



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE NUTRICIÓN

**DISTRIBUCIÓN E INTERRELACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA EN PÚBERES MUJERES DE 11 A
15 AÑOS DE PACHUCA, HIDALGO.**

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADA(O) EN NUTRICIÓN

P r e s e n t a

TERESA ADRIANA ESCAMILLA TALÓN

Bajo la Dirección de:
DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA



Pachuca, Hgo., 6 de Enero de 2007



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

CON EL ORGULLO DE SER UNIVERSITARIO !!



De acuerdo con el artículo 134 del Reglamento de Control Escolar vigente, el jurado de examen recepcional designado, autoriza para su impresión la Tesis titulada

"Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo"

Que para obtener el Título de Licenciado de Nutrición sustenta la Pasante

C. Escamilla Talón Teresa Adriana

**ATENTAMENTE
Pachuca, Hidalgo., 09 de Noviembre del 2006
"Amor, Orden y Progreso"**

PRESIDENTE DEL JURADO	M. EN N.H. AMANDA PEÑA IRECTA
SECRETARIO DE JURADO	L.N. TRINIDAD LORENA FERNÁNDEZ CORTES
1ER. VOCAL DEL JURADO	M. EN PSIC. REBECA GUZMÁN SALDAÑA
2º VOCAL DEL JURADO	L.N. MARTHA PATRICIA REYES RAMÍREZ
3ER VOCAL DEL JURADO	DRA. TERESITA DE JESÚS SAUCEDO MOLINA
SUPLENTE	L.N. ANA ROSA TORRES GRANILLO
SUPLENTE	M EN NH. ZULI CALDERÓN RAMOS

c.c.p.- Expediente

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres por todos los sacrificios que realizaron para darme la oportunidad de culminar mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A mis padres y hermanos,
deseo expresarles mi profundo agradecimiento por todo el apoyo que me brindaron.

A la Dra. Teresita de Jesús Saucedo Molina
le agradezco el haber compartido sus conocimientos, su tiempo y el haberme guiado
en la realización de este trabajo.

1. RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la distribución e interrelación de factores de riesgo: biológicos (madurez sexual, Índice de Masa Corporal), psicológicos (imagen corporal, conductas alimentarias) y socioculturales (influencia de la publicidad y malestar por la imagen corporal), asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo.

METODOLOGÍA: Estudio transversal, de campo, descriptivo y correlacional. Se trabajó con una muestra probabilística de 1132 púberes mujeres de 11 a 15 años ($\bar{x}=13.20 \pm 0.99$), estudiantes de secundaria de la Ciudad de Pachuca. Se aplicó el instrumento adaptado, validado y confiabilizado por Saucedo – Molina (2003), así mismo, se tomaron mediciones de peso y talla. Para la descripción de variables se consideraron los factores: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, percepción de la imagen corporal, madurez sexual, dieta restringida, preocupación por el peso y la comida, tiempos de comida, y las variables: insatisfacción con la imagen corporal, e Índice de Masa Corporal (IMC). Se obtuvieron porcentajes generales de distribución de factores, y por categoría de IMC, así como también, análisis de correlación.

RESULTADOS: Se encontró un 57% de insatisfacción con la imagen corporal, 18.6% de malestar con la imagen corporal, 10.9% de influencia de la publicidad, 37.2% de eliminación de tiempos de comida, y un 11.1% de preocupación por el peso y la comida, principalmente en púberes con sobrepeso y obesidad. Se confirmó la relación entre un mayor IMC y una mayor percepción de obesidad ($r=0.687$, $p<0.01$), e insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.508$, $p<0.01$). Así como, a mayor insatisfacción mayor percepción de obesidad ($r=0.697$, $p<0.01$), y a mayor influencia de la publicidad mayor malestar con la imagen corporal ($r=0.699$, $p<0.01$).

Palabras clave: Factores de riesgo, trastornos alimentarios, pubertad, IMC.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the distribution and interrelation of risk factors: biological (sexual maturity, Body Mass Index), psychological (body image, eating behaviors) and sociocultural (publicity influence and body image malaise) associated to eating disorders in pubescent female between 11 to 15 years of Pachuca, Hidalgo.

METHODOLOGY: Cross – sectional, of field, descriptive and correlative study. Worked with a probabilistic sample of 1132 pubescent female between 11 to a5 year ($\bar{x}= 13.20 \pm 0.99$) secondary students in Pachuca city. The instrument adapted, validated by Saucedo – Molina (2003) was applied, also measurements of weight and height were taken. To variables description, the factors; publicity influence, body image malaise, body image perception, sexual maturity, restrictive dieting, preoccupation about weight and food, times food, and the variables corporal image dissatisfaction and Body Mass Index (BMI), were considered. Factors distribution percentages and by BMI category were obtained, as well as also correlation analysis were carried out.

RESULTS: Was found a 57% of body image dissatisfaction, 18.6% in body image malaise, 10.9% publicity influence, 37.2% in food times elimination and 11.1% preoccupation about weight and food, mainly in pubescent with overweight and obesity. The relationship between a greater BMI and greater obesity perception ($r=0.687$, $p<0.01$) and body image dissatisfaction ($r=0.508$, $p<0.01$) was confirmed. As well as to greater dissatisfaction greater obesity perception ($r=0.697$, $p<0.01$), and to greater publicity influence greater body image malaise ($r=0.699$, $p<0.01$).

Key words: Risk factors, eating disorders, puberty, BMI.

ÍNDICE	PAG.
1. RESUMEN	5
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Trastornos de la conducta alimentaria	10
2.2 Aspectos epidemiológicos	12
2.2.1 Panorama internacional	12
2.2.2 Panorama nacional	13
2.2.3 Panorama estatal	14
3. ANTECEDENTES	14
3.1 Factores de riesgo	14
3.2 Factores genéticos	15
3.3 Factores de personalidad	16
3.4 Factores familiares	16
3.5 Factores socioculturales	16
3.6 Factores psicológicos	19
3.6.1 Imagen corporal	19
3.7 IMC	22
3.8 Conductas alimentarias de riesgo	24
3.8.1 Dieta restringida	24
4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	25
5. JUSTIFICACIÓN	27
6. OBJETIVO GENERAL	27
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28

8.	METODOLOGÍA	28
8.1	Definición de variables	28
8.2	Diseño de investigación	33
8.3	Muestra	33
8.4	Instrumento para púberes	34
8.5	Procedimiento	36
8.5.1	Aplicación del instrumento	36
9.	RESULTADOS	37
9.1	Descripción de la muestra	40
9.2	Distribución porcentual de variables	41
9.2.1	Distribución porcentual del IMC	41
9.2.2	Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal	41
9.2.3	Distribución porcentual del factor percepción de la imagen corporal	42
9.2.4	Distribución porcentual del factor madurez sexual	44
9.2.5	Distribución porcentual del factor malestar con la imagen corporal	44
9.2.6	Distribución porcentual del factor influencia de la publicidad	45
9.2.7	Distribución porcentual del factor tiempos de comida	46
9.2.8	Distribución porcentual del factor preocupación por el peso y la comida	46
9.2.9	Distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar	47
9.2.10	Distribución porcentual del factor dieta restringida	48
9.3	Distribución porcentual de factores por categoría percentilar de IMC	48
9.3.1	Distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	48
9.3.2	Distribución porcentual del factor percepción de la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	50
9.3.3	Distribución porcentual del factor madurez sexual de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	53

9.3.4	Distribución porcentual del factor malestar con la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	54
9.3.5	Distribución porcentual del factor influencia de la publicidad de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	55
9.3.6	Distribución porcentual del factor tiempos de comida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	56
9.3.7	Distribución porcentual del factor preocupación por el peso y la comida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	57
9.3.8	Distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	58
9.3.9	Distribución porcentual del factor dieta restringida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC	59
9.4	Interrelación de factores y su relación con respecto al IMC	60
10.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	63
11.	CONCLUSIONES	71
12.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	74
13.	BIBLIOGRAFÍA	76
	ANEXOS	86
	Anexo 1: Criterios para la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria aceptados por la APA (1994).	86
	Anexo 2: Descripción de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, según los criterios tomados por Toro y Villardell (1987), Chinchilla (1995) y Morandé (1999)..	89
	Anexo 3: Instrumento para púberes en su versión para mujeres (Saucedo – Molina, 2003).	92

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastornos de la conducta alimentaria

Partiendo de que la conducta alimentaria normal es una respuesta a las necesidades de nutrimentos, con el objeto de mantener el equilibrio energético y de aportar las sustancias indispensables para el funcionamiento adecuado del organismo, los trastornos de la conducta alimentaria como la Bulimia Nervosa y la Anorexia Nervosa, constituyen las principales categorías de alteraciones de dicha conducta (Gómez Pérez – Mitré, 1993), las cuales se han incrementado considerablemente en las últimas décadas.

Los trastornos de la conducta alimentaria son considerados procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones anormales en el comportamiento de la ingesta de alimentos, en un intento para controlar el peso, cuya base y fundamento de dichos efectos, se halla en la alteración psicológica (Raich, 1994). Esta conducta implica de manera significativa un deterioro de la salud física y social, que pone en riesgo a un gran número de adolescentes y mujeres jóvenes por la vía de la desnutrición, de sus complicaciones, así como, por las perturbaciones psicológicas implicadas.

La Anorexia Nervosa es considerada como la ausencia de apetito, ésta se caracteriza por las limitaciones autoimpuestas en la ingesta de alimentos, y por el rechazo a mantener un peso corporal por encima de los parámetros mínimos normales, como respuesta a la implacable búsqueda de la delgadez. Los individuos que presentan éste tipo de trastorno, le colocan un excesivo valor al peso y exhiben alteraciones en la percepción de la forma y tamaño de su cuerpo (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

La Bulimia Nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad o sobreingesta (ingestión excesiva, periódica, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos) seguida por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos, con el propósito de evitar la ganancia de peso. En cada episodio de sobreingesta de alimentos el individuo experimenta dificultad para dejar de comer, así como, sentimientos de culpa, autodesprecio y depresión (Eddy *et al*, 2002). La Bulimia Nervosa es más común que la Anorexia y aunque estos pacientes están preocupados por su imagen corporal, a diferencia de la Anorexia Nervosa, suelen presentar un peso normal o sobrepeso.

Tanto en la Anorexia como en la Bulimia, la preocupación por el peso y la figura son características esenciales para ambos trastornos (Kohn y Golden, 2001).

Otra de las categorías incluidas en los trastornos de la conducta alimentaria, son los Trastornos Alimentarios No Especificados (TANE), que se refieren a aquellos que no cumplen todos los criterios para ser diagnosticados con Anorexia o Bulimia Nervosa, y que en muchos casos se tratan de formas subclínicas, comunes entre los adolescentes. Dentro de éstos trastornos se pueden mencionar el trastorno por atracón, que se caracteriza por la presencia de una sobreingesta de alimentos de un alto contenido energético, con ausencia de una conducta compensatoria (Spitzer, Devlin, Walsh y Hasin, 1992); el síndrome del comedor nocturno, que se caracteriza por episodios en donde hay un consumo excesivo de alimentos durante la noche y presencia de Anorexia y restricción alimentaria por el día (Stunkard, Berkowitz y Warden, 1996).

La clasificación y diagnóstico de éstos trastornos se ha establecido en base a los criterios, signos y síntomas aceptados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994), los cuales pueden verse en el anexo 1.

En la actualidad estos trastornos afectan con mayor frecuencia a personas jóvenes y adolescentes entre 12 y 25 años, siendo menos frecuente su desarrollo en edades mayores a los 25 años (Díaz, Rodríguez, Martín e Hiruela, 2003). La distribución por sexos muestra que aproximadamente entre el 85% y 95% de la población que presenta alteraciones en la conducta alimentaria, y aquella que se encuentra en riesgo de desarrollarla son mujeres (Rome *et al*, 2003).

2.2 Aspectos epidemiológicos

2.2.1 Panorama internacional

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha incrementado considerablemente en las últimas décadas y aunque en un principio éstos trastornos afectaban principalmente a países occidentales, o a países desarrollados donde se sobrevalora la apariencia física, especialmente la delgadez, su prevalencia se ha extendido a países en vías de desarrollo (Klein y Walsh, 2003).

En países occidentales, la prevalencia de éstos trastornos (porcentaje anual de casos), se ha estimado entre 0.5 a 1% en la población general, con una incidencia anual de un nuevo caso por cada 1,000 mujeres de 13 a 18 años de edad (Lewinsohn, Striegel – Moore y Seeley, 2000).

Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

Los datos reportados por la APA (1994) señalan que la prevalencia de Anorexia Nervosa en la población femenina adolescente se sitúa entre el 0.5% y el 1%, y de la Bulimia Nervosa entre el 1 y 3%.

En Australia, de acuerdo con un estudio realizado en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, se encontró una prevalencia de Anorexia Nervosa del 0.4% (Wade, Heath y

Abraham, 1996). Similares tasas de prevalencia han sido reportadas en población adolescente de Europa y Norteamérica, donde de acuerdo con los datos reportados por Wakeling (1996), en Escocia, en base a los registros de hospitales psiquiátricos, la incidencia de Anorexia Nervosa se ha incrementado de 1.6 por 100,000 para los años de 1978 – 1982 a 4.06 por 100,000 para los años ochenta; calculándose una tasa de incidencia para mujeres entre 16 y 25 años, de 30 por 100,000 a finales de los ochenta. De la misma forma, diversos institutos psiquiátricos en Dinamarca reportaron una incidencia en los niveles de admisión de 1.36 por 100,000 a finales de 1988.

En América, la prevalencia de Anorexia Nervosa en mujeres se ha estimado en un 0.5%, y un número importante de personas presentan formas parciales de éste trastorno. La Anorexia Nervosa en estos países afecta de manera desproporcional a las mujeres, al tener una tasa de incidencia de un caso por cada diez mujeres, en comparación con la presentada en hombres, en donde se observa un caso por cada veinte (Klein y Walsh, 2003).

La Bulimia Nervosa es el desorden más común en comparación con la Anorexia Nervosa, su prevalencia en E.U.A se ha estimado entre 1 y 3% en mujeres, con un porcentaje adicional similar de personas que presentan formas parciales de éste trastorno (Klender *et al*, 2000).

2.2.2 Panorama nacional

Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa

Los estudios en población mexicana realizados en la Ciudad de México, estiman que la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria es de 0.5% (Gómez Pérez - Mitré, 1993; Unikel y Gómez Pérez – Mitré, 1996; Unikel *et al*, 2000).

De acuerdo con los datos reportados por Unikel (1998), en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en centros especializados como en el Instituto Nacional de Nutrición, en el cual, se corroboran con diagnóstico de Anorexia o Bulimia Nervosa, 4 de 10 llamadas telefónicas mensuales que solicitan tratamiento para éstos trastornos.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría, según datos reportados por la clínica de trastornos de la conducta alimentaria (citado por Saucedo – Molina, 2003), se ha detectado un incremento importante en el número de ingresos, aumentando de 1.9% de casos registrados en 1997 hasta un 67.9% para el año 2002, con una proporción de mujeres contra hombres de 28 a 1. Los trastornos que reportaron mayores porcentajes en los últimos seis años fueron: Bulimia Nervosa purgativa, con un porcentaje del 44.1% en mujeres, así como los TANE, con un 42.4% en el grupo de mujeres.

2.2.3 Panorama estatal

En el Estado de Hidalgo, dentro del contexto del problema de los trastornos de la conducta alimentaria, no se cuenta con estudios sobre el panorama epidemiológico de éstos trastornos dentro de la población, ni sobre la distribución de factores de riesgo que favorecen su desarrollo.

3. ANTECEDENTES

3.1 Factores de riesgo

Especificar la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria ha resultado ser una tarea muy difícil, debido principalmente a su origen multicausal (Bruce y Wifley, 1996), en donde factores biológicos, individuales (Rhodes y Kroger, 1992), familiares

(Humphrey, 1986a, 1986b, 1989) y socioculturales (Toro, Cervera y Pérez, 1988; Perpiña, 1989; Toro, 1989; Toro, 1996) tienen un papel crucial en su aparición, desarrollo y mantenimiento.

Esta multicausalidad de los trastornos de la conducta alimentaria, en la que los factores de riesgo están en constante interacción, ha llevado a establecer una distinción entre factores de riesgo: predisponentes, precipitantes y mantenedores. Dentro de los factores predisponentes se incluyen factores genéticos, familiares, de personalidad y socioculturales; dentro de los factores precipitantes se encuentran situaciones de crisis como pérdidas afectivas, o insatisfacción con la imagen corporal; por último, dentro de los factores que mantienen el trastorno de la conducta alimentaria, se encuentran aquellos que resultan de los efectos físicos y psicológicos relacionados con la desnutrición (Toro y Villardell, 1987; Chinchilla, 1995; Morandé, 1999). Ver anexo 2.

3.2 Factores genéticos

Estudios realizados en grupos de gemelos monozigotos sugieren que el 50% de la varianza de ocurrencia de Anorexia Nervosa se encuentra relacionada con factores hereditarios, mientras que en gemelos dizigotos es del 12.5%. Dichos estudios han aportado los primeros fundamentos que identifican que los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar originados inicialmente por causas genéticas (Klump, Kaye y Strober, 2001); así mismo, se ha encontrado que el riesgo de desarrollar Anorexia o Bulimia Nervosa entre mujeres adolescentes que tienen antecedentes familiares de trastornos de la conducta alimentaria, es mayor en relación con la población general (Lilenfeld *et al*, 1998).

3.3 Factores de personalidad

Los sujetos que padecen algún trastorno alimentario suelen presentar trastornos de personalidad de tipo obsesivo – compulsivo. En pacientes con Anorexia se señala un perfil específico de personalidad asociado con obsesividad por la delgadez, dependencia, sobrecontrol, déficit de asertividad y perfeccionismo, así mismo, presentan mayor inestabilidad emocional, depresión y ansiedad. En pacientes bulímicas, ésta personalidad se caracteriza por impulsividad, elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima, y tienden a tomar decisiones rápidas, y a actuar de forma impredecible, poco meditada, y poco controlada (Morandé, 1999).

3.4 Factores familiares

Se ha visto que las familias de pacientes con problemas alimentarios presentan una dinámica familiar disfuncional y se caracterizan por ser rígidas, autoritarias o sobreprotectoras, lo que contribuye al desarrollo de éstos trastornos (González *et al* 2002).

Las familias de pacientes con Anorexia Nervosa se caracterizan por ser sobreprotectoras, demasiado rígidas y evitan los conflictos, lo que trae como consecuencia una baja capacidad de las púberes para enfrentar y manejar las situaciones de estrés. En el caso de las familias con Bulimia Nervosa se ha descrito la existencia de conflictos, menor organización y cohesión, una relación poco afectiva con los padres, y un modo diferente de desarrollo del proceso de individualización (Pike y Rodin, 1991).

3.5 Factores socioculturales

Las influencias socio - culturales han sido implicadas en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, ya que pueden actuar como agentes predisponentes,

precipitantes, o mantenedores (Klein y Walsh, 2003). Estos factores socioculturales comprendidos dentro de la cultura de la delgadez, en la que se sobrevalora la figura delgada en el caso de las mujeres, son transmitidos a través de la imitación de modelos estéticos dominantes, de la percepción de mensajes verbales, de los propios familiares y amigos, y de los medios masivos de comunicación (Gómez Pérez - Mitré, Saucedo - Molina y Unikel, 2001).

Por su parte, los medios de comunicación contribuyen con publicidad a forzar a la persona a igualar una apariencia física ideada culturalmente, mediante una construcción cognitiva, a un costo que pone en peligro tanto la salud física, como mental de la población (González *et al*, 2002).

Dentro de los grupos más vulnerables a esta presión sociocultural sobresalen los representados por púberes y adolescentes, especialmente porque se encuentran en una etapa de cambios corporales y psicológicos importantes, en donde se enfatiza la importancia del atractivo físico, orientada a la búsqueda de un autoconcepto y una imagen corporal más acorde con la idealizada por su núcleo social (Neumark – Sztainer, 1995; Gómez Pérez – Mitré, 1999).

Hsu (1983), destacó desde sus primeros estudios la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales, encontrando que en las mujeres éste atractivo se relaciona con la delgadez, así mismo, la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales, socialmente establecidos como aceptables, hace que las mujeres, más que los hombres, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha mostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada.

Dentro de este contexto, investigaciones internacionales han encontrado una relación directa entre la influencia sociocultural o crítica cultural, definida como los mensajes verbales e imágenes acerca del peso, la figura, y el ser atractivo, emitidos a través

de la publicidad en los medios de comunicación, y la severidad de los problemas alimentarios (Ritter,1998); así mismo, Rogers y Trent (1996) refieren que las mujeres que viven en culturas que promueven en extremo la figura femenina estereotipada, son más susceptibles a desarrollar éste tipo de trastornos como forma de conducta, y que los sujetos con algún trastorno de la conducta alimentaria muestran una mayor preocupación con respecto a ésta influencia sociocultural, al compararlos con sujetos normales.

Las mujeres mexicanas en general, también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, que en un principio era característica de las sociedades altamente desarrolladas (así como, de las clases sociales altas, de raza blanca, etc.). Un ejemplo actual de esta problemática en México, es el prototipo de la mujer “bella”, revisado en una de las revistas mexicanas de gran difusión entre la población joven, en Abril de 1997, en la que aparecieron las 50 mujeres más bella, y de las cuales, se obtuvo su IMC, el cual mostró que la mujer bella en México es una mujer joven, con una edad promedio de 25 años y con un IMC de 18, lo que corresponde a un peso por debajo de lo normal (citado en Gómez Pérez - Mitré, Saucedo – Molina y Unikel, 2001).

Un estudio realizado en 335 púberes mexicanos de ambos sexos con edades de 11 a 15 años, por Saucedo - Molina y Gutiérrez – Cantú (2002), sobre la influencia cultural relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, ejercida principalmente a través de la publicidad en los medios de comunicación, y de los modelos estéticos dominantes, a través de la aplicación del “Cuestionario de las Influencias sobre los Modelos Estéticos Corporales” (CIMEC – 26) desarrollado por Toro, Salamero y Martínez (1994), mostraron que las preguntas que obtuvieron mayores porcentajes, fueron aquellas que cuestionaban a los sujetos con respecto a las figuras corporales presentadas en los medios de comunicación, como referentes sociales exitosos, y aquellos que indagan sobre el malestar, o la incomodidad que provoca enfrentar situaciones que cuestionan el cuerpo, así como, la deseabilidad de

un cuerpo delgado. Se observó, que son las mujeres las que muestran un mayor interés y sensibilidad a dicha influencia, y que a mayor edad existe un mayor interés por la publicidad. Estos resultados confirmaron que para los púberes mexicanos de ambos sexos es importante la influencia sociocultural, teniendo mayor importancia para el sexo femenino, causando en este grupo una mayor molestia los comentarios relacionados con su peso y figura corporal, procedentes de pares o familiares.

3.6 Factores psicológicos

3.6.1 Imagen corporal

La imagen corporal puede definirse, como una configuración global, como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia, y a través de diversas experiencias (Bruchon – Schweitzer, 1992). Entre éstas se encuentra la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida, como consecuencia de cambios físicos y biológicos (p. e. los que se sufren en la pubertad). Así mismo, el cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol, por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa, la cual, se ve influenciada por el contexto socioeconómico y el entorno cultural, y puede diferir según la edad, el género, y la clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas (Gómez Pérez – Mitré, Saucedo – Molina y Unikel, 2001).

Las investigaciones en torno a la imagen corporal, en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria, se han enfocado en dos componentes principales: a) distorsión o alteración de la imagen corporal, que se relaciona con la exactitud de la estimación corporal en su totalidad y/o en sus partes; b) la satisfacción/insatisfacción corporal, que se refiere a la autoevaluación, sentimientos, o actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo y/o partes del mismo (Gómez Pérez – Mitré, 1999).

Satisfacción/insatisfacción y distorsión de la imagen corporal

El grado de insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, la cual, se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación, como en población general. La mayoría de los estudios han demostrado que las mujeres están menos satisfechas con su imagen corporal, siendo el peso la principal fuente de insatisfacción (Thompson, 1990).

Al respecto, se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicológicas (Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; Cash y Deagle, 1995). Una encuesta realizada en 1993 en los EUA a nivel nacional, muestra que la imagen corporal se ha vuelto más negativa tanto en hombres como en mujeres. De éste estudio se desprende también, que en muchos aspectos, las mujeres poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal que los hombres (Cash y Henry, 1995).

Morandé en 1999, precisó que un 45% de sus pacientes con Anorexia Nervosa presentaban una marcada insatisfacción, especialmente con sus muslos y nalgas, lo que conducía al uso y abuso anormal de los alimentos, y que con el paso del tiempo estas conductas llegaban a ser incluidas como parte de una conducta alimentaria normal.

En el caso de la Bulimia Nervosa, las investigaciones muestran, que no obstante que muchas mujeres están insatisfechas con sus cuerpos, aquellas que presentan éste tipo de trastorno evidencian mayor insatisfacción con el tamaño de su cuerpo, que las mujeres sin ningún trastorno.

Por otra parte, se ha observado que la insatisfacción con la imagen corporal se ve agravada por los estándares sociales actuales, que asignan una importancia

fundamental a la delgadez. De igual forma, puesto que la pubertad es un periodo de cambios físicos y psicológicos, el desarrollo puberal ha sido implicado como fuente de actitudes negativas hacia la imagen corporal. En cuanto a la distorsión de la imagen corporal, lo que se ha encontrado es que las mujeres tanto de población sin problemas alimentarios, así como aquellas con patrones anormales de la conducta alimentaria (comedoras restrictivas y Bulimia Nervosa) califican su figura ideal más delgada, que su figura actual (González *et al*, 2004).

La investigación realizada por Gómez Pérez – Mitré en 1999, sobre preadolescentes mexicanos y la cultura de la delgadez (figura ideal anoréctica, preocupación excesiva por el peso corporal), que incluyó a 962 niñas de 5º y 6º de primaria, y de primero, segundo, y tercer grado de secundaria, de escuelas públicas y privadas con un rango de edad de 9 a 13 años, mostró que el 44% de las niñas incluidas en el estudio se encontraban insatisfechas con su imagen corporal; de este porcentaje el 32% de ellas quieren ser más delgadas. Al respecto, el 90% de púberes eligió una figura corporal delgada y el 4% una muy delgada, como figura ideal. En cuanto a la alteración de la imagen corporal, el 58% de las niñas se autopercibió “delgada” y “muy delgada”, mientras que el 74% refirieron preocuparse mucho, y demasiado por llegar a estar “gordas”. De acuerdo con los resultados que se encontraron se concluyó, que la gran mayoría de las niñas presentaron factores de riesgo asociados con la insatisfacción y alteración de la imagen corporal, y una marcada aceptación del estereotipo cultural de la delgadez como atractivo, lo que conduce a un seguimiento de patrones alimentarios dirigidos al control de peso, e implica un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

En otro estudio realizado por Ávila, Lozano y Ortiz (1997) en niñas de primaria (n=200) y secundaria (n=200) con un promedio de edad de 11.9 ± 1.6 años, se encontró que el 43% de ellas estaban insatisfechas con su imagen corporal, y de este porcentaje, el 29% quiere ser más delgada.

De igual forma, en el estudio realizado por Gómez Pérez – Mitré, Unikel, Saucedo - Molina y Pineda (1999), el cual evaluaba la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo en la prepubescencia, pubescencia y adolescencia, que incluyó a 4525 mujeres, mostró que el mayor porcentaje de insatisfacción positiva (tendencia a la delgadez) con la imagen corporal se presentó más entre las adolescentes, en relación a las pre - púberes que tienden más a la insatisfacción negativa (tendencia al sobrepeso); encontrándose un mayor porcentaje de satisfacción en los grupos más jóvenes, y menor en las adolescentes (20%). En su totalidad, los tres grupos de estudio mostraron preocupación por el peso corporal; sin embargo, la mayor preocupación fue manifestada por el grupo de púberes, ya que el 63% de la muestra mostró un rechazo hacia la obesidad refiriéndose a ella con adjetivos negativos. En cuanto a los cambios relacionados con la dieta para el control de peso, se encontraron porcentajes similares (50%, 51% y 53%, respectivamente) entre los tres grupos. Finalmente, se reportaron porcentajes mayores de delgadez en el grupo de adolescentes. Dichos resultados, mostraron que las mujeres con una edad promedio de 11 años han hecho suyo el ideal de delgadez, y expresan una gran preocupación por el peso, el seguimiento de conductas alimentarias inadecuadas y, se autoperciben con mayor peso del que realmente tienen. Los datos obtenidos también indican, que a mayor edad mayor es el porcentaje de mujeres que desean una figura ideal delgada.

3.7 IMC

La autopercepción de la obesidad ha sido considerada como uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, al encontrarse relacionada con la propia insatisfacción, por la forma del cuerpo y con poca autoestima (Hill, 1993).

Al respecto, Cattarin y Thompson (1994), en un estudio longitudinal de tres años, encontraron que la obesidad es un predictor de insatisfacción de la figura y el peso

en las adolescentes. Los autores señalan que la apariencia física es un factor de riesgo de retroalimentación negativa en relación a su cuerpo. Según los hallazgos encontrados por Thompson *et al* (1995), la crítica desempeña un papel mediador entre el peso y la insatisfacción corporal, lo cual implica, que la obesidad por sí misma, y en conjunto con sus consecuencias sociales, contribuyen al desarrollo de malestar subjetivo por la apariencia física.

En un estudio realizado por Gómez Pérez – Mitré (1997), en una muestra de preadolescentes mexicanas de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, con una edad promedio de 10.8 años, se encontró que las niñas seleccionaron como figura ideal una figura más delgada que su IMC real, y que esta tendencia se incrementaba con la edad. Así mismo, su actitud con respecto al peso corporal fue muy favorable para la delgadez, ya que una tercera parte de la muestra respondió que le gustaría pesar menos de lo que pesaba, aunque se encontrara en el rango de delgadez o emaciación. Por otra parte, también se ha encontrado que en adolescentes mexicanos de 13 a 18 años de edad de escuelas públicas, privadas y de ballet (Unikel, Mora y Gómez Pérez – Mitré, 1999), existe una visión negativa hacia la gordura, a la que consideraron como una condición antiestética, no deseable, causante de problemas psicológicos y de salud, con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida.

En el estudio realizado por Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002), en una muestra de estudiantes, constituida por 3640 hombres y 3957 mujeres con edades de 13 a 18 años, con la finalidad de analizar la relación que hay entre el IMC (percentilar) y la práctica de conductas alimentarias de riesgo, se observó que tanto el grupo de hombres como el de mujeres, clasificados en la categoría de sobrepeso, presentan mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo para disminuir su peso, siendo las mujeres las que recurren de manera más frecuente a la dieta y el ayuno, para alcanzar éste objetivo, y en algunos casos se ayudan con pastillas y diuréticos. Así mismo, se encontró que sin importar la categoría de peso presentada en ambos

grupos, el ejercicio es uno de los principales métodos utilizados para bajar de peso. Los resultados mostraron, que existe una mayor presencia de conductas alimentarias de riesgo a medida que aumenta el IMC, tanto en hombres como en mujeres, teniendo un mayor riesgo de presentar este tipo de conductas, aquellos adolescentes clasificados en las categorías de sobrepeso y obesidad, aspecto que también mostró estar reforzado por la presión proveniente de los medios de comunicación, y de los comentarios de compañeros y familiares.

3.8 Conductas alimentarias de riesgo

3.8.1 Dieta restringida

La conducta alimentaria es un fenómeno complejo en el que se amalgaman un gran número de factores de naturaleza muy diversa, de tipo biológico, geográfico psicológico y sociocultural (Bourgues – Rodríguez, 1990; Vargas y Aguilar, 1990).

Una de las puertas de entrada hacia los trastornos de la conducta alimentaria considerada por muchos autores, es la dieta restringida, definida como la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como, la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez – Mitré y Ávila, 1998; Houn y Strong, 1998).

Esta conducta, se ha vuelto normativa principalmente entre las mujeres, y como es sabido, provoca severos daños a la salud, pues conduce a problemas nutricionales y metabólicos, y a alteraciones en el correcto funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular, si dicha conducta se perpetúa, conduce a la aparición de la desnutrición energético – proteica, ocasionando alteraciones en la digestión y absorción de todos los nutrimentos, provocando una disminución importante del sistema inmunológico, que da pie a diversas infecciones (Toussaint y García -

Aranda, 2001). Por otra parte, el consumo inadecuado de alimentos también tiene consecuencias psicológicas importantes como la irritabilidad, comportamientos obsesivos – compulsivos, tendencia al aislamiento social, pérdida del interés sexual, hipocondría, e incrementos importantes en la depresión e histeria (APA, 1994).

Al respecto, en una investigación realizada por Gómez Pérez – Mitré y Ávila (1998), en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio de edad de 10.8 años se encontró, que un 25% de púberes aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En ésta misma muestra se registró, que más niñas que niños se saltaban un alimento del día (en general la cena), y consumían un menor número de alimentos considerados como engordadores, con la intención de bajar o controlar su peso corporal.

El estudio realizado por Saucedo – Molina y Gómez Pérez – Mitré (2004), con el objetivo de desarrollar y evaluar el modelo capaz de predecir la dieta restringida en púberes mexicanas, mostró que la influencia de la publicidad actúa como una variable fundamental para la explicación de la dieta restringida, al tener efectos directos sobre ella, así como también, efectos indirectos vinculados con los aspectos de la imagen corporal como son: malestar, e insatisfacción y una percepción inadecuada de la misma, que influyen sobre la valoración de la propia imagen, provocando insatisfacción e incomodidad, y preocupación por el peso y la comida, lo que conduce a la práctica de conductas inadecuadas para el control de peso, como es el caso de la dieta restringida. Estas variables son las de mayor impacto, que junto con el IMC, explican las conductas alimentarias de riesgo en púberes mujeres.

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un problema cada vez más frecuente dentro de la población, que afecta principalmente a mujeres durante la pubertad y adolescencia. El origen de dichos trastornos es multicausal, en donde se han

identificado diversos factores; biológicos, familiares, socioculturales, psicológicos y conductas alimentarias de riesgo, asociados con su desarrollo. Al respecto, se ha demostrado que los cambios físicos, el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, así como, el peso y la constitución corporal alcanzados durante la pubertad, representan los factores biológicos de riesgo que influyen en la adopción de conductas alimentarias inadecuadas (Shiltz, 1997); así mismo, se ha considerado que una dinámica familiar disfuncional (familias demasiado rígidas, autoritarias o sobreprotectoras) ejerce una influencia negativa frente a los hábitos de alimentación, peso, e imagen corporal (Humphrey, 1986a, 1986b, 1989; Pike y Rodin, 1991; Rhodes y Kroger, 1992); dentro de los factores socioculturales, se ha reconocido la influencia de la publicidad que promueve una cultura de delgadez extrema como estereotipo ideal, que genera malestar con la imagen corporal (Toro, Cervera y Pérez, 1988; Perpiña, 1989; Toro, 1989; Gómez Pérez - Mitré, Saucedo - Molina y Unikel, 2001); en cuanto a los factores psicológicos, se ha involucrado la insatisfacción con el peso y la figura, así como, la distorsión de la imagen corporal (Gómez Pérez – Mitré, 1999); Por otra parte, también se ha reconocido que la práctica de conductas alimentarias de riesgo como el caso de la dieta restringida, en la que existe una autoprivación de alimentos y/o tiempos de comida con la finalidad de perder peso, promueve de forma más directa el desarrollo de trastornos alimentarios. Estos factores al combinarse pueden poner a la población en riesgo de padecer algún trastorno alimentario como Anorexia Nervosa o Bulimia Nervosa. Ante dicha problemática antes mencionada se ha considerado importante conocer ¿Cómo se distribuyen los factores de riesgo; biológicos (madurez sexual, IMC), socioculturales (influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conductas alimentarias, percepción de la imagen corporal) asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo? y ¿Cuál es la relación que existe entre estos factores y el IMC? y ¿Qué interrelación guardan los factores entre sí?

5. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo da a conocer la distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de Pachuca, Hidalgo, ya que como se ha mencionado anteriormente, dichos trastornos ponen en riesgo la salud física y psicológica de un gran número de púberes mujeres, al encontrarse expuestas cotidianamente a diversos factores que favorecen su desarrollo, y que pueden llegar a tener consecuencias graves por la vía de la desnutrición y sus complicaciones si no son detectados oportunamente (Saucedo – Molina, 2003), sobre todo durante la pubertad y adolescencia, que es una de las etapas de desarrollo donde existe una mayor incidencia y prevalencia, por los cambios físicos y psicológicos que se presentan (Díaz, Rodríguez, Martín e Hiruela, 2003). Por otra parte, uno de los puntos más importantes que da origen a ésta investigación es que en la Ciudad de Pachuca y en el Estado de Hidalgo no existen antecedentes relacionados con éste problema, y no se dispone de investigaciones que puedan brindar un panorama sobre su comportamiento epidemiológico dentro de la población, y sobre la distribución de factores de riesgo en el grupo de púberes.

6. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la distribución e interrelación de factores de riesgo: biológicos (madurez sexual, IMC), socioculturales (influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal) y psicológicos (conductas alimentarias y percepción de la imagen corporal) asociados a trastornos de la conducta alimentaria, en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la distribución de factores biológicos, socioculturales y psicológicos asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca.
- Determinar la relación que existe entre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos con respecto al IMC, en la muestra de púberes.

8. METODOLOGÍA

8.1 Definición de variables

Pubertad (madurez sexual)

Definición Conceptual: “Etapa de desarrollo físico que se caracteriza por la aceleración en el crecimiento, cambios en la composición corporal y maduración sexual. Aproximadamente inicia entre los 9 y 13 años de edad, y finaliza entre los 14 y los 18 años” (Orientación Alimentaria, Glosario de Términos, 2000, p. 28).

Definición Operacional: Para evaluar esta variable, se incluyeron preguntas específicas sobre los cambios físicos propios de ésta etapa; así como, también se utilizaron figuras corporales (dibujos) con diferentes grados de desarrollo sexual, a través de las cuales se identificó la etapa de desarrollo puberal en la que se encuentran las púberes, de acuerdo a los estadios propuestos por Tanner (Tanner, 1962; Kaplan y Mammel, 1994), los cuales se describen a continuación:

- Estadio 1: No hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada. No existe vello púbico.

- Estadio 2: Etapa del botón mamario, en la cual se palpa tejido mamario sobre la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, con aumento del diámetro areolar. Existe el crecimiento de vello púbico suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado a lo largo de los labios mayores.
- Estadio 3: Se caracteriza por el crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón aumenta de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno. El vello púbico es más oscuro, áspero y rizado, se extiende por el pubis en forma poco densa.
- Estadio 4: Existe mayor crecimiento de la mama, con la areola más pigmentada, se observa claramente el pezón, la areola y la mama. El vello púbico ya es característico del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos. Aparece la primera menstruación.
- Estadio 5: En esta etapa se logra la madurez física y sexual, las mamas obtienen su tamaño final, en donde sólo el pezón protruye, y la areola tiene el mismo contorno de la mama. Termina el crecimiento del vello púbico que se extiende hacia la cara interna de los muslos. Comienza a regularizarse la menstruación y la ovulación.

Imagen Corporal

Definición Conceptual: “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).

Definición Operacional: Esta variable fue evaluada a través de la percepción de la imagen corporal y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. La percepción con la imagen corporal fue valorada por medio de reactivos específicos sobre la propia imagen, que involucran la percepción de delgadez u obesidad. Para la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se utilizaron una serie de figuras

que cubren un continuo de peso corporal, que van desde siluetas muy delgadas, pasando por una de peso normal, hasta siluetas “gordas” u “obesas”. Una diferencia entre la selección de la figura actual y la figura ideal se interpretó como insatisfacción, una diferencia positiva se consideró como querer ser más delgada, y diferencias negativas que quieren ser más gruesas, una diferencia igual a cero indica satisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez – Mitré, 1998,1999; Cuestionario de Alimentación y Salud).

Conducta alimentaria normal

Definición Conceptual: “Dieta que cubre las necesidades específicas de las diferentes etapas de la vida, y promueve el crecimiento y desarrollo adecuado en la infancia, y permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla, previniendo el desarrollo de enfermedades en la etapa adulta (Proyecto de Norma Oficial Mexicana, 2002, p.4).

Conducta alimentaria de riesgo

Definición Conceptual: “Seguimiento de patrones distorsionados del consumo de alimentos como ayuno, sobreingesta, vómito autoinducido, exceso de ejercicio, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos” (Unikel, 1998).

Conducta de restricción o dieta restringida

Definición Conceptual: “Tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como, la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida, cena) a lo largo del día, con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal” (Gómez Pérez – Mitré y Ávila, 1998, p.37; Huon y Strong, 1998, p.361).

Definición Operacional: Estas conductas fueron evaluadas por medio de las preguntas incluidas en el instrumento, a partir de las secciones del EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios), del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez – Mitré, 1998, 2000), que evalúa aspectos relacionados con el consumo o eliminación de alimentos engordadores, y de tiempos de comida (desayuno, comida o cena). Las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro puntos: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3) y siempre (4). Una mayor puntuación indica un mayor problema relacionado con dichas conductas.

Factores socioculturales

Influencia de la publicidad

Definición Conceptual: “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).

Malestar por la imagen corporal

Definición Conceptual: “Molestia o incomodidad con la imagen corporal generada por los mensajes, comentarios e imágenes emitidos por los medios de comunicación y de los pares, que promueven estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littleton y Ollendick, 2003, p.55).

Definición Operacional: Estas variables fueron evaluadas a través de los reactivos incluidos en el instrumento a partir de la versión modificada del CIMEC – 26 (diseñado por Toro, Salamero y Martínez, 1994) adaptada y validada por Saucedo – Molina (2003), cuyo propósito es explorar la interiorización de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal. Las respuestas fueron valoradas en una escala de cuatro puntos: nunca (1), pocas veces (2), muchas veces (3) y

siempre (4). Entre mayor puntuación, mayor influencia sobre el modelo estético corporal.

IMC

Definición Conceptual: “Razón que se establece al dividir el peso corporal de un individuo expresado en Kg, entre la estatura expresada en metros, elevada al cuadrado” (Orientación Alimentaria, Glosario de Términos, 2001, p. 22).

Definición Operacional: Esta variable fue evaluada mediante la fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$, el valor obtenido fue clasificado de acuerdo a los valores encontrados para población púber, por Saucedo – Molina, Unikel, Villatoro y Fleiz, (2003), a partir de los puntos de corte percentilares señalados por el National Center for Health Statistics (CDC, Growth Charts: United States, 2000), los cuales se muestran a continuación en la tabla 1.

Tabla 1		
Puntos de corte del IMC para púberes		
<i>Categoría</i>	<i>*Percentil</i>	<i>**Valor</i>
Desnutrición	<5	<15.7446
Bajo peso	>5<15	15.7446 – 16.9605
Normal	>15<85	16.9605 – 24.4347
Sobrepeso	>85<95	24.4347 – 27.1835
Obesidad	>95	>27.1835

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

8.2 Diseño de investigación

La presente investigación puede clasificarse como un estudio no experimental, transversal, de campo descriptivo, correlacional.

8.3 Muestra

La muestra total de púberes fue seleccionada de forma probabilística, utilizando la fórmula de estimación para proporciones (Pagano y Graneau, 2001), que se describe a continuación:

$$N = \left(\frac{(Z_{\beta} + Z_{\alpha})^2 (PQ)}{(P_1 - P_0)^2} \right)$$

$$P = \frac{X_1 - X_2}{n_1 - n_2}$$

$$Q = 1 - P$$

Donde:

Z_{β} = Poder de la muestra o probabilidad de rechazar una hipótesis nula falsa.

Z_{α} = Nivel de confiabilidad o probabilidad de rechazar una hipótesis nula verdadera.

P = Proporción estimada a partir de dos poblaciones.

$P_1 - P_0$ = Diferencia de proporciones de dos poblaciones con respecto a una característica.

Sustituyendo:

$$N_{95\%} = \left[\frac{(1.645 + 1.96)^2 (0.145 * 0.855)}{(0.17 - 0.12)^2} \right]$$

$$P = \frac{106.59 - 75.24}{627 + 627} = \frac{181.83}{1254} = 0.145$$

$$Q = 1 - 0.145 = 0.855$$

$$N_{95\%} = \frac{(1.645 + 1.96)^2 (0.145 * 0.85)}{(0.17 - 0.12)^2} = \frac{(3.60)^2 (0.12)}{(0.05)^2}$$

$$N_{95\%} = \frac{(1.645 + 1.96)^2 (0.145 * 0.85)}{(0.17 - 0.12)^2} = \frac{(3.60)^2 (0.12)}{(0.05)^2}$$

$$N_{95\%} = \frac{(12.99) (0.12)}{0.0025} = 644.47$$

8.4 Instrumento para púberes

En la presente investigación se utilizó el instrumento para púberes, en su versión para mujeres, desarrollado, validado y confiabilizado por Saucedo – Molina (2003), el cual evalúa conductas alimentarias de riesgo, factores socioculturales e imagen corporal.

Dicho instrumento está conformado por las secciones que se describen a continuación:

La primera sección, evalúa aspectos sociodemográficos; la segunda, conductas alimentarias normales y de riesgo, empleando secciones del EFRATA y del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez - Mitré, 1998, 2000). Para la estimación de la madurez sexual, se incluyen dibujos que representan los principales estadios de Tanner (Tanner, 1962; Kaplan y Mammel, 1994), y reactivos específicos sobre el crecimiento y desarrollo de ésta etapa. La influencia sociocultural, es medida a través de la versión modificada del CIMEC – 26 (Toro, Salamero y Martínez, 1994), adaptada y validada por Saucedo – Molina (2003), cuyo objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. La mayoría de las preguntas se encuentran valoradas en una escala de cuatro puntos: 1 (nunca), 2 (pocas veces), 3 (muchas veces), 4 (siempre). En la tabla 2, se muestra la distribución de las secciones que conforman el instrumento mencionadas anteriormente.

Tabla 2	
Áreas y reactivos que conforman el instrumento para púberes	
<i>Área</i>	<i>Reactivo</i>
Características sociodemográficas	1 – 8
Datos antropométricos	1 – 2 sección A
Madurez sexual	8 – 11 sección A
Imagen corporal	12 sección A y 1 – 7 sección C
Conductas alimentarias	1 – 26 sección B
Influencia sociocultural (CIMEC – 12)	1 – 12 sección D

Fuente: Saucedo – Molina (2003)

La versión completa del instrumento se muestra en el anexo 3.

8.5 Procedimiento:

8.5.1 Aplicación del instrumento

Se acudió a dos escuelas secundarias públicas y una escuela privada de la Ciudad de Pachuca, para llevar a cabo la aplicación grupal del instrumento, previa autorización de los directivos de cada una de las instituciones, así como de los púberes que participaron en la investigación de manera voluntaria (consentimiento informado).

La aplicación del instrumento se realizó en los salones de clase de cada institución, en los días y horarios indicados por cada plantel, y fue llevada a cabo por los responsables de la presente investigación, contando con la colaboración voluntaria de maestros quienes contribuyeron a mantener el control del grupo. Al inicio de ésta actividad, en cada uno de los grupos se realizó la presentación de los responsables del estudio, se les explicó el objetivo de la investigación y la importancia de su participación voluntaria, posteriormente se les dieron las instrucciones necesarias para el llenado del instrumento, haciendo hincapié en la confidencialidad de sus respuestas y la forma en la cual serían resueltas sus dudas. Al finalizar dicha actividad, se les tomó su peso y talla (previa estandarización), realizándose el registro de los datos en su cuestionario. El peso fue tomado con el mínimo de ropa (falda y blusa), sin zapatos, en posición erecta, en el centro de la báscula, con los pies paralelos. Se utilizó una báscula digital marca seca, revisando su calibración al inicio de cada sesión antropométrica. Para la obtención de la talla se utilizó un estadímetro portátil tipo escuadra, que era instalado en una pared lisa y sin bordes, asegurando su correcta colocación. Las púberes eran colocadas descalzas y sin ningún objeto en el cabello, en posición erecta, con la cabeza en el plano de Frankfurt, con las extremidades superiores colgando a los costados, con los talones juntos y las puntas separadas, formando un ángulo de 45° aproximadamente. Una vez concluida la recolección de datos se realizó el análisis de la información.

9. RESULTADOS

El análisis de los datos se llevó a cabo con el Statistical Package Social Science (SPSS) versión 10 para Windows, realizándose análisis descriptivos de porcentajes, medias, desviaciones estándar, así como, análisis inferenciales de correlación, para determinar el grado de asociación entre factores y con respecto al IMC.

Con respecto al análisis de factores por nivel socioeconómico, debido a que sólo se tuvo acceso a una escuela privada, y se registró sólo un porcentaje del 4.5% de púberes de nivel socioeconómico alto, no fue factible realizar el análisis.

Como ya se señaló, el instrumento utilizado en la presente investigación, validado y confiabilizado por Saucedo - Molina (2003) consta de 6 factores, los cuales, fueron retomados para el análisis de la muestra. El instrumento alcanzó un alfa de cronbach = 0.89 y explicó el 51% de la varianza. El factor 1 alcanzó un alfa de cronbach = 0.86 y explicó el 12.39% de la varianza, el factor 2 de 0.68 y explicó el 8.73% de la varianza, el factor 3, de 0.80 y explicó el 8.57% de la varianza, el factor 4 de 0.79 y explicó el 8.44% de la varianza, el factor 5 de 0.66 y explicó el 6.53% de la varianza, el factor 6 de 0.64 y explicó el 6.36% de la varianza.

En la tabla 3, se muestran los factores contenidos en el instrumento junto con los reactivos que los conforman.

Tabla 3	
Factores y reactivos que conforman el instrumento para púberes	
Factor	Reactivos
1	Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas.
	Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y la figura del cuerpo.
	Llaman tu atención los anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas.
	Llaman tu atención los anuncios de televisión sobre productos para adelgazar.
	Te interesan los artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad.
	Llaman tu atención los anuncios de televisión o revistas que tratan sobre como moldear la figura.
2	Envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otras deportistas.
	Te gusta el cuerpo delgado de las artistas de televisión.
	Te gustaría tener el cuerpo como Thalia, Belinda o Anahí.
	Te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma.
	Envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa.
3	Escoge la figura que más se parezca a tu cuerpo.
	Qué peso te gustaría tener.
	Tú te consideras.
	Tú mamá te considera.
4	Ya estás menstruando.
	Tienes vello en tus axilas.
	Desarrollo del busto (imagen).

Tabla 3 Continuación	
5	Para controlar tu peso te saltas comidas.
	Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.
	Te la pasas muriéndote de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso.
	Tomas agua para quitarte el hambre.
6	Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.
	Evitas comer alimentos engordadores (pan, dulces, pizza, frituras, chocolates).
	Cuidas lo que comes para no subir de peso.
	Engordar te preocupa.

Factor 1: Influencia de la publicidad; Factor 2: Malestar por la imagen corporal; Factor 3: Percepción de la imagen corporal; Factor 4: Madurez sexual; Factor 5: Dieta restringida; Factor 6: Preocupación por el peso y la comida.

9.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total de púberes quedó formada por una n=1132 estudiantes de primero, segundo y tercer grado de secundaria, de dos escuelas públicas (95.5%) y una escuela privada (4.5%) de la Ciudad de Pachuca. Su distribución por grado escolar se muestra en la tabla 4.

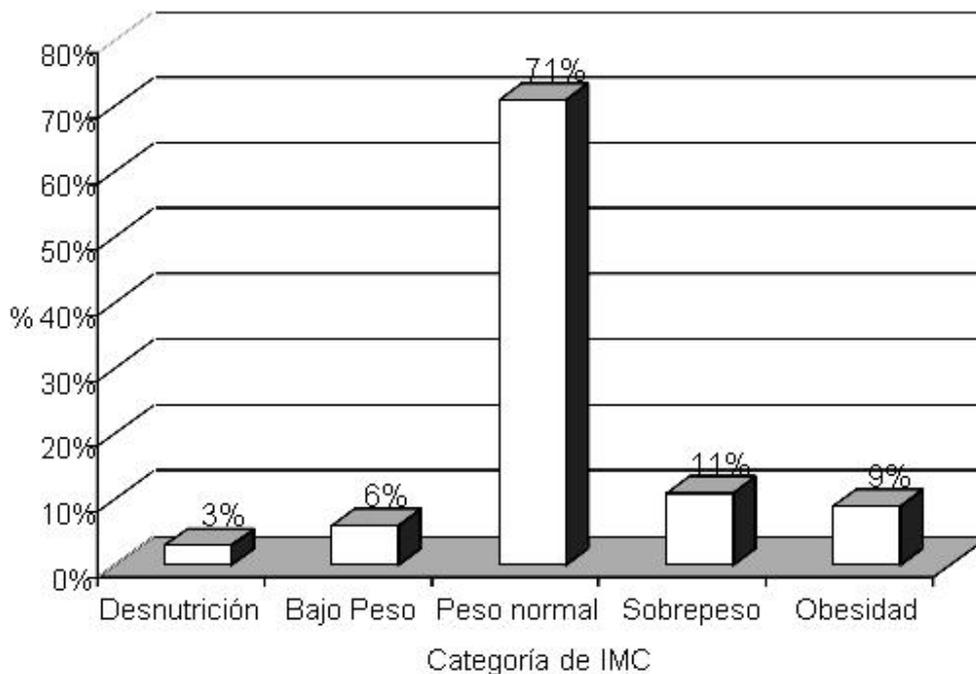
Tabla 4		
Distribución porcentual de púberes mujeres por grado escolar		
<i>Grado Escolar</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Primero de Secundaria	414	36.6
Segundo de Secundaria	365	32.2
Tercero de Secundaria	353	31.2
Total	1132	100.0

En la tabla 5 se muestra la distribución porcentual de púberes por edad, cuyo rango oscila entre los 11 y los 15 años, con una media de 13.20 y una D.E. = 0.99.

Tabla 5		
Distribución porcentual de púberes mujeres por edad		
<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
11.00	19	1.7
12.00	291	25.7
13.00	377	33.3
14.00	339	29.9
15.00	100	8.8
16.00	6	0.5
Total	1132	100.0

9.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VARIABLES

9.2.1 Distribución porcentual del IMC.



Gráfica 1: Distribución porcentual del IMC de la muestra de púberes.

En el gráfico 1, se muestra la distribución porcentual del IMC, en la cual se puede apreciar, que el 71% de las púberes se encuentran dentro del rango de peso normal, el 11% se clasifica con sobrepeso, y el 9% con obesidad, mientras que el 6% presenta bajo peso y el 3% desnutrición.

9.2.2 Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

En la tabla 6, se muestra la distribución porcentual de la variable satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal, evaluada a través de la diferencia entre la selección de la figura actual y la figura ideal, en la cual se puede observar, que él

57% de las púberes están insatisfechas con su imagen corporal, y de este porcentaje el 39.5% quieren ser más delgadas y el 17.5% más gruesas, mientras sólo el 43% de púberes se encuentran satisfechas con su imagen corporal.

Tabla 6				
Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal				
Variable	Grado de satisfacción/insatisfacción			
Satisfacción respecto a la imagen corporal	Satisfacción	Insatisfacción (quieren ser más delgadas)	Insatisfacción (quieren ser más gruesas)	Total
	43.0%	39.5%	17.5%	100.0%

9.2.3 Distribución porcentual del factor percepción de la imagen corporal.

En la tabla 7, se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide la percepción de la imagen corporal, que se encuentra relacionado con la forma en que las púberes autoperciben su peso corporal. Los porcentajes obtenidos muestran que el 7.1% considera su figura corporal muy delgada, el 35.9% delgada, y solamente el 29.4% considera tener una figura corporal normal, mientras que el 24.6% considera su figura con sobrepeso, y el 3.0% con obesidad. Sólo el 38.9% de púberes se encuentran conformes con su peso actual, al 34.8% les gustaría tener un peso menor, y al 13.9% mucho menor, mientras al 12.4% les gustaría pesar más. En cuanto a lo que creen que sería su peso adecuado, el 47.8% considera que se encuentra en su peso; sin embargo el 26.8% considera tener un peso por arriba, y el 7.5% muy por arriba de éste; el 17.9% restante se autopercibe con un peso por debajo del adecuado. El 66.4% considera estar ni gorda ni delgada, el 18.6% considera estar delgada y muy delgada, mientras el 15% considera estar gorda. Al respecto, el 56.8% de madres considera que sus hijas no están ni gordas ni delgadas, el 32.1% considera que están delgadas, y sólo el 11.1% considera que son gordas.

Tabla 7						
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide la percepción de la imagen corporal						
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de respuesta</i>					
Figura actual	Muy delgada	Delgada	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
	7.1%	35.9%	29.4%	24.6%	3.0%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de respuesta</i>					
Qué peso te gustaría tener	Mucho más alto	Más alto	El mismo que tengo	Menor del que tengo	Mucho menor	Total
	2.8%	9.6%	38.9%	34.8 %	13.9%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de respuesta</i>					
Con respecto a tu peso adecuado, ¿te encuentras	Muy por debajo	Por debajo	En tu peso adecuado	Por arriba	Muy por arriba	Total
	4.2%	13.7%	47.8%	26.8%	7.5%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de respuesta</i>					
Tú te consideras	Muy delgada	Delgada	Ni gorda ni delgada	Gorda	Muy gorda	Total
	4.0%	14.6%	66.4%	13.5%	1.5%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de respuesta</i>					
Tú mamá te considera	Muy delgada	Delgada	Ni gorda ni delgada	Gorda	Muy gorda	Total
	9.5%	22.6%	56.8%	10.2%	0.9%	100.0%

9.2.4 Distribución porcentual del factor madurez sexual.

En la tabla 8, se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide madurez sexual, que incluye aspectos relacionados con el desarrollo físico de las púberes (caracteres sexuales primarios y secundarios) tales, como la presencia de la menstruación, edad a la que se les presentó, desarrollo del vello axilar, del busto y vello púbico, evaluado a través de figuras corporales con diferentes grados de desarrollo sexual, de acuerdo con las etapas o estadios de Tanner (Tanner, 1962; Kaplan y Mammel, 1994). Al respecto, se puede apreciar que las púberes se ubican en la etapa de pubertad temprana, al encontrarse que el 63.0% está en el estadio 2, y el 30.9% en el estadio 1, y sólo el 5.8% de ellas se encuentra en el estadio 3 (pubertad media), mientras que ninguna se encuentra en el estadio 4 (madurez adulta).

<i>Factor</i>	<i>Etapa de desarrollo</i>				Total
	Estadio 1	Estadio 2	Estadio 3	Estadio 4	
Madurez sexual	30.9%	63.0%	5.8%	0.0%	100.0%

9.2.5 Distribución porcentual del factor malestar por la imagen corporal.

En la tabla 9, se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide el malestar por la imagen corporal, en el que se cuestionó a las púberes respecto a figuras corporales presentes en los medios de comunicación, así como, la deseabilidad de tener un cuerpo delgado, (p. e. envidias el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otros deportistas; envidias el cuerpo de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de ropa; te gusta el cuerpo

delgado de las artistas de televisión; te gustaría tener el cuerpo como Thalía, Belinda o Anahí; te molesta que te digan que estás llenita o gordita, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma). De acuerdo con los porcentajes obtenidos, el 48.8% de las púberes refiere no envidiar un cuerpo delgado, el 32.9% lo envidia pocas veces, el 15.2% muchas veces, y el 3.4% siempre.

Tabla 9					
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide el malestar por la imagen corporal					
<i>Factor</i>	<i>Categoría de respuesta</i>				
Malestar por la imagen corporal	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Total
	48.8%	32.9%	15.2%	3.4%	100.0%

9.2.6 Distribución porcentual del factor influencia de la publicidad.

En la tabla 10, se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide la influencia de la publicidad, relacionada con los mensajes e imágenes acerca del peso y la figura corporal, emitidos a través de los medios de comunicación, en donde se cuestionó el interés de las púberes en los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas; conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas y figura del cuerpo; anuncios de productos para adelgazar de farmacias y tiendas; anuncios de televisión sobre productos para adelgazar; artículos, programas de radio y/o televisión relacionados con el control de la obesidad; así como, su interés en los anuncios de televisión o revistas sobre como moldear la figura. En relación a este aspecto se puede apreciar, que el 64.2% de las púberes refirió que nunca les han llamado la atención este tipo de anuncios para adelgazar, al 24.7% sólo pocas veces, mientras que al 7.9% sí les llama la atención muchas veces, y al 3.0% siempre.

Tabla 10					
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide la influencia de la publicidad					
<i>Factor</i>	<i>Categoría de respuesta</i>				
Influencia de la publicidad	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Total
	64.2%	24.7%	7.9%	3.0%	100.0%

9.2.7 Distribución porcentual del factor tiempos de comida.

En la tabla 11 se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide tiempos de comida, en donde se cuestionó a las púberes sobre el hábito que tienen de realizar sus tres comidas al día, y si acostumbran desayunar o cenar. Los porcentajes de respuesta obtenidos muestran, que al sumar las categorías de muchas veces y siempre, el 62.9% realiza sus tres comidas sin omitir ninguna, mientras que al sumar las categorías de nunca y pocas veces, el 37.2% de ellas no las realiza con regularidad, y de éste porcentaje el 26.2% omite principalmente la cena, y el 11.0% el desayuno.

Tabla 11					
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide tiempos de comida					
<i>Factor</i>	<i>Categoría de respuesta</i>				
Tiempos de comida	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Total
	8.7%	28.5%	36.6%	26.3%	100.0%

9.2.8 Distribución porcentual del factor preocupación por el peso y la comida.

En la tabla 12 se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide la preocupación por el peso y la comida, en donde se cuestionó a

las púberes sobre la ingestión de comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar su peso; si evitan comer alimentos engordadores (pan dulce, pizza, frituras, chocolates); y si cuidan lo que comen para no subir de peso. Los porcentajes muestran que el 40.7% no realiza este tipo de conductas para controlar su peso, el 47.6% sólo lo hace pocas veces; sin embargo, al sumar las categorías de muchas veces y siempre, el 11.1% sí recurre a ellas para cuidar su peso.

Tabla 12					
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide preocupación por el peso y la comida					
<i>Factor</i>	<i>Categoría de respuesta</i>				
Preocupación por el peso y la comida	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Total
	40.7%	47.6%	10.5%	0.6%	100.0%

9.2.9 Distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar.

En la tabla 13 se muestra la distribución porcentual de un reactivo del instrumento que resulta interesante observar, el cual, está relacionado con la preocupación que presentan las púberes por engordar. Al respecto, se puede apreciar que al 11.9% de púberes no les preocupa, al 26.4% les preocupa poco, y al 31.8% les preocupa de manera regular; sin embargo, al sumar las categorías de te preocupa mucho y demasiado, el 29.8% de ellas se encuentran muy preocupadas por llegar a engordar.

Tabla 13						
Distribución porcentual de la preocupación por engordar						
<i>Reactivo</i>	<i>Grado de preocupación</i>					
Preocupación por engordar	No te preocupa	Poco	De manera regular	Mucho	Demasiado	Total
	11.9%	26.4%	31.8%	17.3%	12.5%	100.0%

9.2.10 Distribución porcentual del factor dieta restringida.

En la tabla 14, se muestra la distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor, que mide dieta restringida, que describe la autoprivación de alimentos realizada por las púberes para controlar el peso y la figura corporal, en el cual se les cuestionó; si para controlar su peso se saltan comidas; están a dieta para bajar de peso la rompen y la vuelven a empezar; si se la pasan “muriéndose de hambre” ya que constantemente hacen dietas para controlar su peso; o toman agua para quitarse el hambre. Al respecto, se encontró que el 81.2% de las púberes refiere no realizar ninguna de las conductas restrictivas mencionadas anteriormente para controlar su peso, el 15.4% las realiza pocas veces, y sólo el 2.8% las realiza muchas veces, y el 0.4% siempre.

Tabla 14					
Distribución porcentual de los reactivos que conforman el factor que mide dieta restringida					
<i>Factor</i>	<i>Categoría de respuesta</i>				
	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre	Total
Dieta restringida	81.2%	15.4%	2.8%	0.4%	100.0%

9.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FACTORES POR CATEGORÍA PERCENTILAR DE IMC

9.3.1 Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 15, se muestra la distribución porcentual de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por categoría percentilar de IMC, en la cual, se observa que el mayor porcentaje de púberes que se encuentran

satisfechas con su imagen, se ubican en la categoría de peso normal con un 50.3% y en la de bajo peso con un 43.3%; en las púberes con desnutrición, este porcentaje es del 39.5%, mientras que en el caso de las púberes con sobrepeso y obesidad, disminuye a 17.7%, y 17.5% respectivamente. En cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal, es en las categorías de sobrepeso y obesidad en donde existe mayor insatisfacción, encontrándose que el 82.2% de las púberes con sobrepeso están insatisfechas con su imagen, debido a que de este porcentaje, el 81.4% quieren ser más delgadas, y el 0.8% quieren ser más gruesas. En el caso de las púberes con obesidad, este porcentaje es del 82.5%, ya que también quieren ser más delgadas. En la categoría de púberes con desnutrición, el 60.5% están insatisfechas con su imagen porque quieren ser más gruesas; mientras que en la de bajo peso, el 56.8% muestra insatisfacción, y de este porcentaje el 49.3% quieren ser más gruesas, y el 7.5% más delgadas. Así mismo, en la categoría de peso normal, se encontró que este porcentaje de insatisfacción es de 49.7%, del cual el 32.1% quieren ser más delgadas y el 17.6% más gruesas.

Variable	Categoría de IMC				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Satisfacción	39.5%	43.3%	50.3%	17.7%	17.5%
Insatisfacción (quieren ser más delgadas)	0.0%	7.5%	32.1%	81.4%	82.5%
Insatisfacción (quieren ser más gruesas)	60.5%	49.3%	17.6%	0.8%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.2 Distribución porcentual del factor percepción de la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 16, se muestra la distribución porcentual de la percepción de la imagen corporal por categoría de IMC, en donde se observa, que el 89.4% de las púberes clasificadas con desnutrición perciben su figura actual como delgada, y muy delgada, y un 10.5% como normal, cabe señalar que ninguna de ellas considera su figura con sobrepeso u obesidad. De igual forma, el 82.0% de púberes con bajo peso percibe su figura delgada, el 17.9% como normal, y al igual que en la categoría con desnutrición, ninguna percibe su figura con sobrepeso u obesidad. En la clasificación de peso normal, el 48.7% considera su figura delgada, el 35.5% como normal, y el 15.7% con sobrepeso y obesidad. En la categoría de sobrepeso, el 69.3% refiere tener una figura con sobrepeso, el 21.7% normal, el 4.8% delgada, y el 4.0% con obesidad. Con respecto a las púberes con obesidad, el 67% considera su figura con sobrepeso, el 26.2% con obesidad, el 5.8% normal, y el 1.0% como muy delgada.

Por otra parte, solamente al 10.5% de púberes clasificadas con desnutrición, les gustaría mantenerse con el mismo peso que tienen, el 86.7% quisieran pesar más, y el 2.6% tener un peso menor. Al 52.2% de púberes con bajo peso les gustaría conservar su peso, el 41.7% quisieran pesar más, y el 5.9% pesar menos. En la categoría de peso normal, al 47.8% le gustaría conservar su mismo peso, al 9.6% tener un peso más alto, y al 42.4% un peso menor. En las púberes con sobrepeso, sólo al 12.9% les gustaría quedarse con su peso, el 85.4% quiere pesar menos, y el 1.6% más. En el caso de las púberes con obesidad, sólo el 1.9% quiere conservar su peso, y al 97% le gustaría disminuirlo.

Con respecto a lo que creen que es su peso adecuado, el 21.0% de púberes con desnutrición consideran estar en su peso, y el 78.9% que están por debajo de él. El 43.2% con bajo peso refieren tener un peso adecuado, el 55.1% por abajo, y el 1.5% por arriba de éste. En la categoría de peso normal, el 27.5% piensa que está por

arriba de su peso, y el 14.8% por debajo. En la categoría de sobrepeso, el 25.2% cree estar en su peso, el 68.2% por arriba, y el 6.4% por debajo, así mismo, el 11.6% de púberes con obesidad también cree tener un peso normal, el 80.5% por arriba, y el 7.6% por debajo de él.

El 47.3% de púberes con desnutrición se consideran delgadas, el 34.2% muy delgadas, y el 18.4% normales. En la categoría de bajo peso, estos porcentajes son de 49.2% para quien se considera normal, 31.3% para quien se considera delgada, y 19.4% para quien se considera muy delgada. El 17.9% de púberes con peso normal cree estar delgada, y el 6.3% gorda. El 63.7% de púberes con sobrepeso consideran estar ni gordas ni delgadas, y sólo el 36.2% se consideran gordas. En las púberes con obesidad, el 65.4% se considera gorda, el 6.8% muy gorda, el 27.1% ni gorda ni delgada, y el 0.9% cree estar muy delgada. Al respecto, las madres consideran al 50.0% de sus hijas, clasificadas con desnutrición, como delgadas, al 26.3% muy delgadas, y al 23.6% normales. En el caso de las púberes con bajo peso, perciben al 47.7% de ellas como delgadas, al 25.3% como muy delgadas, y al 26.8% como normales. En relación a las púberes con peso normal, ven delgadas al 35.1%, al 59.1% normales, y al 5.7% gordas. El 70.9% de púberes con sobrepeso son percibidas como normales, el 26.6% gordas, y el 2.4% delgadas. El 53.3% de púberes clasificadas con obesidad son consideradas como normales, el 44.6% gordas, y el 1.9% delgadas.

Tabla 16					
Distribución porcentual del factor percepción de la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC					
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
Figura actual	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Muy delgada	50.0%	29.8%	5.0%	0.0%	1.0%
Delgada	39.4%	52.2%	43.7%	4.8%	0.0%
Normal	10.5%	17.9%	35.5%	21.7%	5.8%
Sobrepeso	0.0%	0.0%	15.5%	69.3%	67.0%
Obesidad	0.0%	0.0%	0.2%	4.0%	26.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
Qué peso te gustaría tener	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Mucho más alto	23.6%	8.9%	2.1%	0.0%	0.0%
Más alto	63.1%	32.8%	7.5%	1.6%	0.9%
El mismo	10.5%	52.2%	47.8%	12.9%	1.9%
Menor	2.6%	5.9%	33.7%	54.0%	50.4%
Mucho menor	0.0%	0.0%	8.7%	31.4%	46.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
Con respecto a tu peso adecuado, te encuentras	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Muy por abajo	26.3%	11.9%	2.5%	1.6%	6.7%
Por abajo	52.6%	43.2%	12.3%	4.8%	0.9%
En tu peso	21.0%	43.2%	57.6%	25.2%	11.6%
Por arriba	0.0%	1.5%	23.5%	51.2%	49.5%
Muy por arriba	0.0%	0.0%	4.0%	17.0%	31.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 16 Continuación					
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
Tú te consideras	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Muy delgada	34.2%	19.4%	2.2%	0.0%	0.9%
Delgada	47.3%	31.3%	15.7%	0.0%	0.0%
Ni gorda ni delgada	18.4%	49.2%	75.6%	63.7%	27.1%
Gorda	0.0%	0.0%	5.6%	33.0%	65.4%
Muy gorda	0.0%	0.0%	0.7%	3.2%	6.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<i>Reactivo</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
Tú mamá te considera	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Muy delgada	26.3%	25.3%	10.0%	0.8%	0.0%
Delgada	50.0%	47.7%	25.1%	1.6%	1.9%
Ni gorda ni delgada	23.6%	26.8%	59.1%	70.9%	53.3%
Gorda	0.0%	0.0%	5.2%	25.8%	39.8%
Muy gorda	0.0%	0.0%	0.5%	0.8%	4.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.3 Distribución porcentual del factor madurez sexual de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 17, se muestra la distribución porcentual del factor madurez sexual por categoría de IMC, en el cual se observa, que en todas las categorías de peso, las púberes se encuentran en el estadio 1 y 2 de desarrollo. Las púberes con bajo peso y desnutrición, están principalmente en el estadio 1; y las clasificadas con peso normal, sobrepeso, y obesidad, en el estadio 2. En la categoría de púberes con desnutrición, el 68.5% se encuentra en el estadio 1, y el porcentaje restante que

corresponde al 31.6%, se encuentra en el estadio 2. En las púberes con bajo peso, el 58.2% se encuentra en el estadio 1, el 38.8% en el estadio 2, y sólo el 3.0% en el estadio 3. En la categoría de peso normal, el 65.7% se encuentra en el estadio 2, el 29.2% en el estadio 1, y el 5.0% en el estadio 3. En la categoría de sobrepeso, el 71.7% se ubica en el estadio 2, el 20.2% en el estadio 1, y el 8.0% en el estadio 3. En la categoría de obesidad, el 63.3% se encuentra en el estadio 2, el 27.1% en el estadio 1, y el 5.7% en el estadio 3.

Tabla 17					
Distribución porcentual del factor madurez sexual de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.					
Etapa de desarrollo	Categoría de IMC				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Estadio 1	68.5%	58.2%	29.2%	20.2%	27.1%
Estadio 2	31.6%	38.8%	65.7%	71.7%	63.3%
Estadio 3	0.0%	3.0%	5.0%	8.0%	5.7%
Estadio 4	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.4 Distribución porcentual del factor malestar por la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 18, se muestra la distribución porcentual del factor malestar con la imagen corporal de acuerdo a las categorías de IMC, en la cual, se aprecia que el 68.5% de púberes clasificadas con desnutrición, nunca han envidiado el cuerpo delgado de figuras exitosas presentes en los medios de comunicación, y el 31.5% restante, sólo lo envidia pocas veces. En la categoría de bajo peso, el 59.7% no lo envidia, el 31.3% pocas veces, mientras que el 9.0% lo envidia muchas veces, y

siempre. En las púberes clasificadas con peso normal, el 51.2% no lo envidian, el 31.9% pocas veces, y el 16.9% sí lo envidia muchas veces, y siempre. En la categoría de sobrepeso, el porcentaje de púberes a quienes no les da envidia un cuerpo delgado disminuye a un 36.4%, el 34.8% lo envidia pocas veces, sin embargo, el 28.9% lo envidia muchas veces, y siempre. En las púberes clasificadas con obesidad, el porcentaje que no envidia un cuerpo delgado disminuye más en comparación con las otras categorías de peso, representando tan sólo el 28.1%, el 39.8% lo hace pocas veces, mientras el 32.1% lo envidia muchas veces y siempre.

Tabla 18					
Distribución porcentual del factor malestar con la imagen corporal de acuerdo a las categorías percentilares de IMC					
Categoría de respuesta	Categoría de IMC				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Nunca	68.5%	59.7%	51.2%	36.4%	28.1%
Pocas veces	31.5%	31.3%	31.9%	34.8%	39.8%
Muchas veces	0.0%	7.5%	13.8%	24.1%	26.3%
Siempre	0.0%	1.5%	3.1%	4.8%	5.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.5 Distribución porcentual del factor influencia de la publicidad de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 19, se muestra la distribución porcentual del factor influencia de la publicidad de acuerdo a las categorías de IMC, en la cual se observa, que en las púberes clasificadas con desnutrición, al 94.7% no les llaman la atención, los anuncios de productos para adelgazar o moldear la figura, que aparecen en los medios de comunicación, y sólo al 5.3% le interesan pocas veces. En el caso de las

púberes con bajo peso, al 85.2% nunca les han llamado la atención este tipo de anuncios, al 13.5% sólo pocas veces, y nada más a un pequeño porcentaje, que representa el 1.5% les interesan muchas veces. En púberes con peso normal, al 67.6% nunca les han interesado, al 23.1% pocas veces, mientras al 9.6% sí les llama la atención. En la categoría de sobrepeso, el porcentaje de púberes a quienes no les llaman la atención este tipo de anuncios, disminuye en comparación con las categorías de peso mencionadas anteriormente, observándose que sólo al 47.7% no les interesan, y al 33.1% les interesan pocas veces, mientras el porcentaje a quienes les interesan, aumenta a 19.2%. En la categoría de obesidad, al 35% nunca les ha interesado esta información, al 42.7% pocas veces, y el porcentaje de púberes a quienes sí les interesa, aumenta a 22.4%.

<i>Categoría de respuesta</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Nunca	94.7%	85.2%	67.6%	47.7%	35.0%
Pocas veces	5.3%	13.5%	23.1%	33.1%	42.7%
Muchas veces	0.0%	1.5%	7.1%	14.4%	14.6%
Siempre	0.0%	0.0%	2.5%	4.8%	7.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.6 Distribución porcentual del factor tiempos de comida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 20, se muestra la distribución porcentual del factor tiempos de comida por categoría de IMC, donde se puede apreciar, que el 81.5% de púberes con

desnutrición, realizan sus tres comidas de manera regular, y sólo el 18.4% pocas veces no lo hace. De igual forma, el 77.6% de púberes con bajo peso también realizan sus tres comidas regularmente, mientras que el 22.4% de ellas frecuentemente no las realizan. El 65.4% de púberes con peso normal las realiza muchas veces y siempre, mientras el 34.6% nunca o pocas veces lo hace. En la categoría de sobrepeso, el porcentaje de púberes que realizan sus tres comidas muchas veces y siempre, disminuye a un 47.5%, aumentando a 52.5% el porcentaje de quienes nunca o pocas veces lo hacen. En las púberes con obesidad, el 45.7% de las púberes hacen sus tres comidas muchas veces y siempre, y el 54.4% nunca o pocas veces lo hace.

<i>Categoría de respuesta</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Nunca	0.0%	1.5%	6.9%	18.6%	18.4%
Pocas veces	18.4%	20.9%	27.7%	33.9%	36.0%
Muchas veces	36.8%	44.8%	37.0%	31.4%	34.0%
Siempre	44.7%	32.8%	28.4%	16.1%	11.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.7 Distribución porcentual del factor preocupación por el peso y la comida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 21, se muestra la distribución porcentual del factor preocupación por el peso y la comida por categoría de IMC, al respecto, se aprecia que el 80.5% de púberes con desnutrición, no cuidan lo que comen para no subir de peso, el 16.7% lo

hace pocas veces, y sólo el 2.8% lo hace muchas veces, pero no siempre. En la categoría de bajo peso, el 70.1% nunca se preocupa por lo que come, el 23.9% pocas veces, y tan sólo el 0.6% se preocupa muchas veces. En la categoría de peso normal, el 43.0% nunca realiza este tipo de conductas para cuidar su peso, el 46.6% pocas veces, y el 10.7% las realiza muchas veces y siempre. El 25.8% de púberes con sobrepeso nunca se preocupan por este aspecto, el 62.1% pocas veces, mientras el 12.1% sí se preocupan muchas veces y siempre. En el caso de las púberes con obesidad, el 11.6% nunca cuidan su peso, el 68% pocas veces lo hace; sin embargo, el 20.4% se cuida muchas veces.

<i>Categoría de respuesta</i>	<i>Categoría de IMC</i>				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Nunca	80.5%	70.1%	43.0%	25.8%	11.6%
Pocas veces	16.7%	23.9%	46.6%	62.1%	68.0%
Muchas veces	2.8%	0.6%	10.0%	11.3%	20.4%
Siempre	0.0%	0.0%	0.7%	0.8%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.8 Distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 22, se muestra la distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar de acuerdo a la categoría de IMC, en la cual puede verse, que en las púberes con desnutrición, al 31.5% no les preocupa engordar, al 39.4% les preocupa poco, y sólo al 28.9% de manera regular, sin llegar a preocuparles mucho o

demasiado. En la categoría de bajo peso, al 34.3% no les preocupa, al 29.8% poco, al 25.3% de manera regular, al 4.4% mucho, y al 5.9% demasiado. En púberes con peso normal, al 40.4% no les preocupa o les preocupa poco, al 32.8% de manera regular, y al 26.9% sí les preocupa mucho y demasiado engordar. En la categoría de sobrepeso, el 20.9% refiere no preocuparle o preocuparle poco, al 40.3% de manera regular, mientras que al 38.6% les preocupa mucho y demasiado. En el caso de las púberes con obesidad, al 14.5% no les preocupa o les preocupa poco, al 19.4% de manera regular, mientras al 65.9% les preocupa mucho y demasiado, llegar a engordar.

Tabla 22					
Distribución porcentual del reactivo preocupación por engordar de acuerdo a las categorías percentilares de IMC					
Grado de preocupación	Categoría de IMC				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
No te preocupa	31.5%	34.3%	11.9%	2.4%	1.9%
Te preocupa poco	39.4%	29.8%	28.5%	18.5%	12.6%
De manera regular	28.9%	25.3%	32.8%	40.3%	19.4%
Mucho	0.0%	4.4%	15.8%	22.5%	37.8%
Demasiado	0.0%	5.9	11.1%	16.1%	28.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.3.9 Distribución porcentual del factor dieta restringida de acuerdo a las categorías percentilares de IMC.

En la tabla 23, se muestra la distribución porcentual del factor de dieta restringida de acuerdo a las categorías de IMC, en la cual se aprecia, que en púberes con desnutrición, el 97.4% nunca realiza conductas como saltarse comidas, estar a dieta,

o tomar agua para quitarse el hambre, con el propósito de bajar de peso, el 2.6% lo hace pocas veces, mientras ninguna de ellas las lleva a cabo muchas veces o siempre. En la categoría de bajo peso, el 95.6% nunca realiza estas conductas, el 4.5% pocas veces lo hace, y al igual que las púberes con desnutrición, ninguna lo hace de manera frecuente. En la categoría de peso normal, el 83.7% nunca las lleva a cabo, el 13.4% lo hace pocas veces, mientras que el 3.1% sí lo hace regularmente para controlar su peso. En púberes con sobrepeso, el porcentaje de quienes nunca llevan a cabo este tipo de conductas disminuye a un 68.2%, el 26.0% pocas veces las lleva a cabo, mientras el 5.7% las realiza muchas veces; sin embargo, cabe señalar que ninguna de ellas las realiza siempre. En la categoría de obesidad, el 63.8% de púberes, nunca recurre a estas conductas, el 32.4% pocas veces, y sólo el 4.0% sí lo hace muchas veces.

Categoría de respuesta	Categoría de IMC				
	Desnutrición	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
Nunca	97.4%	95.6%	83.7%	68.2%	63.8%
Pocas veces	2.6%	4.5%	13.4%	26.0%	32.4%
Muchas veces	0.0%	0.0%	2.5%	5.7%	4.0%
Siempre	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

9.4 INTERRELACIÓN DE FACTORES Y SU RELACIÓN CON EL IMC

En la tabla 24, se muestran las correlaciones encontradas entre los diferentes factores y variables evaluadas en la presente investigación (satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, influencia de la publicidad,

malestar por la imagen corporal, percepción de la imagen corporal, madurez sexual, dieta restringida, tiempos de comida, y preocupación por el peso y la comida), así como su relación con respecto al IMC.

Los resultados muestran que el nivel de correlación entre los factores: influencia de la publicidad, malestar por la imagen corporal, madurez sexual, dieta restringida, y preocupación por el peso y la comida, con respecto al IMC, resultaron positivas y estadísticamente significativas ($p < 0.01$), sin embargo, no se obtuvieron valores de correlación altos ($r = 0.265, 0.214, 0.244, 0.265, 0.285$, respectivamente) que confirmen que existe una relación directa, entre un mayor IMC y la presencia de estos factores. Por otra parte, se encontró una correlación negativa entre el factor tiempos de comida y el IMC, y aunque también resultó estadísticamente significativa, tampoco mostró valores aceptables de correlación ($r = -0.234$). En el caso de la insatisfacción con la imagen corporal, se puede apreciar que existe una correlación moderada ($r = 0.508$) y estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre esta variable y el IMC. En relación, a la percepción de la imagen corporal, se obtuvo una correlación más fuerte ($r = 0.687$) y estadísticamente significativa ($p < 0.01$).

Con respecto a la relación que existe entre los diferentes factores, se obtuvo una correlación fuerte ($r = 0.697$) y estadísticamente significativa ($p < 0.1$), entre la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción de la imagen corporal; así como, entre la influencia de la publicidad y el malestar por la imagen corporal ($r = 0.699, p < 0.01$). Por otra parte, se encontró una correlación moderada y estadísticamente significativa, entre la influencia de la publicidad y las variables: percepción de la imagen corporal ($r = 0.412, p < 0.01$), dieta restringida ($r = 0.491, p < 0.01$), y preocupación por el peso y la comida ($r = 0.425, p < 0.01$). De igual forma, se encontró una correlación moderada, entre el malestar por la imagen corporal y dieta restringida ($r = 0.416, p < 0.01$), al igual, que entre dieta restringida y la preocupación por el peso y la comida ($r = 0.448, p < 0.01$).

Tabla 24									
Interrelación de factores y su relación con el IMC									
Variables	Grado de correlación								
	ICMP	IC	IP	MIC	PIC	MS	DR	PPC	TC
IMC percentilar									
Insatisfacción con la imagen corporal	.508**								
Influencia de la publicidad	.265**	.322**							
Malestar por la imagen corporal	.214**	.293**	.699**						
Percepción de la imagen corporal	.687**	.697**	.412**	.343**					
Madurez sexual	.244**	.136**	.209**	.142**	.224**				
Dieta restringida	.265**	.262**	.491**	.416**	.368**	.169**			
Preocupación por el peso y la comida	.285**	.293**	.425**	.348**	.349**	.144**	.448**		
Tiempos de comida	-.234**	-.212**	-.262**	-.252**	-.273**	-.141**	-.341**	-.235**	

** Correlación significativa al nivel de 0.01.

IMCP= Índice de Masa Corporal; IC= Insatisfacción con la imagen corporal; IP= Influencia de la publicidad; MIC= Malestar por la imagen corporal; PIC= Percepción de la imagen corporal; MS= Madurez sexual; DR= Dieta restringida; PPC= Preocupación por el peso y la comida; TC= Tiempos de comida.

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados expuestos anteriormente se puede apreciar, que al analizar la distribución de factores, en cuanto a la variable de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, al igual que en otros estudios hechos en población preadolescente de la Ciudad de México, como el realizado por Gómez Pérez - Mitre (1997) en una muestra de 200 púberes mexicanos con edad promedio de 10.8 años, en el cual, se observó que el 49% de las niñas expresaban satisfacción con su imagen corporal y el 51% manifestaron insatisfacción con su figura, el 57% de las púberes estudiadas en la presente investigación se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, aún cuando a través del IMC, se puede observar que el 71% presentan un peso normal. Dicho porcentaje de insatisfacción encontrado, es importante y muy semejante al observado en el estudio realizado por Saucedo – Molina (2003) en una muestra de 1036 púberes con un rango de edad de 10 a 15 años, de la Ciudad de México, en donde se observó un porcentaje de satisfacción en mujeres de 45.3%, y un 54.4% de insatisfacción. Estos datos reflejan que las púberes de Pachuca no están conformes con su figura corporal al igual que ocurre en otras poblaciones, y de igual forma se encuentran influenciadas por la cultura actual de la delgadez, en la cual, la figura corporal ideal es la de un cuerpo delgado e incluso anoréctico, al mostrar una tendencia preferente hacia éste estereotipo, al observarse que el 39.5% se encuentran insatisfechas con su imagen, debido a que quieren ser más delgadas, y solamente el 17.5% lo está porque quieren ser más gruesas, lo que coincide también con lo encontrado por Saucedo – Molina (2003), en donde el 40.4% de las mujeres que fueron evaluadas están insatisfechas porque quieren ser más delgadas, y el 14.4% quieren ser más gruesas; y aunque en el presente estudio, las púberes quieren ser ligeramente más gruesas que las púberes de la Ciudad de México, los porcentajes que involucran esta preferencia por la delgadez son bastante similares, así como también, se ha visto en población adolescente, y ha sido documentado en la literatura nacional e internacional. Cabe señalar, que los mayores porcentajes de insatisfacción se presentan en las categorías de sobrepeso y obesidad, en donde

existen porcentajes del 81.4% y 82.5% respectivamente, originado por el deseo de las púberes de querer ser más delgadas; sin embargo, esta deseabilidad de tener un cuerpo más delgado, también está presente en la categoría de peso normal, y aún cuando el 60.5% de púberes con desnutrición están insatisfechas con su imagen, debido a que quieren ser más gruesas, un 7.5% de ellas están insatisfechas con su imagen porque quieren ser más delgadas. Este porcentaje de insatisfacción representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de los trastornos alimentarios, que se encuentra presente en las púberes de la ciudad de Pachuca, y las puede llevar a la práctica de conductas inadecuadas como la restricción de alimentos, con el fin de lograr alcanzar este ideal de delgadez y sentirse socialmente aceptadas.

Por otra parte, se observó, que las púberes muestran malestar por la imagen corporal en un 18.6%, al existir la deseabilidad de tener el cuerpo delgado, semejante al que exhiben figuras presentes en los medios de comunicación como; modelos, artistas o deportistas consideradas como sinónimo de éxito. Aunque este porcentaje, es ligeramente menor a los datos reportados por Saucedo – Molina (2003) en donde se registró un 23.5% de malestar con la imagen corporal, ésta diferencia no es muy significativa, y resulta importante destacar, que el porcentaje de púberes que siempre envidian el cuerpo de figuras exitosas, el cual representa el 3.4%, es un poco mayor al 2.6% encontrado en la Ciudad de México, lo que muestra que a pesar de que puede considerarse que las púberes de Pachuca reciben menor cantidad de información de este tipo en comparación con las de la Ciudad de México, la deseabilidad dirigida hacia la delgadez se encuentra presente en la población, y al igual que lo encontrado por Gómez Pérez Mitre (1999) en una muestra de 962 niñas de 9 – 13 años, en la cual, se confirmó que en edades de 11 – 13 años, está presente en una proporción mayoritaria la aceptación del estereotipo social centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer, este porcentaje refleja que las púberes también están aceptando dicho estereotipo, lo que concuerda con su preferencia por la delgadez y contribuye a la presencia de

insatisfacción con la imagen corporal, al compararse con esta figura corporal considerada como ideal. Al respecto, se puede observar, que son también las púberes clasificadas con sobrepeso y obesidad las que muestran un mayor porcentaje de malestar con su imagen, en un 28.9% y 32.1% respectivamente, lo que puede deberse, a que tienen una imagen corporal más alejada del estereotipo actual de la mujer, que les genera un descontento con su figura, lo que provoca una mayor deseabilidad de tener un cuerpo delgado; sin embargo, también se observan porcentajes de malestar con la imagen corporal de 16.9% en púberes con peso normal, y de 9.0% en púberes con bajo peso, cuando debería esperarse que no existiera este malestar en estas categorías, aunque puede observarse, que aún cuando se encuentran en éstos rangos de peso, un porcentaje de ellas no están contentas con su imagen corporal, y desean ser todavía más delgadas o más gruesas, lo que también puede llevarlas a la práctica de conductas alimentarias inadecuadas para disminuir su peso, y las coloca en un riesgo mayor para el desarrollo de problemas alimentarios.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal, aunque también puede observarse a través de la distribución del IMC, que el 71% de las púberes se encuentran clasificadas con peso normal, el 20% presenta sobrepeso y obesidad, y el 10% desnutrición y bajo peso, al cuestionar a las púberes sobre su peso adecuado, sólo el 47.8% considera estar en su peso, mientras que el 34.3% considera estar por arriba, y muy por arriba de éste, y el 17.9% considera estar por debajo, y muy por debajo de él; estos porcentajes muestran, que la forma en que las púberes perciben su peso no coincide con los porcentajes obtenidos con un parámetro real y objetivo, como es el caso del IMC, por lo que no están percibiendo de manera adecuada su imagen corporal. De igual forma, se observa una diferencia entre la percepción que tienen las púberes de su figura y la forma en que las perciben sus madres, ya que al cuestionarles con respecto a la forma en que se consideran (delgadas o gordas), el 66.4% de ellas no se considera ni gorda ni delgada, mientras que el porcentaje de madres que las consideran de esta forma es del 56.8%; así mismo, el 15% de

púberes se considera gorda y muy gorda, mientras sólo el 11.1% de sus madres las perciben así; el 18.6% consideran estar delgadas, sin embargo, el porcentaje de madres que las considera delgadas aumenta hasta un 32.1%. Esta diferencia de percepción, sugiere que las púberes pueden estar sobrestimando y subestimando su figura corporal, al igual que como ha sido reportado en la literatura internacional y nacional, en población normal y con trastornos alimentarios (Garner y Garfinkel, 1981; Hsu, 1982), en el sentido de que las personas delgadas, y muy delgadas sobrestiman su peso corporal y pueden percibirse con sobrepeso u obesidad, cuando realmente se encuentran con un peso bajo; mientras que las personas con sobrepeso y obesidad suelen subestimar su tamaño corporal, considerando que las madres de las púberes tienen una percepción mas objetiva de su imagen que las propias púberes. También se observa que sólo al 38.9% de las púberes les gustaría tener el mismo peso que tienen, y al 48.7% les gustaría tener un peso menor, y mucho menor al actual, lo que vuelve a reafirmar su preferencia por la delgadez. Al observar la percepción de la imagen corporal por categoría de IMC, se aprecia que aunque la mayoría de púberes tienen una percepción de su peso y figura cercana a su IMC, existe un porcentaje que puede no estar percibiendo su peso de manera adecuada, ya que el 21.0% de púberes clasificadas con desnutrición, y el 43.2% con bajo peso considera tener un peso adecuado, mientras el 27.5% de púberes con peso normal percibe su peso por arriba de él. Por otra parte, en la categoría de sobrepeso, el 25.2% considera estar en su peso, y el 6.4% que está por debajo de éste, de igual forma el 11.6% de púberes con obesidad, también considera estar en su peso adecuado, y el 7.6% por debajo de él, lo que sugiere, que en estas dos últimas categorías de peso, las púberes pueden estar subestimando su peso, debido a que presentan un peso mayor al ideal.

En relación a la influencia de la publicidad, al 10.9% de púberes les interesan muchas veces y siempre, los anuncios y reportajes de productos para adelgazar que aparecen en televisión, revistas, farmacias y tiendas, así como, los artículos y programas relacionados con el control de la obesidad, y sobre como moldear la

figura, los cuales promueven el estereotipo corporal de delgadez y la pérdida de peso a través del uso de productos que pueden poner en riesgo su salud; éste porcentaje, coincide de manera similar al 11.9% de influencia de la publicidad encontrado por Saucedo – Molina (2003), aun cuando debe considerarse que las púberes de la Ciudad de México están expuestas a una mayor publicidad que las púberes de Pachuca; sin embargo, esto refleja que para ellas también es importante la influencia sociocultural emitida a través de los medios de comunicación acerca del peso y la figura, lo cual, puede estar relacionado con la búsqueda de aceptación dentro de su núcleo social, aspecto que cobra mayor importancia durante esta etapa, lo que aumenta su vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios, al ser implicada esta influencia de la publicidad en el inicio de estos trastornos. Al respecto, se observa que las púberes que muestran un mayor porcentaje de interés por la publicidad son aquellas que se encuentran clasificadas con sobrepeso y obesidad, al haberse encontrado porcentajes del 19.2% y 22.4% respectivamente, aunque también se puede apreciar, que el 9.6% de púberes con peso normal también muestran interés por éste aspecto.

Con respecto al factor tiempos de comida, en donde el 37.2% de púberes no realizan sus tres comidas de manera regular, y de este porcentaje el 26% omite principalmente la cena, se deja entrever que las púberes pueden estar recurriendo a la eliminación de tiempos de comida para controlar su peso corporal, así cómo se ha encontrado en otras investigaciones, en donde se ha registrado que más niñas que niños se saltan un alimento del día, que es generalmente la cena, con el propósito de controlar su peso (Gómez Pérez - Mitré, 1998), y que puede estar fundamentado en la creencia popular, de que hay una asociación entre cenar y subir de peso. Así mismo, este porcentaje es similar al 38.7% reportado en población púber de la Ciudad de México por Saucedo – Molina (2003). Al respecto, se encontró que el mayor número de púberes que pocas veces o nunca realizan sus tres comidas, se encuentran en las categorías de sobrepeso y obesidad, al observarse porcentajes de 52.5% y 54.4% respectivamente, sin embargo, también se encontró que el 34.6% de

púberes con peso normal, el 22.4% con bajo peso, y el 18.4% con desnutrición, se saltan comidas, aún cuando en estas dos últimas categorías, las púberes tienen un peso por abajo del normal, y presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria. Por otra parte, se puede ver que en las púberes de Pachuca existe la preocupación ante las consecuencias de comer alimentos considerados engordadores (pan dulce, frituras, chocolates), al haberse encontrado que el 11.1% de ellas evitan comer este tipo de alimentos, e ingieren comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar su peso; este porcentaje es ligeramente mayor al encontrado por Saucedo – Molina (2003), quien reportó que el 10.4% de púberes de la Ciudad de México evitan el consumo de dichos alimentos para controlar su peso. Al mismo tiempo, se observa que existe también una preocupación en las púberes por engordar, ya que al 29.8% de ellas, les preocupa mucho, y demasiado llegar a estar gordas, y al igual que como se ha encontrado anteriormente, son las púberes con sobrepeso y obesidad a quienes más les preocupa engordar, al encontrarse porcentajes de 65.9% y 38.6% respectivamente; sin embargo, el 26.9% de púberes con peso normal, y el 10.3% con peso bajo, también manifiestan estar preocupadas por dicho aspecto. Esta preocupación por engordar puede fomentar el seguimiento de conductas que impidan la ganancia de peso, como el tener un mayor control sobre la cantidad y tipo de alimentos que consumen, lo que puede perjudicar su salud y provocar problemas en su desarrollo, principalmente en aquellas púberes que presentan un peso bajo.

En cuanto a la dieta restringida, que es considerada como un antecedente más directo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, se encontró que el 3.2% de púberes están siguiendo alguna dieta, se saltan comidas, se la pasan muriéndose de hambre, y toman agua para quitarse el hambre, con el fin de controlar y disminuir su peso corporal; este porcentaje es similar al 3.8% reportado en púberes de la Ciudad de México (Saucedo – Molina, 2003). Al respecto, se aprecia que de igual forma, las conductas restrictivas se observan principalmente en las categorías de sobrepeso y obesidad, con un porcentaje de 5.7% y 4.0% respectivamente,

mientras que en púberes con peso normal apenas se observó un 2.5%; y en las categorías de bajo peso y desnutrición no se encontraron conductas asociadas con la restricción de alimentos. Aunque el porcentaje de dieta restringida encontrado no es alto, se le debe prestar atención para evitar que aumente el número de púberes que la llevan a cabo, ya que ha sido considerada como la puerta de entrada hacia los trastornos alimentarios, al existir una autoprivación de alimentos, no sólo de aquellos considerados engordadores, y la práctica de éstas conductas se ve favorecida por la insatisfacción con la imagen corporal, cuyo porcentaje en las púberes de Pachuca es considerable.

Cabe resaltar, que como se mencionó anteriormente, todas las conductas alimentarias de riesgo se presentaron en un mayor porcentaje en las categorías de sobrepeso y obesidad, lo cual concuerda con los datos reportados en otras investigaciones (Unikel, Saucedo – Molina, Villatoro y Fleiz, 2002), en donde se ha visto que las púberes que recurren más a éstas conductas, para controlar o disminuir su peso corporal, son aquellas que se encuentran en éstas categorías de IMC.

Por otra parte, al establecer la relación que existe entre los diferentes factores y el IMC, se observó que existe una relación entre un mayor IMC y una mayor percepción de obesidad ($r=0.688$, $p<0.01$), lo cual concuerda con lo reportado en otras investigaciones, en las que se ha encontrado que las personas delgadas sobrestiman su peso corporal y se perciben con sobrepeso u obesidad, cuando realmente presentan un peso bajo, mientras que las personas con sobrepeso y obesidad suelen subestimar su peso corporal (Perpiña y Baños, 1990). Así mismo, se encontró que a mayor IMC se genera mayor insatisfacción con la imagen corporal ($r=0.508$ $p<0.01$), al respecto, se ha encontrado que dicha relación ha sido descrita en otros estudios (Cattarin y Thompson, 1994), en donde se ha observado que la obesidad promueve la insatisfacción con la imagen corporal en las adolescentes, al ser una categoría de peso que conlleva la presencia de una figura corporal alejada del estereotipo social, que predomina en la actualidad.

Con respecto a la interrelación que existe entre cada uno de los factores, se aprecia que hay una relación positiva, entre la insatisfacción con la imagen corporal y una mayor percepción de obesidad ($r=0.697$, $p<0.01$), dicha relación implica que cuando existe insatisfacción con la imagen corporal, generada por la deseabilidad de tener un cuerpo más delgado, existe la tendencia a sobrestimar el peso corporal, como resultado del deseo de perder peso y lograr alcanzar la figura ideal deseada (Perpiña y Baños, 1990).

Por otra parte, se encontró que la influencia de la publicidad tiene relación con varios de los factores estudiados, entre los cuales se encuentran: mayor malestar con la imagen corporal ($r=0.699$, $p<0.01$), mayor percepción de obesidad ($r=0.412$, $p<0.01$), mayor práctica de dieta restringida ($r=0.491$, $p<0.01$), así como, una mayor preocupación por el peso y la comida ($r=0.425$, $p<0.01$). Al respecto, se ha observado que los mensajes e imágenes acerca del peso y la figura del cuerpo emitida en los medios de comunicación, que promueven una figura corporal ideal delgada como sinónimo de éxito y atractivo de la mujer, genera en la población (sobre todo en las púberes y adolescentes) la deseabilidad de tener un cuerpo delgado, lo que provoca incomodidad o malestar con la imagen corporal, así como, la percepción de obesidad, al compararse con dicho estereotipo. Así mismo, se ha observado que esta cultura de delgadez que también promueve la pérdida de peso a través de la publicidad, aumenta la preocupación por el peso, y fomenta la práctica de conductas alimentarias inadecuadas, como la dieta restringida, o la eliminación de alimentos considerados engordadores, con el fin de alcanzar una figura ideal.

De igual forma, se encontró que a mayor malestar con la imagen corporal mayor presencia de dieta restringida ($r=0.416$, $p<0.01$), al respecto se ha observado que la inconformidad o molestia con respecto a la imagen corporal, generada por la cultura actual de delgadez, fomenta la práctica de conductas alimentarias restrictivas, con el objetivo de alcanzar una figura delgada. Esta relación concuerda con lo encontrado

por Saucedo – Molina (2004), en donde se reportó que el malestar con la imagen corporal es una de las variables que tienen impacto sobre la dieta restringida.

Por último, se observó una relación positiva entre la dieta restringida y una mayor preocupación por el peso y la comida ($r=0.448$, $p<0.01$); lo cual implica, que la práctica de conductas alimentarias restrictivas que las púberes realizan con la finalidad de mantener o disminuir el peso corporal, ésta relacionada con una mayor preocupación por engordar, así como, con un mayor miedo a las consecuencias del consumo de alimentos considerados engordadores.

Es importante mencionar que estos resultados contestan las interrogantes planteadas al inicio de la investigación sobre la forma en que se distribuyen los factores de riesgo en la población púber de la Ciudad de Pachuca, donde es claro observar la presencia de factores de riesgo; así mismo, también permiten apreciar la interrelación que existe entre los diferentes factores y su relación con respecto al IMC, cuyos resultados han sido expuestos anteriormente.

11. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en la presente investigación, acerca de la distribución de factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, dejan ver que las púberes de Pachuca no escapan a la presencia de dichos factores, al observarse que existen en la población conductas de riesgo que hacen más susceptibles a las púberes al desarrollo de problemas alimentarios. Uno de los factores de riesgo encontrado en un porcentaje importante fue la insatisfacción con la imagen corporal, al haberse registrado que el 57% de púberes están inconformes con su figura, debido a que quieren ser más delgadas, aún cuando a través del IMC se observa que el 71% de ellas tienen un peso normal. Esto refleja, que la cultura actual de la delgadez que sobrevalora un cuerpo delgado en el caso de la mujer está ejerciendo influencia en las púberes, lo que las lleva a querer ser más delgadas.

Dicha insatisfacción puede fomentar la restricción de alimentos, con la finalidad de alcanzar este ideal de delgadez, poniendo en riesgo su salud. Así mismo, puede observarse que la promoción realizada en los medios de comunicación de figuras exitosas como modelos, artistas, o deportistas, que exhiben un cuerpo delgado y son consideradas como sinónimo de éxito y atractivo, está teniendo impacto en la actitud de las púberes hacia su imagen corporal, generando en ellas malestar con su imagen corporal, cuyo porcentaje encontrado fue del 18.6%, al provocar la deseabilidad de tener un cuerpo delgado semejante al de estas figuras exitosas; dicha incomodidad con su imagen, al igual que la insatisfacción con la imagen corporal puede llevarlas a la práctica de conductas alimentarias de riesgo, con el fin de alcanzar ésta figura ideal, y lograr la aprobación de su entorno social. Al respecto, también puede apreciarse que hay púberes que muestran un interés por los anuncios, reportajes para moldear la figura, y productos para adelgazar que aparecen en televisión, revistas, farmacias, o tiendas; lo cual deja ver, que esta publicidad, en la que se promueve el estereotipo de delgadez y el uso de productos para adelgazar cuyo uso en la mayoría de los casos no es justificado, está ejerciendo influencia en un porcentaje de púberes el cual representa el 10.9%.

Los hallazgos procedentes de este estudio también permiten ver, que entre las púberes existe la presencia de conductas alimentarias de riesgo, como la omisión de tiempos de comida, cuyo porcentaje encontrado representa el 37.2%, observándose que las púberes no realizan sus tres comidas de manera regular y se saltan principalmente la cena, probablemente para disminuir su peso, ya que existe la creencia de que hay una asociación entre cenar y subir de peso. De igual forma, hay púberes que se encuentran preocupadas por lo que comen, sobre todo por las consecuencias del consumo de alimentos con un alto contenido energético, que son considerados como engordadores, cuyo porcentaje es del 11.1%. En cuanto a la dieta restringida, que es contemplada como la puerta de entrada hacia los trastornos de la conducta alimentaria, no se encontraron porcentajes muy altos que indiquen que un gran número de púberes a cabo éste tipo de conductas, ya que el porcentaje

que se registro fue del 3.2%; sin embargo es importante ver, que aunque las púberes no están realizando en un porcentaje considerable conductas relacionadas con la dieta restringida, se están preocupando por el tipo de alimentos que consumen y están omitiendo tiempos de comida, lo que las puede llevar finalmente a la práctica de la dieta restringida.

Otro aspecto que resulta interesante mencionar, es que ya existe en las púberes la preocupación por llegar a estar gordas, al haberse encontrado un porcentaje de 29.8%. Esta preocupación por engordar representa un factor de riesgo que puede llevar a las púberes al seguimiento de dietas restrictivas, a preocuparse por lo que comen, con el propósito de controlar su peso.

Por otra parte, se confirmó que existe una relación entre un mayor IMC y una mayor percepción de obesidad e insatisfacción con la imagen corporal. Con respecto a la interrelación entre cada uno de los factores, se encontró, que cuando existe insatisfacción con la imagen corporal, generada por la deseabilidad de tener un cuerpo más delgado, existe la tendencia a sobrestimar el peso corporal, como resultado del deseo de perder peso y de lograr alcanzar la figura corporal deseada (Perpiña y Baños, 1990). De igual forma, se pudo establecer que la inconformidad o molestia con respecto a la imagen corporal, promovida por la cultura actual de delgadez, fomenta la práctica de conductas alimentarias restrictivas, con el objetivo de alcanzar éste ideal. También se encontró, que la práctica de la dieta restringida, en donde existe una autoprivación de alimentos con la finalidad de mantener o disminuir el peso corporal, está relacionada con una mayor preocupación por engordar, así como, con un mayor miedo a las consecuencias del consumo de alimentos considerados engordadores. Al respecto, cabe destacar que la influencia de la publicidad está relacionada con un mayor número de factores, lo que hace posible concluir, que los mensajes e imágenes acerca del peso y la figura del cuerpo emitida en los medios de comunicación, en donde se promueve una figura corporal ideal delgada, genera la deseabilidad de tener un cuerpo delgado, lo que provoca

incomodidad o malestar con la imagen corporal, la percepción de obesidad al compararse con dicho estereotipo; así mismo, ésta cultura de delgadez promovida por los medios de comunicación aumenta la preocupación por el peso, y fomenta la práctica de conductas alimentarias inadecuadas como la dieta restringida, con el fin de lograr una figura acorde con éste modelo.

Como puede observarse, resulta claro apreciar que existe la presencia de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en la población púber de Pachuca, y aunque esto no indica que las púberes tengan un problema alimentario, o vayan a desarrollarlo, sí muestra que tienen una mayor susceptibilidad para el desarrollo de dichos trastornos en etapas posteriores, por lo que es importante considerar la implementación de programas de prevención que disminuyan los factores de riesgo, dado que los datos reportados fueron tomados de una muestra representativa y pueden ser generalizados a todos los púberes de Pachuca.

12. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Con respecto al presente estudio se debe subrayar, que debido a que es la primera investigación que aborda el problema de los trastornos alimentarios en la población púber de Pachuca, a través del estudio de la presencia de factores de riesgo asociados a dichos trastornos, es necesario que se realicen más investigaciones que brinden más información sobre el panorama de dicha problemática y contribuyan a la formación de un conocimiento más completo de la misma, tanto en Pachuca, como en el Estado de Hidalgo; así mismo, es importante que se generen datos sobre el número de púberes diagnosticadas con éste problema, y se profundice el estudio de los factores de riesgo analizados, ya que en general los datos obtenidos muestran la frecuencia en la que se encuentran presentes en las púberes de Pachuca, y aunque a través de éstos datos se puede observar la existencia de ciertos factores en porcentajes importantes, como en el caso de la insatisfacción con la imagen corporal entre otros, es importante que se estudie hasta donde influye su presencia para el

desarrollo de los trastornos alimentarios. Por otra parte, a pesar de que se tomaron en cuenta un gran número de factores de riesgo, aún quedan otros que no fueron analizados, como por ejemplo; la distorsión de la imagen corporal, y aunque también se realizó el análisis de cada factor por categoría de IMC y se describe el porcentaje en el que se encuentran en cada categoría de peso, es importante que se lleve a cabo un análisis más detallado de la presencia de dichos factores, encontrados en aquellas categorías en donde las púberes presentan un peso por debajo del normal, debido a que tienen un mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. También se requiere que en futuras investigaciones se tomen en cuenta otras variables como la edad, y se incluyan púberes de otras partes del Estado de Hidalgo. A pesar de que se incluyeron en el estudio púberes de escuelas públicas y privadas de la Ciudad de Pachuca, con el objetivo de realizar una comparación en la frecuencia de factores de riesgo de acuerdo al nivel socioeconómico, no fue posible realizar dicha comparación, ya que el porcentaje de púberes de escuelas privadas que pudieron ser incluidas representa sólo el 4.5% del total de la muestra, debido a que sólo se pudo trabajar con una escuela privada por la difícil accesibilidad de estas instituciones. Al respecto, se sugiere que en futuras investigaciones este aspecto sea retomado, y se realice el análisis incluyendo un mayor porcentaje de púberes de escuelas privadas.

13. BIBLIOGRAFÍA:

Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*. DSM – IV – TR. Brevario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson Editores.

Bourgues – Rodríguez, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. *Cuadernos de Nutrición*. 15(1):17 – 32.

Bruce, B., y Wiffley, D. (1996). Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*. 96(1):58 – 61.

Bruchon – Scheitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

Cash, T. F., y Deagle, E. (1995). *The nature and extent of body – image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta – analysis*. Manuscript submitted for publication.

Cash, T. E., y Henry, P. E. (1995). Womens body images: the result of a national survey in the U. S. A. *Sexs Roles*. 33: 19 – 28.

Cash, T. F., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance, and change*. Nueva York: Guilford.

Cattarin, J. A., y Thompson, J. K. (1994). A three – year longitudinal study of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in adolescent females. *Journal of Eating Disorders*. 2: 114 – 125.

Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico – práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Barcelona: Masson.

Díaz, B. M., Rodríguez, M. F., Martín, L. C., y Hiruela, R. M. (2003). Risk factors related with eating disorders in a community of adolescents. *Atención Primaria a la Salud*. 32(7): 403 – 409.

Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorner, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., y Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*. 31: 191 – 201.

Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurements theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*. 2(11): 263 – 284.

Gómez Pérez – Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia, y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*. 10: 17 – 26.

Gómez Pérez – Mitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14(1): 31 – 40.

Gómez Pérez – Mitré, G., y Ávila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósito de control de peso?. *Revista Iberoamericana*. 6:37 – 46.

Gómez Pérez – Mitré, G. (1998). *Cuestionario de Alimentación y Salud. Estudios de validez: alteraciones de la alimentación*. CONACyT 300898. México.

Gómez Pérez – Mitré, G. (1999). *Cuestionario de Alimentación y Salud*.

Gómez Pérez – Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1): 153 – 165.

Gómez Pérez – Mitré, G., Unikel, S. C., Saucedo – Molina, T., y Pineda, G. G. (1999). *Imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en tres etapas del desarrollo: prepubescencia, pubescencia y adolescencia*. Primer congreso regional de proyectos de investigación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Gómez Pérez – Mitré, G. (2000). *Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria. Prevención primaria y factores de riesgo en trastornos alimentarios*. IN – 305599 (PAPIT) UNAM. 34507 – H (CONACyT). México.

Gómez Pérez – Mitré, G., Saucedo – Molina, T., y Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el Campo de la Salud. En Calleja, N., y Gómez Pérez – Mitré, G. (comp.). *Psicología Social: Investigación y Aplicaciones en México* (pp: 267 – 315). México: Fondo de Cultura Económica.

González, S. L., Lizano, M. S., y Gómez Pérez – Mitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto – atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. 16(1): 117 – 126.

González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., y Venegas, M. (2002). Relación entre factores Individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología de Chile*. 11(1): 91 – 115.

Hill, J. A. (1993). Pre – adolescent dieting implications for eating disorders. *International Review Psychiatry*. 5: 87 – 100.

Hsu, G. K. L. (1982). Body image disturbance in anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 5: 305 – 307.

Hsu, G. K. L. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 13: 231 – 238.

Humphrey, L. L. (1986a). Differentiating bulimia – anorexic from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54:190 – 195.

Humphrey, L. L. (1986b). Structural analysis of parent – child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 95(4):395 – 402.

Humphrey, L. L. (1989). Observed family among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57(2):206 – 214.

Huon, G. F., y Strong, G. (1998). The initiation and the maintenance of dieting: structural models for large – escale longitudinal investigations. *International Journal of Eating Disorders*. 23:361 – 369.

Joseph, L., Bayarri, M. J., y Mayoral, A. M. (2001). Inferencia sobre proporciones. En Pagano, M., y Graneau, K. *Fundamentos de Bioestadística*. 2nd Edition. (ed) Math Learning (pp:232 – 239): México.

Kaplan, D. W., y Mammel, A. K. (1994). Adolescencia. En Silver, Kempe, Bruyn, y Fulginiti. *Manual de Pediatría* (pp:232 – 239). México: Manual Moderno.

Klein, D. A., y Walsh, B. T. (2003). Eating disorders. *International Review of Psychiatry*. 15: 205 – 216.

Klender, K. S., Maclean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., y Eaves, L. (2000). Epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 148: 1627 – 1637.

Klump, K. L., Kaye, W. H., y Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 24: 215 – 225.

Kohn, M., y Golden, N. H. (2001). Eating disorders in children and adolescents. *Pediatr Drugs*. 3(2): 91 – 99.

Lewinsohn, P. M., Striegel – Moore, R. H., y Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39(1): 1284 - 1292.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., y Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first – degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 55: 603 – 610.

Littleton, L. H., y Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents. *Review Clinical Child and Family Psychology*. 6(1): 51 – 66.

López, A., Mancilla, D. J., y Alvarez, R. G. (1998). Factores sociales y psicológicos de los trastornos alimentarios. *Psicología Iberoamericana*. 6: 3 – 9.

Moránde, G. (1999). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, trastornos por hacer dieta. Anorexia y bulimia nervosa. *Psykhe*. 8(2): 31 – 42.

National Center for Health Statistics. CDC Growth Charts: United States (2000). Dirección: <http://www.cdc.gov/nchs>; Fecha de consulta: 10/02/06.

Neumark – Sztainer, D. (1995). Excessive weight preoccupation. *Nutrition Today*. 30: 68 - 74.

Orientación Alimentaria: glosario de términos. (2001). *Cuadernos de Nutrición*. México. 24(1): 5 – 43.

Pagano, M., y Gauvreau, K. (2001). Inferencia sobre proporciones; cálculo del tamaño de muestreo. En: *Fundamentos de Bioestadística* (pp: 323 – 341). 2ª (ed). Internacional Thomsom Editores. Math Leraning. México, D.F.

Perpiña, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. *Revista de Psiquiatría*. 16(6):303 – 312.

Perpiña, C. (1990). Distorsión de la imagen corporal: un estudio en adolescentes. *Anales de Psicología*. 6(1): 1 – 9.

Pike, K. M., y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *J. Abnormal Psychology*. 100:198 – 204.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana. (2002). PROY – NOM – 043 – SSA – 1999. Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. *Cuadernos de Nutrición*. 25 (1): 29 – 44.

Raich, E. R. (1994). *Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Rhodes, B., y Kroger, J. (1992). Bonding and separation individuation difficulties among late adolescent eating disorders women. *Child Psychiatry and Human Development*. 22(4):249 – 263.

Ritter, M. (1998). Mothers, daughters, culture and criticism. An examination of eating problems in adolescent girls. *Dissertation Abstracts International: The Science and Engineering*. 58(9 – B); 5138.

Rogers, R., y Petrie, T. (1996). Personality correlates of anorexic symptomatology in female under graduates. *Journal of Counseling and Development*. 75: 138 – 143.

Rome, S. E., Ammerman, S. M., Rosen, S. D., Keller, J. R., Mammel, A. K., Rees, M. J., Sanders, J. M., y Sawyer, M. S. (2003). Children and adolescents with eating disorders. *Journal of the American Academy of Pediatrics*. 111(1): 98 – 118.

Saucedo – Molina, T., y Gutiérrez – Cantú, G. N. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria: influencia sociocultural en púberes de ambos sexos. *La Psicología Social en México*. 9:129 – 134.

Saucedo – Molina, T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

Saucedo – Molina, T. J., Unikel, S. C., Villatoro, V. J., y Fleiz, B. C. (2003). Curvas percentilares del Índice de Masa Corporal; autoinforme de peso y estatura de estudiantes mexicanos. *Acta Pediátrica*. México. 24 (1): 23 – 28.

Saucedo – Molina, T., y Gómez Pérez – Mitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría*. 31(2): 69 – 74.

Shils, M. (1994). *Modern nutrition health and disease*. D. C. Lea and Febiger.

Shiltz, T. (1997). *Eating concerns support group curriculum grades 7 – 12*. Greenfield: Community. Recovery Press.

Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., y Hasin, D. (1992). Binge eating disorder. A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorder*. 11:191 – 203.

Stunkard, A. J., Berkowitz, R., y Warden, T. (1996). Binge eating disorder and the night eating syndrome. *Int J Obesity*. 20:1 – 6.

Thompson, J. K. (1990). *Body images disturbance: Assesment and treatment*. Elmsford, N. Y.: Pergamon.

Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S., y Cattarin, J. A. (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 18: 221 - 236.

Toro, J., y Villardell, E. (1987). *Anorexia Nervosa*. Psiquiatría y Salud. Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.

Toro, J., Cervera, M., Pérez, P. (1988). Body shape, publicity and anorexia nervosa. *Social Psychiatry and Epidemiology*. 23:132 – 135.

Toro, J. (1989). Factores socioculturales en los trastornos de la ingestión. *Anuario de Psicología*. 38(1):25 – 47.

Toro, J., Salamero, M., y Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 89:147 – 151.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Editorial Ariel.

Toussaint, M. G., y García – Aranda, J. (2001). Desnutrición energético – proteica. En: Casanueva, E., Kaufer – Horwitz, M., Pérez – Lizaur, A. B., Arroyo, P. (eds). *Nutriología Médica* (pp:212 – 242). México: Medicina Panamericana.

Unikel, S. C., y Gómez Pérez – Mitre, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología*. 16(4): 121 – 126.

Unikel, S. C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

Unikel, S. C., Mora, J., Gómez Pérez – Mitre, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes: su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Revista Interamericana*. 33(1):11 – 29.

Unikel, S. C., Villatoro, J. A., Medina, M. D., Bautista, C. F., Alcántar, E. N., y Hernández, S. A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población infantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*. 52(2): 140 – 146.

Unikel, C., Saucedo – Molina, T., Villatoro, J., y Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Revista de Salud Mental*. 25(2): 49 – 57.

Vargas, L. A., Aguilar, P. (1990). *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*. USA: Pergamon Press.

Wade, T. A., Heath, M. H., y Abraham, S. J. (1996). Assessing the prevalence of eating disorders in an Australian twin population. *Aust NZ J. Psychiatry*. 30: 845 – 851.

Wakeling, A. (1996). Epidemiology of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 62: 3 – 9.

ANEXOS

Anexo 1:

Criterios para la clasificación y diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria aceptados por la APA (1994).

Cuadro 1 Características para el diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria
<p><u>Anorexia Nervosa:</u></p> <ul style="list-style-type: none">A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo; pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperado).B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso.C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que implica el bajo peso corporal.D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando existe la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, y sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo; con la administración de estrógenos. <p><u>Tipos:</u></p> <p>Tipo restrictivo: Durante el episodio de Anorexia Nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones, o a purgas (provocación del vómito, o uso excesivo de laxantes, diuréticos, o enemas).</p> <p>Tipo compulsivo/purgativo: Durante el episodio de Anorexia Nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p>

Cuadro 1
Continuación

Bulimia Nervosa:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (posiblemente 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

Tipos:

Tipo purgativo: Durante el episodio de Bulimia Nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: Durante el episodio de Bulimia Nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TANE):

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

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

Cuadro 1
Continuación

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la Bulimia Nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana, o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (autoinducción del vómito, ayuno, exceso de ejercicio).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón, caracterizado por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nervosa.

Trastorno por Atracón:

- A.** Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
1. Ingestión, en un periodo corto de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares.
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer, o controlar qué, o cuánto está comiendo).
- B.** Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
1. Ingestión mucho más rápida de lo normal.
 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
 3. Ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
 4. Comer a solas para esconder su voracidad.
 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón.
- C.** Profundo malestar al recordar los atracones
- D.** Los atracones tienen lugar, en promedio, al menos dos días a la semana durante seis meses.
- E.** El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparece exclusivamente.

Fuente: Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales: DSM – IV (1994).

Anexo 2:

Descripción de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores asociados a los trastornos de la conducta alimentaria, según los criterios tomados por Toro y Villardell (1987), Chinchilla (1995), y Morandé (1999).

<i>Tabla 25</i> <i>Descripción de factores de riesgo de acuerdo con los criterios tomados por Toro y Villardell (1987)</i>		
<i>Factores Predisponentes</i>	<i>Factores Precipitantes</i>	<i>Factores Mantenedores</i>
Factores genéticos	Cambios corporales	Cambios corporales
Etapa adolescente	Separación y pérdidas	Consecuencias de la inanición
Sexo femenino	Rupturas conyugales del padre	Interacción familiar
Trastorno afectivo	Contactos sexuales	Aislamiento social
Introversión/ inestabilidad	Incrementos rápidos de peso	Cogniciones anoréxicas
Obesidad	Críticas sobre el cuerpo	Actividad física excesiva
Nivel social medio/alto	Enfermedad adelgazante	
Familiares con trastornos afectivos	Traumatismo desfigurador	
Familiares con adicciones	Acontecimientos vitales	
Familiares con trastorno de la ingesta	Incremento en la actividad física	
Obesidad materna		

Tabla 26
Descripción de factores de riesgo de acuerdo con los criterios tomados por Chinchilla (1995)

<i>Factores Predisponentes</i>	<i>Factores Precipitantes</i>	<i>Factores Mantenedores</i>
Predisposición genética	Alteraciones neuroendocrinas	Alteraciones hormonales
Sexo femenino	Familia sobreprotectora	Autoexigencia profesional
Clase media alta	Mediadores en conflictos familiares	Responsables y vigilantes de obligaciones
Dependencia parental	Matrimonio	Dificultad para expresar emociones
Independencia personal incompleta	Muerte del padre	Influencias externas en actitudes hacia la comida
Disminución de la actividad sexual	Dieta	Reducción de carbohidratos y grasas
Dificultad para ser independiente		Hiperactividad
Déficit en pensamientos conceptuales y razonamiento abstracto		Pensamientos recurrentes hacia la comida
Periodos de negativismo		

Tabla 27
Descripción de factores de riesgo de acuerdo con los criterios tomados por Morandé (1999)

<i>Factores Predisponentes</i>	<i>Factores Precipitantes</i>	<i>Factores Mantenedores</i>
Predisposición genética	Ayuno o dieta adelgazante	Ayuno o dieta
Obesidad premorbida	Vómitos autoinducidos	Ayuno – desnutrición
Enfermedad crónica Infantil	Uso de laxantes u otras sustancias para perder peso	Vómito como purgación
Historia de depresión o trastorno obsesivo infantil	Ejercicio físico excesivo	Uso masivo de laxantes
Familia muy sensible a las apariencias	Enfermedad física con baja de peso	Ejercicio físico compulsivo
Perfeccionismo	Subida significativa de peso	Pérdida sostenida de peso
Aceptación de normas sociales.	Malestar o insatisfacción emocional	Digestiones lentas
Aparente autonomía	Pérdida amorosa	Desaparición del hambre
	Ruptura con amigos	Terror a subir de peso
	Cambio de ciclo escolar o colegio	Obsesión por adelgazar
	Agresión física o sexual	Disociación mental
	Separación de la familia	Distorsión de la imagen corporal
	Conflictos de los padres	Aislamiento social
	Enfermedad o muerte de familiar	Consumo de drogas
		Refuerzo social para bajar de peso

Anexo 3:

Instrumento para púberes en su versión para mujeres (Saucedo - Molina, 2003).

Mujeres

Código: _____

Por favor tacha con una cruz (x) la opción que te corresponda:

1. Tipo de escuela a la que asistes:

- 1) Privada ()
2) Pública ()

2. Grado que cursas:

- 1) Primero de secundaria ()
2) Segundo de secundaria ()
3) Tercero de secundaria ()

3.-¿Cuántas personas habitan donde tú vives?
(inclúyete tú)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

4.-¿Cuántos cuartos hay en la casa donde vives?
(no cuentes cocina y baño)

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9 o más)

5.¿De qué bienes y servicios disfrutas en tu casa?

- 2) Lavadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)
3) Horno de microondas (0) (1) (2) (3) (4)
4) Teléfono celular (0) (1) (2) (3) (4)
5) Televisión por cable (0) (1) (2) (3) (4)
6) Computadora personal (0) (1) (2) (3) (4)
7) Calentador de agua (0) (1) (2) (3) (4)
8) Secadora de ropa (0) (1) (2) (3) (4)
9) Línea telefónica (0) (1) (2) (3) (4)
10) Videgrabadora (0) (1) (2) (3) (4)
11) Antena parabólica (0) (1) (2) (3) (4)
12) Fax (0) (1) (2) (3) (4)
13) Aspiradora (0) (1) (2) (3) (4)
14) Tostador de pan (0) (1) (2) (3) (4)
15) Persona de servicio de planta y/o entrada por salida (0) (1) (2) (3) (4)

6.¿Cuántos focos contando lámparas de techo, mesa y piso hay en tú casa?

- 1) 3 o menos ()
2) De 4 a 8 ()
3) De 9 a 13 ()
4) De 14 a 18 ()
5) De 19 a 23 ()
6) De 24 a 28 ()
7) De 29 a 33 ()
8) De 34 a 38 ()
9) De 39 a 43 ()
10) 43 o más

7.¿Cuál es el nivel máximo de estudio de tus padres?

Nivel máximo de estudio

- | | Madre | Padre |
|-----------------------------------|-------|-------|
| 1) Sin instrucción | () | () |
| 2) Primaria | () | () |
| 3) Secundaria | () | () |
| 4) Escuela normal | () | () |
| 5) Carrera técnica | () | () |
| 6) Bachillerato o vocacional | () | () |
| 7) Licenciatura o normal superior | () | () |
| 8) Posgrado | () | () |
| 9) No lo se | () | () |

8.La casa donde actualmente habitas es:

- 1) Propia ()
2) Rentada ()
3) Se esta pagando ()
4) De un familiar ()
5) Otra ()

SECCIÓN A

En la siguiente sección, aparecen una serie de aspectos relacionados con la salud física, el crecimiento y desarrollo. Lee con cuidado y elige una opción por pregunta, tachándola con una cruz (x). Es importante que sepas que no hay respuestas ni buenas ni malas pues cada persona es diferente.

1.- Tu edad en años y meses es: _____

2.- Tu peso es: _____ kg.

3.- Tu estatura es: _____ cm.

4.- Acostumbras pesarte:

- 1) Una vez al año
- 2) Cada 6 meses
- 3) Cada mes
- 4) Cada semana
- 5) Diariamente

Esta parte no la contestes

P.r. _____

T.r. _____

5.- ¿Actualmente practicas algún deporte o actividad física?

- 1) NO (pasa a la pregunta 7)
- 2) SI (pasa a la siguiente pregunta)

6.- Este deporte o actividad física es _____ y lo practicas:

- 1) Ocasionalmente
- 2) Una vez al mes
- 3) Los fines de semana o 2 veces a la semana
- 4) 3 a 5 veces a la semana
- 5) Diariamente

7.- Durante los últimos seis meses:

- 1) Subiste de peso
- 2) Bajaste de peso
- 3) No hubo cambios en tu peso corporal
- 4) No sé

8.- ¿Ya estas menstruando?

- 1) No
- 2) Si (Edad en que tuviste tu primera menstruación _____)

9.- Consideras que en ti ya se presento "el estirón"

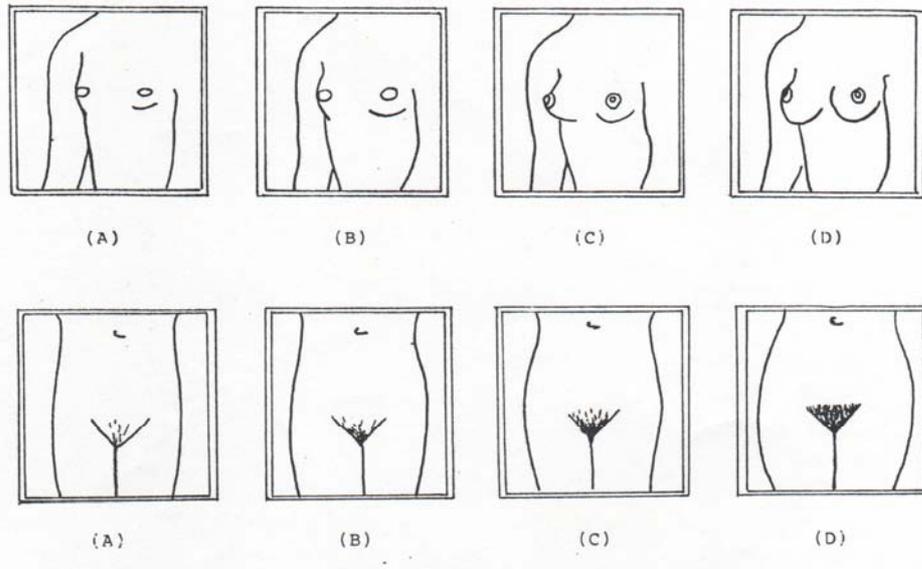
(Se entiende por estirón el haber crecido durante el último año entre 7.5 y 15 cm)

- 1) No se ha presentado
- 2) Comienza a presentarse
- 3) Te encuentras en pleno "estirón"
- 4) Ya está completo

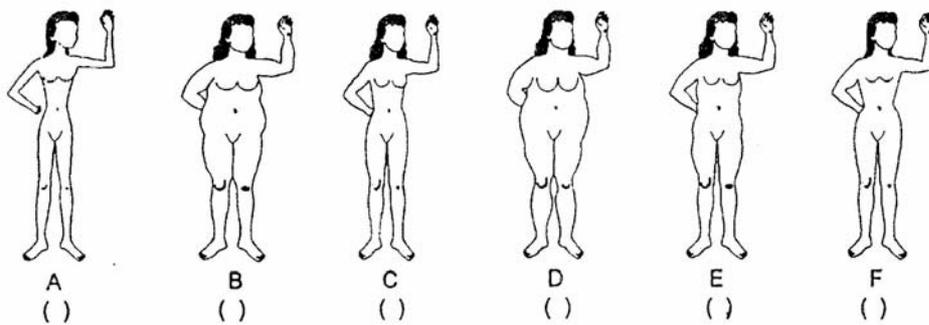
10.- Tienes vello en tus axilas:

- 1) Nada
- 2) Poco
- 3) Regular
- 4) Mucho

11.- Observa con cuidado las siguientes figuras de niña. Como puedes ver cada una tienen una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que refleje más tu desarrollo actual marcando con una cruz (x) la letra correspondiente.



2.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niña. Como puedes ver cada una tienen una letra. Escoge la figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una cruz (x) la letra correspondiente.



SECCIÓN B

En la siguiente sección encontraras preguntas relacionadas con hábitos alimentarios. Te recordamos que no hay respuestas buenas ni malas, ya que cada persona es diferente. Por favor, señala con una cruz (x), la frecuencia con que realizas lo que se menciona en cada enunciado, considerando la siguiente clave:

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- Tus alimentos los consumes en tu casa	1	2	3	4
2.- Cuidas que tu dieta sea nutritiva	1	2	3	4
3.- Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar tu peso.	1	2	3	4
4.- Acostumbras realizar tus tres comidas (desayuno, comida, cena)	1	2	3	4
5.- Comes lo que es bueno para tu salud	1	2	3	4
6.- Si no ves la comida te la puedes pasar sin comer	1	2	3	4
7.- Para consumir tus alimentos te tomas entre 20 y 30 minutos	1	2	3	4
8.- Cuidas que tus comidas contengan alimentos con fibra (pan integral, All Bran y frutas con cáscara)	1	2	3	4
9.- Evitas comer alimentos “engordadores” (pan dulce, pizza, frituras, chocolate, etc.)	1	2	3	4
10.- Acostumbras cenar o merendar	1	2	3	4
11.- Procuras mejorar tus hábitos alimentarios	1	2	3	4
12.- Cuidas lo que comes para no subir de peso	1	2	3	4
13.- El ambiente a la hora de las comidas es tranquilo y agradable	1	2	3	4
14.- Comes con moderación (hasta sentirte satisfecho)	1	2	3	4
15.- Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas, o no comes tu lonch, o no cenas).	1	2	3	4
16.- Tus comidas las realizas a las mismas horas	1	2	3	4
17.- Procuras comer verduras	1	2	3	4
18.- Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno	1	2	3	4
19.- Acostumbras tomar agua “natural” durante el día	1	2	3	4
20.- Te interesa saber lo que es una dieta adecuada	1	2	3	4
21.- Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar	1	2	3	4
22.- Tus alimentos los consumes con tus padres	1	2	3	4
23.- Acostumbras desayunar	1	2	3	4
24.- Te la pasas “muriendote” de hambre ya que constantemente haces dietas para controlar tu peso	1	2	3	4
25.- Comes entre comidas (entre el desayuno y la comida, y entre la comida y la cena)	1	2	3	4
26.- Tomas agua para quitarte el hambre	1	2	3	4

SECCIÓN C

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones, y marca con una cruz (x) aquella opción que más se aproxime a tu manera de pensar. Te recordamos nuevamente que no hay respuestas ni buenas ni malas, pues cada persona es diferente. Contesta lo más sinceramente posible.

1.- ¿Qué peso te gustaría tener?

- 1) Mucho más alto del que actualmente tengo
- 2) Más alto del que actualmente tengo
- 3) El mismo que tengo
- 4) Menor del que actualmente tengo
- 5) Mucho menor del que actualmente tengo

2.- Con respecto a lo que crees que sería tu peso adecuado, dirías que te encuentras:

- 1) Muy por debajo de él
- 2) Por debajo de él
- 3) Estas en tu peso adecuado
- 4) Por arriba de él
- 5) Muy por arriba de él

3.- En cuanto a tu estatura

- 1) Me gustaría medir mucho más
- 2) Me gustaría medir un poco más
- 3) Me gusta la estatura que actualmente tengo
- 4) Me gustaría medir un poco menos
- 5) Me gustaría medir mucho menos

4.- Tú te consideras:

- 1) Muy delgada (Peso muy por abajo al normal)
- 2) Delgada (Peso por abajo del normal)
- 3) Ni gorda ni delgada (Con peso normal)
- 4) Gorda (con sobrepeso)
- 5) Muy gorda (obesa)

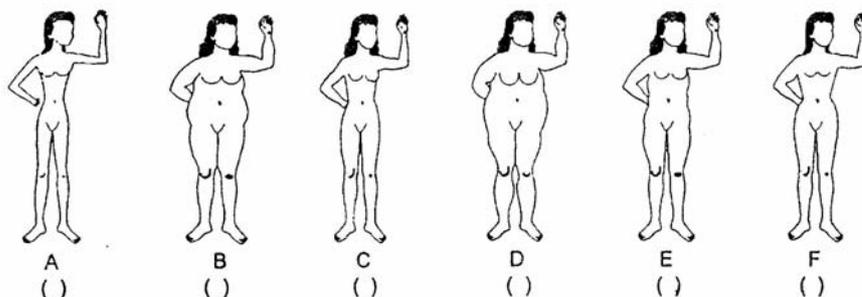
5.- Tu mamá te considera

- 1) Muy delgada (Peso muy por abajo del normal)
- 2) Delgada (Peso por abajo del normal)
- 3) Ni gorda ni delgada (Con peso normal)
- 4) Gorda (Con sobrepeso)
- 5) Muy gorda (Obesa)

6.- Engordar:

- 1) No te preocupa
- 2) Te preocupa poco
- 3) Te preocupa de manera regular
- 4) Te preocupa mucho
- 5) Te preocupa demasiado

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.



SECCIÓN D

Esta sección tienen 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 envidia el cuerpo de bailarinas, gimnastas y otros 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, Belinda o Thalía?	1	2	3	4
8.-¿Te llaman la 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 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