capítulo 4.</b>	
<b>Conducta alimentaria de riesgo.</b>	52
Bulimia nervosa, anorexia nervosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificada	60
<b>Capítulo 5.</b>	
<b>Método</b>	76
Planteamiento del Problema	76
Justificación	78
Pregunta general de investigación	80
Objetivo general	80
Objetivos específicos	80
Hipótesis	80
Definición de variables	81
Tipo de diseño	84
Población y muestra	84
Instrumentos	84
Procedimiento	87
<b>Capítulo 6.</b>	
<b>Resultados</b>	91
<b>Capítulo 7.</b>	
<b>Discusión y conclusiones</b>	103

<b>Referencias</b>	115
<b>Anexos</b>	
1. CIMEC 12	133
1.1 Versión Mujeres	133
1.2 Versión Hombres	134
2. Test Infantil de Actitudes Alimentarias	135
2.1 Versión Mujeres	135
2.2 Versión Hombres	138
3. Técnica parcial del marcado de imagen	141
3.1 Versión Mujeres	141
3.2 Versión Hombre	142

### **Índice de Tablas y Figuras**

Tabla 1. Variables biológicas.	81
Tabla 2. Puntos de corte del IMC para púberes.	82
Tabla 3. Variables Psicosociales.	82
Tabla 4. Variables Socioculturales.	83
Tabla 5. Distribución porcentual de la muestra por grado de escolaridad.	84
Tabla 6. Instrumentos para evaluar variables psicosociales	85
Tabla 7. Instrumentos para evaluar variables socioculturales.	86
Tabla 8. Factores que conforman el instrumento CIMEC 12	87
Tabla 9. Estructura Factorial para el ChEAT	87

Tabla 10. Categoría del índice de masa corporal.	92
Tabla 11. Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal por sexos	94
Figura 1. Propuesta para investigar la relación entre variables biológicas, psicosociales y socioculturales.	78
Figura 2. Distribución porcentual por sexo de los participantes.	91
Figura 3. Índice de Masa Corporal total de la población en mujeres y hombres.	93
Figura 4. Distribución de la satisfacción de la Imagen corporal en mujeres.	95
Figura 5. Distribución de la satisfacción de la Imagen corporal en hombres.	95
Figura 6. Distribución porcentual de los valores Obtenidos en alteración con la imagen en mujeres.	96
Figura 7. Distribución porcentual de los valores obtenidos en malestar con la imagen corporal en hombres.	97
Figura 8. Distribución porcentual de los valores obtenidos En muestra con riesgo y sin riesgo de actitudes y conductas Alimentarias en mujeres.	98
Figura 9. Distribución porcentual de los valores obtenidos En muestra con riesgo y sin riesgo de actitudes y conductas Alimentarias en hombres.	99
Figura 10. Malestar con la imagen corporal en mujeres.	100
Figura 11. Malestar con la imagen corporal en hombres.	101
Figura 12. Distribución porcentual de los valores obtenidos En influencia de la publicidad en mujeres.	102
Figura 13. Distribución porcentual de los valores obtenidos En influencia de la publicidad en hombres.	102

## **Agradecimientos**

A mis padres por darme la vida y apoyarme por sobre todas las cosas, procurarme y darme aliento para seguir con mis proyectos de vida, haciéndome ver siempre hacia adelante y no juzgar las decisiones que me hacen feliz.

A mis hermanos, que nos logramos entender de una manera que no puedo explicar, pero que me siento alegre de que sean ellos y que siempre han sido un ejemplo a seguir, por apoyarme en mis proyectos y buscando siempre lo mejor para mí, y sobre todo, por el amor que me brinda mi familia.

A Wendy, que si bien no logró hacerme entender muchas veces me tiene paciencia y me ayuda de manera prudente con mis proyectos, buscando siempre lo mejor para ambos y caminando juntos hacia una misma dirección, gracias por tu apoyo y estoy seguro de que mejores cosas nos depara el futuro.

A mi hermano (no sanguíneo) Saulo, que las palabras sobran para decirle que él siempre ha tenido un poco que ver en lo que hago, que su apoyo a veces ha sido un impulso para tomar decisiones correctas en muchas áreas y que sé que siempre contaré con su apoyo.

A Luis, por marcar una gran diferencia en mi vida y dejarme una gran reflexión.

A la Doctora Rebeca, por su dedicación ejemplar para quien necesita su ayuda, siempre procurando dar una mano amable, gracias por todas las molestias que le he dado.

A la Universidad y a la institución en la cual me he logrado formar y he pasado momentos muy gratos y de superación en compañía de gente trascendental.

Igualmente a la primaria “Pedro María Anaya” por su colaboración durante el presente proyecto.

## RESUMEN

El objetivo central de esta investigación es establecer diferencias que existen entre las variables: a) biológicas (Índice de Masa Corporal [IMC] y sexo); b) psicosociales (imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo); y, c) socioculturales (influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal). Se trata de un estudio transversal, de campo. Se evaluaron N=161 estudiantes de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo de 9 a 13 años de edad, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se aplicaron los instrumentos: “Test Infantil de Actitudes Alimentarias”, “Técnica Parcial de Marcado de Imagen”, y “Cuestionario de Influencia de los Medios en el Modelo Estético Corporal”. Los resultados se analizaron con estadísticos de tipo descriptivo (distribución de frecuencias y porcentajes de las variables), inferencia para la comparación de grupos con la prueba t de Student y la Chi<sup>2</sup>, en la cuales se tiene que la participación de hombres en los porcentajes más elevados de riesgo para conductas alimentarias y alteración de la imagen se presentan en aumento siendo que antes el objeto de estudio primordial era únicamente las mujeres. Los resultados de esta investigación aportan información donde se encontró en su mayoría que si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres por cada variable del estudio aportan información valiosa y contribuyen al perfeccionamiento e instrumentación de programas eficientes para la prevención de conductas alimentarias de riesgo en las primeras etapas de vida, ya que estos al ser detectados en etapas tempranas pueden ayudar a evitar complicaciones graves para la salud física y emocional.

**Palabras clave:** Conductas alimentarias de riesgo, influencia de los medios sobre la imagen, modelo estético corporal, pre adolescentes.



## ABSTRACT

The main purpose of this research is to establish the difference between variates: a) biological (body mass index [BMI] and gender); b) psychosocial (body image and risk nourishment behaviour); and c) sociocultural (marketing influence and discomfort with body image). This is a transversal field research. N=161 students of a public basic school from Pachuca de Soto, Hidalgo, from 8 to 12 years old were evaluated, who were selected by a non probabilistic sampler. Instruments such as “Nourishment behaviour infantile test”, “Parcial technique of Image mart” and “Media Influence in the Body Esthetic Model Questionary” were applied. The results were analyzed with descriptive statistics (frequency percentage distribution and percentage of variables), inference in the comparison of groups with the student t test and Chi<sup>2</sup>, in which it is observed that male participation in the most elevated percentages of risk for nourishment behavior and image alteration, is increased, and originally the main object of study was only women. The results of this research bring information which is found mostly if there are significant differences between men and women for each study variable where it was found in mostly valuable information and contribute for the improvement and instrumentation of efficient programs for preventing of risk nourishment behavior in the first ages of life, since being detected in early ages can help avoid serious complications for physical and emotional health.

**Key words:** risk nourishment behavior, media influence in image, body esthetic model, pre teenager.

## Introducción

La obesidad constituye un grave problema de salud pública en las primeras etapas de la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en el año 2000 estimó que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. La obesidad está relacionada con factores biológicos, y también en gran medida con aspectos ambientales vinculados con modificaciones en el régimen alimenticio (Weiss, Dzima, Burgert, Tumberlane, Takgali, Yeckel, et al., 2004); así mismo, con el acceso a los alimentos y su industrialización, la tendencia a la disminución de la actividad física (WHO, 2003); además de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos (Méndez, Saura, García, Quiles & Hidalgo, 2003).

México se encuentra en los primeros lugares, ya que el 26 por ciento de la población es obesa y el 52 por ciento tiene sobrepeso (OMS, 2000). En la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT2006), se señala que en la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio (principalmente en hombres).

Entre las consecuencias de la obesidad los riesgos biológicos se manifiestan a corto, mediano y largo plazo, a través de patologías ortopédicas, respiratorias, cutáneas, hipertensión arterial, elevación de los lípidos plasmáticos, resistencia insulínica, y eventualmente está el incremento en sus comorbilidades, que constituyen las primeras causas de mortalidad en el mundo, tales como: diabetes tipo 2, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, y enfermedad cerebro-vascular (Bustos, Amigo & Arteaga, 2002). Además de la presencia de problemas psicosociales en la persona que la padece, como dificultades con la imagen corporal, aislamiento, baja autoestima, entre otros (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story, 2003; Gómez-Peresmitré, 1998; Kitzmann & Beech, 2006; Unikel Santocini, Mora Ríos & Gómez-Peresmitré, 1999). Así mismo psicopatologías como la depresión (Mancilla, Álvarez, Román,

Vázquez & Ocampo, 1997) y el trastorno por atracón (Stice, 1998; Stunkard, 1984).

Ahora bien, desde un enfoque preventivo, particularmente en las primeras etapas de la vida, algunos de los principales factores que se han relacionado con el riesgo de obesidad en escolares son la limitada actividad física, antecedentes familiares de obesidad, características genéticas y conductas alimentarias que privilegian el excesivo consumo de productos de alta densidad energética, ricos en grasas y azúcares, estimulado por agresivas campañas publicitarias dirigidas a los niños (OMS, 2004; Wilfley, Tibbs, Van Buren, Reach, Epstein & Walker, 2007).

Por otro lado, la conducta alimentaria se entiende como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, vinculada a la ingestión de alimentos (Saucedo-Molina, 2003). Esta conducta puede ser influenciada por factores de diversa naturaleza que pueden rebasar el valor nutrimental de los alimentos y de las necesidades dietéticas de las personas (Bundell, 1991).

En la actualidad se observan características actitudinales y conductuales de la población relacionadas con el peso, la figura, y el comer comunes en la mayoría de las mujeres (no excluyendo a los hombres), o normativas dentro de nuestro contexto sociocultural, como el uso de dietas para bajar de peso, insatisfacción con la figura, el peso y el deseo de pesar menos, entre otras (Acosta García, Llopiz Marín, Gómez Peresmitré & Pineda García, 2005; Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Ávila & Sepúlveda-Amor, 2006; Unikel, 1999; Unikel-Santoncini, Bojórquez- Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina-Mora Icaza, 2006; Unikel-Santoncini, Villatoro-Velázquez, Medina-Mora Icaza, Fleiz-Bautista, Alcántar Molina & Hernández Rosario, 2000).

Específicamente, la presencia en los jóvenes de algunas conductas relacionadas a la preocupación por adelgazar, querer ser una persona más delgada, la insatisfacción con la imagen corporal y practicar dietas continuamente,

son variables importantes en el estudio del sobrepeso y la obesidad (Unikel, Saucedo-Molina, Villatoro & Fleiz, 2002).

En México, Gómez-Peresmitré (1995) obtuvo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Los resultados del estudio evidenciaron a la distorsión de la imagen corporal como precedente de prácticas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria, tales como anorexia y bulimia.

En otro estudio, se encontraron indicadores o tendencias de alteración de la imagen corporal, fuerte motivación y tendencia favorable hacia la delgadez, en la que sobresale la selección de la figura corporal casi anoréxica como la figura ideal, en una muestra de preadolescentes con una edad promedio de 10 años, por lo que si un niño (a) se percibe como obeso (a), es más probable que lleve a cabo conductas para bajar de peso (aun cuando no las necesite), y más si en los padres o familiares cercanos se evidencia ese patrón (Gómez-Peresmitré, 1997).

Unikel-Santoncini, et al. (2000), evaluaron conductas alimentarias de riesgo en estudiantes mexicanos del Distrito Federal, encontrando alto porcentaje de sobrepeso en esta población, relacionado con una mayor frecuencia de conductas alimentarias de riesgo en mujeres, exceptuando el comer compulsivo y la práctica de ejercicio, que en cambio, en los hombres se presentó en mayor medida.

En el 2006, Unikel-Santoncini, et al., al investigar las tendencias de conductas alimentarias de riesgo, de 1997 a 2003, también en población estudiantil del Distrito Federal, encontraron un incremento en el número de conductas de riesgo, tanto en hombres como en mujeres, destacando el incremento particularmente en hombres de 12 a 13 años de edad y en mujeres de 18 a 19 años; en el 2000 en cuanto a conductas se observó la preocupación por engordar, el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso, la sobreestimación del peso corporal disminuyó en los hombres, pero en las mujeres se incrementó, junto con la práctica de atracones, aunque disminuyó en el 2003.

Por lo tanto, los pre adolescentes, son personas que por sus cambios físicos, psicológicos y sociales, representan un grupo muy vulnerable al desarrollo de conductas alimentarias alteradas, evidenciadas particularmente cuando la obesidad se hace presente. Su brote de crecimiento acelerado, los cambios en sus caracteres sexuales primarios y secundarios, y su “aparente inadaptabilidad social” los coloca en una situación “única” psicológica y afectivamente equidistante tanto del adulto productivo, como del niño preescolar y escolar que fue pocos años antes (Maio, Haddock & Jarman, 2006).

Ante tales razones, esta tesis tiene como objetivo establecer las diferencias en las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo.

De tal forma que se responda la siguiente pregunta general de investigación:

- *¿Qué diferencias existen entre hombres y mujeres respecto a las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo?*

En los siguientes capítulos se hace una revisión de la implicación de las variables en la investigación, para llevarla a cabo fue necesario la aplicación de los instrumentos “CIMEC 12”, “Test Infantil de Conductas Alimentarias” (ChEAT por sus siglas en inglés) y “Técnica Parcial del Mercado de Imagen”. Se abordan todos los estados nutricios y como estos han impactado de manera importante en las estadísticas internacionales, nacionales y estatales, mostrando de manera general como es que se está volviendo un problema de salud y con grandes implicaciones en la calidad de vida de los individuos el sobrepeso y la obesidad, que empiezan a

presentarse de manera más agravada en los primeros años de vida y es una situación que prevalece y va en aumento, continuamente se podrá revisar la etapa de vida en el que se enfoca la siguiente investigación, la pubertad o pre-adolescencia, como es que está abarcando este individuo desde sus esferas psicológicas y sociales, su etapa de desarrollo y los conflictos más comunes que se presentan en esta etapa de vida, enseguida el cómo es que la publicidad afecta directamente no solo el comportamiento de la población ya mencionada, sino que lo establecido en los medios de difusión puede llegar a crear el modelo de hombre o mujer deseado por los demás, fijando la atención en la estética y apariencia externa, marcando tendencias que son en algunas situaciones físicamente imposible de alcanzar, pero que lleva a conductas de alimentación distorsionadas poniendo en peligro la vida, y finalmente como se hizo mención llevar a conductas alimentarias de riesgo, que hacen un daño físico y emocional que de no ser detectado a tiempo puede llevar a consecuencias graves para la salud y para el estado mental de la persona.

## **Capítulo 1.**

### **Estados nutricios desde una perspectiva epidemiológica**

En este capítulo se busca mostrar los niveles de desnutrición, sobrepeso y obesidad que se presenta en la población que ocupa a nivel mundial, nacional y estatal.

Los escolares del estado de Hidalgo al igual que sus similares en otras entidades de México se encuentran en transición nutricional; en la última década este grupo de edad ha tenido un importante descenso de las prevalencias de desnutrición crónica (talla baja) y un incremento acelerado del sobrepeso y obesidad. La distribución de la mala nutrición (desnutrición crónica y sobrepeso u obesidad) es desigual al interior del país y en los estados, existiendo regiones y municipios con altas o bajas prevalencias de desnutrición y bajas o altas prevalencias de sobrepeso u obesidad; este fenómeno incluso se ha observado al interior de las familias donde pueden coexistir ambas condiciones como desnutrición de los hijos y obesidad de las madres. México enfrenta la denominada “doble carga de enfermedad” en su población, donde prevalecen patologías de la pobreza, como infecciones y desnutrición infantil, y al mismo tiempo altas prevalencias de obesidad y enfermedades no transmisibles. Esto representa un desafío para los servicios de salud pública en México, debido a que deben proveer y financiar el tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles con limitados recursos económicos; en cuanto a las deficiencias de la nutrición, la desnutrición crónica, producto de la deficiente ingesta de energía y nutrimentos en los primeros años de vida, es la forma más común de mala nutrición entre la población infantil de América Latina; tiene un efecto negativo sobre la capacidad intelectual y física, lo que disminuye la productividad en la edad adulta y representa un alto costo económico para los países con altas prevalencias de desnutrición crónica (Galván, Amezcua & López Perfil Nutricional de Escolares de Hidalgo 2010 [PENUTEH], 2011).

La talla alcanzada por un niño depende de la combinación de factores genéticos y del medio ambiente tales como condiciones sanitarias, enfermedades, alimentación y hábitos o estilo de vida. La altura alcanzada entre los seis y siete años brinda información sobre la historia nutricional de los niños, pues refleja deficiencias a lo largo de su vida, las cuales muchas veces son irreversibles luego de los tres años de vida. El peso para la talla recoge el estado nutricional actual, con independencia de la edad. Permite identificar situaciones problemáticas tanto en términos de déficit como de exceso (sobrepeso u obesidad) (Amarante, Arim, Severi, Vigorito & Aldaba, 2007).

Por otro lado, de manera reciente se realizó el estudio denominado por sus siglas PENUTEH 2010 (Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011), en donde se señala que el sobrepeso y la obesidad en el estado de Hidalgo es un grave problema de salud pública, todos los municipios de la entidad presentan prevalencias iguales o mayores al 10 por ciento, incluyendo aquellos en los que aún hay escolares con desnutrición crónica. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los escolares de Hidalgo fue de 28 por ciento; el sobrepeso y obesidad afectó en mayor proporción a los hombres que a las mujeres, 30.5 por ciento vs 26.5 por ciento, respectivamente; así como a los escolares de escuelas primarias particulares y generales, 42.5 por ciento y 30.0 por ciento, respectivamente. Los datos disponibles apuntan a una disminución de la desnutrición crónica en los escolares del estado de Hidalgo y un incremento del sobrepeso y obesidad, lo que ha sido utilizado como criterio para realizar las recomendaciones a los programas alimentarios dirigidos a este grupo.

México se encuentra en una transición epidemiológica y nutricional, caracterizada por un rápido incremento de la prevalencia e incidencia de sobrepeso y obesidad, así como las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición. La situación de salud en nuestro país ha cambiado profundamente en las últimas décadas, a tal grado que las preocupaciones alrededor de la desnutrición se encuentran “limitadas” a grupos de población



específicos; en cambio el sobrepeso y la obesidad se han generalizado a los diversos grupos sociales, regiones y grupos de edad (Rodríguez, 2011).

En el mundo uno de cada tres adultos tiene alta presión arterial. Uno en diez adultos tiene diabetes. Estas son las enfermedades que se imponen a los sistemas de salud al llevarlos al punto de quiebre. Estas son las enfermedades que rompen a los bancos. Estos son las enfermedades que pueden anular la llegada de la modernización y el desarrollo. Estas son las enfermedades que pueden retrasar el alivio de los pobres, empujando a millones de personas bajo la línea de la pobreza cada año (Barquera, Campos, Hernández, Pedroza, & Rivera, 2013).

Ahora bien, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2011).

La obesidad es una enfermedad multifactorial, caracterizada por aumento en los depósitos de grasa corporal causada por un balance positivo de energía (cuando la ingesta de energía excede al gasto energético). El balance positivo de energía es la causa inmediata de la obesidad, la cual esta modulada por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo & Murayama, 2012).

Las Naciones Unidas en una reunión de alto nivel en donde se abordaron aspectos importantes sobre las enfermedades no transmisibles (ENT) sostenida en septiembre de 2011, destacaron la enorme carga global planteada por dieta pobre, inactividad física y estar asociado con condiciones crónicas de salud como la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Sólo hay dos indicadores relacionados con políticas alimentarias y ambiente alimenticio (reducción de los comerciales de comida para niños y las saturadas grasas-trans en la comida que se administran) incluido en el marco de la OMS (Barquera et al., 2013).

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece (Barrera, Rodríguez & Molina, 2013).

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar más bien en relación con factores ambientales. Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas (Achor, Cima, Brac & Barslund, 2007).

Una vez que las personas aumentan de peso, se ha podido observar que existe una tendencia a mantener y defender este nuevo peso, a través de diversos mecanismos tanto biológicos como psicológicos. Se postula que en las etapas iniciales, una serie de factores tanto conductuales como ambientales serían los responsables del desarrollo de la obesidad en aquellos sujetos con predisposición genética, en quienes se desarrollan cambios en el metabolismo del tejido adiposo, que tienden a perpetuar la condición de obesidad y a favorecer el desarrollo de muchas de las comorbilidades asociadas a la obesidad (Moreno, 2012).

Los medios de alimentación están definidos en tres dimensiones: a) Física (disponibilidad, calidad y promoción), b) Económica (costo), c) Política (“reglas”) y Sociocultural (normas y creencias), que ha tenido un impacto sustancial en la elección de la comida, el medio actual del alimento es dominado por energía-densidad, proceso del alimento con pobre nutrición productos que son extensamente disponibles, relativamente baratos y con gran peso de promoción. En orden de reducir la obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con las dietas, se necesita tener un foco central en creación de “medios saludables de alimentos” el cual cambiara la dieta de la población, en especial aquellas poblaciones socialmente con desventaja, hacia dietas que cumplan con los parámetros dietéticos (Barquera et al., 2013).

El mapa de la "población obesa" ha sido modificado por el sedentarismo vinculado con las tareas de la vida cotidiana (el uso de los electrodomésticos, el automóvil, los videojuegos, etc.), y la continua oferta desde la industria alimentaria de alimentos ricos en calorías ha modificado. Se trata de la enfermedad metabólica más prevalente tanto en países desarrollados, como en los que están en vías de desarrollo. Este hecho hace que en su definición sea ubicada como la epidemia del siglo XXI, y que sea reconocida como una enfermedad social (Guzmán, 2012).

En un análisis reciente de la transición epidemiológica en México se reveló que las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 75 por ciento del total de las muertes y 68 por ciento de los años de vida potencialmente perdidos. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes. El sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de que reducen la calidad de vida (Berrare, Rodríguez & Molina, 2013).

Actualmente existen diversas causas del incremento de la obesidad infantil en México; entre otros, los factores más relevantes son los medios de comunicación y la falta de actividad física en la población. Los hábitos alimenticios no son los correctos y en combinación con la facilidad con la que se puede consumir comida chatarra. Como consecuencia de esta combinación, en los últimos años, en nuestro país, ha aumentado significativamente la obesidad (Mercado & Vilchis, 2013).

Con relación a la obesidad en adolescentes se define como un aumento en el peso corporal, debido a un exceso de grasa en el organismo (PrevInfad/PAPPS infancia y adolescencia, 2004). El uso actual del concepto de obesidad varía considerablemente, específicamente para adolescentes en la mayoría de reportes se utilizan las palabras de sobrepeso y obesidad; sin embargo, desde 2006 se introdujeron los términos de "en riesgo de sobrepeso" (equivalente al de sobrepeso) y "sobrepeso" (equivalente al de obesidad). El manejo de estos dos

últimos vocablos se fundamenta en el uso de expresiones de “bajo impacto emocional” (Flegal, Tabak & Ogden, 2006).

Además, existen causas subyacentes a la obesidad, entre las que destacan la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas y el bajo consumo de agua, frutas, verduras, cereales de grano entero y leguminosas; el mercado masivo de alimentos procesados con alta densidad energética como bebidas con azúcar adicionada, la falta de orientación alimentaria; todo esto aunado a la pérdida de la cultura alimentaria y un medio ambiente sedentario (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo & Murayama, 2012).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes ha tenido un incremento alarmante en todo el mundo. El problema se ha convertido en una pandemia con impacto negativo en la salud y en la economía de los pueblos. Como enfermedad crónica con graves riesgos para la salud, la obesidad no respeta a grupos de edad, género o nivel socioeconómico; ha alcanzado también a los menores de edad. Lo que inicialmente era considerado como “problema creciente” en la infancia y adolescencia, con un riesgo de perpetuarse y causar enfermedades crónico-degenerativas en la adultez temprana, hoy es una enfermedad en todo el mundo que se acompaña de complicaciones metabólicas y no metabólicas en niños (Perea, Barcena, Rodríguez, Greenwalt, Carbajar & Zarco, 2009).

### **Diagnóstico.**

La información antropométrica constituye el único método portátil, no invasivo, de aplicación universal y de bajo costo, que al ser obtenida en forma directa resulta eficaz para señalar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Este método puede reflejar y predecir el estado de salud y nutrición de un individuo. Por eso, tal información debe ser utilizada para seleccionar a las poblaciones en las intervenciones de salud y nutrición (Martínez, 2011).

El método diagnóstico utilizado se basa en estándares internacionales de índice de masa corporal (IMC) para edad, calculado como peso (Kg) dividido por la talla al cuadrado ( $m^2$ ). Estos estándares se desarrollaron para niños y adolescentes y se corresponden con la clasificación de sobrepeso y obesidad para adultos de la OMS donde el punto de corte para sobrepeso es de 25 de IMC y el de obesidad es de 30. Con esta premisa un subgrupo de expertos de la OMS (International Obesity Task Force, (2004) desarrolló estándares de IMC para la población pediátrica basados en los mismos puntos de corte. Posteriormente, éstos se trasladaron a su equivalente para cada edad, con el beneficio adicional de ser utilizables internacionalmente (Achor, Cima, Brac & Barslund, 2007).

La OMS (2006) mide el sobrepeso y la obesidad a partir del cálculo del IMC y la circunferencia de la cintura. El IMC constituye una medida poblacional útil y práctica, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. De aparente sencillez en el diagnóstico, el sobrepeso y la obesidad no son en realidad una afección fácil de determinar, ya que una persona puede tener un peso elevado junto con una importante musculatura, o bien tener un peso normal junto a niveles de grasa superiores a los considerados normales (Gutiérrez, Mariscal, Almanzor, Ayala, Gama, & Lara, 2010).

Respecto al diagnóstico de obesidad, Serra Majem y Aranceta Batrina (2001) señalan que el criterio más exacto consiste en la determinación del porcentaje de grasa (*masa grasa*) que contiene el organismo y la cuantificación del exceso en relación con el valor esperado según el sexo, la talla y la edad; aunque refieren el inconveniente relacionado con la carencia de un estándar universalmente aceptado sobre el contenido graso “correcto” en las diferentes etapas de la vida de las personas; ya que es “difícil” en la práctica medir el tejido graso. Por esta razón se utilizan métodos indirectos de valoración de este tipo de tejido, tales como el antropométrico (peso, talla, perímetros, pliegues), que combina costos bajos y facilidad de uso, aunque su precisión es variable.

Debido a que el término obesidad implica exceso de grasa corporal, el diagnóstico ideal debería estar basado en la demostración del incremento de grasa corporal total, la que puede variar en condiciones normales desde 5 hasta 50 por ciento, según la edad y el sexo. Para estimar el número de niños y adolescentes con sobrepeso o con obesidad, se debería tomar una elección que especifique las medidas usadas y el correspondiente valor de partida acerca de la presencia de una u otras entidades (Martínez, 2011).

La determinación del IMC para identificar a niños, niñas y adolescentes con obesidad parece tener una alta sensibilidad (95-100 por ciento). Sin embargo, la principal limitación es su baja especificidad (36-66 por ciento), por no distinguir entre la masa grasa y la masa libre de grasa (magra), y su incapacidad para diferenciar qué comportamiento está originando el aumento o descenso del mismo (Centers for Disease Control and Prevention, [CDC], 2003). Además, se ha observado que algunos niños y niñas con cifras de IMC dentro de los límites normales tienen valores de masa grasa en rango de obesidad. Presenta también limitaciones para el empleo en menores de dos años de edad, en algunos grupos étnicos, atletas y en adolescentes, por la influencia del estadio de desarrollo puberal (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000; Dietz & Bellizzi, 1999).

### *Magnitud del Problema. Ámbito Internacional, Nacional y Estatal*

#### **Ámbito Internacional**

Una publicación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2006) expresa que todos los años nacen en el mundo más de 20 millones de niños y niñas con un peso inferior a los 5.5 libra, lo que equivale al 17 por ciento de todos los nacimientos del mundo en desarrollo, es decir, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados que es de 7 por ciento. Uno de cada cuatro niños y niñas -alrededor de 146 millones- que representa el 27 por ciento de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación

alimentaria es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales.

El número de personas viviendo con hambre crónica se ha reducido por 130 millones durante los últimos 20 años. La prevalencia de la desnutrición cayó de 23.2 a 14.9 por ciento para los países en vías de desarrollo durante el periodo de 1990-2010. La mayoría del progreso en la lucha contra el hambre fue logrado antes de 2007/08. Desde entonces el progreso global en la reducción del hambre se ha alentado y nivelado. El hambre es número uno en la lista de los 10 mayores riesgos a la salud en el mundo. Ella mata más gente cada día que el SIDA, la malaria y la tuberculosis juntas. Un tercio de todas las muertes de niños menores de cinco años en los países en vías de desarrollo están ligadas a la desnutrición. Los primeros 1.000 días en la vida de un niño (desde el embarazo hasta la edad de dos) son una ventana crítica en la que se debe atacar la desnutrición. Una dieta apropiada durante este periodo puede proteger a un niño de la atrofia física y mental que puede resultar de la desnutrición (Programa Mundial de Alimentos, 2013).

Por otra parte, se puede ver que la obesidad, además de su carácter mundial, afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso y en 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de cinco años con sobrepeso (OMS, 2006, 2011). Un estudio que revisó la situación de la obesidad en niños en edad preescolar de los países en vías de desarrollo estimó que la prevalencia de obesidad en este grupo era del 3.3 por ciento. Lobstein, Baur y Uauy de la International Obesity Task Force (IOTF, 2004) estiman que entre el dos y tres por ciento de la población mundial en edad escolar (de cinco a 17 años) padece obesidad, es decir, entre 30 y 45 millones; y si se contabiliza junto con los que padecen sobrepeso, las cifras alcanzan el diez por ciento, un total de 155 millones de niños.

Según La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2012 casi 870 millones de personas en el mundo, lo que equivale a una de cada ocho, sufren de desnutrición crónica, según un nuevo informe sobre el tema que comprende de 2010 a 2012. Según el documento, la mayoría de las personas desnutridas vive en los países en desarrollo y equivale al 15 por ciento de su población, mientras que 16 millones de los que se encuentran en esa situación viven en los países ricos. La cifra global de personas con hambre se redujo de forma dramática entre los años 1990 a 2007, desde entonces, el progreso en la reducción de esos casos se ha desacelerado y estancado.

Sobre algunas estimaciones mundiales sobre la obesidad declara la OMS que ha crecido de tal manera que a finales de 2010 aproximadamente 1700 millones de adultos padecen sobrepeso y 312 millones sufren de obesidad. Cerca de 100 millones de personas en Estados Unidos tiene sobrepeso u obesidad; se estima que 200 millones de personas en la Unión Europea son obesas. En prácticamente todos los países se han identificado un aumento constante del sobrepeso, la obesidad y sus complicaciones en los últimos años. En 2004, el 60 por ciento total de las defunciones en el mundo (35 millones de personas) fueron causa de enfermedades crónicas. De estas, 80 por ciento ocurrió en países en desarrollo (Gutiérrez, Mariscal, Almanzor, Ayala, Gama, & Lara, 2010).

Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. El 65 por ciento de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. La obesidad puede prevenirse (OMS, 2012).

Más significativo ha sido el incremento experimentando en los niños y adolescentes de siete a 18 años de edad de las grandes ciudades de China, en quienes la prevalencia de sobrepeso y obesidad se multiplicó ocho veces entre los



años 1985 y 2000, pasando de estar por debajo del dos por ciento a situarse alrededor del 14 por ciento (Wu, 2006). En los niños chinos en edad preescolar (de 2 a 6 años) la prevalencia de obesidad aumentó del 4.2 por ciento en 1989 al 6.4 por ciento en 1997, aunque este incremento se produjo fundamentalmente en las zonas urbanas, pasando del 1.5 al 12.7 por ciento de niños obesos en el mismo periodo (Luo & Hu, 2002). Esta situación coexiste con la desnutrición infantil, que sigue siendo un grave problema en este país, situándose en torno al 16 por ciento de los niños en edad preescolar (Khor, 2003).

Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad. La OMS prevé que 7 millones de personas perderán la vida a causa de enfermedades no transmisibles en 2030, debido a factores de riesgo comportamentales y físicos como el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad (OMS, 2012).

En Europa, el patrón geográfico de la obesidad en los países de la cuenca mediterránea varía entre el 20 y el 40 por ciento, en cambio, en los países del norte se sitúa entre el 10 y el 20 por ciento (Lobstein & Frelut, 2003). En cuanto a la tendencia de la obesidad en Europa durante las últimas décadas, se observan patrones claramente diferenciados: los países de Europa Occidental, tanto los del norte como los del sur, han experimentado un incremento de dos y tres veces en la prevalencia de obesidad (Lobstein, James & Cole, 2003; Moreno, Sarria, Fleta, Rodríguez & Bueno, 2001).

Datos de la OMS (2000) indican que desde el año 1980 la obesidad ha aumentado a más del doble en todo el mundo. En el año 2008, 1.500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, por lo cual la OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial. Representa además una gran carga económica para los presupuestos destinados a la salud, por sus elevados costos asociados tanto directos como indirectos. Se estima que tanto el sobrepeso como la obesidad son responsables del 44 por

ciento de la carga de diabetes, del 23 por ciento de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y el 41 por ciento de la carga de algunos cánceres (Moreno, 2012).

Una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años. El ranking es encabezado por Grecia, Estados Unidos, Italia, México, Nueva Zelanda y Chile (OCDE, 2012).

### **Nacional**

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2012 muestra que entre 1988 y 2012, las prevalencias de desnutrición en menores de cinco años han tenido disminuciones notables. La prevalencia de emaciación (bajo peso para talla) y bajo peso disminuyó a una cuarta parte de las prevalencias de 1988, para alcanzar valores compatibles con poblaciones sin desnutrición; mientras que la desnutrición crónica (baja talla), aunque disminuyó a la mitad de la prevalencia de 1988, sigue siendo elevada (13.6 por ciento), pues representa casi 1.5 millones de menores de cinco años en dicha condición. Las prevalencias de desnutrición crónica entre las cuatro grandes regiones (norte, centro, sur y Ciudad de México) y zonas urbanas y rurales son sumamente heterogéneas, lo mismo que su disminución a lo largo del tiempo. Las prevalencias en población rural en el ámbito nacional se han mantenido históricamente en el doble de las de zonas urbanas y han disminuido con mayor velocidad en las regiones norte y centro que en el sur, en donde siguen siendo las más elevadas (27.5 por ciento). La desnutrición crónica en las zonas urbanas del norte y la Ciudad de México han sido las menores desde 1988, aunque su disminución ha sido menor que en el centro y especialmente en el sur, la de mayor reducción en el periodo estudiado. Actualmente las diferencias entre regiones en población urbana son muy pequeñas (Gutiérrez et al., 2012).

Uno de los mayores problemas aún vigente en México, en la población menor de cinco años es la talla baja, la cual indica que el individuo que la padece ha pasado por periodos prolongados de deficiencias nutricias que le impiden crecer y desarrollarse normalmente. A pesar de que en los últimos 20 años en México se ha observado una disminución en la prevalencia de talla baja, esta continúa siendo un problema grave de salud pública en menores de cinco años. Otro problema de desnutrición asociado a la deficiencia es la anemia. Como consecuencia, las implicaciones de estas carencias resultan en daños físicos y cognitivos irreversibles, mismos que pueden perjudicar el estado de salud y nutrición de los niños y en el futuro tener consecuencias sociales y económicas (Instituto Nacional de Salud Publica [INSP], 2012).

Según la ENSANUT (2012) La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituye las enfermedades y síntomas respiratorios agudos, que representaron 36.5 por ciento de las causas. Cabe notar que las enfermedades clasificadas en el grupo de diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad concentran 11.5 por ciento de las causas de consulta.

En la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio; los mayores incrementos se dieron en obesidad en los niños. En el caso de los adolescentes, de acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes sufre sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. No hay claras tendencias del sobrepeso y la obesidad en relación con la edad, solo una ligera tendencia de mayor obesidad a mayor edad en el caso de las mujeres (Olaiz et al., 2006).

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en m ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

La definición de la OMS (2012) es la siguiente:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (OMS, 2013).

De acuerdo con los puntos de corte de IMC propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos mexicanos de 20 años o más fue de 71.3 por ciento (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) en este grupo fue de 32.4 por ciento y la de sobrepeso de 38.8 por ciento. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5 por ciento) que en el masculino (26.9 por ciento), al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6 por ciento y el femenino una de 35.5 por ciento.

En materia de obesidad y sobrepeso hemos mejorado. Para 2012 la velocidad de crecimiento de la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tiene un punto de inflexión y disminuye. Además, siete veces más mexicanos que se saben diabéticos se encuentran en un control metabólico óptimo: en 2006 únicamente 200,000 pacientes tenían cifras adecuadas de hemoglobina glucosilada, para 2012 ya eran 1.6 millones. Este panorama obliga a reforzar acciones que ya hemos puesto en marcha, tanto en escuelas como en unidades de salud, para la promoción de estilos de vida saludables. Destacan las estrategias preventivas integrales PREVENIMSS y PREVENISSSTE, así como el tamizaje médico Consulta Segura a cargo del Seguro Popular. Aunque hemos contenido el crecimiento del sobrepeso y la obesidad, los niveles actuales distan mucho de ser aceptables. (ENSANUT, 2012).

En solo cuatro décadas el perfil epidemiológico de México ha cambiado; en el pasado, los principales problemas eran la desnutrición y enfermedades infecciosas, mientras que hoy en día la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición son los principales problemas de salud (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo & Murayama, 2012).

De acuerdo con los hallazgos de la ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad respecto a la población en edad escolar (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia en 2012; a partir de los criterios de la OMS (2011) fue de 34.4 por ciento (19.8 y 14.6 por ciento respectivamente), estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5, 664, 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional (Barrera, Rodríguez & Molina, 2013).

La ENSANUT 2012 señala prevalencias de peso excesivo de 73 por ciento en mujeres y 69.4 por ciento en hombres adultos, 35.8 por ciento en adolescentes de sexo femenino, 34.1 por ciento en adolescentes varones, y 32 por ciento en las niñas y 36.9 por ciento en niños de edad escolar. Durante el lapso de 24 años estudiado, entre 1988 y el año 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad tuvo un aumento sostenido en mujeres adultas y en adolescentes (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo & Murayama, 2012).

## **Estatal**

La entidad ocupa el tercer lugar estatal en menor índice de obesidad, según la ENSANUT (2012) el 66.8 por ciento de la población de Hidalgo cuenta con obesidad, siendo esto marcado por el criterio de obesidad abdominal por la federación internacional de diabetes ( $\geq 80$  cm en mujeres y  $\geq 90$  cm en hombres).

En México, datos de ENSANUT 2006, muestran que Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Yucatán son los estados del sur que poseen las prevalencias más altas de desnutrición crónica en los escolares (por arriba del 20 por ciento), Hidalgo el 7.7 por ciento; en contraste, las mayores prevalencias de sobrepeso más obesidad

se encuentra en los estados de Baja California, Yucatán y Tamaulipas con 41.7 por ciento, 38.1 por ciento y 38.0 por ciento respectivamente e Hidalgo registró 18.1 por ciento. Estas diferencias en el estado de nutrición de los escolares están dadas en función de las características socioeconómicas, étnicas o geográficas de la población (PENUTEH, 2010).

La prevalencia de sobrepeso u obesidad en los escolares de Hidalgo fue de 28 por ciento de bajo de 3.0 por ciento y peso normal 69 por ciento. El sobrepeso u obesidad afectó en mayor proporción a los hombres que a las mujeres, 30.5 por ciento contra 26.5 por ciento, respectivamente; así como a los escolares de escuelas primarias particulares y generales, 42.5 por ciento y 30.0 por ciento, respectivamente. Los escolares de sexto grado de primaria presentaron las más altas prevalencias de sobrepeso u obesidad que los de tercero y primero, 34 por ciento, contra 28.5 por ciento y 22.1 por ciento, respectivamente. Por tipo de localidad los escolares de escuelas urbanas fueron los más afectados por el sobrepeso u obesidad que los de las áreas rurales (35.4 por ciento contra 23.2 por ciento respectivamente). Aun cuando los escolares de escuelas indígenas y el Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) registraron la menor proporción de sobrepeso u obesidad, 17.5 por ciento y 19 por ciento, respectivamente, los datos indican que el exceso de peso es un problema de salud pública generalizado en los escolares de Hidalgo (PENUTEH, 2010).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Salud en los Escolares (ENSE, 2010) se exploraron las conductas alimentarias en los tres meses previos a la encuesta, identificando a sujetos en riesgo, así como indicadores clínicos clasificados como presencia de: a) pérdida del control para comer, cuando refirieron tener preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control para comer; b) vómito autoinducido; c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas y ejercicio en exceso; y d) las medidas compensatorias: la ingesta de pastillas, diuréticos o laxantes para bajar de peso.

El 3.3 por ciento de la población de diez años y más contestó que han tenido prácticas restrictivas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso, en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta. Observando la información por sexo y nivel educativo, la proporción de hombres de primaria que tuvieron prácticas restrictivas (3.4 por ciento) fue mayor a la de las mujeres de este mismo nivel (2.5 por ciento). En cuanto a los escolares de diez años y más que asisten a la secundaria, se observó una proporción diferente que mostró prácticas restrictivas entre las mujeres (4.0 por ciento) y los hombres (3.4 por ciento) de este mismo nivel educativo.

La distribución de sobrepeso y obesidad en los grupos de edad y entre los diferentes tipos de localidades en Hidalgo coincidió con estudios de otros países, donde es una constante observar tasas crecientes de obesidad en zonas urbanas pero con bajo desarrollo económico, lo que está definiendo un nuevo perfil de la población. Este estudio reflejó una población en plena transición nutricional, donde persiste la desnutrición infantil crónica y la obesidad infantil se incrementa, debido a cambios en el estilo de vida y al consumo de alimentos en la población (se encontró una magnitud importante de consumo de golosinas, bebidas endulzadas y de alimentos industrializados). Asimismo, refiere la doble carga que representa la desnutrición y la obesidad para los servicios de salud en el estado, y hace énfasis en el abordaje a través del ciclo vital, con la finalidad de revertir la desnutrición y la obesidad en etapas tempranas, y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas en la edad adulta (Galván, González-Unzaga & López Rodríguez, 2008).

El estado de Hidalgo ocupa el primer lugar a nivel nacional en obesidad infantil, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2009) reportó que el 20 por ciento de los pacientes atendidos con este diagnóstico corresponden a niños y niñas.

En la ENSANUT (2012) se analizó la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y la suma de estas dos condiciones para el ámbito estatal, por tipo de localidad (urbana y rural) y por sexo. En 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad

fueron 18.4 y 12.0 por ciento respectivamente (suma de sobrepeso y obesidad, 30.4 por ciento). Las prevalencias nacionales de sobrepeso y obesidad para este grupo de edad fueron 19.8 y 14.6 por ciento, respectivamente. La prevalencia de sobrepeso en localidades urbanas aumentó de 2006 a 2012 de 19.6 a 23.2 por ciento y para las rurales pasó de 17.3 a 13.0 por ciento, respectivamente. La suma de ambas condiciones de estado de nutrición (sobrepeso más obesidad) en 2012 fue mayor para los niños (31.7 por ciento) en comparación con las niñas (29.0 por ciento).



## **Capítulo 2. Pubertad y Preadolescencia**

La pubertad, es entendida como el conjunto de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven (Kail & Cavanaugh, 2006). Papalia, Wendkos y Duskin en 2005 lo definen como “el proceso mediante el cual una persona alcanza su madurez sexual y su capacidad para reproducirse” (p. 600). En las mujeres, su inicio se caracteriza por el primer período menstrual y en los hombres por la emisión de espermatozoides viables (Tanner, 1962).

En cuanto a la adolescencia, se refiere a la etapa que comprende entre los 10 y 19 años de edad, en la cual tiene lugar el crecimiento puberal y el desarrollo de características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (OMS, 2000). Es una etapa caracterizada por la realización de rituales que marcan la llegada de la mayoría de edad de un niño, comunes en muchas sociedades (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001).

La adolescencia es la etapa en la que se alcanza el crecimiento y junto con ello se inicia la inserción en el mundo de los adultos (Delval, 2004), por lo cual el sujeto tiene que hacer ajustes más o menos grandes, en donde los cambios biológicos que señalan el final de la niñez, dan como resultado un cambio de proporciones y de la forma del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin 2001).

En la adolescencia la transición de los procesos cognoscitivos son rápidamente cambiantes de la niñez a los procesos de la adultez joven. Algunos cambios cognoscitivos se realizan en la adolescencia, pero son pequeños a comparación con los de la niñez (Kail & Cavanaugh, 2006). El joven piensa en forma abstracta, por lo cual pueden resolver problemas hipotéticos y reflexionar sobre las posibles respuestas; a este tipo de pensamiento se le denomina pensamiento formal operacional, que empieza alrededor de los once años y finaliza entre los 15 y los 20 años (Piaget, 1972 en Jensen, 2008). Una de las abstracciones que adquiere el adolescente es la capacidad para pensar acerca de sus pensamientos, también conocida como metacognición (Jensen, 2008). Logran

mucha más fuerza cognoscitiva gracias a que mejore el pensamiento de la información. No siempre utilizan bien sus destrezas. Algunas veces recurren a estrategias más simples y menos maduras del pensamiento (Kail & Cavanaugh, 2006).

## **Cambios Biológicos**

La pubertad se inicia por una secuencia de cambios madurativos regulados por factores neuroendocrinos y hormonales, que actúan bajo control genético e influjo ambiental (Molina, 2009).

Se acompaña de cambios profundos en la composición corporal y en muchos de los sistemas del organismo como el haz neuroendocrino, el tamaño y la mineralización ósea y el sistema cardiovascular. Durante la pubertad se producen la maduración cognitiva y biológica. Los complejos cambios biológicos que ocurren durante la pubertad tienen un importante impacto psicosocial (Castellanos, Carcavilla & Frías, 2006).

El crecimiento repentino del adolescente es un rápido aumento en la estatura y peso, que generalmente suele presentarse más temprano en las mujeres que los muchachos, entre los once y 13 años de edad, ellas son más altas, pesadas y fuertes que los hombres de la misma edad (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001). También se aprecia un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y el aumento de tamaño de los músculos. Algunos cambios son iguales en ambos sexos, el incremento de tamaño, mayor fuerza y vigor, pero en general se trata de cambios específicos.

Los cambios más importantes en la composición corporal, incluyendo alteraciones en las proporciones relativas de agua, músculo, hueso y grasa corporal, acontecen durante la pubertad. Bajo la influencia de los esteroides gonadales y la GH (Hormona de crecimiento), se produce un incremento en el contenido mineral óseo y en la masa muscular, y el depósito de grasa alcanza el momento de máxima expresión en su dimorfismo sexual. Durante la pubertad, se producen cambios importantes en la distribución regional de la grasa corporal.

Ésta se incrementa rápidamente durante los primeros años de vida, para declinar en los siguientes cinco años. En términos generales, desde los 5 a los 10 años de edad, los varones tienen de 1 a 3 kg más de masa grasa que las niñas, pero ambos ganan masa grasa en proporciones similares. Los cambios en la distribución de la grasa corporal generan el característico patrón androide y ginoide de distribución de grasa del adolescente y del adulto (Calvo, 2003).

El adelanto puberal evidenciado en la última década se ha atribuido al incremento en la prevalencia de obesidad. Por ello, se ha propuesto la existencia de un peso crítico como determinante del desarrollo y mantenimiento de la pubertad pero existen otros factores (Castellanos, Carcavilla & Frías, 2006).

Las alteraciones físicas que ocurren al iniciarse la adolescencia están controladas por las hormonas, que son segregadas por las glándulas endócrinas, aumentando su producción en este periodo de vida en particular (Craig, 2001). Como consecuencia de lo anterior, tenemos como la primera característica el aumento de la estatura; en las mujeres alcanza su máximo valor a los 15 años aproximadamente. En los hombres su estatura máxima la alcanzan aproximadamente a los 17 años de edad. No todas las partes del cuerpo maduran con la misma rapidez. La cabeza, las manos y los pies suelen crecer primero, seguida de los brazos y las piernas (Kail & Cavanaugh, 2006). El torso, el pecho y los hombros son los últimos en hacerlo, el resultado de estas diferencias es que el cuerpo da la impresión de estar desproporcionado (Jensen, 2008).

El crecimiento de los músculos es más notable en los varones que en las mujeres (Grumbach, Roth, Kaplan & Kelch, 1974 en Jensen, 2008). También la grasa corporal aumenta sólo que mucho más rápido en las mujeres. Finalmente, la capacidad pulmonar se incrementa más en el varón que en la mujer, marcando otra diferencia entre hombres y mujeres (Kail & Cavanaugh, 2006).

Como segunda característica biológica encontramos la maduración sexual, que incluye un cambio en las características primarias, es decir, en los órganos que intervienen directamente en la reproducción. En las mujeres son los ovarios,

útero y vagina; en los hombres testículos, próstata, el pene y la vesícula seminal. Por otro lado, se tienen las características sexuales secundarias, que no involucran directamente los órganos sexuales, por ejemplo los senos en las mujeres y los hombros anchos en los hombres. Otras de las características secundarias son el cambio de voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, axilar y del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2001).

La aparición del botón mamario es el primer signo puberal de las niñas, mientras que los niños comienzan con aumento del tamaño testicular, ambas consecuencias de la secreción de gonadotropinas y esteroides sexuales (Molina, 2009).

El principal signo de la madurez sexual es la producción de esperma en los hombres y la aparición de la menstruación en las mujeres. En las mujeres el primer periodo menstrual es denominado menarquia, en donde la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde (Tanner, 1962); y en los hombres es conocido como espermarquía, la primer emisión de esperma (Papalia, Wendkos & Duskin 2001). Las hormonas responsables de estos cambios, son los estrógenos y andrógenos que están presentes en ambos sexos, aunque a menudo se dice que los primeros son una hormona femenina y los segundos una hormona masculina (Kail & Cavanaugh, 2006).

La adolescencia es un periodo amplio y complejo en donde el niño se encuentra en un proceso de transición que implica cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Wendkos & Duskin 2001). En el siguiente apartado abordaremos los que ocurren a nivel cognoscitivo.

### **Cambios en el proceso del pensamiento**

En la adolescencia la transición de los procesos cognoscitivos son rápidamente cambiantes de la niñez a los procesos de la adultez joven. Algunos cambios cognoscitivos se realizan en la adolescencia, pero son pequeños a comparación con los de la niñez (Kail & Cavanaugh, 2006). El joven piensa en

forma abstracta, por lo cual pueden resolver problemas hipotéticos y reflexionar sobre las posibles respuestas; a este tipo de pensamiento se le denomina pensamiento formal operacional, que empieza alrededor de los once años y finaliza entre los 15 y los 20 años (Piaget, 1972 en Jensen, 2008).

Una de las abstracciones que adquiere el adolescente es la capacidad para pensar acerca de sus propios pensamientos, también conocida como metacognición (Jensen, 2008). Logran mucha más fuerza cognoscitiva gracias a que mejora el procesamiento de la información. No siempre utilizan bien sus destrezas. Algunas veces recurren a estrategias más simples y menos maduras del pensamiento (Kail & Cavanaugh, 2006).

Al llegar el niño a la adolescencia los niveles de conocimiento y de comprensión que adquiere en varios dominios se asemejan a los del adulto. El aumento de conocimiento es útil por sí mismo, pero además tiene un efecto indirecto, permite aprender, entender y recordar más aspectos de las experiencias nuevas (Schneider & Bjorklund, 1998 en Kail & Cavanaugh, 2006).

### **Grupo nuclear y social**

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad (Mendizábal & Anzures, 1999).

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica (Diverios, 2003).

La preadolescencia, etapa de cambios físicos, cognoscitivos y emocionales constituye el crecimiento de la niñez a la edad adulta. El protagonista vive un prolongado y difícil periodo de inestabilidad con intensos cambios externos e

internos (por ejemplo, endocrinos, de imagen corporal, de valores, ambientales, etcétera) que dificultan su interacción familiar, escolar y social. El preadolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los principales cambios psicológicos propios de esta etapa son cuatro (Mendizábal & Anzures, 1999):

—Aumento de la agresividad.

—Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.

—Intensificación de la imaginación y la fantasía.

—Intensificación del impulso erótico

Desde una perspectiva psicológica, más específicamente desde la teoría sistémica, se puede exponer la idea de familia como una unidad social con sus propios procesos evolutivos. Esto lleva a considerar a la familia como un segmento de un grupo más amplio en un período histórico particular de tiempo. Es primera y generalmente en la familia en donde se van entretejiendo los lazos afectivos primarios, los modos de expresar el afecto, la vivencia del tiempo y del espacio (Diverios, 2003).

Al observar el ajuste de los jóvenes, se necesita considerar el ajuste emocional entre el adolescente y la familia, en especial con los padres. La existencia de conflicto es un elemento transicional normal (Craig, 2001), más no necesario en todos los casos ya que existen aspectos importantes de la visión de vida, en los cuales pueden coincidir las dos partes (Moore & Brooks-Gunn, 2002; Smetana, 2005).

Parte de la explicación de la existencia de conflicto con los padres se encuentra en los cambios biológicos y cognoscitivos en la adolescencia. En lo que respecta a lo biológico, los jóvenes se vuelven más grandes y fuertes, lo que hace más difícil que los padres impongan su autoridad en virtud del aumento de su presencia física (Jensen, 2008). En cuanto a lo cognoscitivo las mayores capacidades para el pensamiento abstracto y complejo, permiten a los

adolescentes argumentar mejor y esto dificulta a los padre imponerse con rapidez, con respecto a este aspecto se puede aludir también estos cambios producen distintas formas de percibir el margen de autonomía de los adolescentes (Smetana, 2005). Por lo tanto, muchas de las discusiones entre los jóvenes y sus padres se centran en cuanto y que tan rápido, pueden obtener su libertad para planear sus propias actividades (Craig, 2001).

La mayoría de conflictos se refieren a temas cotidianos específicos: labores domésticas, relaciones de la familia, trabajo escolar, vestido, dinero, hora de llegada y amigos (Smetana, 2005). Los padres piensan que ellos deben decidir sobre esos temas, o al menos influir y establecer límites en ellos, en cambio, los adolescentes los consideran asuntos de elección personal sobre los que ellos pueden decidir (Jensen, 2008).

En relación con lo anterior una combinación de factores situacionales en los que se pueden encontrar la familia puede incidir en estos conflictos y originar otros al mismo tiempo (Craig, 2001).

Este aspecto está ligado de igual manera con cambios históricos que han sufrido los patrones actuales de la vida familiar, dentro de los cuales podemos mencionar, el aumento de número de divorcios, aumento de los hogares con un padre soltero y el aumento de las familias con dos ingresos (Jensen, 2008).

Por lo general, los conflictos con los padres surgen al comienzo de la adolescencia; los conflictos pueden ser constructivos y útiles, si fomentan un nuevo equilibrio en el sistema familiar que conceda autonomía a los adolescentes (Laursen & Collins, 2004; Steinberg, 2004).

En cuanto a los amigos y compañeros, pasan a desempeñar un papel importante, y los adolescentes tienden a agruparse. Por un lado es una fuente de apoyo al alejarse de los padres, aunque estos no dejan de desempeñar un papel importante en la vida del adolescente (Laursen & Collins, 2004); también permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas, el

grupo amigo se convierte en una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral (Craig, 2001).

En esta etapa no sólo cambian las relaciones con la familia y los amigos en cantidad si no también en calidad (Jensen, 2008). La influencia del grupo de coetáneos puede ser muy grande, y no siempre benéfica, e incluso el joven puede sentirlo así, pero al mismo tiempo no puede sustraerse a ella pues necesita encontrar apoyo y un ambiente para lograr autonomía e independencia de los padres (Craig, 2001; Delval, 2004).

### **Cambios psicológicos durante la pubertad y la adolescencia**

Como ya se señaló, los adolescentes experimentan cambios físicos a los cuales tienen que habituarse, que resultan difíciles por la rapidez con la que se producen, tienen que construir un auto concepto y una identidad nueva, que debe incluir el cómo se ven a sí mismos y cómo los ven los demás (Kail & Cavanaugh, 2006).

En la niñez media, no sólo se percatan de los diversos tipos ideales, sino que tienen una idea bastante clara de sus proporciones y habilidades corporales, pero en la adolescencia, examinan con mayor detenimiento su tipo somático (Craig, 2001). Este patrón es más común entre las muchachas, debido al incremento normal de grasa corporal, por lo cual su insatisfacción se incrementa durante el comienzo de la adolescencia. En algunos casos se conduce a esfuerzos obsesivos por controlar el peso (Papalia, Wendkos & Duskin 2005).

El proceso de maduración precoz o tardía se convierte en otro factor que puede impactar al adolescente, ya que parecen tener una conciencia aguda concerniente a las percepciones si ha llegado tarde o temprano en comparación a sus coetáneos (Jensen, 2008). En los varones que tardan en madurar, que son más pequeños y menos musculosos que los muchachos de su edad, se



encuentran en desventaja en casi todos los deportes y muchas situaciones sociales (Craig, 2001).

La maduración temprana en las mujeres implica diversos inconvenientes, entre los cuales encontramos estado de ánimo depresivo, imagen corporal negativa, trastornos alimentarios, consumo de drogas, problemas escolares y conflictos con los padres (Dick, Rose, Viken & Kaprio, 2000; Lanza & Collins, 2002; Wichstrom, 2001; Obeidallah, Brennan, Brooks-Gunn & Earls, 2004). En este sentido, existen dos razones para explicar las diferentes problemáticas; la primera son los valores culturales predominantes con respecto a la apariencia física, citando un ejemplo son el cuerpo delgado valorado en las sociedades occidentales. Como segunda razón es que su desarrollo anticipado atrae la atención del grupo de amigos mayores, orillándolas al inicio prematuro de su vida sexual. En resumen, los efectos de la maduración precoz y tardía difieren entre niñas y niños (Jensen, 2008).

Por otro lado, la menarquía es un proceso singular, un verdadero hito en el camino que lleva a la madurez física a las jóvenes adolescentes. La primera menstruación constituye un suceso memorable. La respuesta de la mayoría de las adolescentes a la menarquía, es positiva ya que les permite alcanzar la capacidad para tener hijos (Jensen, 2008). Generalmente lo consideran traumático sólo aquellas a quienes sus padres no les hablaron al respecto o que la experimentaron a una edad muy temprana (Craig, 2001).

Finalmente, se cree que los adolescentes son personas de estado de ánimo inestable debido a que pasan de la alegría a la tristeza, de la irritación al enojo, durante la mañana o el mediodía. Se supone que la causa son las hormonas relacionadas con la pubertad, y generalmente se hace alusión a que “las hormonas están desatadas”. Pero la evidencia indica que los adolescentes son más temperamentales que el niño o el adulto, y no precisamente es por la acción de las hormonas (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006).

## **Estilo de vida saludable y no saludable**

El desarrollo de los adolescentes como ya ha sido abordado anteriormente, no se presenta en un contexto vacío. Los jóvenes viven y crecen en un mundo social, la influencia de la familia y de los amigos, particularmente desempeñan un rol importante en la salud física y mental (Papalia, Wendkos & Duskin 2001).

En esta época de la vida por lo general es saludable. Sin embargo, los problemas de salud surgen de los estilos de vida y la pobreza, los adolescentes de las familias menos acomodados tienden a reportar una salud más pobre y síntomas más frecuentes. En cambio, los adolescentes más adinerados suelen tener dietas más sanas y mayor actividad física. Los adolescentes tienen menos probabilidad de visitar regularmente al médico, la mayoría de las veces porque postergan las cosas o por temor de que dirá el médico. Los jóvenes que no reciben atención requerida corren mayor riesgo de problemas de salud física y mental. Relativamente pocos jóvenes mueren por enfermedad; más bien mueren en accidentes, casi siempre relacionados con automóviles y armas de fuego, este patrón depende generalmente del género y la raza (Kail & Cavanaugh, 2006). En este sentido, los adolescentes tempranos tienden a consumir drogas, conducen estando intoxicados y se vuelven sexualmente activos y esas conductas se incrementan a lo largo de la adolescencia (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

En conclusión el adolescente tiende a concederle mayor importancia a las consecuencias sociales de sus decisiones, y menos a las de la salud (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006).

Los crecientes cambios que sufre el ser humano a lo largo de la vida, se agudizan durante la pubertad y la adolescencia, en todas sus esferas: biológica, psicológica y social. De manera importante la interacción de los cambios individuales (físicos y psicológicos) son influenciados por los factores del entorno social en el que se desenvuelve la persona. Específicamente el grupo de pares cobra gran relevancia, ya que de alguna forma define el valor de lo estético, donde la imagen que se muestra a otros implica una serie de parámetros para ser

considerado “bello” o “atractivo”; por otro lado, los medios de comunicación también son partícipes, en esta definición de lo que debe ser un modelo estético corporal “bello”. A continuación se ahonda en este aspecto.

### **Capítulo 3.**

## **Influencia de la Publicidad sobre el Modelo Estético Corporal**

En la actualidad puede identificarse una situación paradójica relacionada con el peso corporal. Por un lado, tenemos el aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; y por otro lado, el refinamiento del modelo estético que valora la delgadez como el ideal de belleza, el cual ha permeado en todos los sectores de la población (Díaz, López, Franco, Escoto & Camacho, 2013).

Los estilos de vida de la sociedad actual, pero sobre todo los nuevos hábitos y formas alimentarias, han transformado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Así en los últimos años, la delgadez se ha vuelto un ideal a seguir y la obesidad conforma un estigma, situación que ha generado creencias y actitudes inadecuadas hacia la alimentación, peso y figura (Figuroa, García, Revilla, Caballero & Unikel, 2010).

En las últimas décadas se ha revaluado cada vez más el papel de las influencias socioculturales como un factor de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), ya que la presentación de la emaciación a través de los medios masivos de comunicación como el modelo estético corporal ideal, aunado a la presión de familiares y amigos para cuidar el peso corporal, puede en algunos casos ser el detonante de esta psicopatología. Se puede encontrar en las influencias culturales en el modelo estético corporal a todos aquellos elementos culturales que contribuyen a facilitar o justificar el adelgazamiento o la delgadez extrema, especialmente por razones estéticas y sociales, constituyendo así una “cultura de la delgadez” (Ruiz, Vázquez, Mancilla & Chi, 2010).

Se describe el constructo de obsesión por la delgadez como una característica esencial de los trastornos de la conducta alimentaria, la cual es una manifestación clínica de un intenso impulso de estar más delgado o un fuerte temor a engordar. La presión que ejercen los medios de comunicación, los mensajes familiares y culturales en la necesidad de estar delgado como expresión del modelo estético actual, contribuyen a la aparición de signos de conductas y

actitudes alimentarias anómalas como la obsesión por la delgadez, la insatisfacción con la propia imagen corporal, lo que estaría íntimamente relacionado con sentimientos de ineficacia, inseguridad, en definitiva, con una autoevaluación negativa, la televisión y las revistas ejercen una especial influencia negativa porque los modelos en estos medios son percibidos como representaciones realistas de las personas actuales, presentando imágenes cuidadosamente manipuladas y artificialmente desarrolladas (Rivarola & Penna, 2006).

Los estilos de vida de la sociedad actual, pero sobre todo los nuevos hábitos y formas alimentarias, han transformado el vínculo cuerpo-alimentación y los valores estéticos corporales. Es así como en los últimos años, la delgadez se ha vuelto un ideal a seguir y la obesidad conforma un estigma, situación que ha generado creencias y actitudes inadecuadas hacia la alimentación, peso y figura. De esta manera, ha surgido el comer sintomático, que implica un patrón de alimentación nutricional y calórico desequilibrado, incluyendo la pérdida de la capacidad para regular la ingesta, que va de la excesiva restricción al total descontrol y que caracteriza a las conductas patológicas hacia la alimentación (Fuentealba & Leiba, 2007). Martínez, Toro y Salamero (1996) consideran como influencias culturales en el modelo estético corporal a todos aquellos elementos culturales que contribuyen a facilitar o justificar el adelgazamiento o la delgadez extrema, especialmente por razones estéticas y sociales, constituyendo así una “cultura de la delgadez”.

En cuanto a los factores socioculturales, la sociedad actual promueve un modelo estético corporal caracterizado por una figura ultradelgada, angular y poco curvilínea reforzada a través de los medios de comunicación, mensajes de la familia, amigos y la cultura en general, que proporciona la insatisfacción con la imagen corporal y la aparición de conductas y actitudes anómalas hacia la comida y el peso (Figuerola, García, Revilla, Caballero & Unikel, 2010).

Los medios de comunicación nos invaden con imágenes de un ideal de cuerpo delgado para las mujeres, que ha perdido peso progresivamente desde la

década de los 50's. El ideal de mujer presentado en la actualidad en los anuncios, televisión y música normalmente podría calificarse como alta, blanca, con un cuerpo "tubular" (sin curvas) y una cabellera rubia (Lin & Kulik, 2002; Sands & Wardle, 2003; Tiggemann & Slater, 2003; Dittmar & Howard, 2004; Polivy & Herman, 2004; Schooler, Ward, Merriwether & Caruthers, 2004). Para muchas adolescentes y mujeres adultas este ideal irreal que retratan los medios es percibido como real. Estas imágenes se centran en el valor del aspecto y la delgadez por lo que tienen un impacto negativo significativo en la satisfacción corporal, preocupación del peso, patrones alimentarios y bienestar emocional de las mujeres.

Se ha encontrado que cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es más elevado, hay mayor insatisfacción con la imagen corporal, debida principalmente a que esto significa un alejamiento de la figura "ideal" promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación. Esta presión sociocultural ha favorecido la interiorización en el individuo de que el ser delgado es sinónimo de éxito, de mayor aceptación social, de femineidad en el caso de las mujeres, y de que a menor porcentaje de grasa se adquiere mayor control y mayor autoestima (Saucedo & Unikel, 2010).

En la actualidad puede identificarse una situación paradójica relacionada con el peso corporal. Por un lado, tenemos el aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; y por otro lado, el refinamiento del modelo estético que valora la delgadez como el ideal de belleza, el cual ha permeado en todos los sectores de la población (Díaz, López, Franco, Escoto & Camacho, 2013).

La influencia que los medios de comunicación ejercen en nuestra sociedad condiciona la necesidad de estudiar el papel que juegan éstos en el inicio y desarrollo de las Conductas Alimentarias de Riesgo. Los estudios realizados para tal efecto muestran resultados concluyentes: una clara relación entre la exposición a los medios de comunicación (televisión, revistas) con el inicio y mantenimiento de la insatisfacción corporal, patología alimentaria y en el peor de los casos el

desarrollo de TCA (Levine, Smolak & Hayden, 1994; Levine, Smolak & Schermer, 1998; Levine, Piran & Stoddard, 1999).

Dentro de las influencias socioculturales se encuentran la asimilación de un modelo estético predominante que está dado por las normas locales que establecen el tamaño y figura corporales deseables en la población (Willemsem & Hoek, 2006); en el ámbito de la salud, tal análisis resulta relevante ya que se reconoce que entre mayor es la interiorización de las influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento, mayor es la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de los TCA (Martínez, Gual & Lahortiga, 1996; Vázquez, Mancilla, Mateo, López, Álvarez, Ruiz et al., 2005).

Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de TCA entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros considerados de riesgo no están tan difundidos socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004).

De manera particular, se ha indicado que la lectura de revistas de modas incrementa la interiorización del ideal de delgadez (Tiggemann & Slater, 2003) y la probabilidad de padecer síntomas de TCA (Martínez et al., 2003), dado que en la televisión se difunden ideas, modelos e innumerables productos y servicios que no representan a la mujer común o con un peso corporal saludable. Recientemente, Clark y Tiggemann (2008) realizaron un estudio longitudinal con mujeres púberes, encontrando que una mayor exposición a los programas de televisión predice la interiorización de los ideales de apariencia un año después.

La posible influencia de la publicidad en el modelo estético corporal, no solo por las imágenes que presenta, sino también por el tipo de productos que anuncia, nos hace empezar definiendo “publicidad de culto al cuerpo” como la comunicación de productos/servicios, a través de mensajes o de la presencia de

imágenes relacionadas con la tendencia, motivación, deseo o necesidad del sujeto de bajar de peso o mejorar su aspecto externo (Carillo & Del Moral, 2013).

La influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos también ocupa un lugar destacado dentro de la influencia sociocultural. Algunos estudios muestran que las mujeres pueden sentirse presionadas por la simple presencia de otra compañera con la cual comparan su figura (Wasilenko, Kulik & Wanick, 2007), o bien por la presión directa de amigos y familiares (Wilksch, Tiggemann & Wade, 2006). En este sentido, Pike y Rodin (1991) señalan que la influencia del estereotipo de delgadez proviene principalmente de las personas cercanas, y que es aún más aguda cuando proviene de personas o imágenes idealizadas o admiradas, como ciertos familiares y amigos.

Los mecanismos a través de los cuales se interioriza el ideal social sobre la apariencia durante la preadolescencia son diversos; entre los principales se ha identificado a las conversaciones que éstas tengan con sus iguales sobre el físico (características corporales, peso, dietas y ropa), las nociones del modelo estético a las que deben apegarse y las estrategias para lograrlo. Asimismo, una característica muy propia de esta fase es la exacerbación del egocentrismo preadolescente expresado por la, también común, audiencia imaginaria que se atribuyen: tienen la fantasía de que son constantemente examinados por terceros. Por ello, durante estos años se intensifica la comparación con otros. Esto, junto a la presión de género y los constantes mensajes que muestran a la delgadez como ideal (Flores, 2012).

En las sociedades urbanas actuales se establece tanto para hombres como para mujeres un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural, sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos. En la mujer esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales pero sin perder el



autocontrol, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer en las sociedades actuales (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004).

En consecuencia, la familia parece mediar a través de actitudes y conductas las influencias culturales sobre la imagen corporal que recibe el individuo (Haworth-Hoepfner, 2000), e inclusive algunos autores consideran que la aceptación del ideal de la delgadez por parte de los padres podría predecir la presencia de TCA (Stice, Shaw & Marti, 2002). No obstante, la escasez de estudios que evalúen directamente la percepción de los padres hace todavía difícil ofrecer conclusiones consistentes en cuanto a su efecto predictor.

Las investigaciones realizadas sobre las variables socioculturales en los TCA ofrecen valiosas aportaciones, la mayoría de los estudios han trabajado únicamente con las jóvenes pero sin explorar la percepción de sus padres, lo que parece ser una preocupación reciente, como lo muestra el trabajo de Cooley, Toray, Wang y Valdez (2008), quienes señalan que las madres con mayor grado de interiorización de los mensajes publicitarios sobre la delgadez tienen mayor probabilidad de que sus hijas sufran patologías alimentarias. Asimismo, dichos estudios se han llevado a cabo en la población general sin distinguir los diversos grados de afectación alimentaria, por lo que resulta recomendable evaluar la influencia del estereotipo de la delgadez no solamente en esa población sino también en las poblaciones de riesgo y en las clínicamente diagnosticadas.

Ahora bien, desde la perspectiva de lo social se pueden analizar consecuencias muy negativas de la obesidad, particularmente los niños con obesidad son rechazados convirtiéndose fácilmente en objeto de discriminación. En la medida en que el niño madura, los efectos de la discriminación se van agravando, ya que hay una influencia cultural muy marcada, y la sociedad establece un patrón estricto de aceptación dentro de ella. Esta discriminación y la preocupación social sobre la delgadez u obesidad se expresan desde edades muy tempranas. A partir de los años 60's y hasta la fecha se han publicado diversos

estudios que muestran, a temprana edad, que los niños rechazan a los niños obesos y prefieren a los delgados (Guzmán, 2012).

Los niños entre seis y diez años asocian a la obesidad con diversas características negativas, como la pereza y el desaliño o descuido. Niños de seis años atribuyen características indeseables a siluetas de figuras endomorfas (gruesas), y adjetivos positivos a las más delgadas. En un estudio realizado en Londres, se incluyeron 180 niños de ambos géneros entre los cuatro y once años de edad, los cuales mostraron fuertes actitudes negativas contra las figuras con obesidad, que fue más marcado entre los niños mayores y con estrato socioeconómico alto. Los estudiantes de bachillerato en los Estados Unidos, han informado que prefieren como pareja a una cocainómana o ciega, que a una obesa. Curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios. En dos investigaciones realizadas en nuestro país, en escolares mexicanos, prepúberes, púberes y adolescentes se encontró que los escolares de más corta edad ya adoptan una actitud “lipofóbica” (que han asimilado de su entorno social) y que comparten con las jóvenes más grandes no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal (Richardson, 1961; Stafferi, 1967; Maddox & Liederman, 1969; Kirkpatrick & Sanders, 1978; Wardle, Volz & Golding, 1995; García, 2001; Gómez-Péresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001).

Por otro lado, los niños con sobrepeso tienden a tener amigos de menor edad, porque éstos son menos discriminantes y, por lo mismo, tienen menos prejuicios hacia la obesidad en comparación con los niños de su misma edad. Además, los niños pequeños se encuentran más deseosos por jugar con los niños obesos, pero no por su físico, sino porque generalmente son mayores que ellos (Mayo Foundation for Medical Education and Research [MFMER], 2001).

Específicamente los niños y adolescentes obesos sufren cotidianamente un importante desgaste psicológico. El problema psicológico está siempre presente, ya sea primario o secundario. En este sentido, algunos de los más frecuentes

problemas emocionales y conductuales de los niños y adolescentes obesos son: dificultades psicosociales por problemas de aislamiento y problemas de relación y rechazo por parte de sus iguales, sufrimiento psicológico por la discriminación de los amigos, la familia y la sociedad, entre otros (Guzmán, 2012).

Los medios de comunicación se encuentran en casi cualquier espacio que nos rodea, llega en un sinnúmero de formas, visual o auditivo buscan la manera de atraer la atención de las personas, sin importar si el mensaje que está transmitiendo pueda tener un efecto perjudicial para quien lo está recibiendo, de manera que por esta razón existe audiencia más susceptible que otra a los mensajes que se transmiten, por esta razón la imagen que se vende del cuerpo se logra en base a la estética de quien lo promociona, y para lograr esto se tienen ciertos aspectos ya identificados, como cuerpo delgado o musculoso, que puede llevar a pensar a quien lo mira, que así es la manera de lograr el éxito, la fortuna, la aceptación y otros factores necesarios para que se logre el éxito social tan deseado por alguno, por este motivo, algunos sectores de la población tienen un mayor riesgo a llevar a cabo prácticas que ponen en riesgo la propia salud de este mismo, cuando podría ponerlos en una situación de gravedad para su salud y hasta de su propia vida.

## **Capítulo 4.**

### **Conducta Alimentarias de Riesgo**

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de esta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y TCA, en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ven distorsionados (Saucedo & Unikel, 2010).

Si entendemos la conducta alimentaria como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas están vinculadas a la ingestión de alimentos, se aprecia claramente que dicha conducta se ve influida por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutricional del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (Lora & Saucedo, 2006).

Independientemente del tipo de rol que juegue cada factor en la aparición de las CAR, se puede proponer que los malestares emocionales, los síntomas depresivos, la ideación suicida y el estrés cotidiano son elementos centrales a los que se deben poner especial atención en la prevención, dado que tienen un efecto de vulnerabilidad en el adolescente en cuanto que inducen o exacerban el sentido de fracaso que lesiona la autoestima, causan la sensación de pérdida de control y la necesidad de recuperarlo a través del uso de prácticas alimentarias de riesgo que resultan exitosas, en cuanto a que derivan en la baja de peso corporal, lo que trae como consecuencia una sensación de logro, y por lo tanto, la necesidad de continuar con dichas prácticas, lo que finalmente desemboca en un espiral sin control o en la configuración del trastorno alimentario como tal (Nuño, Celis & Unikel, 2009).

Entre los factores de riesgo más estudiado como favorecedores del seguimiento de las CAR están: el IMC y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura corporal delgada, se

ha encontrado que cuando el IMC es más elevado, hay mayor insatisfacción con la imagen corporal, debida principalmente a que esto significa un alejamiento de la figura “ideal” promovida por la sociedad y por los medios masivos de comunicación (Saucedo &Unikel, 2010).

Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista y Medina-Mora (2006) muestran que las adolescentes de acuerdo a ciertos rangos de edad van aumentando las conductas alimentarias de riesgo, mientras que en los varones es a la inversa, aunque en todos los rangos de edad que fueron tomados en cuenta, se presenta la preocupación por engordar y el uso de métodos restrictivos. Aunque en las mujeres se muestra la preferencia por la delgadez y por ende la insatisfacción hacia su cuerpo en esta edad, porque es aquí donde se encuentran en la etapa de cambios físicos y es en este lapso del desarrollo donde los hombres se encuentran más satisfechos por la figura que poseen.

En una investigación en donde se compararon adolescentes hombres y mujeres, se ha encontrado que los hombres relacionan su consumo de alimento meramente con la intención de satisfacer su hambre, fijándose en que la cantidad sean suficientes sin señalar particularmente una alimento; por su parte las mujeres además de comer por hambre, utilizan la alimentación como forma de reunión social, les preocupa que la cantidad de alimentos que consuman pueda arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables, debido a que asocian la delgadez con el éxito, sin embargo, estas ideas sobrevaloradas sobre el peso corporal y figura contribuyen a la presencia de alteraciones alimentarias como atracón, restricción, vómito y uso de diuréticos (Vázquez, Ruíz, Mancilla & Álvarez, 2008).

Las CAR, que se conceptualizan como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a la motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas estas vinculadas a la ingestión de alimentos; son influenciadas por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutrimental del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (Bundell,

1991; Saucedo-Molina, 2003). Las CAR no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo, que se presentan como un continuo, entre una alimentación normal y la presentación de un TCA (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

Las CAR son alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación, suelen presentarse como síndromes parciales que pueden convertirse en casos de TCA, en donde las personas experimentan manifestaciones conductuales y cognitivas que les impiden un funcionamiento adecuado. Las CAR no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo que se presentan como un continuo, entre una alimentación normal y la presentación de un TCA (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

Entre las principales CAR se encuentra: eliminar tiempos de comida, practicar dietas restringidas y ayunos, el uso de diuréticos y laxantes, vómito auto provocado, que se realizan como prácticas erróneas para controlar el peso corporal (Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina Mora, 2006). La percepción de la imagen corporal, que puede ir desde una insatisfacción hasta una alteración de la imagen corporal conlleva regularmente una forma de manifestación a través de las CAR (Gómez Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2001).

Se sabe también que un IMC elevado se relaciona con las conductas alimentarias de riesgo pues tratan de lograr una disminución de peso a través de una variedad de prácticas erróneas del control de este (Gómez, Saucedo & Unikel, 2001) llegando a comprometer su salud y de esta forma en ocasiones a presentar algún TCA (Casanueva & Morales, 2001).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todos los seres humanos, de manera que los excesos, deficiencias y desequilibrios crean problemas no solo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área de intercambio con los demás, por esto de manera circular y multicausal la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Acosta, Lloplis,

Gómez & Pineda, 2005; Rodríguez, Barneveld, González-Arratia, Unikel-Santoncini & Becerril Bernal, 2006).

Por otro lado, Gómez Pérez-Mitré (1999) dio a conocer que en las preadolescentes en edad de once a 13 años se encuentra presente en una proporción mayoritaria la aceptación del estereotipo social de la delgadez, centrada en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante atractivo de la mujer, razón por la que tiende a haber demasiada preocupación por el peso corporal o incluso por un peso bajo, además de que las preadolescentes delgadas tienden a sobrestimar su figura corporal y las que tienen sobrepeso a subestimarla.

El inicio de las dietas restrictivas se da entre los nueve y los once años (Austin, 2001) de igual manera Krahnstoever, Markey y Birch (2003) encontraron que niñas de entre cinco y nueve años de edad habían hecho dieta para perder peso.

Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2002) encontraron que en los prepúberes, púberes y adolescentes la preocupación por el peso corporal se considera como una de las variables que directamente pueden conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación, esto porque desde temprana edad ya se comienza el culto a la delgadez y el deseo por hacer dietas restrictivas que les permitan controlar su peso, como por ejemplo saltándose una de las comidas, evitando algunos alimentos considerados como engordadores y consumiendo productos light.

Gómez-Peresmitré (2000, en Gómez-Peresmitré, Pineda, Esperance, Hernández, Platas & León, 2002) afirma que el seguimiento de dieta restrictiva a diferencia de la insatisfacción y/o distorsión de la imagen corporal, constituye por sí mismo un problema de salud, dada la repercusión que puede tener en la nutrición de los preadolescentes y adolescentes.

Es aquí en donde se hace hincapié en la importancia que tiene la etapa de la adolescencia, puesto que es un factor pertinente para el desarrollo adecuado de

la imagen corporal, en cuanto al incremento de conciencia de sí mismo que tenga el adolescente, la importancia que se le da al grupo de pares, a los rasgos físicos y a la tendencia a compararse con las normas de origen cultural, esto demuestra que cuanto más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente, menos tolerante será con su estado físico, generándose así de forma más fácil un trastorno de alimentación (Unikel-Santoncini, Saucedo-Molina, Villatoro-Velázquez & Fleiz-Bautista, 2002).

Ahora bien, las conductas alimentarias consideradas como de riesgo incluyen una frecuencia del 10 por ciento para la práctica de atracones, 18 por ciento para la práctica de ayunos, 17 por ciento para el uso de diuréticos y laxantes y el 6.7 por ciento para el vómito autoprovocado, en una población mexicana con muestra del Distrito Federal (Unikel, Villatoro, Medina –Mora, Alcántar, Fleiz & Hernández, 2000).

Los hallazgos de investigación mencionan que los trastornos de la imagen corporal y de la conducta alimentaria, se inician en las niñas alrededor de los 10 años y se incrementan dramáticamente con la transición a la escuela secundaria. Los principales factores de riesgo involucrados en el desarrollo de problemas de la conducta alimentaria son los cambios característicos de la pubertad, el inicio de las relaciones de pareja, el incremento en las exigencias académicas, y la presión de la familia, compañeros y el medio social para alcanzar un cuerpo idealmente delgado. (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar & Hernández, 2010).

Los TCA son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (López & Treasure, 2011).



La preocupación por la delgadez, la práctica de dietas y otras CAR, como el uso de laxantes y la práctica de ejercicio excesivo son conductas ampliamente difundidas en la población femenina, por lo que es muy posible que estas representen un espectro de los TCA, lo cual tiene importantes implicaciones en la prevención y detección temprana de los mismos (Unikel & Caballero, 2010).

El estudio de las conductas alimentarias de riesgo y de los trastornos de la conducta alimentaria han sido típicamente un tema de estudio en mujeres; sin embargo, la literatura en años recientes ha documentado que también tienen presencia en los varones desde edades tempranas, tanto en otras culturas como en la nuestra. Si bien, los porcentajes reportados en varones son menores a los que se encuentran en mujeres, es importante estudiar el comportamiento específico de los hombres que los lleva a presentar insatisfacción con su imagen corporal y a iniciar la práctica de conductas alimentarias de riesgo (Nuño, Celis & Unikel, 2009).

A continuación se definen algunas de las CAR:

La dieta crónica restringida es la tendencia repetitiva a la auto privación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día con la finalidad de tener un control en el peso y mejorar la figura corporal (Cruz, Ávila, De la Cruz, Vázquez & Mancilla, 2008).

Los atracones (también denominado comer por compulsión) están caracterizados por episodios de alimentación compulsiva, pero sin el uso de conductas compensatorias como puede ser purgarse. Se define por dos patrones comunes que son el ir picando entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos, y/o un consumo de grandes cantidades de una sola vez, este es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal (Sarason & Sarason, 2006). Los episodios de ingestión voraz se asocian con: a) comer más rápido de lo normal, b) comer hasta sentirse incómodamente lleno, c) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre

físicamente lleno, d) comer sin compañía debido a que siente vergüenza por la gran cantidad de comida que se ingiere, e) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.

La preocupación por el peso y la comida se refiere al estado psicológico y emocional que presenta una persona, el cual se determina por sus creencias y valores, implicando atención considerable y/o excesiva con respecto a su peso corporal y a los alimentos que ingiere (Gómez-Peresmitré & Acosta, 2000).

Comer por compensación psicológica: conducta alimentaria inapropiada, relacionada con la ingestión no controlada de alimentos causada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar las sensaciones displacenteras (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998).

Por otro lado, los TCA se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, entre otros (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004).

Los TCA muchas veces se acompañan de complicaciones médicas, así como psicológicas que potencialmente pueden dejar secuelas irreversibles para el desarrollo del adolescente. Para evitar la cronicidad del trastorno, se recomienda un tratamiento temprano lo cual requiere de un diagnóstico y derivación oportunos a un equipo especializado (López & Treasure, 2011).

El estudio de los TCA es un área de investigación relativamente nueva en México. Se han iniciado una serie de investigaciones en diferentes poblaciones de manera sistemática como son: preadolescentes, adolescentes y adultos, población clínicamente diagnosticada con trastornos de la conducta alimentaria, y grupos de alto riesgo, en los que existe un interés concentrado en el peso (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar & Hernández, 2010).

En el año 2007 el Área académica de Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) realizó uno de los primeros estudios de la

distribución e interrelación de riesgo asociados a TCA en púberes en una muestra de 2 194 estudiantes de escuelas secundarias públicas de Pachuca, Hidalgo, 52 por ciento hombres y 48 por ciento mujeres, de once a 15 años de edad; encontrándose un 27 por ciento de la muestra con problemas, de éstos el 10 por ciento con desnutrición y bajo peso, y el 17 por ciento con sobrepeso y obesidad que es un dato que de alguna forma confirmó las estadísticas nacionales (Saucedo-Molina, Escamilla-Talón, Portillo-Noriega, Peña-Irecta & Calderón-Ramos, 2008).

Entonces, para que exista un TCA se genera una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Marín, 2002). En lo biológico se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro llamadas neurotransmisores que controlan el hambre, el apetito y la digestión pueden estar desbalanceadas, además de que la genética puede tener contribuciones significativas. Lo psicológico refiere a la baja autoestima, distorsión de la imagen corporal generada cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, generando malestar e interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de las personas (Rivarola, 2003), además de sentimientos de insuficiencia o falta de control en la vida, depresión, ansiedad, enojo y soledad; además de ciertos factores interpersonales como relaciones personales y familias problemáticas, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido ridiculizado por el peso o talla y abuso físico o sexual (Trujillo, 2006).

Los TCA son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (López & Treasure, 2011).

Los TCA se inician o presentan principalmente en púberes y adolescentes; muy probablemente, las personas de mayor edad que los padecen iniciaron conductas sintomáticas en esta etapa de su vida. Las edades de aparición o de inicio del trastorno van desde los 12 hasta los 25 años y la frecuencia aumenta entre los 12 y los 17 años. La expansión de los padecimientos ha implicado también su aparición en edades cada vez más tempranas. Los trastornos alimenticios presentan tanto en hombres como en mujeres y aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004).

Los estudios realizados en población estudiantil de enseñanza básica de la Ciudad de México, han señalado la práctica de métodos para bajar de peso en niños y niñas entre 10 y 11 años de edad, esto es, reduciendo el consumo de alimentos “engordadores”. Asimismo, se ha encontrado que niñas entre 9 y 13 años presentan factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, ya que casi la mitad de la muestra estudiada mostró insatisfacción con su imagen corporal. Las niñas de entre 6 y 9 años comparten con los púberes y adolescentes, el deseo de una figura corporal más delgada, se encuentran insatisfechas con su imagen corporal y la sobrestiman, es decir, que se perciben más gordas de lo que son. Si bien se ha encontrado que estas manifestaciones se incrementan con la edad, hay que señalar que el 50 por ciento de las niñas se expresan de esta manera (Unikel & Caballero, 2010).

### **Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados**

Los TCA son procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones específicas y graves en el comportamiento de la ingesta de alimentos, que se pueden observar en personas que presentan patrones distorsionados en la forma de comer, caracterizados por el exceso o por no hacerlo, esto en respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad metabólica o biológica (Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008). Es decir, a conductas derivadas del miedo-

pánico de estar “gordo” y a la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentarias, vómitos, hiperactividad, desgaste físico, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas y hacer ayunos, estas conductas se llevan a cabo al inicio con la finalidad de controlar el peso y posteriormente se vuelven obsesivas (Chinchilla, 2003).

A continuación se describen los TCA, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association [APA], 2002) en el cual menciona que éstos se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y se dividen en trastornos del comportamiento alimentario específicos y trastornos del comportamiento alimentario no especificados (TANEs). Los específicos comprenden a la Anorexia Nervosa (AN) y a la Bulimia Nervosa (BN), y los TANEs incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico, por lo que pueden ser considerados como síndromes parciales.

Por otra parte, se han realizado algunos cambios a la más reciente publicación de la APA en el DSM-V, que son los siguientes:

Anorexia Nervosa: de acuerdo con el criterio del DSM-V, para ser diagnosticado con Anorexia Nervosa una persona debe mostrar:

- Persistente restricción de consumo de energía que conduce a un bajo peso corporal significativamente (en contexto de que es mínimamente esperado por la edad, sexo, trayectoria de desarrollo y salud física).
- un intenso miedo a ganar peso o volverse una persona propensa a la obesidad, o un comportamiento persistente para interferir en el aumento de peso (incluso en un significativo bajo peso)
- Alteración de la percepción del peso corporal o la figura, exageración de la forma y el peso corporal en la autoevaluación, o persistente falta de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal.

Subtipos: Tipo restrictivo, tipo purgante

De acuerdo con los criterios del DSM-V, será diagnosticado con bulimia nervosa aquella que muestre:

- Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes: Comer, en un período discreto de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas), una cantidad de alimento que es definitivamente más grande que la mayoría de la gente comería en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante la comida (por ejemplo, la sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar cuánto se está comiendo).
- Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes con el fin de prevenir el aumento de peso, tales como vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. La alteración no aparece exclusivamente durante de la anorexia nervosa.

Trastorno por atracón

De acuerdo con los criterios del DSM - V, para ser diagnosticado con Trastorno por Atracón una persona debe mostrar:

- Episodios recurrentes de atracones de comida. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes: Comer, en un período discreto de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas), una cantidad de alimento que es definitivamente más grande que la mayoría de la gente comería en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, la sensación de que uno no puede dejar de comer o controlar qué o cuánto se está comiendo).

Los atracones se asocian a tres o más de los siguientes:

- Comer mucho más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de comida cuando no se siente físicamente hambriento.
- Comer solo debido a sentir vergüenza por la cantidad que uno está comiendo.
- Sentirse asqueado con uno mismo, deprimido o muy culpable después.
- Existe un marcado malestar respecto a los atracones.

Los atracones de comida se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

Atracón no se asocia con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas, como en la bulimia nervosa y no aparece exclusivamente en el transcurso de la bulimia nervosa, anorexia nervosa o métodos para compensar el exceso de comida, tales como vómitos autoinducidos.

Nota: el trastorno por atracón es menos común pero más grave que comer en exceso. Trastorno por atracón se asocia con más angustia subjetiva sobre la conducta alimentaria, y por lo general otra coproduciendo problemas psicológicos (APA, 2013).

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Se han identificado dos subtipos de AN: el restrictivo, en el que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso, sin recurrir a los atracones o a las purgas y el compulsivo/purgativo, en el que el individuo recurre

regularmente a atracones o purgas, o bien a ambas conductas. Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas de tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo, además de algunos signos y síntomas físicos atribuibles a la inanición como la amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva; hipotensión, hipotermia y sequedad de la piel.

La BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Una característica esencial de ambos trastornos es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar. En la BN existen dos subtipos: el purgativo en el cual las personas recurren a la provocación de vómitos autoinducidos, uso excesivo de laxantes, diuréticos y enemas, con el fin de evitar la ganancia de peso resultante del atracón y el no purgativo, en el que se emplean otras técnicas compensatorias inapropiadas que no sean purgativas, como el ayuno o la práctica de ejercicio intenso. La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con BN es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo. En muchas personas la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la BN o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la BN. Asimismo hay una incidencia elevada de trastornos de ansiedad y el consumo en el abuso de ciertas sustancias. Las personas con BN por los vómitos recurrentes que presentan, muestran una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, sus dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos, las glándulas salivales aumentan de tamaño, pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, miopías esqueléticas y cardíacas.

Los TANEs se refieren a los TCA que no cumplen los criterios antes descritos como son:

- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.



- Se cumplen todos los criterios para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación de vómito después de haber comido dos galletas).

- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa.

Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. Esto alude a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones”. La BN fue reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria en sí misma a fines del siglo XX, luego de la aparición de un importante artículo escrito por Gerald Russel en el Reino Unido, seguido por su inclusión en el DSM-III (López & Treasue, 2011).

La bulimia nervosa se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de ingesta de cantidades extremadamente grandes de comida y una sensación de falta de control sobre estos episodios. A este atracón le sigue un tipo de comportamiento que lo compensa por el exceso de comida, como vómitos forzados o abuso de laxantes o diuréticos, ayunos y/o exceso de ejercicios o una combinación de estos comportamientos. A diferencia de la anorexia nervosa, las personas con bulimia nervosa generalmente mantienen lo que se considera un peso saludable o mientras que algunas tienen un poco de sobrepeso. Al igual que las que tienen anorexia nervosa, estas personas tienen miedo de engordar,

quieren desesperadamente perder peso y se sienten muy insatisfechas con la forma y el tamaño de su cuerpo. Por lo general, el comportamiento bulímico es secreto, dado que va acompañado de un sentimiento de indignación o vergüenza. El ciclo de atracón y purga puede darse varias veces a la semana e incluso varias veces al día (National Institute of Mental Health [NIMH], 2011).

Criterios diagnósticos para la Bulimia Nervosa (Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10], 1992).

A. Preocupación por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intercalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

A diferencia de quienes sufren de AN, las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Esta es una de las principales diferencias con AN. Además, la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. Sin

embargo, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, especialmente, a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros (López & Treasue, 2011).

A diferencia de la anorexia nervosa, las personas con bulimia nervosa generalmente mantienen lo que se considera un peso saludable o mientras que algunas tienen un poco de sobrepeso. Al igual que las que tienen anorexia nervosa, estas personas tienen miedo de engordar, quieren desesperadamente perder peso y se sienten muy insatisfechas con la forma y el tamaño de su cuerpo. Por lo general, el comportamiento bulímico es secreto, dado que va acompañado de un sentimiento de indignación o vergüenza. El ciclo de atracón y purga puede darse varias veces a la semana e incluso varias veces al día (NIMH, 2011).

Los criterios del DSM-IV enfatizan la presencia regular y recurrente de episodios de sobreingesta (atracones) acompañados por conductas compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso que potencialmente produciría el atracón. La propuesta diagnóstica para el DSM-V (Bravender, et al.2010), reduce la frecuencia necesaria de atracones y purgas como criterio diagnóstico. Esta diferencia tendría como efecto que una importante proporción de casos de los que hoy estarían definidos como TCA “no especificados” sea diagnosticada en el futuro como “Bulimia Nervosa”. La justificación para este cambio radica en que los estudios científicos han encontrado muy poca diferencia en la presentación clínica y comorbilidades de los pacientes que presentan BN y los TANE con síntomas bulímicos (López & Treasue, 2011).

Los TANE son una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos constituyen los TCA más comunes entre las adolescentes, con una prevalencia estimada en 3,06 por ciento entre las mujeres jóvenes. A diferencia de lo que ocurre en la AN o BN, los TANE reportan una creciente prevalencia en la última década. Específicamente, los TANE incluyen los casos que cumplen todos los criterios para la AN, pero que permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal (incluso después

de una pérdida considerable de peso), los casos que cumplen todos los criterios para BN, pero cuya frecuencia de atracones y/o purgas es menor a dos veces a la semana, los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal, los casos que se mastica y devuelve gran cantidad de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón). Uno de los cambios más importantes del DSMV es que se ha recomendado la inclusión de los Trastornos por Atracón como una categoría separada, considerando una extensa revisión de la literatura que destaca su validez y significación clínica (López & Treasue, 2011).

La AN es un trastorno psiquiátrico grave y complejo caracterizado por la mantención voluntaria de un peso bajo el rango saludable para la edad y talla de quien lo sufre, lo cual es logrado a través de medios extremos para controlar el peso tales como ejercicio compulsivo, restricción de los alimentos consumidos y/o conductas purgativas. Estos síntomas se acompañan por un intenso temor a ganar peso o la negación de estar en un peso bajo. Este trastorno presenta una prevalencia de 0.48 – 0.7 por ciento entre las adolescentes (López & Treasue, 2011).

Muchas personas con anorexia nervosa se ven a sí mismas como excedidas en peso, incluso cuando están delgadas. El comer, la comida y el control del peso se vuelven una obsesión. Personas con anorexia nervosa generalmente se pesan varias veces, racionan la comida cuidadosamente y sólo comen pequeñísimas cantidades de ciertas comidas. No obstante, algunas personas con anorexia nervosa atraviesan episodios de atracones seguidos de una dieta extrema y/o exceso de ejercicios, vómitos autoinducidos y abuso de laxantes, diuréticos o enemas (NIMH, 2011).

### Criterios diagnósticos para la Anorexia Nervosa (CIE-10, 1992):

A. Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del periodo de crecimiento.

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

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

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).

También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles).

Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía. Se utiliza el diagnóstico de anorexia nervosa atípica para los

casos en los que falta una o más de las características principales de la AN, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característicos.

En el estudio de los procesos patológicos (enfermedades), físicos y químicos que tienen lugar en la AN es la del ayuno, purga, intoxicación hídrica y síndrome de realimentación, los cuales se describen a continuación según Lenoir y Silber (2006).

#### Ayuno

Es de utilidad conceptualizar la fisiología del ayuno como el intento del organismo de adaptarse a la falta de alimento. Esto ocurre a un nivel metabólico y neuroendocrino, si no se interrumpe el ayuno se atraviesa la última barrera a la supervivencia, con el desencadenamiento de un síndrome cerebral orgánico que progresa desde la lentitud y confusión a la obnubilación, letargo, estupor, coma y muerte. En última instancia, la muerte por estado de inanición es consecuencia del deterioro neurológico que ya no permite la alimentación.

#### Purga

Los pacientes que en forma reiterada se autoinducen el vómito desarrollan anomalías metabólicas graves debido a la pérdida de ácido clorhídrico. Los pacientes que suelen abusar de laxantes suelen manifestar deshidratación crónica y acidosis.

#### Intoxicación hídrica

Ocasionalmente, las pacientes que padecen de anorexia, ante el temor de ser “castigadas” u hospitalizadas debido a la pérdida de peso, descubren que pueden “aparentar ganancia de peso”, mediante el proceso de “carga de agua”: toman inmensas cantidades de agua antes de ser pesadas, para que no se vea reducido y aparenten que mantienen un peso.

## Síndrome de retroalimentación

Ocurre cuando el paciente hospitalizado recibe una administración alta de fósforo y este mismo tiene una reacción negativa en el organismo. El síndrome de realimentación hipofosfatémico se manifiesta con náuseas, vómitos, dolor óseo y articular, debilidad y anorexia. En casos severos puede haber anemia hemolítica, rabdomiólisis, cardiomiopatía, insuficiencia respiratoria y paro cardíaco. El sistema nervioso central es particularmente sensible a la hipofosfatemia y responde con confusión, delirio, psicosis, convulsiones y muerte. Resulta trágico que el accionar médico pueda ser la causa de muerte en pacientes con AN.

A continuación se muestra los nuevos criterios propuestos por la Asociación Americana de Psiquiatría para el DSM-V de la Anorexia Nervosa que se publicaron en 2013.

A. Restricción de la ingesta de comida en relación con los requerimientos calóricos que conduce al mantenimiento de un peso menor al estipulado como peso mínimo para edad y talla. Por ejemplo: pérdida de peso asociada a un déficit del 15 por ciento o más con respecto al esperado para edad y talla. Durante el período de crecimiento, detención del incremento de peso y fracaso en alcanzar un peso normal, dando como resultado uno inferior al 85 por ciento del esperado.

B. Miedo intenso a ganar peso o a llegar a ser obeso, a pesar de tener bajo peso, o conducta persistente para evitar ganar peso, a pesar de tener bajo peso.

C. Alteración de la percepción del peso o del aspecto corporal, exageración del tamaño en la autoevaluación o negación del peligro que entraña el bajo peso (Pasqualini, 2013).

La anorexia nervosa se caracteriza por: Adelgazamiento extremo (emaciación), Incesante búsqueda de delgadez y negación a mantener un peso normal o saludable, miedo intenso a subir de peso, Imagen corporal distorsionada, autoestima significativamente influenciada por las percepciones de la forma y el peso del cuerpo o negación de la gravedad del bajo peso corporal, falta de

menstruación en niñas y mujeres, alimentación extremadamente restringida (NIMH, 2011).

Para el DSM-V se mantendría la subcategorización entre anorexia de tipo restrictivo (ausencia de atracones y/o purgas: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos o enemas durante los últimos tres meses) y compulsivo/purgativo. A pesar de que se le brinda importancia al diagnóstico del episodio actual como restrictivo o compulsivo, se reconoce que más del 50 por ciento de las personas que sufre de AN desarrolla síntomas de bulimia posteriormente (López & Treasue, 2011).

Instrumentos para la evaluación de Conductas Alimentarias de Riesgo y algunas sintomatologías de TCA.

Entre los principales instrumentos utilizados para evaluar la sintomatología de los TCA y las conductas alimentarias de riesgo se encuentran los autoinformes en formato de cuestionarios e inventarios. A continuación se describen algunos de ellos:

- The Restraint Scale rs: esta escala fue elaborada por Herman y Mack (1975). Su concepto teórico principal es el de restricción de la dieta, que se define como la intención del individuo de restringir voluntariamente su ingesta de alimentos con la finalidad de mantener o conseguir el peso “ideal”. Se ha observado que cuando el individuo rompe con su restricción empieza a comer de manera excesiva, mientras que en los comedores no restrictivos no se da este patrón.

- Eating Disorder Inventory (EDI): elaborado por Garner, Olmstead y Polivy (1983). Un autoinforme diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales específicas de los TCA. Posteriormente se desarrolló el EDI-2 (Garner, 1991) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero, además, introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, regulación de los impulsos e inseguridad social.



•Eating Attitudes Test (EAT): el objetivo de este instrumento es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. En 1988, Maloney, McGuire y Daniels desarrollaron el Children's Eating Attitudes (CHEAT) para evaluar la sintomatología y preocupaciones características de la AN a partir de 26 reactivos con seis opciones de respuesta. El CHEAT-26 es similar al EAT-26, pero utiliza palabras más simples. El EAT, en sus dos versiones, probablemente sea el cuestionario de autoaplicación más utilizado; para contestarlo se requiere de un nivel de lectura de quinto año de primaria. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Halloran (1997) recomendaron el EAT como una herramienta de filtro para determinar la presencia de cualquier TCA, pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con TANE; también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

•Bulimia Test (BULIT): este test fue desarrollado por Smith y Thelen (1984), permite identificar la presencia de sintomatología y preocupaciones características de la BN. Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991), actualmente, es más utilizada que la versión original.

•Bulimia Investigatory Test of Edimburg (BITE): la prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman (1987). Permite identificar la presencia de episodios de atracones en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico.

•Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R): el cuestionario de patrones de alimentación y peso, versión revisada, fue desarrollado por Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes, con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en

ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo con el DSM-IV.

- Eating Disorder Examination: es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede considerar como estándar para la evaluación de los TCA, y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra “atracon”, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias, como es el miedo enfermizo a engordar (Fairburn & Beglin, 1994).

- Cuestionario de Alimentación y Salud: Construido por Gómez Peresmitré (1995). El objetivo de este cuestionario es la detección de factores de riesgo asociados a conducta alimentaria y la imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. Este cuestionario tiene una subescala llamada Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1998) que explora cinco factores: 1) conducta alimentaria normal, 2) dieta restringida, 3) comer compulsivo, 4) preocupación por el peso y la comida, y, 5) conducta alimentaria de compensación psicológica. Tanto el Cuestionario de Alimentación y Salud, como la EFRATA, fueron diseñados para la población mexicana, habiéndose revisado y adaptado para su empleo con muestras españolas.

- Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC): creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) con la finalidad de evaluar el grado en que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal, y que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento por razones estéticas y sociales.

- Cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo: este cuestionario fue diseñado por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004), consta de 10 preguntas relacionadas con la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo

(dieta, ayuno, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

- El cuestionario de actitudes hacia la figura corporal, desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la Ciudad de México por Unikel, Juárez y Gómez (2006).

- Cuestionario de imagen corporal (BSQ): fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987), evalúa la insatisfacción con la imagen corporal.

## Capítulo 5. Método

### Planteamiento del Problema

La obesidad tiene repercusiones no sólo en la salud del niño o niña que la padece desde su infancia, sino también a lo largo de su vida, particularmente su presencia en la segunda década del desarrollo de la persona se convierte en predictor de la obesidad en la adultez, con las consecuencias que ésta conlleva al actuar sobre las principales causas de morbimortalidad; el problema va más allá de la estética al vincularse con riesgos para la salud de los afectados.

El origen de la obesidad es multicausal, se han identificado diversos factores: biológicos, psicosociales y socioculturales; y particularmente conductas alimentarias de riesgo asociadas a su desarrollo.

Aspectos como el peso y la constitución corporal alcanzados principalmente durante la pre adolescencia, representan factores de riesgo biológicos que influyen en la adopción de conductas alimentarias inadecuadas.

Dentro de los factores psicosociales se ha observado a la insatisfacción con el peso y la figura, así como a la distorsión de la imagen corporal.

Factores socioculturales, como la influencia de la publicidad promueven una cultura de la delgadez, y cobran también relevancia al generar no solo cambios en los hábitos alimentarios, sino también un malestar con la imagen corporal, influyendo de manera diferente de acuerdo con el género de las personas: masculino y femenino.

Los factores antes descritos han sido considerados en la literatura como factores involucrados en conductas alimentarias de riesgo (como es el caso de dietas restrictivas, conductas compensatorias, compulsivas, preocupación por el peso y la comida, entre otras). De combinarse estos factores, además de aspectos como el peso corporal relacionado con obesidad, y de manifestarse en individuos

pre adolescentes, la situación presente y futura de estas personas se agrava, no solo en cuanto a su salud física, sino también en cuanto a su situación mental; ubicándolos en una posición de vulnerabilidad especial.

Por lo que en este estudio:

-Se plantea primero una perspectiva de entendimiento del proceso salud-enfermedad, contemplando que la cadena de eventos que permite un resultado adverso a la salud incluye causas proximales y distales; los factores proximales actúan directa o casi directamente en la causa de la enfermedad, y las causas distales vienen de atrás en la cadena causal y actúan vía un número de causas intermedias.

-Las evidencias provenientes de investigaciones señalan cambios importantes de tipo orgánico cuando se padece obesidad en las primeras etapas de la vida, así como su remisión cuando se actúa tempranamente.

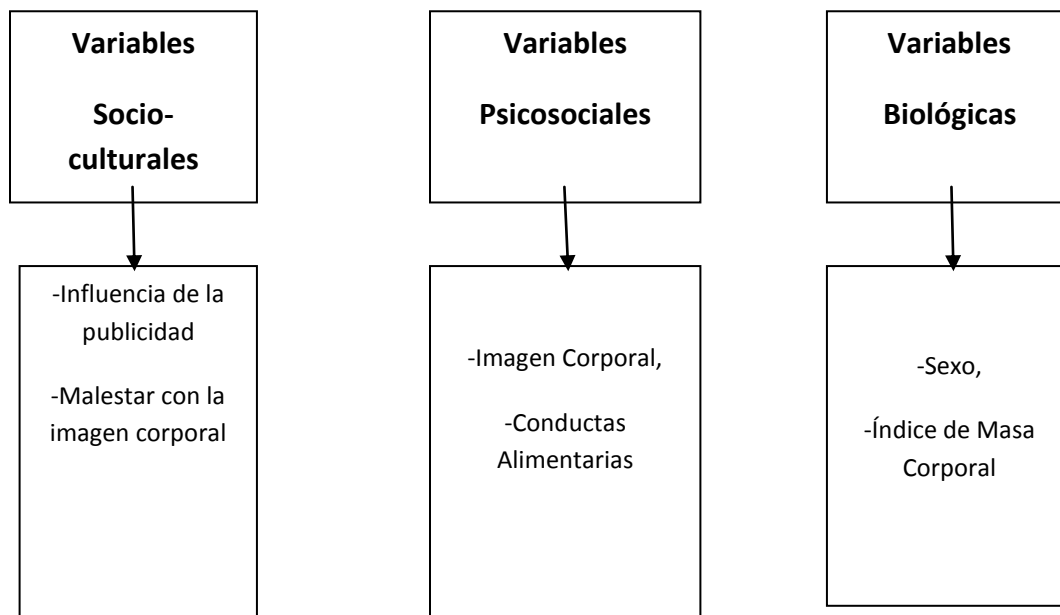
-La evidencia epidemiológica relativa al desarrollo precoz de los principales factores de riesgo: colesterol sanguíneo, hipertensión arterial, y su relación con el desarrollo de lesiones precoces en la aorta y arterias coronarias de adolescentes, que han quedado suficientemente probadas.

-Las personas con obesidad padecen además de una serie de problemáticas relacionadas con discriminación, burlas, vergüenza, entre otros, que inclusive los llevan a sufrir trastornos psicopatológicos (como por ejemplo, el Trastorno por Atracón).

-Este planteamiento se hace desde una perspectiva multifactorial, siempre considerando al individuo como una unidad funcional integral, biopsicosocial, contemplando que la principal aportación del presente proyecto, radica en identificar algunos factores asociados a conductas alimentarias de riesgo relacionada con obesidad; abriéndose la posibilidad de revertir, de alguna forma la incidencia del problema mediante el desarrollo de programas de intervención preventiva de enfermedades crónico-degenerativas, observando a la obesidad

como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión, entre otras, aunado a los altos costos individuales, sociales que conlleva la atención de estos padecimientos. Por tales razones se propone estudiar las variables señaladas en la figura 1:

**Figura 1.** *Propuesta para investigar las diferencias entre variables biológicas, psicosociales y socioculturales.*



### **Justificación**

El comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de la persona conforma un determinado estilo de vida, aparece como un factor de relevancia en la variabilidad de los demás factores (además de los biológicos) que determinan el curso del proceso salud-enfermedad. Ya sea por la acción que el ser humano realiza sobre el ambiente, por su acción sobre los servicios de salud, o por su acción sobre el propio organismo, el estilo de vida modifica todas las condiciones que favorecen la aproximación de la persona a una salud óptima o la alejan de una muerte prematura. Finalmente, el objetivo de la naturaleza y de la sociedad, respecto de la vida del individuo, es garantizar la mayor cantidad de vida en las mejores condiciones de calidad posibles.

Bajo el preámbulo anteriormente señalado, este proyecto busca explicar las variables biológicas, psicosociales y socioculturales para predecir conductas alimentarias de riesgo de pre adolescentes, hombres y mujeres, estudiantes de escuela pública “Pedro María Anaya”, de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Ya que como se ha mencionado, la obesidad en las primeras etapas de la vida es un grave problema de salud pública; que pone en riesgo la salud física y mental de quienes la padecen, además de que trae consigo consecuencias graves, de no ser detenida en sus primeras etapas de aparición en la vida de los individuos. Si ante la situación de la obesidad ubicamos la presencia de conductas alimentarias de riesgo, el problema se agrava aún más.

Por otro lado, si bien, se tienen identificados una serie de factores relacionados con la obesidad, sobre todo los de tipo biológico, poco se ha estudiado este problema a partir de factores psicosociales y socioculturales, partiendo de un enfoque preventivo (sobre todo ligado a intervenciones que pretendan modificar la problemática en las primeras etapas de vida).

Ahora bien, al realizar investigación documental respecto de la obesidad en los primeros años de vida, se encuentran en un bajo porcentaje estudios cuyo objetivo sea el identificar y medir conductas alimentarias de riesgo relacionadas con la problemática, y mucho menos considerarlas para que puedan ser contempladas en intervenciones de tipo preventivas; sin reflexionar que las intervenciones pueden ser más efectivas cuando previenen la aparición de conductas no saludables relacionadas con la alimentación, que cuando dirigen la supresión de esas conductas (Neumark-Sztainer, Butler & Palti, 1995); cobrando relevancia los enfoques de investigación en donde las intervenciones se basan en modelos generados a partir del estudio de factores relevantes relacionados con problemáticas del proceso salud-enfermedad, tal como la obesidad.

Por todo lo señalado, se respondió a la siguiente pregunta de investigación:

- *¿Qué diferencias existen entre hombres y mujeres respecto a las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca, Hidalgo?*

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- *Establecer las diferencias entre hombres y mujeres en las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca, Hidalgo.*

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar la variable biológica IMC de preadolescentes.
- Determinar la distribución de factores biológicos, psicosociales y socioculturales asociados entre ellos.

#### **Hipótesis**

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca, Hidalgo.

H1: Si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca, Hidalgo



## Definición de variables

Tabla 1. *Variables biológicas*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
<b>Sexo</b>	Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como macho y hembra. Se reconoce a partir de datos corporales genitales; el sexo es una construcción natural, con la que se nace (FAO, 1996).	Mujer  Hombre
<b>Pre-Adolescencia</b>	La edad que comprende de los 8 a los 12 años es denominada pre-adolescencia. La mayoría de los expertos opinan que esta es una de las más importantes, debido a que durante este tiempo se inicia el desarrollo físico, social e intelectual (Gavin, 1994)	Pre-adolescentes: de 8 y 12 años de edad
<b>Índice de Masa Corporal</b>	El Índice de Masa Corporal (IMC), Body Mass Index (BMI) en inglés, es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población, que está influenciado por la talla en el periodo intrauterino y al nacer (Klebanoff & Yip, 1988, p. 829), el estatus socioeconómico, cambios estacionales en la disponibilidad de alimentos (International Dietary Energy Consultancy Group, IDECG, 1987).	Para evaluar el IMC se utilizó la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla(m)}^2$ , el valor obtenido será clasificado de acuerdo con los valores encontrados para población púber, (Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro & Fleiz 2003), a partir de los puntos de corte percentilares señalados por la National Center for Health Statistics (CDC, 2000), que son (ver tabla 2).

**Tabla 2.** *Puntos de corte del IMC para púberes*

<b>Categoría</b>	<b>*Percentil</b>	<b>**Valor</b>
<b>Desnutrición</b>	<b>&lt;5</b>	<b>&lt;15.7446</b>
<b>Bajo peso</b>	<b>&gt;5&lt;15</b>	<b>15.7446- 16.9605</b>
<b>Normal</b>	<b>&gt;15&lt;85</b>	<b>16.9605- 24.4347</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>&gt;85&lt;95</b>	<b>24.4347- 27.1835</b>
<b>Obesidad</b>	<b>&gt;95</b>	<b>&gt;27.1835</b>

**Fuente:** \*National Center for Health Statistics. (2000). CDC Growth Charts: United States.  
\*\* Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro y Fleiz (2003).

**Tabla 3.** *Variables Psicosociales.*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Imagen corporal</b>	“Configuración global, o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia, a través de diversas experiencias” (Bruchon-Schweitzer, 1992).	Para su evaluación se utilizó la técnica parcial del marcado de imagen (Gómez Peresmitré, 1998).

---

**Conductas alimentarias de riesgo**

La conducta alimentaria debe ser entendida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural vinculada con la ingestión de alimentos. La alteración de ésta ha dado origen a lo que se conoce como conductas alimentarias de riesgo (CAR) y trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los cuales los patrones de ingestión de alimentos se ve distorsionados (Saucedo-Molina & Unikel, 2010).

Para su evolución se utilizó el Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT; Maloney et al., 1988).

**Tabla 4. Variables Socioculturales.**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Influencia de la Publicidad</b>	“Mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura y el cuerpo, emitidos a través de la publicidad en los medios de comunicación” (Ritter, 1998, p. 5138).	Esta variable fue evaluada a través de los reactivos incluidos en el instrumento a partir de la versión modificada del CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martínez, 1994; adaptada y validada por Saucedo Molina, 2003) a través del CIMEC-12.
<b>Malestar con la imagen corporal</b>	“Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación de los pares, que promueven estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littleton & Ollendick, 2003, p. 55)	Esta variable también fue evaluada a través del CIMEC-12.

**Diseño:** se utilizó un diseño no experimental, con preadolescentes (hombres y mujeres), descriptivo, de campo.

**Población y muestra:**

*Población:* En este estudio participó la siguiente unidad de análisis:

-Escuela primaria pública “Pedro María Anaya” ubicada en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, que tiene médico escolar, que realizó mediciones de peso y talla de los alumnos.

-Estudiantes que cursan el quinto y sexto grado de primaria de entre 9 y 13 años de edad.

*Muestra:* Mediante un muestreo no probabilístico de sujetos tipo se seleccionó a 161 estudiantes de primaria.

**Nivel de escolaridad**

**Tabla 5.** *Distribución porcentual de la muestra por grado de escolaridad.*

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Quinto y sexto de primaria	161	100

**Instrumentos:**

Los instrumentos que se aplicaron se dividen de acuerdo a la clasificación de variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

**a) Variables biológicas:**

-Para el registro de los datos recabados en esta fase del estudio, se utilizaron las listas de alumnos de cada grupo, a las listas se les anexaron columnas que contengan los datos de edad, sexo, peso, talla, IMC y Diagnóstico.

-Para la evaluación del *peso*: se utilizó un monitor corporal de marca TANITA, Modelo UM 2204.

-Para la evaluación de *la talla*: se utilizó un estadímetro portátil marca seca 214, para medición de la talla de niños y adolescentes, con rango de medición: 2 - 207 cm, división: 1 mm.

## b) Variables psicosociales

**Tabla 6.** *Instrumentos para evaluar variables psicosociales.*

Instrumentos	Descripción
<p><b>Técnica parcial del marcado de imagen</b> (Gómez Peresmitré, 1998)</p>	<p>Este instrumento evaluó la imagen corporal; consiste en mostrar una escala de cinco siluetas ordenadas al azar (Fernández &amp; Turón, 1998; Gómez Peresmitré, Saucedo-Molina &amp; Unikel, 2001). Dentro de la imagen corporal se puede distinguir el componente afectivo (insatisfacción) y el componente perceptivo (distorsión) (de hombres o de mujeres según el caso). Las figuras cubren un continuo de peso corporal que van desde figuras muy delgadas (puntuación = 1), hasta figuras muy gruesas u obesas (puntuación =5) pasando por una de peso normal (puntuación =3). La escala visual se presentó a los participantes dos ocasiones diferentes; en la primera eligieron la figura actual, es decir, aquella que más se les parezca o más se aproxime a su figura corporal; en la segunda eligen la figura ideal o aquella figura que más les gustaría tener. La diferencia existente entre ambas (Figura actual-Figura ideal) se interpreta como el grado de satisfacción-insatisfacción de los jóvenes. Cuanto mayor sea la diferencia resultante mayor será la insatisfacción. Una diferencia positiva indica la insatisfacción que el adolescente siente porque desea estar más delgado mientras que una negativa es la insatisfacción que se siente porque se desea estar más grueso, y una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (ver anexo 3.1 y 3.2).</p>

### c) Variables Socioculturales:

Tabla 7. Instrumentos para evaluar variables socioculturales.

Instrumento	Descripción
Test Infantil de Actitudes Alimentarias ( <b>ChEAT; Maloney et al., 1988</b> ).	<p>Test Infantil de Actitudes Alimentarias (ChEAT; Maloney et al., 1988). Esta prueba evalúa la sintomatología y preocupaciones características de la anorexia a partir de 26 reactivos. Cada reactivo se evalúa con base en una escala tipo Likert de seis opciones que van desde 1 (nunca) hasta 6 (siempre).</p> <p>El análisis de consistencia interna del ChEAT se realizó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, específicamente con el método de matriz covariante. Este análisis indicó que el ChEAT contó con una consistencia interna adecuada (<math>\alpha = .82</math>).</p>
<b>“Cuestionario de Influencias de los Modelos Estéticos Corporales” CIMEC 12.</b> (Toro, Salamero & Martínez, 1994; adaptada y validada por Saucedo Molina, 2003)	<p>Este instrumento mide Influencia de la Publicidad y Malestar con la Imagen Corporal. Estas variables fueron evaluadas a través de los reactivos incluidos en el instrumento a partir de la versión modificada del CIMEC-26 (Toro, Salamero &amp; Martínez, 1994; adaptada y validada por Saucedo Molina, 2003) a través del CIMEC-12, cuyo propósito es explorar la interiorización de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal. Las respuestas serán valoradas en una escala de cuatro puntos: nunca (1) pocas veces (2), muchas veces (3) y siempre (4). Entre mayor puntuación, mayor influencia se presenta sobre el modelo estético corporal. En total el instrumento cuenta con 12 ítems tipo escala de Likert.</p>

**Tabla 8.** Factores que conforman el instrumento CIMEC 12 (ver anexo 1.1 y 1.2)

<b>Factor</b>	<b>Reactivos hombres</b>	<b>Reactivos mujeres</b>
Influencia de la publicidad	Ítem 3. Ítem 4. Ítem 6. Ítem 8 Ítem 9.	Ítem 3. Ítem 4. Ítem 6. Ítem 8. Ítem 9. Ítem 10.
Malestar con la imagen corporal	Ítem 1. Ítem 5. Ítem 7. Ítem 10. Ítem 12.	Ítem 1. Ítem 5. Ítem 7. Ítem 11. Ítem 12.

**Tabla 9.** Estructura factorial para el ChEAT

<b>Numero</b>	<b>Factor</b>	<b>Alfa</b>
1	Motivación para adelgazar.	.74
2	Evitación de alimentos engordantes.	.77
3	Preocupación por la comida.	.67
4	Conductas compensatorias.	.69
5	Presión social percibida.	.63

**Procedimiento:**

Se solicitó el acceso a la escuela primaria pública “Pedro María Anaya” ubicado en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Se acudió con el directivo de la institución, se le presentó el proyecto, se acordaron fechas y horarios (durante las primeras horas del día) para la aplicación del estudio, solicitándoles un espacio para la evaluación del peso y la talla; así como las listas de los alumnos inscritos en cada grupo. Así mismo, se les pidió que se organizará una reunión con padres de familia para explicarles el objetivo de la investigación, así como para la firma del Consentimiento Informado.

Cabe destacar que a los estudiantes participantes también se les explicó la investigación, se les invitó garantizándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos, resaltando la importancia de su cooperación.

Posteriormente se realizaron las mediciones de peso y talla, dichas evaluaciones se llevaron a cabo por estudiantes de nutrición, previamente capacitados y estandarizados en cuanto a la obtención de las mediciones.

Para la evaluación de peso y talla se siguió el procedimiento que se detalla a continuación:

*a) Para la evaluación del peso* de pre-adolescentes se tomaron en cuenta los pasos que el Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud (Ssa) para la Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas (2002) señala:

-Primero se instaló la báscula.

-Se localizó una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No se colocó sobre alfombra, ni tapetes.

-El participante debe estar descalzo, con un mínimo de ropa.

-Si por razones de fuerza mayor fuera necesario mantener parte de la ropa (por falta de privacidad, baja temperatura ambiental), se restará el peso de esas prendas del peso obtenido.

Se le pidió al participante que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador. Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caerán naturalmente a los lados.

-Dado que la báscula a utilizar será electrónica, se tomará la lectura del número que se encuentre estático.

-Se registró el dato en la hoja de toma de datos correspondiente.

*b) Para evaluar la talla:* primero se instaló el estadímetro, siguiendo los pasos que el Manual de Procedimientos de la Ssa (2002) describe:



-Se localizó una pared y un piso lo más liso posible, sin zoclo, ni grada, no inclinado o sin desnivel. La pared y el piso deben formar un ángulo recto de 90°.

-Para colocarlo se requirió de dos personas, una de ellas situará el estadímetro entre el piso y la pared, formando un ángulo de 90° sin soltarlo. La otra extenderá la cinta métrica del estadímetro en forma vertical en dirección hacia el techo. Cuando la persona que sostendrá el estadímetro indique que la cinta llegó a cero, ésta deberá fijarse en la pared con cinta adhesiva. Una vez fijo el estadímetro portátil, la persona que lo sostendrá en el piso podrá soltarlo y éste se enrollará solo. El estadímetro entonces estará listo para ser utilizado.

-En una hoja se marcó la forma correcta en que deberán ir los pies y se pegó la hoja al piso por debajo del estadímetro portátil. Los pies marcados deben quedar centrados en medio de la base del estadímetro.

Posteriormente el procedimiento para la medición fue el siguiente:

- Se le informó al participante sobre las actividades que se realizarían.
- Se le indicó a la persona que se quitara el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Si era necesario se le ayudaba.
- Se colocó a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que dividía su cuerpo en dos hemisferios.
- Se verificó que los pies estén en posición correcta.
- Se aseguró que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estuvieran en contacto con la pared y sus brazos cayeran naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Se trazó una línea imaginaria (Plano de Frankfort) que iba del orificio del oído a la base de la órbita del ojo. Esta línea era ser paralela a la base del estadímetro y formaba un ángulo recto con respecto la pared.

- Al hacer la lectura se aseguró que los ojos del observador y la escala del equipo, estuvieran a la misma altura.

- Si la marca del estadímetro se encontraba entre un centímetro y otro, se anotó el valor que esté más próximo; si estaba a la mitad, se tomó el del centímetro anterior.

Posteriormente con las autoridades escolares se organizaron los tiempos para la aplicación de los instrumentos a los estudiantes: “Técnica Parcial de Marcado de Imagen”, “Cuestionario de Influencia de los Medios en el Modelo Estético Corporal”, “Test Infantil de Actitudes Alimentarias”. Esta actividad se realizó dentro de los salones de clase, en donde se dieron las instrucciones necesarias para el llenado, después de haber explicado el objetivo del estudio, de garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos, y de obtener un consentimiento informado por parte de los estudiantes.

Durante la aplicación de los instrumentos se les explicó a los alumnos la manera de como contestar cada uno, las opciones de respuesta que había para cada pregunta y si existía alguna duda se iba hasta el lugar donde se encontraba para despejar dudas.

Cabe señalar que los instrumentos estaban divididos en versión mujeres y versión hombres, se tenía cuidado de cada uno recibiera el correspondiente con su sexo.

### **Análisis de Resultados:**

Para el análisis, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 19 para Windows).

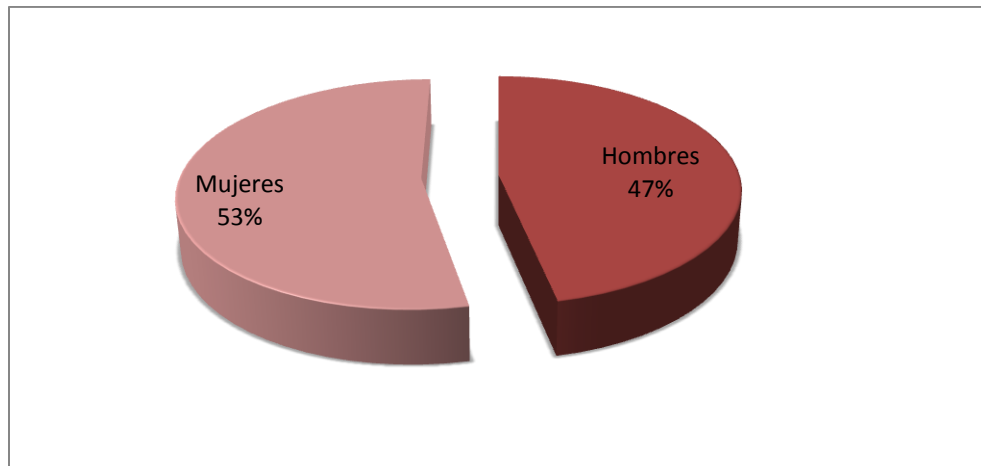
## Capítulo 6. Resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 19 para Windows. De acuerdo con los objetivos señalados para este estudio a continuación se describen los resultados de los datos sociodemográficos de la muestra y la distribución porcentual de cada una de las variables investigadas.

### Variables biológicas

#### Edad y sexo

A partir de la selección de participantes descrita, en esta fase del estudio se integraron  $N=161$ ,  $M_{total\ edad}=10.67$ ,  $DE=.55$ ; de los cuales  $n=86$  (53%) son mujeres y  $n=75$  (47%) hombres, teniendo ambos sexos la misma media de edad y desviación estándar que la muestra total, dentro de un rango de edad de 9 a 13 años.



**Figura 2.** Distribución porcentual por sexo de los participantes.

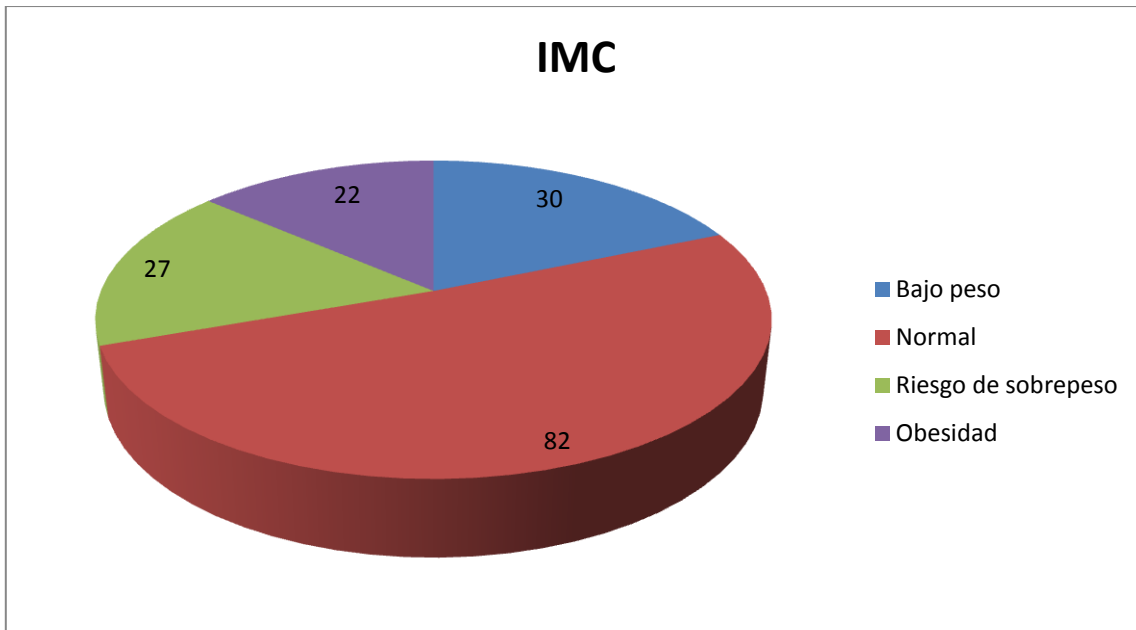
### Distribución del IMC

En los resultados obtenidos en el IMC de los participantes se encontró que en las mujeres N= 86 el mínimo fue de 11.90 y el máximo de 28.71, la  $M_{totalIMC}=19.09$  y la  $DE=3.45$ , en el caso de los hombres N=75, el valor mínimo fue de 13.39 el máximo de 28.4 con una  $M_{totalIMC}=19.06$  y una  $DE=3.45$ , se encontró que por toda la muestra N=161 el mínimo fue de 11.90 el máximo de 28.71 la  $M_{totalIMC}=19.17$  y una  $DE= 3.37$ .

**Tabla N° 10.** *Categoría del Índice de Masa Corporal.*

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	30	18.6
Normal	82	50.9
Riesgo de sobrepeso	27	16.8
Obesidad	22	13.7
Total	161	100.0

En la tabla 10 se puede observar la distribución porcentual de la muestra en la categoría del índice de masa corporal, que corresponde con los siguientes porcentajes, con un 18.6% el bajo peso, con 50.9% corresponde a un normal de peso, con 16.8% el riesgo de sobrepeso y con un 13.7% la obesidad.



**Figura N°3.** Índice de Masa Corporal total de la población en Mujeres y Hombres.

En la figura 3 se puede observar la distribución de la frecuencia de la muestra, en donde un total de 30 estudiantes obtuvieron un bajo peso, 82 tienen un peso normal, 27 están en riesgo de sobrepeso y por último 22 tienen obesidad.

Vale la pena destacar que no se encontraron diferencias significativas en el IMC de acuerdo con los puntajes obtenidos  $t$  de Student =  $(157.77) = -.33$ ,  $p = .74$  entre hombres y mujeres.

### **Variables Psicológicas**

Dentro de estas variables se evaluó la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo.

#### **Imagen corporal**

Para la medición de la variable imagen corporal, se consideraron los elementos perceptual y afectivo: alteración y satisfacción/insatisfacción (respectivamente), a continuación se describen estos.

## Satisfacción/Insatisfacción

En la tabla 11, se observa que el 64% del total de la muestra están insatisfechos con su figura corporal, ya sea porque desean ser más delgados(as) (49.1%), o por que, paradójicamente, quieren tener una figura corporal más gruesa (14.9%), y solo un 36% están satisfechos con su figura corporal. Las mujeres en un mayor porcentaje (25.5%) desean ser más delgadas, que los hombres (23.6) (ver figura 4 y 5).

**Tabla 11.** *Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal por sexos*

Sexo	Deseo de ser más grueso(a)		Satisfechos		Deseo de ser más delgado (a)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Hombres</b>	14	8.7	23	14.3	38	23.6
<b>Mujeres</b>	10	6.2	35	21.7	41	25.5
<b>Total</b>	24	14.9%	58	36%	79	49.1%

Para esta tabla se utilizó la fórmula de Chi<sup>2</sup> obteniendo los siguientes resultados:

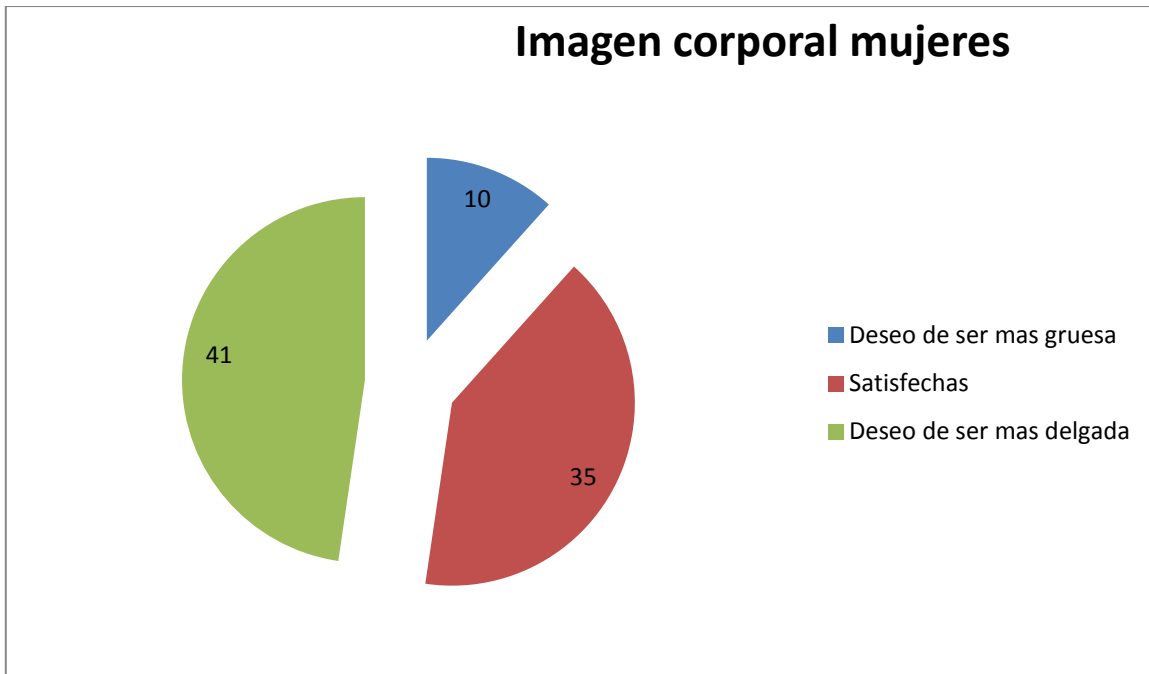
$$Gf=2$$

$$x^2=28.73$$

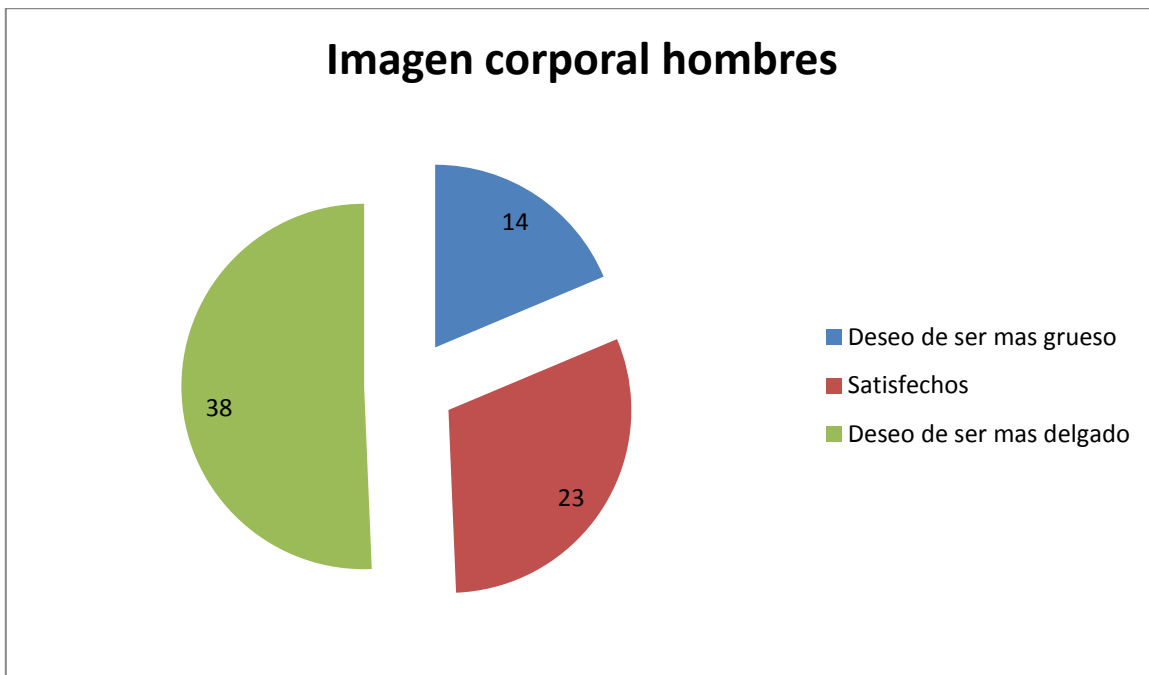
$$x^2t=5.9$$

$x^2 \geq x^2t$  por lo tanto H1 se acepta y H0 se rechaza

Por este motivo si existe una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.



**Figura 4.** *Distribución de la satisfacción de la imagen corporal en mujeres.*



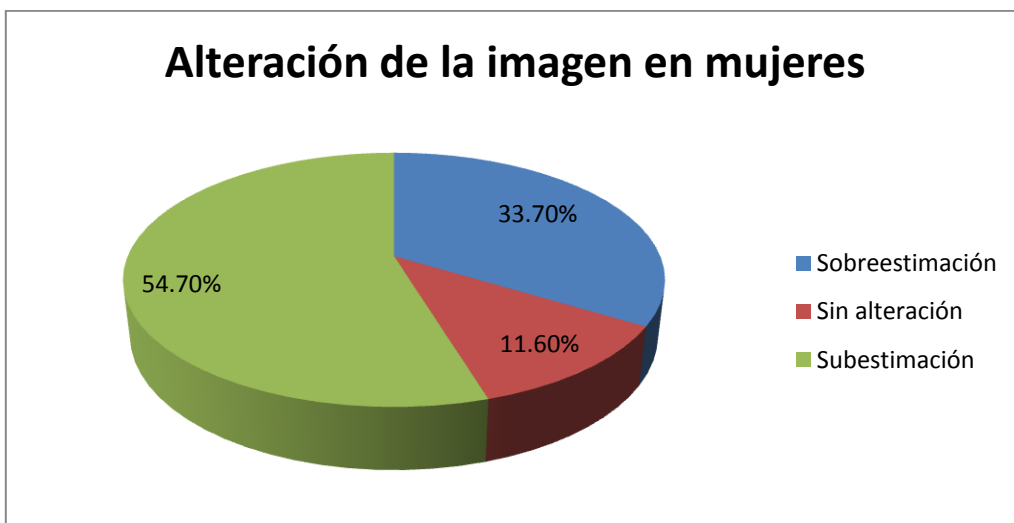
**Figura No. 5** *Distribución de la satisfacción de la imagen corporal en hombres.*

Vale la pena destacar que no se encontraron diferencias en cuanto a la satisfacción-insatisfacción en la imagen corporal entre hombres y mujeres ,*t de Student= 1.477, con gl= 159 y p= .142 .*

## Alteración de la imagen

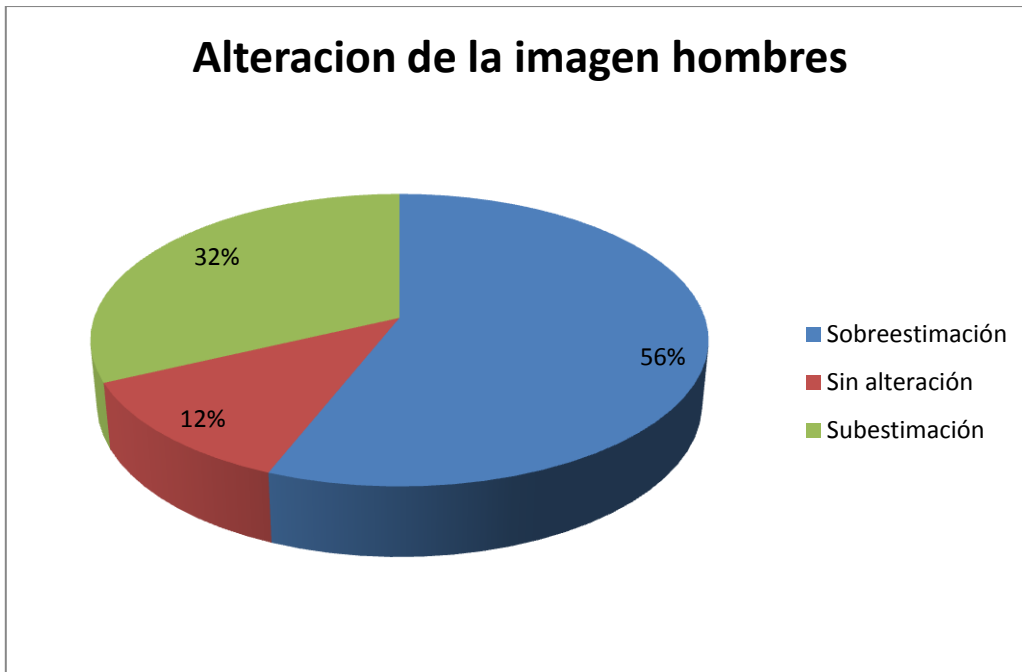
Por otro lado, para una mejor comprensión de los resultados en cuanto a la alteración o no de la imagen corporal, vale la pena señalar que el peso medio total de la muestra fue de 38.81 kg ( $DE=8.45$ ), siendo de 39.38 kg ( $DE=8.40$ ) para los hombres y de 38.31 kg ( $DE=8.46$ ) para las mujeres; la talla media total fue de 1.41 m ( $DE=6.7$ ), con 1.41 m ( $DE=5.9$ ) para las mujeres y 1.42 m ( $DE=7.6$ ) para los hombres. El promedio de IMC P de la muestra total fue 19.2 ( $DE=3.4$ ), resultando para la muestra de mujeres de 19.9 ( $DE=3.45$ ), y de 19.2 ( $DE=3.29$ ) para la de hombres.

Ahora bien, al observar la presencia de alteraciones en la imagen corporal, se encontró que en un porcentaje de 33.7% en mujeres y en hombres presentan 56% en sobreestimación de su imagen corporal; el 54.7 % de las mujeres y el 56 % de los hombres subestiman su imagen corporal; y el resto 11.6 % de las mujeres y 12 % de los hombres no manifiestan alteración.



**Figura 6.** Distribución porcentual de los valores obtenidos en alteración con la imagen en mujeres.





$n_{mujeres}=86$      $n_{hombres}=75$      $N_{total}=161$

**Figura 7.** *Distribución porcentual de los valores obtenidos en alteración con la imagen en hombres.*

En este análisis se encontraron diferencias en alteración de la imagen con una  $t= -2.187$ ,  $gl=84$  y una  $sig.= .006$  por lo que se puede afirmar que existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en la alteración de la imagen.

#### Conductas Alimentarias de Riesgo

Por otro lado, se evaluaron los factores del ChEAT. En un primer momento se identificó el número de participantes en situación de riesgo por sus actitudes y conductas de una persona en relación con su peso, su figura y su alimentación, se realizó un análisis de cada una de éstas de acuerdo a los puntos de corte del ChEAT, para los factores motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, conductas compensatorias y presión social percibida, en el cual se ha identificado a aquellos con una situación de riesgo.

En la figura N° 8 y 9 se puede observar la muestra que se encuentra sin riesgo y con riesgo de actitudes y conductas alimentarias; sin riesgo las mujeres muestran un 83.70% y los hombres un 74.70%; en el caso de situación en riesgo de las mujeres se encontró un 16.30% y en los hombres un 25.30%.



**Figura 8.** *Distribución porcentual de los valores obtenidos en muestra con riesgo y sin riesgo de actitudes y conductas alimentarias en mujeres.*



**Figura 9.** *Distribución porcentual de los valores obtenidos en muestra con riesgo y sin riesgo de actitudes y conductas alimentarias en hombres.*

Vale la pena destacar que no se encontraron diferencias en las mujeres y los hombres con riesgo y sin riesgo de actitudes alimentarias con una  $t = -.209$ ,  $gl=156$  y una  $sig. = .853$  por lo que se puede afirmar que no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres con riesgo y sin riesgo de actitudes alimentarias en hombres.

### **Variables Socioculturales**

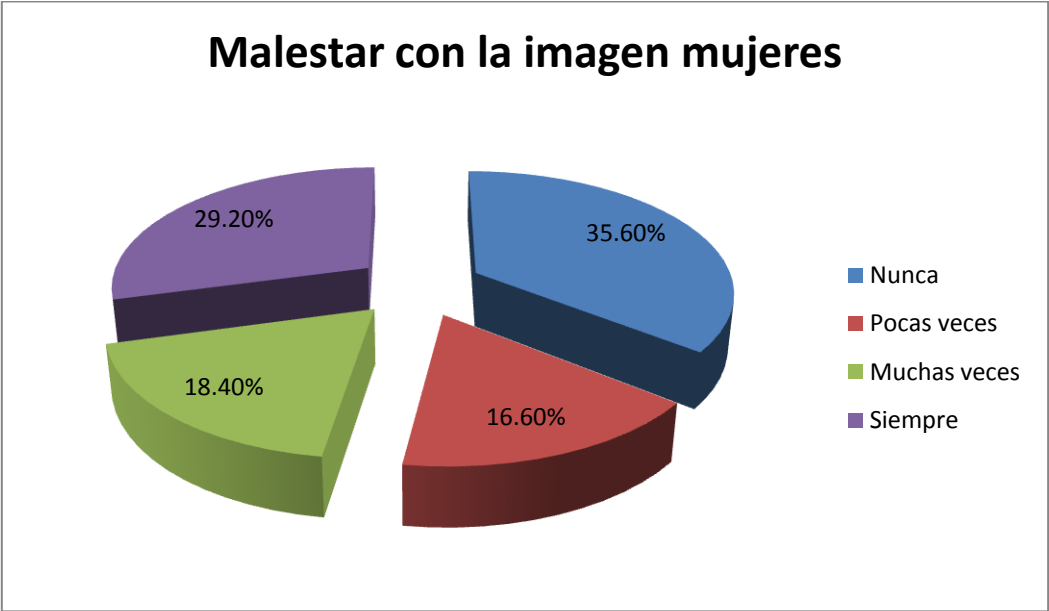
Como ya se señaló, como parte de esta categoría de variables se evaluó la influencia de los medios sobre el modelo estético corporal. A continuación se describe:

#### **Influencia sobre el Modelo Estético Corporal.**

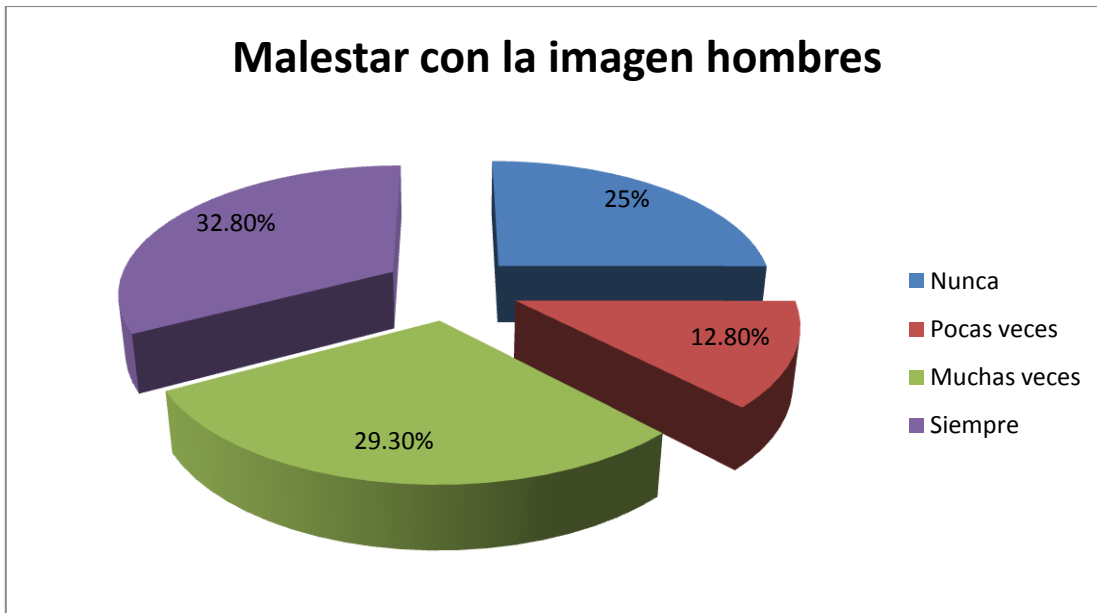
La variable denominada influencia de los medios sobre el modelo estético corporal se evaluó a través del *CIMEC 12*, específicamente se consideraron dos

factores: influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, a continuación se describen los resultados obtenidos.

En la figura N° 10 y 11 se puede observar la proporción de los datos obtenidos en el malestar con la imagen corporal, siendo respectivamente para los hombres un 25% en la respuesta “nunca” un 12.8% en “pocas veces”, 29.3% en “muchas veces y un 32.8% en “siempre”, para las mujeres se obtuvo un 35.6% en “nunca” un 16.6% en “pocas veces”, 18.4% en “muchas veces” y 29.2 en “siempre”.



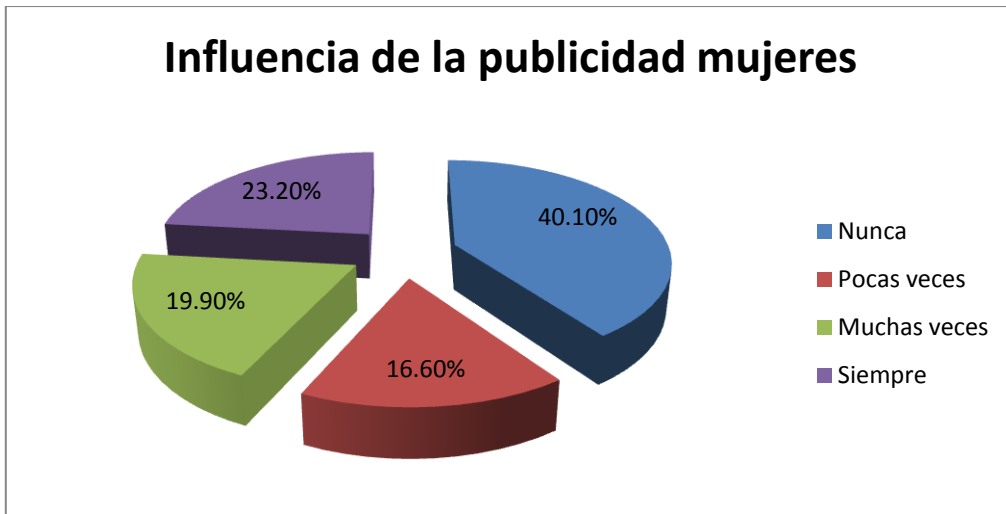
**Figura 10.** Malestar con la imagen corporal en mujeres.



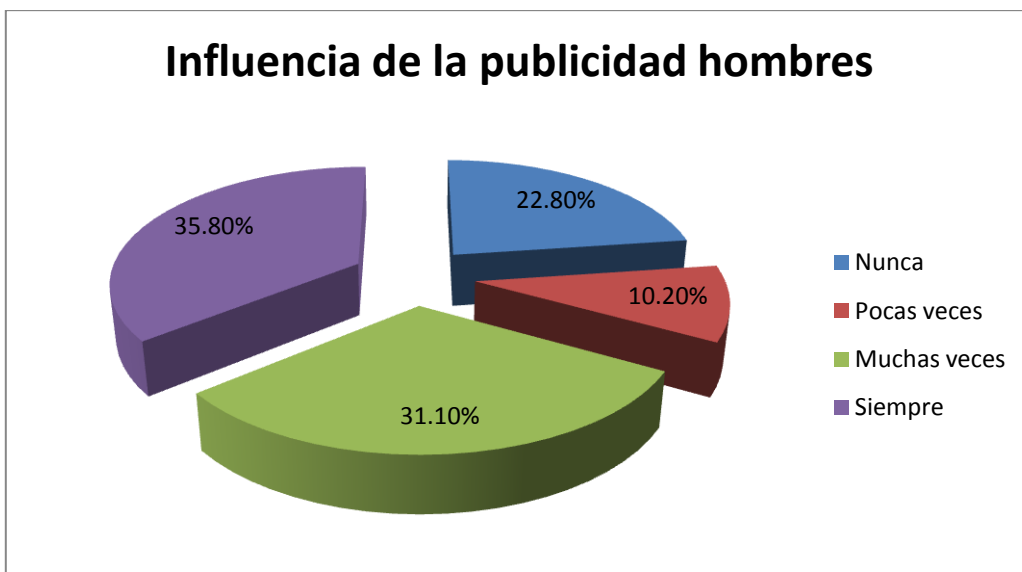
**Figura 11.** Malestar con la imagen corporal en hombres.

En estos resultados encontrados en malestar con la imagen se encontraron diferencias significativas con una  $t = -2.587$ ,  $gl = 159$  y una  $sig. = .001$  por lo que se puede afirmar que si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el malestar con la imagen.

En las figuras N° 12 y 13 se observa los valores en la influencia de la publicidad donde las mujeres obtuvieron un 40.1% en “nunca”, 16.6% en “pocas veces”, 19.9% en “muchas veces” y 23.2% en “siempre”; mientras los hombres obtuvieron 22.8% en “nunca”, 10.2% en “pocas veces”, 31.1% en “muchas veces” y 35.8% en “siempre”.



**Figura 12.** *Distribución porcentual de los valores obtenidos en influencia de la publicidad en mujeres.*



**Figura 13.** *Distribución porcentual de los valores obtenidos en influencia de la publicidad en hombres.*

En estos resultados se destaca que se encontraron diferencias en influencia de la publicidad con una  $t = -4.579$ ,  $gl = 159$  y una  $sig. = .001$  por lo que se puede afirmar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la influencia de la publicidad.

## **Capítulo 7. Discusión y Conclusiones**

Se logró el objetivo general de esta investigación que fue establecer las diferencias entre hombres y mujeres en las variables conductas alimentarias de riesgo e influencia de los medios sobre la imagen y el modelo estético corporal en preadolescentes de una primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Así mismo, se lograron los objetivos específicos que fueron evaluar la variable biológica IMC de preadolescentes y determinar la distribución de factores biológicos, psicosociales y socioculturales asociados entre ellos.

A continuación se discute sobre los principales resultados obtenidos.

Con relación a la distribución del IMC encontrado en los participantes los datos no confirmaron lo reportado por la ENSANUT 2012 (Barquera, Campos, Hernandez, Pedroza & Rivera, 2013) en cuanto a que los hombres y las mujeres obtuvieron un total en sobrepeso y obesidad de 60.7% a diferencia de este estudio en donde la suma total tanto de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres resultó en un 30.3%. Así mismo, de acuerdo al PENUTEH 2010 (Galván, Amezcua & López, 2011) los resultados fueron muy congruentes, ya que se informa que en niños con desnutrición fueron 10% contra los 18.6 encontrados en este estudio, mientras que en el sobrepeso y la obesidad se encontraron con un 34% y 30.5% encontrados en este estudio, resultando de manera muy similar los resultados en ambos estudios.

Respecto a las variables psicosociales estudiadas se observó que la imagen corporal en cuanto a sus dos dimensiones estudiadas:

a) El grado de Satisfacción-insatisfacción se encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres por lo que se acepta la hipótesis alterna en el que si existen diferencias significativas, los resultados reportan que poseer una satisfacción-insatisfacción puede aumentar o disminuir el riesgo de padecer patologías de la conducta alimentaria. Según Toro y Vilardel (1987), las mujeres

que se alejan de las características del modelo “tubular” suelen padecer insatisfacción corporal, siendo que en el presente estudio las mujeres fueron las que más deseaban ser más delgadas.

b) En la alteración de la imagen corporal siendo el componente perceptivo en el instrumento de la Técnica parcial del marcado de la imagen se encontró con diferencias significativas entre hombres y mujeres, se confirma la hipótesis alterna, estudios semejantes encontraron que sigue en aumento el número de individuos que rebasan el punto de corte dando como resultado una conducta de riesgo y mostrando un aumento más allá del 10% tanto para mujeres como para hombres, confirmando lo que en estudios previos muestran que los TCA siguen siendo más altos en México que en otros países (Schur, Sanders & Steiner, 2000; Mcvey, 2004), en otras investigaciones (Unikel, Saucedo, Villatoro & Fleiz, 2002) revelan que los cambios provenientes con la pubertad son un factor que altera y modifica la imagen y que estos producen cambios en la manera en la que se perciben los individuos.

En la prueba ChEAT no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la ENSANUT 2012, nos reporte que los varones de 14 a 19 años de edad tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, resultados parecidos a este estudio donde los hombres resultaron con más riesgo de tener un TCA, igualmente el estudio se realizó entre niños de 10 a 13 años mostrando una semejanza con este estudio porque aunque las diferencias eran mínimas los hombres continúan con una mayor tendencia a un TCA.

Respecto a la evaluación de la influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal en cuanto a las dos dimensiones evaluadas:

a) Influencia de la publicidad se encontró que hay diferencias significativas, se evalúa el interés que despiertan los anuncios que aparecen en la televisión, el radio, las revistas y los libros, acerca de la delgadez, estos resultados se pueden sustentar con un estudio previo de Vázquez et al. (2005), en donde se realizó un



estudio en hombres sobre la influencia de la publicidad donde obtuvo diferencias significativas entre los grupos.

b) Malestar con la imagen corporal se encontró que hay diferencias significativas con esto se confirmaron las hipótesis alterna, es importante destacar que al igual que el estudio de Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) los hombres tienen índices más altos.

Como se menciona en la teoría, los sujetos que se encuentran con sobrepeso tienden a mostrar dificultades a diferentes niveles, como lo es físico y emocional, que se ven reflejadas desde una corta edad y que pueden tener consecuencias graves e incorregibles en la vida adulta, que pueden ser detectadas aplicando una serie de instrumentos. En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

Debido a que los resultados de varias investigaciones que hablan sobre tendencias, conductas alimentarias y percepción entre otros temas, confirman que las mujeres son más conscientes de su peso que los hombres. Al parecer los hombres y las mujeres perciben sus cuerpos de diferente manera (Perez-Gil & Romero, 2010).

En la cuestión de la imagen corporal como lo muestran los resultados la mujer continua con esta tendencia de querer tener un cuerpo más delgado, con un 25.5%, pero como se menciona esto ya no se está volviendo exclusivamente una cuestión que predomina en el sexo femenino pues los hombres estuvieron cerca de la puntuación anterior con un 23.6%.

Con esto se puede tener en claro que fue un porcentaje mínimo el que buscaba lo contrario que en este caso es el deseo de ser más grueso con un 14.9% y aquellos satisfechos con su imagen corporal fueron un gran porcentaje con un 36%.

Por otro parte con la alteración de la imagen corporal se puede encontrar que ya existe distorsión de la propia percepción del individuo a una corta edad, según se refiere desde los 10 años por lo que si un niño (a) se percibe como obeso (a), es más probable que lleve a cabo conductas para bajar de peso (aun cuando no las necesite), y más si en los padres o familiares cercanos se evidencia ese patrón (Gómez-Peresmitré, 1997).

Con respecto a la alteración de la imagen, se han encontrado otros estudios realizados por Unikel, Bojórque, Villatoro, Fleiz y Medina-Mora, donde se realizó el estudio en un grupo de alumnos del Distrito Federal entre los años de 1997 y 2003, el estudio mostró un incremento en los individuos con relación a la sobreestimación del peso corporal, donde en los hombres se mostraba en disminución, mientras que en las mujeres se encontró un incremento junto con la práctica de otras CAR.

En la medición de la alteración de la imagen corporal, se interpreta una diferencia que se produce entre la variable auto percepción del peso corporal menos el IMC real. De esta forma, se analiza una respuesta subjetiva “cómo percibo el tamaño de mi cuerpo” en relación con una objetiva (peso y estatura con los que se desarrolla el IMC). La no diferencia entre la percepción subjetiva y el IMC se interpreta como no distorsión, mientras que la diferencia positiva corresponde al efecto de sobreestimación (me percibo más grueso de lo que estoy) y una negativa al de subestimación (me percibo más delgada de lo que estoy) (Gómez-Peresmitré, Saucedo Molina & Unikel Santoncini, 1998).

En este estudio se encontró con un resultado contrario en donde la sobreestimación de los varones fue en aumento (me percibo más grueso de lo que estoy), siendo en los varones con un porcentaje de 56% mientras en las mujeres resultó un 33.70%, mostrando que hay un factor de peligro ahora en la población masculina, que pueden conllevar a CAR y poner en peligro su salud.

Como se ha venido mencionando es más frecuente que en este tipo de estudios de la alteración de la imagen corporal sean dirigidos en su mayoría a las

mujeres, haciendo referencia a otra investigación de Álvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla (2003). En México, las investigaciones de los trastornos alimentarios donde se ha estudiado la valoración de la imagen corporal y la dieta restrictiva en niños y adolescentes se han realizado en población femenina, son escasos los que han incluido a los hombres.

Sin embargo, estudios realizados en distintos estados de la República Mexicana han demostrado que tanto los hombres como las mujeres presentan conductas de riesgo alimentario, nuevamente Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz en un estudio en 2002 donde mencionan que en los hombres, suele prevalecer una marcada tendencia a desear un cuerpo más corpulento y a mantener algunas conductas de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente. Se puede mostrar que en realidad esta tendencia se está marcando en un incremento en los varones.

Por otra parte, en la subestimación (me percibo más delgado de lo que estoy) se encontró que en la mujeres fue mayor con un 54.7% y en los hombres con un 32%, siendo que en su mayoría (50.9%) de la población su IMC se encontraba en un rango normal y tan solo un porcentaje del 18,6% presentaba bajo peso.

Como se ha mencionado se ha buscado hacer estudios para determinar en qué grado se ven afectados los niños y los adolescentes en cuanto al cómo están llevando su alimentación y si alguna CAR se encuentra presente, para los factores motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, conductas compensatorias y presión social percibida, en el cual se ha identificado a aquellos con una situación de riesgo.

Ahora bien, en diversas investigaciones realizadas en México se ha demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países, la presencia de CAR en población comunitaria (e.g. Álvarez, Franco, Mancilla & López, 2000; Álvarez, Vázquez, López, Bosques & Mancilla, 2002; Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez & Mancilla, 2002; Bojorquez & Unikel, 2004; Gómez &

Saucedo-Molina, 2004; Lora-Cortés & Saucedo-Molina, 2006; Unikel, Aguilar & Gómez, 2005, entre otros). De manera relevante la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como las actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación se identifican en la pubertad.

Por otra parte, en los últimos años ha habido un interés creciente en la imagen corporal y en particular a los asociados a los trastornos de la alimentación. Las niñas y las mujeres están más insatisfechas con sus cuerpos que los niños y los hombres, por lo cual las primeras tienden a utilizar distintos métodos para intentar bajar de peso y diferentes factores culturales refuerzan su búsqueda por la delgadez, la búsqueda de la delgadez en los varones sería relativamente rara.

Con respecto a la muestra que se encuentra sin riesgo y con riesgo de presentar actitudes y conductas alimentarias se encuentra que un 75% de la población masculina se encuentra sin riesgo, mientras la población femenina supera a este con 84%, por otra parte y reforzando lo que anteriormente se ha mencionado con un aumento considerable ahora el sexo masculino es el que se encuentra con un 25% de presentar conductas alimentarias de riesgo, mientras el sexo femenino se encuentra con un 16%.

Ahora bien, con este significativo cambio cabría preguntarse si algo similar ocurre con los varones si es que buscan también estar delgados, ¿son los mandatos culturales los mismo que han sido para las mujeres ahora para los hombres y más intensos?

Otro hecho interesante es el que se presenta el resultado de una muestra en otro estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998) en donde un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio edad de once años, un 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos como "engordadores", tales como tortillas, pan y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal.

Igualmente sin perder relevancia se muestra que en este caso los hombres tienen ese alarmante 25% de factor de riesgo, se presenta igualmente en otro estudio que muestra la información en donde se puede respaldar este resultado, Mancilla, Franco, Álvarez, López, Vázquez y Ocampo (2004) evaluaron y estimaron el riesgo de alimentación anómala considerando algunas conductas y actitudes asociadas con los TCA en una muestra comunitaria, de ésta, se observaron que los hombres tienen puntuaciones más altas en relación con episodios de sobrealimentación; aunque estos mismos autores resaltan la necesidad de examinar el rol sociocultural de los varones en relación con los periodos de sobrealimentación reportados, llevándonos a una situación parecida a esta presente investigación.

Como se ha mostrado, la influencia de los medios sobre el modo de alimentación de la población tiene gran relevancia, ya que no solo pueden llegar a dictaminar en que formas y medidas debe llevarse a cabo la alimentación, ya que en mayor parte puede llevar a un estado no necesariamente saludable.

Haciendo referencia a otro estudio Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (2004) informaron que la influencia de la publicidad es una variable que explica la dieta crónica restringida debido a que tiene efectos directos sobre ésta, también los hace indirectamente sobre el malestar, la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal, posteriormente puede conllevar a la presencia de un TCA.

Porcentajes altos hacen referencia de cómo la influencia sobre el modelo estético corporal afecta de manera directa a la población, se lleva a la reflexión acerca de la influencia del modelo estético de la delgadez prevalente en la sociedad actual y la interiorización del mismo (es sabido que la preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria) (Williams & Thompson, 2007).

A pesar de que se marca de manera a veces reiterada a la mujer como individuo central del estudio de la influencia de los medios y las consecuencias

que estas traen como conductas y actitudes anómalas hacia la comida y el peso, como el hecho de que desde los años 50's el ideal de la mujer ha perdido peso progresivamente.

De igual manera con este factor de la influencia de la publicidad se puede mencionar algo que se viene haciendo más y más relevante, además de evidente y es que el hombre sigue manteniendo altas tendencias hacia factores de riesgo, en este caso con un 35.8% fue el porcentaje dado a la respuesta "siempre" a los cuestionamientos dados dentro de este factor que determina que tan influenciado se ve un individuo con respecto a lo que muestra la publicidad, mientras que las mujeres se mantiene con un 23.2%, haciendo relevante hacer una revisión de cómo este cambio progresivo hacia que el hombre sigue manteniendo porcentajes altos en las escalas, cabe destacar que las mujeres obtuvieron un 40.1% con la respuesta "nunca" con respecto a este mismo factor y los hombres obtuvieron un 22.8% siendo en este caso las mujeres ser las menos susceptibles así la influencia de los medios.

En cuanto al malestar con la imagen corporal entre los jóvenes, se hace evidente la gran interiorización de modelos estéticos corporales de delgadez, que parecen provenir de la influencia de la publicidad y del grupo de amigos (Giant & Passino, 2001), el malestar con la imagen corporal estuvo en un promedio de una tercera parte de la población siendo de nuevo los hombres con un porcentaje mayor con un 32.8% y las mujeres con un porcentaje cercano obteniendo un 29.2%, aunque estudios como los de Saucedo-Molina y Cols. (2004) en púberes mexicanos de ambos sexos, en el que se estudiaron no solamente conductas alimentarias de riesgo, como dieta restringida, sino también factores socioculturales, como influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, se encontró, a través de modelos predictivos, que a mayor IMC mayor seguimiento de las CAR con mayor influencia de factores socioculturales principalmente en mujeres. Pero cabe destacar nuevamente que aquí los hombres volvieron a obtener puntajes altos, haciendo hincapié en que factores

socioculturales son los que están interviniendo para estar obteniendo estos resultados.

Promover hábitos de vida saludable, incentivar la realización de ejercicio, promover el consumo de agua, consumo de frutas y verduras, advertir sobre conductas de riesgo, como el sedentarismo, comer en exceso, detectar y observar, sentimientos o pensamientos que perjudiquen la salud de adolescentes.

Implementar intervenciones basados en estilos de vida y entornos saludables, particularmente intervenciones en alimentación y actividad física. A pesar de la responsabilidad que tiene el sector salud con las escuelas dejar a un lado el que sean simples “receptoras pasivas” de las intervenciones y promocionar y promover actividades benéficas en pro de la salud de los estudiantes, igualmente que no sean esporádicas como las jornadas, sino que sea una práctica común entre las instituciones los estilos de vidas saludables.

En cuanto a las políticas de alimentación a pesar de que los programas son de gran ayuda y hay demasiada información sobre temas de salud, la población no conoce qué es lo indispensable para hacerse responsable de su salud y la de su familia crear una criterio reflexivo en los escolares, en las familias y a la población en general para afianzar los conocimientos sobre el bienestar de la salud.

La intervención de políticas en las escuelas radica en que es el lugar ideal para brindar orientación alimentaria y de estilos de vida saludables, en tanto converge la población que se encuentra en mayor riesgo de padecer obesidad y sobrepeso, como son las niñas y los niños, además de que está protegido en base a un marco legal en la constitución, además de una serie de leyes y reglamentos que buscan asegurar la calidad de vida de la población.

Implementar talleres en donde se enseñe a los participantes la manera de cómo la figura de la mujer y el hombre se ha ido modificando con estándares de la sociedad y que estos no son necesariamente correctos, mostrando cual ha sido la evolución de la imagen corporal en ambos sexos a lo largo del tiempo, que de

querer alcanzar los estereotipos tanto femenino como masculino se podría poner en riesgo la salud, llevándolos a una enseñanza reflexiva de los modelos o estético corporales.

En cuanto a un modelo de prevención de los TCA, las medidas de intervención son necesarias si se quiere reducir la incidencia de la enfermedad o mejorar su pronóstico, ya que trabajando desde un prevención primaria y en edades tempranas, se asegura una menor incidencia en estos trastornos, aunque el tiempo para llevarlo a cabo sea más largo, asegura que los grupos tengan un mayor existo de evitar estas conductas y prevenir por completo los trastornos, se puede llevar a cabo platicas informativas con actividades que lleven a la retroalimentación de lo aprendido, llevándolos a un criterio reflexivo acerca del cuidado de su salud, para llevarlo dentro y fuera del ámbito escolar y poniéndolo en práctica en diferentes áreas de su vida.

Como propuesta de intervención en la desnutrición siendo que esta surge a partir de la gestación y los primeros dos años de vida crear programas de atención a las madres que están a pocas semanas de dar a luz para proveer de información que pueda evitar la condición de desnutrición ya que tiene efectos adversos sobre la salud y el desarrollo de capacidades, brindar información de la importancia de la alimentación en las primeras etapas de la vida, en especial hasta los cinco años. Buscando fortalecer los programas de salud y desarrollo social que brinden información oportuna en la nutrición de la población.

En cuanto al sobrepeso y la obesidad ya se han tomado la iniciativa de los programas como la Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la Diabetes encabezado por el presidente Enrique Peña Nieto serie necesario un intervención que como se ha venido mencionando tener una condición interdisciplinar e interinstitucional, teniendo como apoyo regulaciones sanitarias y políticas fiscales, promoviendo la salud a través de la educación, buscando que los alimentos a los que accedan las personas sean en beneficio a su salud y su calidad de vida



Con respecto a las limitaciones en este estudio, fue el manejo de los grupos que por ser de una gran cantidad de alumnos no se podía trabajar con todos en un mismo día, así que en algunos momentos se tuvo que hacer algunos cambios de horarios, pero esto fue con la finalidad de adaptarse a los estudiantes y poder trabajar debidamente con ellos.

Para próximas investigaciones se lleve a cabo este estudio en otras escuelas para hacer una comparación entre los diferentes estratos de la población para analizar si estas mismas cifras se presentan de igual manera entre los mismos rangos de edad y llevar a cabo acciones preventivas en los grupos que presenten situaciones alarmantes para frenar o trabajar con aquellos que lo necesiten, además de saber si son los mismos factores que intervienen para detectar situaciones de riesgo.

En cuanto a las limitaciones metodológicas del presente estudio sería el número de participantes, ya que solo se trabajó con dos grupos y el haber trabajado con más hubiese aportado información de ayuda en el proceso del estudio, aunque en el proceso se dejó fuera a dos individuos, uno por cuestiones de salud mental y el otro por una discapacidad auditiva sería pertinente la adhesión de sujetos que sus condiciones a pesar de limitarlos en ciertas áreas no los deja a expensas de su salud y calidad de vida.

A pesar de que la escuela tiene personal médico hay que tomar en cuenta que no todas las escuelas urbanas cuentan con esta clase de atención a la salud para los estudiantes, cabe la posibilidad de que en escuelas rurales el acceso a atención médica sea más limitada, creando una mayor necesidad de atención y cuidados entre los estudiantes, cabe mencionar que no solo el acceso a la salud es prioridad, sino que también los alimentos dentro de las escuelas es un factor que ayuda a saber la calidad nutrimental, si son alimentos con alta cantidad calórica y que tanto los estudiantes los consumen, además de la comida que

algunos ya llevan a la escuela, saber en qué cantidades y que tan variado es el lunch que llevan.

Como propuesta de intervención se hace hincapié en anteriores propuestas que ya ha hecho el gobierno en el país, como lo han sido el Programa Integral de Salud Alimentaria (PINSA), que se enfoca en crear hábitos alimentarios saludables para niños y adolescentes, que busca la promoción y educación para la salud, fomentar la activación física regular, acceso y disponibilidad de alimentos y bebidas que faciliten una alimentación correcta, junto con este programa igual se encuentra el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, un proyecto adherido a un programa de la OMS llamado Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la Prevención de Enfermedades Crónicas, al igual que otras instituciones de salud pública como lo son el PREVENIMSS y PREVENISSSTE, todos ellos buscan una interacción con la población para ofrecer apoyo y prevenir la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, una acción para poner en funcionamiento una propuesta de intervención sería un trabajo inicial tanto en áreas urbanas como rurales, identificar cuáles son los factores que proveen una situación de riesgo, desde la falta de espacios para realizar actividades físicas, las escuelas y el tipo de alimentos con los que proveen a los estudiantes y los usos y costumbres con los que la población lleva a cabo su alimentación, aunque esto con anterioridad ya se abordó con el estudio PENUTEH 2010 lo que no se han abordado son aspectos psicológicos de las personas, el cómo interviene la influencia de los medios sobre el modelo estético corporal y la imagen corporal, igualmente la propuesta de no solo trabajar con los niños y/o adolescentes sería suficiente, el trabajo con la familia completa puede proporcionar una red de apoyo para hacer frente a situaciones que pueden poner en riesgo a un miembro y así llevar a resultados más satisfactorios, por último pero no menos importante sería la revisión de los tipos de alimentos dentro de las mismas instituciones, su valor nutrimental, para que exista un trabajo constante y así afianzar resultados positivos.

## REFERENCIAS

- Achor, M. S., Cima N. A., Brac, E. S. & Barslund, S. A. (2007). Obesidad Infantil. *Revista de posgrado de la Vía Catedra de Medicina*, 20 (168), 34-38.
- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (3), 223-232 [versión electrónica].
- Acevedo, L. (2006). Progreso para la infancia: un balance sobre la nutrición. *Programa mundial de alimentos*, 4, 125-134.
- Amarante, V., Arim, R., Severi, C., Vigorito, A. & Aldabe, I. (2007). El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Uruguay: Zonalibro, pp. 13-15.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Revised text). Washington, DC, EE. UU
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed. Revised text). Washington, DC, EE. UU
- Álvarez, R., Franco, P., Vázquez, A., Escarria, R., Haro, H. & Mancilla, D. (2003). Trastorno alimentario: comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y salud*, 13 (2), 246-247.
- Álvarez, D. T., Franco, K., Mancilla, J. M., Álvarez, G. & López, X. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología contemporánea*, 7, 26-35.
- Austin, S. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model. *Preventive Medicine*, 32, 268-283.
- Barrera, A., Rodríguez, A. & Molina, M. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (3), 292-299.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Pedroza, A. & Rivera, J. (2013). Prevalencia de Obesidad en adultos Mexicanos. ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55, 151-160.
- Bojorquez, I. & Unikel, C. (2004). Presence of disordered eating among Mexican teenage women from a semi-urban area: Its relation to the cultural hypothesis. *European Eating Disorders Review*, 12, 197-2002.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Ed. Herder.

- Bundell, J. (1991). The Biology of appetite. *Clinical Applied Nutrition*, 1, 21-31.
- Bustos, P., Amigo, H. & Arteaga, A. (2002). Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. *Revista médica de Chile*, 131 (9), 973-980.
- Carrillo, V. & Del Moral, A. (2013). Influencia de los factores que definen el modelo estético corporal en el bienestar de las mujeres jóvenes afectadas o no afectadas por anorexia y bulimia. *Saúde Sociedad. Sao Paulo*, 22 (2), 468-484.
- Calvo, M. (2003). Pubertad normal y sus variantes. *Pediatría integral*, 7 (6), 429-437.
- Casanueva, E. & Morales, M. (2001). Nutrición del adolescente. En *Nutriología Médica*. (pp. 85-101). México: Médica Panamericana.
- Castellanos, R., Carcavilla, A. & Frias, M. (2006). Pubertad precoz y retrasada. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 30 (4), 95-106.
- Centers for Disease Control and Prevention (2003). *Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/traing/modules/module3/te>.
- Cavanaugh, J & Kail, R. (2006). *Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital*. México: CENGAGE Learning.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). *Guía de trastornos alimenticios* México, D.F: Secretaria de Salud.
- Chinchilla, A. (2003). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: revisión histórica. En *trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. (pp. 1-13). Barcelona: Masson.
- Clark, L. & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 44(4), 1124-1134.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M.C. & Valdez, N.N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behavior*, 9, 52-61.

- Cooper, J., Taylor, J., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico, 8. (pp. 346-406). México D. F.: Prentice Hall.
- Cruz, R., Ávila, M., De la Cruz, M., Vázquez, R. & Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18 (2), 189-198 [versión electrónica].
- De Onis, M. & Blössner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, 1032-1039.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano* México D.F.: Siglo XXI, pp. 531-589.
- Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. (2011). *Trastornos de la alimentación* Estados Unidos: Editorial
- Díaz, F., López, A., Franco, K., Escoto, M. C., & Camacho, E. (2013). Variables predictoras de riesgo de trastorno del comportamiento alimentario en mujeres. *Terapia psicológica*, 31 (2), 219-225.
- Dittmar, H. & Howard, S. (2004). Ideal-body Internalization and social comparison tendency as moderators of thin media models impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 768-791.
- Diverios, S. (2003). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. Madrid, España: Argraf.
- Dick, D., Rose, R., Viken, R. & Kaprio, J. (2000). Pubertal timing and substance use: Associations between and within families across late adolescence. *Developmental Psychology*, 36, 180-189.
- Dietz, W. & Bellizzi, M. (1999). Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 123S-125S.
- Dittmar, H., & Howard, S. (2004). Professional hazards? The impact of models' body size on advertising effectiveness and women's body-focused anxiety in professions that do and do not emphasize the cultural ideal of thinness. *British Journal of Social Psychology*, 43(4), 477-497.
- Eisenberg, M., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *The Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 733-738.

- Encuesta Nacional de Salud n Escolares. (2010). Instituto de Salud Pública. Recuperado de:  
[www.sep.gob.mx/es/sep1/Enuesta\\_Nacional\\_de\\_Salud\\_en\\_escolares#.UzMigKiSwfQ](http://www.sep.gob.mx/es/sep1/Enuesta_Nacional_de_Salud_en_escolares#.UzMigKiSwfQ)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006). *Instituto Nacional de Salud Pública*. México: INSP.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUT 2012). *Instituto Nacional de Salud Pública*. México: INSP.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Figuroa, A; García, O; Revilla, A; Caballero, L. & Unikel, C. (2010). Modelo estético corporal, insatisfacción de la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Ins Mex Seguro soc*, 48 (1), 31-38.
- Flegal, K., Tabak, C. & Ogden, C. (2006). Overweight in children: definitions and interpretation. *Health Education Research*, 21, 755-760. –
- Flores, M. (2012). *Insatisfacción con la imagen corporal e influencia del modelo estético de delgadez en un grupo de adolescentes mujeres*. (Tesis de licenciatura no publicada). Pontificia universidad católica del Perú, Facultad de letras y ciencias humanas, Lima, Perú.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). Desnutrición infantil: Factores que influyen en la desnutrición. Recuperado de:  
[www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10172.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm)
- Fuentealba, C., & Leiva, M. (2007). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Disponible en:  
[www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/tr\\_alimentarios\\_obesidad.pdf](http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/tr_alimentarios_obesidad.pdf)
- Galván, M., González-Unzaga, M. & López Rodríguez, G. (2008). *Estado de Nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres en el estado de Hidalgo (Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003)*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Galván, M., Amezcua González, A. & López Rodríguez, G. (2011). *Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010. Resultados principales*. México: UAEH.

- García, S. (2001). Actitud hacia la obesidad en niños y niñas de escuelas públicas y privadas y su relación con el Índice Nutricional (IN) y preocupación por el peso corporal. (Tesis inédita de Licenciatura). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual. Psychological*. Odessa FL: Assessment Resources, Inc.
- Garner, D.M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Trastornos del comer: Imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*, VII, 277-282.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Trastornos del comer: Imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*, VII, 277-282.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y Preocupación Excesiva por el Paso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1), 153-165.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 27-33.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud*, 11, 35-58.
- Gómez, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.
- Gómez, G., Alvarado, G., Moreno, L. Saloma, S. & Pineda, G. (2002). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Prepúberes, Púberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324 [versión electrónica].
- Gómez, G. & Saucedo-Molina, T. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31, 69-74.

- Gómez, G., Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2001). Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En *Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México*. (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. & León, R. (2002). Dieta Restringida y Conducta Alimentaria compulsiva en una muestra de Adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 2, 125-132.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T. & Unikel, S. (2001). Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud. En N. Calleja, y Gómez-Peresmitré (Comp.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp. 267-315) México: Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez, H., Mariscal, M., Almanzor, P.P., Ayala, M. C., Gama, V. & Lara, G. (2010). Diez problemas de la población de Jalisco: Una Perspectiva Sociodemografica. Recuperado el 10 de Octubre del 2013, de: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fcoepo.app.jalisco.gob.mx%2FPDF%2FLibroDiezproblemas%2FDiezproblemasJalisco.pdf&ei=MZtwUoqMJMK2sATbIIIGIDw&usg=AFQjCNEdxmBRkiDySBPg0gu28Yd54CDuw&sig2=rkiB2lh87R3zS2d42DWxMA&bvm=bv.55617003,d.b2l>
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. & Hernandez, M. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion 2012*. Mexico: INSP.
- Guzmán, R. M. E. (2012). *Factores psicosociales asociados con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con obesidad*. (Disertación doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Haworth-Hoepfner, S. 2000. The Critical Shapes of Body Image: The Roles of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 212-227.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Henderson, M. & Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.



- Instituto Médico Europeo de la Obesidad. (2012). *Asociación del Estudio de la obesidad (ASO). Estadísticas de la obesidad 2012*. Recuperado de: <http://stopalaobesidad.com/tag/asociacion-del-estudio-de-la-obesidad-aso/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Evaluación Específica de Desempeño. Atención a la Salud Pública*. México: IMSS. Recuperado de: [http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/0910\\_E001\\_ejecutivo.pdf](http://www.imss.gob.mx/transparencia/Documents/0910_E001_ejecutivo.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006). Resultados por entidad federativa Hidalgo*. México: INSP-SSA.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) Resultados por entidad federativa Hidalgo*. México: INSP-SSA.
- International Dietary Energy Consultancy Group. (1987). Chronic energy deficiency: consequences and related issues. Guatemala: IDECG.
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*, 3. México: Pearson.
- Kail, R. & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*, 3. (pp. 300-369) México, D.F.: CENGAGE Learning.
- Khor, G. L. (2003). Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Medical Collage Journal*, 5, 2, 113-122.
- Kirkpatrick, S. & Sanders, D. (1978). Body images stereotypes: A developmental comparison. *The Journal of Genetic Psychology*, 132, 87-95.
- Kitzmann, K. M. & Beech, B. M. (2006). Family-based interventions for pediatric obesity: Methodological and conceptual challenges from family psychology. *Journal of Family Psychology*, 20, 2, 175-189 [Versión electrónica].
- Khor, G. (2003). Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Medical College Journal*, 5(2), 113-122.
- Krahnstoeber, D., Markey, C. & Birch, L. (2003). A Longitudinal examination of patterns in girls weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.
- Lanza, S. & Collins, L. (2002). Pubertal timing and the onset of substance use in females during early. *Adolescence.Prevention Science*, 3, 69-82.

- Laursen, B. & Collins, W. (2004). *Parent-child communication during adolescence. Handbook of family communication.* (pp. 333-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lenoir, M. & Silber, T. (2006). Anorexia nerviosa en niños y adolescentes (parte 1) criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. *Archivo argentino pediátrico*, 104 (3), 253-260.
- Levine, M.P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of socio-cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14 (4), 472- 491.
- Levine, M.P., Smolak, L., & Schermer, F. (1998). Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. *Eating Disorders*, 4 (4), 310-322.
- Levine, M.P., Piran, N., & Stoddard, C. (1999). Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. En N. Piran, M.P. Levine y C. Steiner-Adair (Eds.). *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Philadelphia, PA: Brunner/ Maze.
- Lin, L.F., & Kulik, J.A. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic & Applied Social Psychology*, 24(2), 115-123.
- Littleton, H., Ollendick, T. (2003). "Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented?" *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (1), 51-66.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, 5 (Suppl. 1), 4-104.
- Lobstein, T. J., James, W. P. & Cole, T. J. (2003). Increasing levels of excess weight among children in England. *International Journal of Obesity Relation of Metabolic Disorders*, 27, 1136-1138.
- Lobstein, T. & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity reviews*, 4, 195-200.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista médica clínica condes*, 22 (1), 85-97.
- Lora-Cortés, C. & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29, 60-67.

- Luo, J. & Hu, F. B. (2002). Time trends of obesity in pre-school children in China from 1989, to 1997. *International Journal of Obesity Related to Metabolic Disorder*, 26, 4, 553-558.
- Maddox, G.L. & Liederman, V. (1969). Overweight as a social disability with medical implications. *Journal Medical Education*, 44, 214-20.
- Maiio, G.R., Haddock, G. & Jarman, H. (2007). Social psychological facos in talking obesity. *Obesity Reviews*, 8, 124-127.
- Maloney, M. J., Mc Guire, J. B. & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eathing Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric*, 27, 541-543.
- Mancilla, J., Álvarez, G., Román, M., Vázquez, R. & Ocampo, M. (1997). Evaluación de la relación obesidad-depresión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, (42-43) ,6-13.
- Mancilla Díaz, J., Franco Paredes, K., Álvarez Rayón, G., López Águilar, X., Vázquez Arévalo, R. & Ocampo Téllez-Girón, T. (2004). Restricción alimentaria y preocupación por la figura: exploración en una muestra comunitaria. *Psicología y Ciencia Social*, 6(2), 56-65.
- Marco, J. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios: Eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual*. Tesis Doctoral. Universitat Jaume. Facultad de Ciencias Sociales.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de nutrición*, 29, 2 [versión electrónica].
- Martínez, K. (2011). *Obesidad infantil y sus factores de riesgo* (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Veracruzana, Facultad de Nutrición, Veracruz.
- Martínez, M.A., Gual, P. & Lahortiga, F. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111, 315-320.
- Martínez, E., Toro, J. y Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23(5), 125-133
- Mateos-Parra, A. & Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. *Revista electrónica de Psicología*, 1,1 [versión electrónica].

- Mayo Foundation for Medical Education and Research, MFMER. (2001). *Obesity*. EUA:MFMER.
- Méndez, F.J., Saura, C.J., García J.M., Quiles, M.J. & Hidalgo, M.D. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: Un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6 (13), 313-333.
- Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V. & García-García, E. (2008). *Los trastornos de la conducta alimentaria*. Disponible en la base de datos Medigraphic Artemisa.
- Mendizábal, J. & Anzures, B. (1999). La familia y el adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México*, 62 (3), 191-197.
- Mercado, P. & Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*, 17 (28), 49-57.
- Mintz, L. & O'Halloran, M. (1997). The Eating Attitudes Test: Validation with DSM-IV Eating Disorders Criteria. *Journal of personality Assessment*, 74, 489-503.
- Molina, T. (2009). Desarrollo puberal Normal. Pubertad precoz. *Revista pediátrica atención primaria*, 16 (11), 127-142.
- Moore, M. & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent parenthood. Handbook of parenting, 3: Being and becoming a parent, 2 (pp. 173-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista médica Clínica Condes*. 23 (2), 124-128.
- Moreno, L. A., Sarría, A., Fleeta, J., Rodríguez, G. & Bueno, M. (2001). Trends in body mass index and overweight prevalence among children. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 921-927.
- National Center for Health Statistics, (2000). CDC Groeth Charts: United States. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nchs>
- National Institute of Mental Health, (2011). Trastornos de la Alimentación. *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*, 11, 9-12.
- Neumark-Staizner, D., Butler, R & Palti, H. (1996). Personal and socioenvironmental predictors of disordered eating among adolescent females. *Journal of. Nutritional. Education*, 28, 195-201.

- Nuño, B., Celiz, A. & Unikel, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo de adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de investigación clínica*, 61 (4), 286-293.
- Obeidallah, D., Brennan, R., Brooks-Gunn, J. & Earls, F. (2004). Links between pubertal timing and neighborhood contexts: Implications for girls violent behavior. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43, 1460-1468.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D. & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1728-1732.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, A., Hernández, M. & Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México:INSP.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). Casi 870 millones de personas sufren desnutrición en el mundo: FAO. Recuperado de:  
[http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=24694#.Uo6\\_v9LPHn5](http://www.un.org/spanish/News/story.asp?newsID=24694#.Uo6_v9LPHn5)
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2000). *Alimentación escolar*. Recuperado de: <http://www.fao.org/school-food/es/>
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10 (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (2000). *The World Health Report 1998: Life in the 21st century. A vision for all executive summary*. Geneva: WHO
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Diabetes*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/print.html>.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Nutrición*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Nutrición*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva (311). Consultado el 13/11/2013. En:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Panamericana de la Salud

Ortiz, M. (2007). *Alimentación y Nutrición*. Recuperado de:  
[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo\\_09.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf).

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Bogotá: Mc Graw Hill, pp. 597-622.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*. (pp.425-441). México: Mc Graw Hill.

Pasqualini, D. (2013). Abordaje clínico-nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria. *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: Una mirada integral*. Recuperado en:  
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/adolescentes-Alimentacion/cap26.html>

Perea, A., Barcena, E., Rodríguez, R., Greenwalt, S., Carbajal, L., & Zarco, J. (2009). Obesidad y comorbilidades en niños y adolescentes asistidos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta pediátrica Mexicana*, 30 (3), 167-174.

Perez-Gil, S. & Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: Percepción y deseo. *Salud pública*, 52 (2), 111-118.

Pike, K.M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204.

Polivy, J. & Herman, C.P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23, 1-6.

PrevInfad (AEPap)/PAPPS (2004). *Prevención de la obesidad infantil*. Madrid: Autor.

Programa Mundial de alimentos. (2013). *Luchando contra el hambre en el mundo, 10 cosas que necesitas saber sobre el hambre*. Recuperado de:  
<http://es.wfp.org/historias/10-cosas-que-necesitas-saber-sobre-el-hambre-en-el-2013>

Richardson, S. A. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 26, 241-267.

- Ritter, M. (1998). Mother, daughters, culture and criticism. An examination of eating problems in adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: The Science and Engineering*, 58 (9), 5138.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 7/8, 149-161 [versión electrónica].
- Rivarola, M. & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8 (2), 61-72.
- Rivera, J., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F. & Murayama, C. (2012). Obesidad en México: Recomendaciones para una política de estado. Recuperado de:  
[http://wphna.org/v2/wpcontent/uploads/2013/06/13\\_Obesity\\_in\\_Mexico\\_Book\\_Rivera\\_et\\_al1.pdf](http://wphna.org/v2/wpcontent/uploads/2013/06/13_Obesity_in_Mexico_Book_Rivera_et_al1.pdf)
- Rodríguez, G.J. (2001). Situación Nutricional en México. *Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán*. Recuperado de:  
[http://www.ni.gob.mx/pics/pages/sdsocial\\_gtpobreza\\_base/salvadorzubiran.pdf](http://www.ni.gob.mx/pics/pages/sdsocial_gtpobreza_base/salvadorzubiran.pdf)
- Rodríguez, B., Barneveld, O., González-Arratia, N., Unikel-Santoncini, C. & Becerril, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres del nivel superior del Estado de México. *Revista Electrónica de Psicología*, 6. [versión electrónica].
- Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J. & Chi, E. (2010). Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario. *Psicología y Salud*. 20 (2), 169-177.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, (3), 171-183.
- Sands, E. & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12 year-old girl. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 193-204.
- Sánchez Sosa, J.C., Villarreal González, M. E. & Musitu Ochoa, G. (2010). *Psicología y trastornos alimenticios. Un modelo de campo psicosocial*. México: Universidad de Nuevo León.

- Sarason, I., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson. Prentice Hall.
- Saucedo-Molina, T. J. (2003). Modelos predictivos de la dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y sus madres. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Saucedo-Molina, T. J., Escamilla-Talón, T., Portillo-Noriega, I. E., Peña-Irecta, A., & Calderón-Ramos, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60(3), 231-240.
- Saucedo-Molina, T. J. & Gómez Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo Predictivo de la dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría*, 31 (2), 69-74.
- Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 1, 11-19.
- Schneider, W. & Bjorklund, D.F. (1998). Cognitive, language, and percentual development. *Handbook of child psychology*, 5 (2), 467-521.
- Schooler, D., Ward, L.M. Merriwether, A. & Caruthers, A. (2004). Who's that girl? Television's role in the body image development of young white and black women. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 38-47.
- Schur, E., Sanders, M., & Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 74-82.
- Secretaria de Salud, (2002). *Toma de medidas clínicas y antropométricas. Manual de procedimiento, manual de procedimientos*. México: SSa. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>
- Serra Majem, L. & Aranceta Bartrina, J. (2001). *Estudio enKid*. Barcelona: Masson.
- Shisslak, C. M., Crago, M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209-219.
- Smetana, J. (2005). *Adolescent-parent conflict: Resistance and subversion as developmental process. Conflict, contradiction, and contrarian elements in moral development and education* ( pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.



- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Spitzer R., M., Devlin, B., Walsh, D., Hasin, R., Wing, M., Marcus, A., Stunkard, T, Wadden, S., et al. (1992). Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Stafferi, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 101-104.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Stice, E., Shaw, H. & Marti, N. (2002). A meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions that Work. *Psychological Bulletin*, 132 (5), 667–691.
- Stunkard, A. J. (1993). A history of binge eating. En Fairburn C. G. & Wilson, G. T. *Binge eating: nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York: The Guilford.
- Tanner, L. (1962). Escala de Tanner en el desarrollo puberal. En: Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Madrid, España: Revista pediátrica de Atención primaria*, 127-142.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D. & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.
- Tiggemann, M., & Slater, A. (2003). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994) Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Trujillo, E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? National Eating Disorders Association [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio>
- Unikel, S. C. (1999). Desórdenes de la alimentación en estudiantes y profesionales de ballet. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica. México: Facultad de Psicología, UNAM.

- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58, 1, 15-27 [versión electrónica].
- Unikel, C. & Caballero A. (2010). *Guía Clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría
- Unikel, C., Juárez, F. & Gómez, G. (2006). Psychometric properties of the attitudes towards body figure questionnaire in Mexican female students and patients with eating disorders. *European Eating Disorders*, 14, 430-435.
- Unikel Santocini, C., Mora Ríos, J. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 33(1), 11-29.
- Unikel-Santoncini, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro-Velázquez, J. & Fleiz-Bautista, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 2, 49-57 [versión electrónica].
- Unikel-Santoncini, C., Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, I., Fleiz, B., Alcantar, M. & Hernández, R. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52 (2) 140-147.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E. & Hernández, S. (2010). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del distrito federal. *La revista de investigación clínica*, 52 (2), 140-147.
- Vázquez, R., Fuentes, E. S., Báez, M. V., Álvarez, G. & Mancilla, J. M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12, 73-82.
- Vázquez, R., Mancilla, J.M., Mateo, C., López, X., Álvarez, G. & Ruíz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo de una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.

- Vázquez, R., Ruíz, A., Mancilla, M. & Álvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 9, 3 [versión electrónica].
- Wardle J, Volz C, Golding C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 19, 562-9.
- Wasilenko, K.A., Kulik, J.A. & Wanic, R.A. (2007). Effects of social comparisons with peer son women's body satisfaction and exercise behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (8), 740-745.
- Weiss, R., Dzima, J., Burgert, T.S., Tumberlane, W., Takgali, S.E., Yeckel, C.W., Allen, K...Caprio, S. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *England Journey Medical*, 74, 350:362.
- Wichstrom, L. (2001). The impact of pubertal timing on adolescents alcohol use. *Journal of Reserch on Adolescence*, 11, 131-150.
- Wilfley, D.E., Tibss, T.L., Van Bren, D.J., Reach, K.P., Epstein, L.H. & Walker, M.S. (2007). Lifestyle intervettions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychol.* 26 (5), 521-532.
- Wilksch, S.M., Tiggemann, M. & Wade, T.D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 385-393.
- Willemsen, E. & Hoek, H.W. (2006). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa in black woman. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 353-355.
- WHO (2003). *The world health report 1998: Life in the 21st century. A vision for all; executive summary*. Geneva: Autor
- Wu, Y. (2006). Overweight and obesity in China. *British Medical Journal*, 33, 362-363.

# ANEXOS

## 1. CIMEC 12

### 1.1 CIMEC 12 (MUJERES)

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

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

## **1.2 CIMEC 12 (HOMBRES)**

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

### **2.-Test Infantil de Actitudes Alimentarias**

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

## 2.2 Test Infantil de Actitudes Alimentarias Versión Mujeres

Edad: \_\_\_\_

1.- ¿Haces ejercicio?

(A veces)                      (Sí)    (No)

2.- ¿Haces algo para controlar tu peso?

(Sí)    (No)    (A veces)

<p>A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que tienes sobre ti mismo(a) para realizar eficientemente diferentes actividades para controlar tu peso. Recuerda que no se te pregunta si te agradan o desagradan estas actividades, sino por la confianza que sientes para realizarlas.</p> <p>Para responder tienes cuatro opciones de respuesta: (1) No puedo hacerlo, (2) Podría intentarlo, (3) Puedo hacerlo, (4) Seguro(a) de poder hacerlo.</p> <p>Marca con una X la opción que consideres poder realizar (una sola opción). Por favor responde sinceramente a todas las preguntas, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.</p>					<b>No puedo hacerlo</b>	<b>Podría intentarlo</b>	<b>Puedo hacerlo</b>	<b>Seguro que puedo hacerlo</b>
<b>TE SIENTES CAPAZ DE:</b>								
1	Realiza ejercicio diariamente.							
2	Comer despacio si te sientes nerviosa.							
3	Caminar siempre que te sea posible evitando cualquier medio de transporte.							
4	Evitar comer alimentos como hot dog, hamburguesa, pizza, etc.							
5	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.							
6	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.							
7	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio.							
8	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionada.							

9	Subir y bajar escaleras en vez de utilizar las mecánicas.				
10	Dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso.				
11	Correr todos los días.				
12	Comer poco cuando estas con tus amigos.				
13	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.				
14	Realizar en casa abdominales y pesas.				
15	Evitar los dulces que se te antojen.				
16	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasas y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)				
17	Caminar rápido a pesar de que no te guste.				
18	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías.				
19	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlo.				
20	Eliminar de tu dieta los dulces y chocolates.				
21	Aumentar poco a poco el tiempo de rutina de ejercicio.				
22	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansada.				
23	Comprar un yogurt en vez de una pizza.				
24	Dejar de comer a cada rato aunque te sientas nerviosa.				
25	Realizar las tres comidas diarias bajas en grasa para controlar tu peso.				
26	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.				
27	Dejar de cenar si te sientes presionada.				
28	Cumplir con tu rutina de ejercicio a pesar de que te sientas que no puedes más.				
29	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.				
30	Evitar comer fuera de los horarios de comida.				
31	Poner más esfuerzo y hacer más abdominales y pesas.				
32	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra.				
33	Caminar rápido a pesar de que sientas que no tienes fuerza para hacerlo.				



34	Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para correr.				
35	Dejar de tomar refresco y tomar agua.				
36	Ir con tus amigas o caminar jugar básquetbol o fútbol en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.				
37	Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido.				
38	Tranquilízate si te han regañado o te has peleado con tus papás en vez de ponerte a comer golosinas.				
39	Salir a caminar si te sientes ansiosa y tienes deseos de estar comiendo.				
40	Utilizar las escaleras y no el elevador aunque se encuentre detenido en el piso en el que estas.				

**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

## 2.1 Test Infantil de Actitudes Alimentarias Versión Hombres

Edad: \_\_\_\_

1.- ¿Haces ejercicio?

(Sí)  
(A veces)

(No)

2.- ¿Haces algo para controlar tu peso?

(Sí) (No)

(A veces)

<p>A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre el nivel de confianza que tienes sobre ti mismo(a) para realizar eficientemente diferentes actividades para controlar tu peso. Recuerda que no se te pregunta si te agradan o desagradan estas actividades, sino por la confianza que sientes para realizarlas.</p> <p>Para responder tienes cuatro opciones de respuesta: (1) No puedo hacerlo, (2) Podría intentarlo, (3) Puedo hacerlo, (4) Seguro(a) de poder hacerlo.</p> <p>Marca con una X la opción que consideres poder realizar (una sola opción). Por favor responde sinceramente a todas las preguntas, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.</p>		Podría intentarlo	Puedo hacerlo	Seguro que puedo hacerlo	Seguro de poder hacerlo
1	Realizar ejercicio diariamente.				
2	Evitar comer alimentos como hot dog hamburguesas pizzas, etc.				
3	Realizar ejercicio o salir a caminar en un parque público.				
4	Tener fuerza de voluntad para dejar de comer dulces.				
5	Aumentar poco a poco el tiempo de duración de tu rutina de ejercicio.				
6	Dejar de comer chocolates u otras golosinas que comes cuando te sientes presionado.				
7	Cenar alimentos bajos en calorías.				
8	Dejar de comer entre comidas con el propósito de controlar tu peso.				

9	Correr todos los días.				
10	Comer poco cuando estas con tus amigos.				
11	Poner más esfuerzo de tu parte para subir y bajar escaleras.				
12	Evitar la comida chatarra cuando desayunas, comes o cenas fuera de casa.				
13	Realizar en casa abdominal o pesas.				
14	Evitar dulces aunque se te antojen.				
15	Rechazar invitaciones a comer alimentos ricos en grasa y carbohidratos (quesadillas, tortas, tamales, tacos, etc.)				
16	Caminar rápido a pesar de que no te guste.				
17	Insistir en comprar alimentos bajos en calorías.				
18	Realizar rutinas de ejercicios a pesar de que no tengas ganas de hacerlo.				
19	Aumentar poco a poco el tiempo de rutina de tu ejercicio.				
20	Usar las escaleras y no el elevador a pesar de estar cansado.				
21	Dejar de comer a cada rato aunque te sientas nervioso.				
22	Realizar tres comidas diarias bajas en grasa para controlar tu peso.				
23	Quedarte un poco lejos del lugar a donde vas con la finalidad de caminar.				
24	Dejar de cenar si te sientes presionado.				
25	Cumplir con tu rutina de ejercicios a pesar de que te sientas que no puedes más.				
26	Dejar de comer alimentos chatarra entre comidas.				
27	Poner más esfuerzo y hacer más abdominales o pesas.				
28	Comer verduras frente a personas que están alimentándose con comida chatarra.				
29	Caminar rápido a pesar de que sientas que ya no tienes fuerza para seguir.				
30	Poner tu máximo esfuerzo para cumplir el tiempo establecido para				

	correr.				
31	Dejar de tomar refresco y tomar agua.				
32	Hacer ejercicio a pesar de que te sientas triste o aburrido.				
33	Tranquilízate si te han regañado o te has peleado con tus papás en lugar de ponerte a comer golosinas.				
34	Salir a caminar si te sientes ansioso y tienes deseos de estar comiendo.				
35	Utiliza las escaleras y no el elevador aunque se te encuentre detenido en el piso donde estas.				

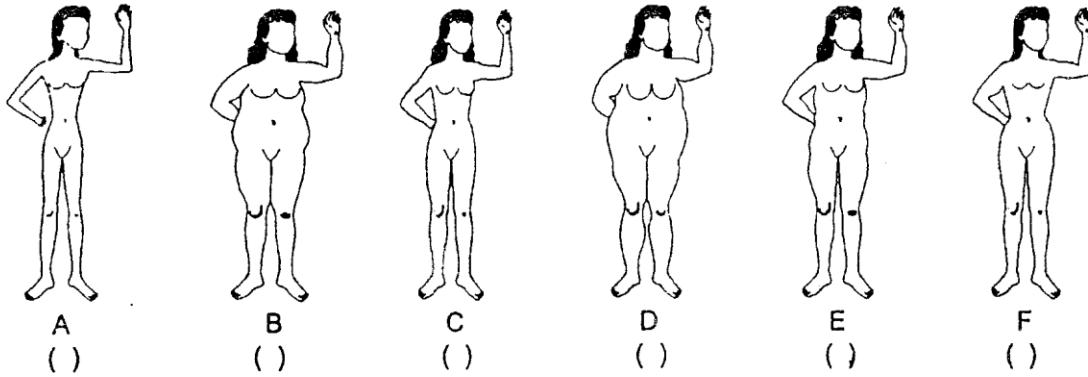
**¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!**

### 3.- Técnica parcial de marcado de imagen

#### 3.1 Técnica parcial del marcado de imagen (Mujeres)

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



G

( )

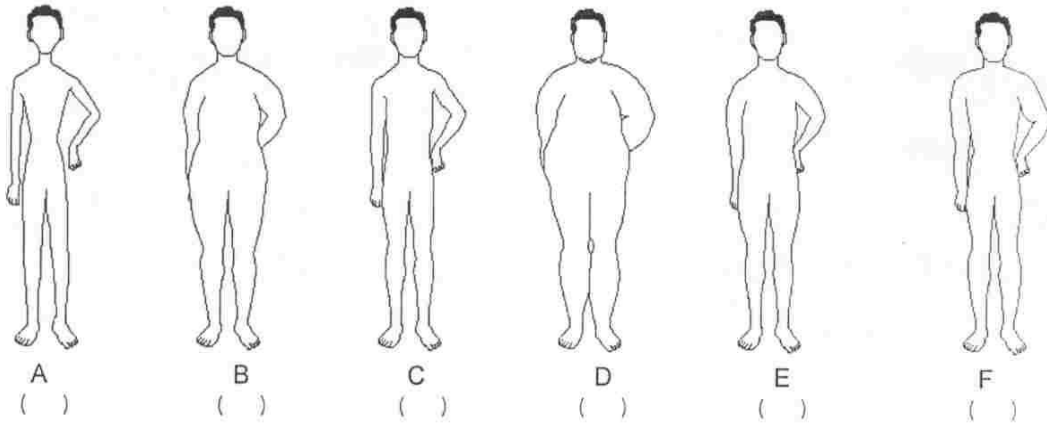
(si no hay una figura

que te guste, dibújala)

### 3.2 Técnica parcial del marcado de imagen (Hombres)

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



G

( )

(si no hay una figura

que te guste, dibújala)