



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**Imagen Corporal, Conductas Alimentarias de Riesgo e
Influencia de los Medios sobre el Modelo Estético
Corporal en Adolescentes que padecen Obesidad**

T E S I S

Que para obtener el título de Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Daniela Soto Martínez

Bajo la Dirección de
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Profesora Investigadora



Pachuca, Hidalgo 2012

Agradecimientos

A **Dios**, por darme la oportunidad de vivir este momento.

A **Mis Padres y Hermano**, por su apoyo incondicional ante cualquier circunstancia.

A usted **Miss Rebe**, por el apoyo y la amistad que siempre me ha brindado, por todo lo enseñado en el aula y sobre todo por dejarme formar parte de su equipo de trabajo.

A **Mis Maestras de Aula y Vida**, por enseñarme no solo el aprendizaje profesional sino por cada uno de los momentos en que me acompañaron al crecer personalmente...

Marianomelí y Maribel Montiel.

G R A C I A S

ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo 1. Conceptuación de la Obesidad desde la Epidemiología	
Concepto	13
Diagnóstico	14
Magnitud del problema. Ámbito Internacional, Nacional y Estatal	16
Capítulo 2. Pubertad y Adolescencia	
Definición	32
Cambios Biológicos en la Pubertad y la Adolescencia	32
Características del Pensamiento Adolescente	34
El adolescente, su Familia y su Mundo Social	35
Impacto Psicológico de la Pubertad y la Adolescencia	37
Estilo de Vida: Saludable y No Saludable del adolescente	38
Capítulo 3. Conductas Alimentarias de Riesgo	
Definición de Conducta Alimentaria	40
Trastornos de la Conducta Alimentaria	41
Factores de riesgo asociados a la Anorexia Nerviosa	43
Instrumentos para la evaluación de Conductas Alimentarias de Riesgo y algunas síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria	46
Investigaciones sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas Alimentarias de Riesgo	49
Capítulo 4. Imagen Corporal	
Concepto	54
Alteración de la Imagen Corporal	59
Definición	60
Características de las Alteraciones de la Imagen Corporal	62
Insatisfacción Corporal	63

Capítulo 5. Influencia de la publicidad sobre el Modelo Estético Corporal	
Difusión del ideal corporal en los medios de comunicación	67
Influencia de las relaciones sociales en la transmisión de estereotipos corporales	68
Capítulo 6. Método	
Planteamiento del problema	72
Justificación	72
Pregunta de investigación	74
Objetivos	
Objetivo General	74
Objetivos Específicos	74
Definición de Variables	75
Participantes	77
Criterios de inclusión	79
Criterios de exclusión	79
Tipo de estudio	79
Diseño de Investigación	79
Instrumentos	80
Materiales	83
Procedimiento	84
Capítulo 7. Resultados	
VARIABLES PSICOLÓGICAS	
Imagen corporal	86
Conductas Alimentarias de Riesgo	89
VARIABLES SOCIOCULTURALES	
Influencia de los Medios sobre el Modelo Estético Corporal	93
Capítulo 8. Discusión y Conclusiones	98
Sugerencias y Limitaciones	106
Referencias	108

Anexos

Anexo 1. Escala de Factores de Riesgo para Trastornos de la Alimentación	121
Anexo2. Escalas de siluetas Hombre y Mujer	123
Anexo 3. CIMEC 12	127
Anexo 4. Lista alumnos/peso/talla	129
Anexo 5. Formato de Consentimiento Informado	130

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de acuerdo al modelo descriptivo multidimensional de la Anorexia Nerviosa.	44
Tabla 2. Variables de clasificación.	75
Tabla 3. Variables Psicosociales.	75
Tabla 4. Variable Sociocultural.	77
Tabla 5. Distribución porcentual de la muestra por grado de escolaridad.	78
Tabla 6. Confiabilidad y validez de cada uno de los factores que conforman la EFRATA.	81
Tabla 7. Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal por sexos.	87
Tabla 8. Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción por sexos.	87
Tabla 9. Distribución porcentual de la dieta crónica restringida.	90
Tabla 10. Distribución porcentual de la conducta alimentaria compulsiva.	91
Tabla 11. Distribución porcentual de la preocupación por el peso y la comida.	92
Tabla 12. Medidas de tendencia central y dispersión de los instrumentos aplicados en mujeres y hombres participantes.	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1. Modelo explicativo de la imagen corporal de Slade.	57
Fig. 2. Esquema de la estructura hipotética del concepto de imagen corporal.	58
Fig. 3. Distribución porcentual de los valores obtenidos en alteración con la imagen corporal.	88
Fig. 4. Dieta crónica restringida, participantes en riesgo.	89
Fig. 5. Conducta alimentaria compulsiva, participantes en riesgo.	90
Fig. 6. Preocupación por el peso y la comida.	91
Fig. 7. Distribución porcentual de las respuestas dadas al factor Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica, de acuerdo al sexo de los participantes.	93
Fig. 8. Influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal.	94
Fig. 9. Malestar con la imagen corporal.	95

RESUMEN

Objetivo: determinar la distribución de conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal e influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal en estudiantes adolescentes que padecen obesidad. **Diseño y Muestra:** se trabajó con un diseño transversal, de campo. En el reclutamiento de los participantes se utilizó un muestreo probabilístico polietápico. La edad promedio de la muestra total fue $M=12.7$, ($DE=1.3$); a través de la medición de peso y talla se obtuvo el índice de masa corporal, detectándose a 278 participantes con obesidad, de los cuales $n=163$ (59%) son mujeres ($M_{edad}=12.8$, $DE=1.4$) y $n=115$ (41%) hombres, de 10 a 16 años de edad ($M_{edad}=12.7$, $DE=1.5$); **Procedimiento:** se empleó una batería de instrumentos que reportó índices psicométricos adecuados aplicados a los adolescentes. Se hicieron análisis descriptivos. **Resultados:** se encontró que el 89% del total de la muestra están insatisfechos con su imagen corporal, las mujeres en un mayor porcentaje (49%) desean ser más delgadas, y los hombres con un (28%). También se encontró que el 5% de mujeres y en el mismo porcentaje los hombres sobreestiman su imagen corporal; en cambio el 60% de mujeres y el 79% de hombres subestiman su imagen corporal. Con relación a las conductas alimentarias de riesgo en la dieta crónica restringida el 97% de la muestra total no presenta riesgo, en cambio el 3% de los participantes si tiene riesgo. En la conducta alimentaria compulsiva o atracón se observó que el 7% del total de la muestra presentan esta conducta. Respecto a la preocupación por el peso y la comida, el 11% de la muestra total se encuentra en riesgo y lo que respecta al análisis de la conducta de comer por compensación psicológica donde más de la mitad de la muestra (64 %) señalaron la respuesta de *Nunca* ingieren alimentos descontroladamente para tranquilizarse o como remedio para la tristeza, en cambio un 9% respondió de manera afirmativa (*siempre y muy frecuentemente*). En lo que respecta a la influencia de la publicidad el 73% de los participantes dice que *pocas veces o nunca* la publicidad influye en ellos; por último el análisis de varianza ha encontrando contrastes significativos entre ambos sexos $F(19.920)=14.952$ $p<.001$; y es en las mujeres en donde más influye la publicidad (entre otros factores) para sentir malestar respecto a su imagen corporal. **Discusión y Conclusiones.** Se discute entre otros aspectos la utilidad que pueden aportar a la prevención de la obesidad los hallazgos de esta investigación.

Palabras Claves: Obesidad, Adolescentes, Imagen Corporal, Conductas Alimentarias de Riesgo, Influencia de los Medios sobre el Modelo Estético Corporal.

Abstract

Objective: Determine the distribution of disorder eating conducts, body image and the influence of the media over the body aesthetics model in teenagers that suffer from overweight. **Design and Sample:** A field transversal design was applied. A multistage probabilistic sampling was used in the recruiting of the participants. The average age of the total sample was $M=12.7$ ($DE=1.3$) the mass index of the body is obtained by measuring of weight and size, detecting 278 participants with overweight: $n=163(59\%)$ were women ($M=12.8$, $DE=1.4$) and $n=115(41\%)$ were men between the ages 10 to 16 years. ($M=12.7$, $DE=1.5$). **Procedure:** A battery of instruments was applied which reported adequate psychometric indices applied to the teenagers. Descriptive analyzes were made. **Results:** It was found that 89% of the participants were dissatisfied with their corporal appearance, women in a greater percentage (49%) wish they were thinner, and men with a (28%). It was also found the 5% of women and men overestimate their corporal appearance; On the other hand 60% of the women and 79% of the men underestimate their corporal appearance. In relation to disorder eating conducts in restricted chronic diets 97% of the total sample represents no danger; on the other hand 3% of the participants may face danger. In compulsive eating behavior or binge was seen that 7% of the participants have this conduct. Regarding the concern about weight and food, 11% of the participants are in risk of and regarding the concern of the analysis of eating behavior for psychological compensation is more than half of the total sample (64%) they pointed out that they *never* eat food uncontrollably in order to calm down or as a remedy when they are sad, on the other hand 9% of the participants answered affirmatively (*always and very often*). regarding the concern about the influence of advertising 73% of the participants say that they are just *few times* or *never* influenced by advertising; finally, the analysis of variance has found significant contrasts between both genders $F(19.920) = 14.952$ $p < .001$; and it is in women where advertising influences the most (among other factors) to feel discomfort because of their body image. Discussion and Conclusions: It is discussed among other aspects, the usefulness findings found in this research that can help prevent overweight.

Keywords: Overweight, Teenagers, Body Image, Eating Behaviors, Media Influence on Body Aesthetic Model.

Introducción

La obesidad es uno de los problemas sociales y de salud pública en el mundo, del siglo XXI, con graves implicaciones individuales además de socioeconómicas. En la actualidad se considera un fenómeno relacionado con la sociedad de consumo.

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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la obesidad como una epidemia global. Las consecuencias del sobrepeso y/o de la obesidad han reemplazado a los clásicos problemas sanitarios como la malnutrición o las enfermedades infecciosas (OMS, 2000). Se estima que actualmente en el mundo hay 250 millones de adultos obesos y muchos más presentan sobrepeso.

Desafortunadamente este problema también está incrementándose en la infancia y en la adolescencia, ya que la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en estas edades se ha duplicado en las dos últimas décadas (Deckelbam, 2001).

En México, la trayectoria de encuestas nacionales manifiesta un incremento desmedido de la problemática, los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2006 (ENSANUT 2006), revelan que el sobrepeso y la obesidad han aumentando en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos. Los resultados muestran que, cerca del 50 por ciento de los estados del país tienen una prevalencia de sobrepeso y obesidad superior a la nacional la cual es de 25.9 por ciento en niños y 26.8 por ciento en niñas (Shamah, Villalpando & Rivera, 2007).

La Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE) en 2008, que se realizó con niños y niñas de educación básica mostró que la prevalencia nacional de sobrepeso se presentó en 19.8 de los niños y 21 por ciento de las niñas de nivel primaria, la obesidad se observó en 10.8 de los hombres y 9 por ciento de las mujeres de secundaria (Shamah-Levy, 2010).

Por otro lado, los resultados de la ENSANUT 2006, en Hidalgo (estado en donde se llevó a cabo este estudio) la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 17.9 por ciento (18.1% para hombres y 17.7% para mujeres). Aún cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad es menor a la prevalencia media nacional, en Hidalgo 18 por ciento de los escolares padece sobrepeso y obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007; Shamah, Villalpando & Rivera, 2007). Estas cifras se confirmaron en la ENSE 2008 al observar que la prevalencia de sobrepeso en niños hidalguenses es de 17.4 por ciento y para las niñas de 17.1 por ciento, en el caso de la obesidad en los varones hay una prevalencia de 6.3 por ciento y de 3.9 por ciento para las niñas (Shamah-Levy, 2010).

Recientemente en el Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo (PENUTEH 2010) (Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011) se encontró que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 28 por ciento, y en su mayoría afecta a más hombres que mujeres (30.5% y 26.5 % respectivamente). Estos datos permiten afirmar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad está diez puntos por arriba de lo reportado por la ENSANUT 2006 (18.1%) y a la reportada por la ENSE 2008 (28% contra 26%).

Dado el aumento imparable de prevalencia de obesidad y las dificultades para su tratamiento una vez que ésta se establece, se plantea la necesidad de prevenirla, de otra forma se tendría que canalizar todo el esfuerzo médico y gasto sanitario en el tratamiento de sus complicaciones. La prevención de la ganancia ponderal se supone, debe de ser más sencilla, menos cara y potencialmente más eficaz, que el tratar a la obesidad una vez establecida. Hay precedentes de que en

un ambiente adecuado la mayoría de las personas son capaces de controlar su peso durante largos períodos de tiempo.

Mientras que en el adulto con obesidad se persigue la pérdida ponderal, en el niño el objetivo principal es evitar la ganancia de peso. Si se consigue mantener constante la masa grasa durante el crecimiento el peso corporal puede normalizarse. Se han identificado tres factores que juegan un papel muy importante en el desarrollo de obesidad en el niño: una dieta rica en alimentos (comidas y bebidas) altamente energéticos, con ausencia o escasez de comidas regulares, falta de ejercicio físico regular y la inclinación por actividades sedentarias durante el tiempo libre. Por lo tanto para prevenir la obesidad es imprescindible conocerlos para precisar los elementos sobre dónde dirigir los esfuerzos en la intervención.

Como ya se señaló, en el sentido de la prevención ésta se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de algún trastorno. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos; han sido definidos como aquellos factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (Rutter, 1985).

En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud física y mental. Las intervenciones para prevenir los problemas de salud como la obesidad pretenden contraatacar los factores de riesgo y reforzar los factores de

protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción en los procesos de salud. Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los problemas de salud mayor será el efecto preventivo que se puede esperar cuando se implementen exitosamente (OMS, 2004).

Específicamente en cuanto a la relación entre obesidad y conductas alimentarias, tradicionalmente se habían considerado como fenómenos independientes, sin embargo, investigaciones recientes han comenzado a mostrar los primeros indicios de esta relación, por ejemplo adolescentes con obesidad corren el riesgo de adoptar hábitos dietéticos perjudiciales que pueden llevarlos a pasar de fases de ayuno a otras de atracón.

Ahora bien, el conocimiento de los factores vinculados con la obesidad permite conocer y comprender de mejor modo, cuáles son los factores “clásicos” que influyen en su desarrollo; de esta forma se facilita la prevención y/o evitación de los mismos en el mejor de los casos.

Los factores de riesgo no modificables incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo, la raza y la historia familiar, ésta última influye para que el sujeto tenga mayor riesgo de sufrir obesidad, sobre todo cuando uno de los progenitores posee un historial de obesidad a una edad temprana. Es importante destacar que, aunque se pueden controlar los factores de riesgo que puede padecer el sujeto por herencia de sus antecesores, resulta muy complejo discriminar donde comienza la influencia de los factores externos del ambiente y donde los factores genéticos, puesto que ambos interactúan determinando la mayor o menor probabilidad de padecer la obesidad.

Por otro lado, están los factores de riesgo modificables, dentro de este bloque se encuentra: la ingesta de alimentos altos en grasas, el sedentarismo, las

conductas alimentarias como el “atracón” o sobreingesta alimentaria, paradójicamente el realizar dietas, entre otros.

Dentro de la categoría antes señalada están los factores psicosociales, recientemente discutidos respecto a la obesidad, ya que el estudio de los factores de riesgo clásicos aportados por el modelo bio-médico son muy relevantes en el sentido de que, por medio de ellos, se pueden realizar asociaciones estadísticas entre los factores de riesgo y las consecuencias físicas de la obesidad. Sin embargo, estas asociaciones dejan de lado otras muchas circunstancias que podrían reflejar información de suma relevancia para el estudio de la obesidad.

Estos factores psicosociales tienen un papel modulador sobre los factores clásicos de riesgo, los cuales son generalmente biológicos. Entre los factores psicológicos que se pueden relacionar con la obesidad se encuentran las conductas alimentarias de riesgo (CAR), que se conceptualizan como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a la motivación biológica, psicológica y sociocultural, todas estas vinculadas a la ingestión de alimentos; dichas conductas son influenciadas por factores de diversa naturaleza, mismos que rebasan por mucho el mero valor nutrimental del alimento y de las necesidades dietéticas del individuo (Bundell, 1991; Saucedo-Molina, 2003). Las CAR no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo, que se presentan como un *continuo*, entre una alimentación normal y la presentación de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) (Shisslak, Crago & Estes, 1995).

Ante tales razones, la presente investigación se planteó como objetivo de establecer cómo se distribuyen la variable biológica (sexo), las variables psicosociales (imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo) y la variable sociocultural (influencia de la publicidad sobre los modelos estético-corporales) en adolescentes con obesidad.

Por otro lado, en la presente tesis se desarrollaron cinco capítulos que sirven de marco teórico-conceptual, que intentan explicar e integrar las perspectivas biológica, psicológica y socio-cultural en las que se sustenta el entendimiento de la obesidad en las primeras etapas de vida. Así se contemplan las aportaciones conceptuales que, desde varias corrientes psicológicas y de las ciencias de la salud, han ido conformando los conocimientos actuales sobre los factores concurrentes en la obesidad. Posteriormente, se describe metodológicamente este estudio, incluyendo los resultados respectivos, además de las discusiones y conclusiones, sugerencias y limitaciones del estudio.

De manera detallada en el capítulo 1, se conceptúa y se describen datos epidemiológicos internacionales, nacionales y estatales relacionados con la obesidad; en el capítulo 2, contiene información acerca de cuestiones generales de la pubertad y adolescencia; en el capítulo 3, se aborda la definición de conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo y los trastornos de la conducta alimentaria; en el capítulo 4, se define el factor psicológico imagen corporal; en el capítulo 5, se hace referencia al factor sociocultural influencia de la publicidad sobre el modelo estético-corporal; en el capítulo 6 se describe el método, en el capítulo 7, se desarrollan los resultados y por último en el capítulo 8 se encuentran discusión y conclusiones. Se incluye el listado de referencias, además de los anexos correspondientes a los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables estudiadas.

Capítulo 1. Conceptuación de la Obesidad desde la Epidemiología

En el presente capítulo se ahonda sobre la obesidad, conceptuándola desde una perspectiva epidemiológica.

Concepto

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2011a).

El Índice de Masa Corporal (IMC) -el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m^2)- es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, ya que la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, se considera como una guía aproximativa, ya que se ha observado que puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos (OMS, 2011a).

La OMS (2011a) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 25.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta cinco años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de cinco a 14 años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes.

Con relación a la obesidad en adolescentes se define como un aumento en el peso corporal, debido a un exceso de grasa en el organismo (Prevención en la Infancia y la Adolescencia [PrevInfad] / Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [PAPPS], 2004). El uso actual del concepto de obesidad varía considerablemente, específicamente para adolescentes en la mayoría de reportes se utilizan las palabras de *sobrepeso* y *obesidad*; sin embargo, desde 2006 se introdujeron los términos de “*en riesgo de sobrepeso*” (equivalente al de sobrepeso) y “*sobrepeso*” (equivalente al de obesidad). El manejo de estos dos últimos vocablos se fundamenta en el uso de expresiones de “bajo impacto emocional” (Flegal, Tabak & Ogden, 2006).

Diagnóstico

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

Por su correlación significativa con otros métodos indirectos de valoración del tejido adiposo y su factibilidad, el IMC relacionado con la edad y el sexo es la medida más aceptada y utilizada en América y Europa para la estimación del sobrepeso y la obesidad (Reilly, Wilson, Summerbell & Wilson, 2002; Scottish Intercollegiate -Guidelines Network, [SIGN], 2003; World Health Organization [WHO], 2006).

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

Por la variabilidad en la composición corporal en la etapa de crecimiento y desarrollo, la CDC (2003) recomienda para el diagnóstico en la infancia y adolescencia la utilización del IMC, además de otros indicadores de adiposidad corporal, como son los pliegues cutáneo tricipital y subescapular (que consisten en una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea del brazo), en comparación con los estándares específicos por edad y sexo de referencia y en la reunión de Consenso sobre Obesidad Infantil realizada en la Academia Mexicana de Pediatría con la participación de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica (marzo 2002), la recomendación fue utilizar las gráficas del CNC 2000 del IMC para la edad en la valoración de niños mayores de dos años de edad y considerar para la población mexicana lo siguiente: sobrepeso, valor superior al centil 75; obesidad, valor por arriba del centil 85 y obesidad grave con un valor por arriba del centil 97.

Magnitud del problema. Ámbito internacional, nacional y estatal

Ámbito Internacional

La OMS (2006) reconoció a la obesidad desde hace más de medio siglo como una enfermedad, que ha pasado en las últimas décadas de ser un problema de tipo individual a convertirse en un fenómeno social mundial. La OMS calcula que en 2005, había en todo el mundo 1,600 millones de adultos con sobrepeso y al menos 400 millones de obesos y en 2008 aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) con sobrepeso y más de 300 millones de mujeres y unos 200 millones de hombres obesos, estimando que de seguir las tendencias actuales, en 2015 habrá aproximadamente 2,300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2011a).

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años comparado con otro de peso normal (Peeters, Bonneux, Nusselder, De Laet & Barendregt, 2004); convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico. Además, representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología músculo-esquelética, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales. Las dimensiones adquiridas, su impacto sobre la morbi-mortalidad, la calidad de vida y el gasto sanitario han llevado a la OMS a calificar a la obesidad como la epidemia del siglo XXI (WHO, 2000; OMS 2011a).

La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La OMS calculó que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de cinco años con sobrepeso y en 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de cinco años con sobrepeso (OMS, 2006, 2011a). Un estudio que revisó la situación de la obesidad en niños en edad

preescolar de los países en vías de desarrollo estimó que la prevalencia de obesidad en este grupo etario era del 3.3 por ciento. Lobstein, Baur y Uauy de la International Obesity Task Force (IOTF, 2004) estiman que entre el dos y tres por ciento de la población mundial en edad escolar (de cinco a 17 años) padece obesidad, es decir, entre 30 y 45 millones; y si se contabiliza junto con los que padecen sobrepeso, las cifras alcanzan el diez por ciento, un total de 155 millones de niños.

Estas cifras presentan variaciones importantes en todo el mundo, cuyos extremos están representados por el Continente Americano, con cifras de sobrepeso cercanos al 30 por ciento, y por el África Subsahariana donde la prevalencia está muy por debajo del cinco por ciento. La prevalencia es más alta entre los cinco y los nueve años en Europa, África y Oriente Próximo, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años. En ninguna zona del planeta se observan diferencias destacables en la prevalencia de obesidad infantil en función del sexo. Las consecuencias de la epidemia de obesidad entre la población infantil y juvenil no se han hecho esperar. Los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad (diabetes tipo 2, dislipemia e hipertensión arterial) aparecen cada vez más pronto y con mayor frecuencia, un fenómeno que puede observarse en zonas muy distantes del mundo unas con otras y con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre el ocho y el 45 por ciento de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes son de tipo 2 (Dietz, 2004).

De forma similar, en Asia la edad a la que aparece la diabetes tipo 2 es cada vez más baja y el número de niños y adolescentes con esta enfermedad ha aumentado considerablemente en los últimos años, superando de manera muy significativa los casos de diabetes tipo 1 (Kun-Ho, Lin-Hee, Ji-Won, Jae Hyoung, Yoon-Hee, Seung-Hyun, Zimmet , et al., 2006).

Además esta epidemia, particularmente acentuada en los niños y niñas, manifiesta una prevalencia de obesidad que va en aumento de forma alarmante.

Durante las tres últimas décadas, este incremento ha llegado a alcanzar entre el 0.5 y 1 por ciento anual en algunas zonas del planeta, duplicando e incluso triplicando la prevalencia de obesidad durante ese período en países tan diferentes como España y Brasil. Aunque la tasa de crecimiento ha sido, en general, superior en los países desarrollados, existen algunas excepciones a este patrón. En el Continente Americano, hay un patrón con cifras más altas en los países del norte, Canadá y Estados Unidos, que en el resto. En ambos países la prevalencia de sobrepeso (incluyendo la obesidad) pasó del 13 por ciento en la década de 1970 a alrededor del 30 por ciento en la década de 1990 (Ogden, Flegal, Carroll & Johnson, 2002). Sin embargo, Brasil es un ejemplo de un país en vías de desarrollo con una tasa de crecimiento en la prevalencia de obesidad similar o incluso superior a las de algunos países desarrollados. En este país la prevalencia de sobrepeso (incluida la obesidad) en la población de 6 a 18 años pasó del 4.1 por ciento en 1975 al 13.9 por ciento en 1997, con una tasa de aumento anual de alrededor del 0.5 por ciento, muy similar a la observada en Estados Unidos (Wang, Monteiro & Popkin, 2002).

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

Ahora bien, los datos disponibles sobre Asia y Oceanía indican que aunque la prevalencia de obesidad varía considerablemente entre países, la tendencia al aumento se ha extendido durante los últimos años por toda la región (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). Por ejemplo, la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños y adolescentes australianos de dos a 18 años pasó del 12 por ciento en 1985 al 20.3 por ciento en 1995 (Magarey, Daniels & Boulton, 2001).

Más significativo ha sido el incremento experimentando en los niños y adolescentes de siete a 18 años de edad de las grandes ciudades de China, en quienes la prevalencia de sobrepeso y obesidad se multiplicó ocho veces entre los años 1985 y 2000, pasando de estar por debajo del dos por ciento a situarse alrededor del 14 por ciento (Wu, 2006). En los niños chinos en edad preescolar (de 2 a 6 años) la prevalencia de obesidad aumentó del 4.2 por ciento en 1989 al 6.4 por ciento en 1997, aunque este incremento se produjo fundamentalmente en las zonas urbanas, pasando del 1.5 al 12.7 por ciento de niños obesos en el mismo periodo (Luo & Hu, 2002). Esta situación coexiste con la desnutrición infantil, que sigue siendo un grave problema en este país, situándose en torno al 16 por ciento de los niños en edad preescolar (Khor, 2003).

La prevalencia de obesidad infantil y juvenil en África es la más baja del planeta, aunque también existen diferencias importantes entre países. En Sudáfrica, el 17 por ciento de los jóvenes de 13 a 19 años presentan sobrepeso y en algunos países del norte del continente, como Egipto, las cifras también son elevadas, con un 14 por ciento de adolescentes obesos y una tendencia a aumentar en la prevalencia de obesidad (Lobstein, et al., 2004). En los países del África subsahariana, donde la desnutrición infantil es un problema de primera magnitud, la prevalencia de obesidad en niños en edad preescolar es inferior al dos por ciento (De Onis & Blossner, 2000) y en algunos países de esta región la que muchos países (incluyendo México) no disponen de datos representativos, seriadados y de una calidad aceptable que examinen el problema de la obesidad y sus tendencias. Algunos de los resultados presentados están basados en muestras regionales o locales, que no representan necesariamente el estado de la situación a nivel nacional. La escasez de datos se observa especialmente en algunos países en vías de desarrollo, para niños mayores de cinco años y adolescentes que suelen dedicar sus escasos recursos al estudio nutricional de los niños menores de cinco años dado que la desnutrición en esa franja de edad es un problema prioritario en esos países.

La estructura corporal y los patrones de maduración sexual presentan un grado de variación muy importante entre países. Ambos factores tienen una clara influencia sobre la adiposidad corporal, lo que dificulta las comparaciones entre países. Los puntos de corte en el IMC para definir sobrepeso y obesidad no son siempre los mismos. Además, los puntos de referencia de la IOTF, basados en datos procedentes de seis países (Estados Unidos, Países Bajos, Gran Bretaña, Brasil, Hong Kong y Singapur) aunque facilitan las comparaciones internacionales, pueden no estar midiendo lo mismo en todos los casos y ser inapropiados para algunas poblaciones. La pandemia está avanzando a tal ritmo que las estadísticas de prevalencia de obesidad quedan desfasadas cada vez más rápidamente.

A esto se añade la situación de que se trata de una problemática que, lejos de estabilizarse, está cambiando rápidamente, lo que dificulta las comparaciones entre diferentes periodos de estudio. Teniendo en cuenta estas limitaciones a continuación se revisan los principales resultados de los estudios mexicanos publicados más recientemente.

Ámbito Nacional

La revisión de estudios mexicanos sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil publicados hasta diciembre de 2006 refleja la dificultad de establecer comparaciones entre los resultados obtenidos, dada la gran variabilidad en la metodología empleada. Según los objetivos y el tipo de estudio pueden distinguirse en la mayoría de los casos estudios transversales y de evolución (dimensión temporal), y según el ámbito geográfico los que abarcan al territorio nacional y los realizados a menor escala de tipo estatal o municipal. Hay heterogeneidad en el tipo de población de estudio (por ejemplo en población general o en población escolar), así como en la definición de sobrepeso y obesidad.

La caracterización formal de la obesidad en México inicia a finales de los 80's con investigaciones en adultos de áreas urbanas y población migrante a los Estados Unidos, abordando aspectos socio-económicos y culturales (González & Stern,

1993; Hernández, Cuevas-Nasu, Shamah-Levy, Monterrubio, Ramírez Silva & García Feregrino, 2003; Kriskattit, La Porte, Pettit, Charles, Nelson, Kuller, et. al., 1993). A partir de entonces se describe la magnitud de la obesidad y los factores asociados en poblaciones de diferentes edades (Orozco Aviña, 2005; Peña & Bacallao, 2001).

En la Encuesta de 1988, respecto a la prevalencia de obesidad en niños (4.7 por ciento), se evidenciaron diferencias de acuerdo con la edad, siendo mayor entre el segundo semestre y el segundo año de vida; así mismo, se analizaron datos de las mujeres de 12 a 49 años, encontrándose una prevalencia de 17 por ciento con uso del IMC como indicador de sobrepeso y valores de acuerdo con la edad (Hernández, 2000).

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC, 1993) estimó una prevalencia de obesidad del 21.4 por ciento en adultos de 20 a 60 años. Observándose mayor frecuencia en las regiones del norte y sur del país (24.7% y 21.7% respectivamente) (en Secretaría de Salud, [Ssa] -Dirección General de Epidemiología [DGE], 1993).

La Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN, 1999), encontró en niños escolares una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5 por ciento, y para mujeres en edad adulta (18-49 años) la prevalencia fue de casi 60 por ciento (Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando Hernández, González de Cossio, Hernández Prado & Sepúlveda, 1999).

Entre las Encuestas Nacionales de Nutrición de 1988 y 1999 se observó un incremento de 0.7 por ciento en la prevalencia de sobrepeso en menores de cinco años (Sepúlveda, 1988; Ssa-Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]-Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2000; Rivera & Sepúlveda-Amor, 2003). Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 mostraron sobrepeso en la edad escolar de un 25 por ciento en la región norte del país y de un 13 por ciento en la región sur (INSP, 2001).

Como puede observarse, las primeras encuestas realizadas tuvieron un carácter “temático”, abordando el estudio de problemas específicos de salud. Entre 1999 y 2000 el INSP agrupó las diferentes encuestas en dos grandes encuestas nacionales: la de Nutrición de 1999 cuyo propósito fue el estudio del estado nutricional y la salud de niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil, así como el de las políticas y programas sociales dirigidos a mejorar la alimentación y la nutrición de la población marginada; y la Encuesta Nacional de Salud 2000 que abordó las condiciones de salud y el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006) (Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández & Sepúlveda, 2006; INSP-Ssa, 2006) unificó el contenido de las encuestas de nutrición y de salud, abordando problemas de nutrición y de rezago epidemiológico, que afectan especialmente a la población marginada, así mismo, se observan los problemas derivados de la transición epidemiológica y nutricional.

En los datos arrojados por esta Encuesta se encontró que de 1999 a 2006 a escala nacional hubo un pequeño decremento de 0.2 puntos porcentuales (pp.) en la prevalencia de sobrepeso en niños menores de cinco años. Esta situación se comportó de manera similar al desagregar la información por regiones, tanto la Ciudad de México como la región sur experimentaron disminuciones menores a uno por ciento en sobrepeso; en cambio, en la región norte la disminución fue de 7.4 a 5.0 por ciento.

Contrariamente en la región centro el sobrepeso aumentó un pp. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de cinco a 11 años fue de 26 por ciento para ambos sexos (26.8% en niñas y 25.9% en niños), lo que representa a 4 158 800 escolares en el ámbito nacional. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 39.7 por ciento en tan sólo siete años para ambos sexos; el aumento en niñas fue de 33 por ciento y en niños de 52 por ciento. El aumento

en la prevalencia de sobrepeso en niños fue de 41 por ciento y en niñas de 27 por ciento. El incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños, pasando de 5.3 a 9.4 pp. (77%), en las niñas este aumento fue de 5.9 a 8.7 pp. (47%); la prevalencia de sobrepeso aumentó progresivamente entre los 5 y los 11 años de edad, tanto en niños (de 12.9 a 21.2%) como en niñas (de 12.6% a 21.8%). La prevalencia de obesidad aumentó entre las mismas edades 4.8 a 11.3 por ciento y en niñas de 7.0 a 10.3 por ciento.

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

Se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las mujeres de 12 a 19 años en 2006 con la de 1999. Se observó un incremento ligero en sobrepeso de 7.8 por ciento y un aumento absoluto pequeño, pero elevado en términos relativos, en obesidad de 33.3 por ciento. En el ámbito nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). La prevalencia de sobrepeso, y especialmente la de obesidad, tiende a incrementarse con la edad hasta los 60 años; observándose que después de esta edad la tendencia disminuye, tanto en hombres como en mujeres.

Según la ENSANUT 2006 la disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las décadas más tardías de la vida es explicada por varias razones: la primera es el mayor riesgo de muerte en los que tienen sobrepeso y obesidad, lo que lleva, por selección, a mayor sobrevivencia de los sujetos con IMC adecuado; la segunda es la pérdida de peso ocasionada por enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes tipo 2 y la enfermedad de Parkinson, entre otras,

que son altamente prevalentes en adultos mayores; la tercera es la desnutrición carencial debida a menor protección social o a la depresión y el deterioro fisiológico que suele suceder durante la senectud.

Asimismo, en la ENSANUT 2006 se obtuvieron datos al respecto de conductas alimentarias de riesgo relacionadas con sobrepeso y obesidad en adolescentes, los resultados describen que 18.3 por ciento de los jóvenes manifestaron su preocupación por engordar, consumir gran cantidad de alimentos e inclusive perder el control para comer. Otras prácticas de riesgo del 3.2 por ciento de los adolescentes fueron las dietas, los ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. En menor proporción manifestaron la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos para bajar de peso. Así mismo, se manifestó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años (Olaiz et. al., 2006).

Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008.

A partir de los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (ENSE 2008) se observó que la magnitud del sobrepeso y la obesidad es mayor en los estudiantes de escuelas públicas del país (31.4%). Además, alrededor de 10 por ciento de las escuelas no cuentan con áreas destinadas para la recreación o la actividad física. Así mismo, se pudo observar que los alimentos que predominan en las cooperativas escolares contienen alta densidad energética, alto contenido de azúcar y grasa y son bajos en fibra y la disponibilidad de alimentos sanos (frutas y vegetales frescos, cereales con fibra, alimentos caseros, etcétera) ocurre en menos de la mitad de los planteles escolares (Shamah, 2010).

Encuesta de Salud en Estudiantes de Escuelas Públicas en México 2010

Ahora bien, los datos nacionales más recientes corresponden a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2010 (ENSE 2010)

(Shamah Levy, 2010) indicando que el 8.2 por ciento de los adolescentes de 10 años y más refirieron que tuvieron la sensación de no poder parar de comer en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Al revisar la información por sexo, se observó que una mayor proporción de mujeres (9.8%) experimentaron esa sensación en comparación con los hombres (6.4%). Estratificando los datos por nivel educativo y sexo, las mujeres de secundaria, tienen el doble del porcentaje de la pérdida del control en lo que comen (13.0%) comparado con los hombres del mismo nivel educativo (6.7%).

El vómito autoinducido es otra práctica alimentaria de riesgo en los adolescentes y se encontró en la ENSE 2010 que el 0.7 por ciento de la población de 10 años y más la presentan. Al igual que la práctica alimentaria anterior, se presenta en mayor proporción en las mujeres de secundaria (0.8%). En cuanto a las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para tratar de bajar de peso) se observaron en 0.9 por ciento de los escolares de 10 años y más. Los datos indican que los adolescentes que asisten a primaria, presentan porcentajes superiores de dichas medidas compensatorias con respecto a los de secundaria (1.2% vs 0.5%). La proporción de hombres que hacen uso de estas medidas compensatorias es mayor a la de las mujeres (1.4% vs 1.0%) de nivel primaria.

Por otro lado, el 3.3% de la población de 10 años y más contestó que han tenido prácticas restringidas como ayuno, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso, en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta. Observando la información por sexo y nivel educativo, la proporción de hombres de primaria que tuvieron prácticas restrictivas (3.4%) fue mayor a la de las mujeres de este mismo nivel (2.5%). En cuanto a los escolares de 10 años y más que asisten a la secundaria, se observó una proporción diferente que mostró prácticas restringidas entre las mujeres (4.0%) y los hombres (3.4%) de este mismo nivel educativo.

De forma global, según la ENSE 2010, se pudo ver que el 10.5 por ciento de los escolares presentó al menos una conducta alimentaria inadecuada en los tres meses previos a la aplicación de la encuesta. Al revisar la información por sexo, se observó que una mayor proporción de mujeres (11.7%) experimentaron este tipo de conductas en comparación con los hombres (9.2%). Estratificando los datos por nivel educativo y sexo, las mujeres de secundaria, tienen mayor porcentaje de presentar al menos una conducta de riesgo (14.9%) comparado con los hombres del mismo nivel educativo (9.4%).

Los trastornos alimentarios son un problema que se encuentra cada vez más en los adolescentes. Los datos de la ENSE indican que el 12% de los adolescentes, tuvieron alguna conducta alimentaria inadecuada (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias, y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9%). Dichas tendencias se observan de manera similar en la ENSANUT 2006.

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Este Acuerdo tiene el propósito de revertir las enfermedades crónicas no transmisibles derivadas del sobrepeso y la obesidad por medio de acciones dirigidas especialmente a menores de edad en forma individual, comunitaria y nacional creando diez objetivos prioritarios incluyendo la temática de actividad física, el agua simple potable, la disminución de azúcares y grasas en bebidas, el aumento del consumo en frutas y verduras, el alfabetismo nutricional, la lactancia materna, la reducción de azúcares y grasas en alimentos, la reducción en porciones y la limitación en la cantidad de sodio (Córdova, 2010).

Ámbito Estatal

En el estado de Hidalgo (lugar en donde se desarrolló este estudio), la prevalencia de obesidad se caracterizó en la población, sobre todo en aquellos grupos que son atendidos en Sistemas Especiales de Atención a la Salud; datos

del Instituto Nacional Indigenista (INI) describieron para el ciclo 2000-2001, una prevalencia de sobrepeso y obesidad de 16.7 por ciento en población de albergues escolares indígenas localizados en las regiones: huasteca, Valle del Mezquital y Otomí-Tepehua de su área de influencia (INI, 2001).

Asimismo, el estado no escapa a la urbanización –la población que reside en localidades $\geq 2,500$ habitantes pasó de 30 a 60 por ciento en los últimos diez años- (INEGI, 2002). Resalta especialmente la persistencia de morbilidad propia del rezago, así como de la mortalidad relacionada con enfermedades crónico-degenerativas (Ssa-H, 2000). Estos problemas que han sido vinculados a los cambios demográficos y socioeconómicos, describen la necesidad de identificar y controlar los factores que les dan origen. La obesidad como patología emergente ha sido poco estudiada como problema de interés público en Hidalgo. Se reconoce que podría estar relacionada al espectro de mortalidad general del estado, que en año 2000 ocupó el séptimo lugar en el país con base en este indicador, y a las primeras causas de muerte como son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes y enfermedad cerebrovascular; representando en conjunto el 41 por ciento del total de muertes ocurridas en el estado en el año 2000 (INEGI, 2002).

Datos de la Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003, en donde se realizó un estudio del estado de nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres (N= 2100), señalan que el sobrepeso u obesidad se presenta después de los tres años, sobre todo en las localidades urbanas donde detectaron una alta proporción (la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue de 8.0 por ciento para niños residentes de áreas urbanas y de 3.9 por ciento para niños que vivían en localidades rurales). La distribución de sobrepeso y obesidad en los grupos de edad y entre los diferentes tipos de localidades en Hidalgo coincidió con estudios de otros países, donde es una constante observar tasas crecientes de obesidad en zonas urbanas pero con bajo desarrollo económico, lo que está definiendo un nuevo perfil de la población. Este estudio reflejó una población en plena transición nutricional, donde persiste la desnutrición infantil crónica y la obesidad infantil se

incrementa, debido a cambios en el estilo de vida y al consumo de alimentos en la población (se encontró una magnitud importante de consumo de golosinas, bebidas endulzadas y de alimentos industrializados). Así mismo, refiere la doble carga que representa la desnutrición y la obesidad para los servicios de salud en el estado, y hace énfasis en el abordaje a través del ciclo vital, con la finalidad de revertir la desnutrición y la obesidad en etapas tempranas, y disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas en la edad adulta (Galván, González-Unzaga & López Rodríguez, 2008).

Por otro lado, los resultados de la ENSANUT 2006 de Hidalgo (INSP, 2006) (aplicando factores de expansión), se desarrolló en una muestra de niños en edad escolar estudiados en Hidalgo conformada por poco más de 411 000 escolares, representativos del estado. La prevalencia sumada de sobrepeso más obesidad se ubicó en 17.9 por ciento (18.1 por ciento para hombres y 17.7 por ciento para mujeres). Tanto en niños como en niñas la prevalencia de sobrepeso es mayor a la prevalencia de obesidad. La distribución de acuerdo con el tipo de localidad de residencia mostró que 8.0 por ciento de los escolares de localidades rurales de Hidalgo tienen baja talla en comparación con los escolares de las localidades urbanas (5.4 por ciento). En contraste, la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es seis puntos porcentuales mayor en los escolares de las localidades urbanas (21.1 por ciento) que en los que habitan en localidades rurales (15.0 por ciento). La prevalencia de baja talla en escolares de Hidalgo se ubica debajo del promedio nacional. Aún cuando la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares es menor a la prevalencia media nacional, en Hidalgo 17 por ciento de los niños padece sobrepeso y obesidad.

Ahora bien, en la Encuesta antes señalada, respecto a los datos recabados en 434 000 adolescentes (por muestreo de expansión), el 12.6 por ciento presentó baja talla y cerca de 30 por ciento exceso de peso. Para las localidades urbanas la prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad fue de 31.7 por ciento (30.9% para hombres y 32.5% para mujeres) en comparación con el 28 por ciento

reportado para las localidades rurales del estado, con una distribución de 29.9 por ciento para hombres y 26.2 por ciento para mujeres. A manera de conclusión en la ENSANUT 2006 de Hidalgo, se señala que poco menos de una quinta parte de los niños en edad escolar y un tercio de los adolescentes presentan exceso de peso, es decir, una combinación de sobrepeso más obesidad.

Otro aspecto importante y poco estudiado en la población adolescente mexicana, son las acciones de riesgo en relación con las conductas alimentarias. En Hidalgo según la ENSANUT 2006 destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 15.8 por ciento de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 0.9 por ciento. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2 por ciento de los adolescentes. Además, el 2.6 por ciento de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la Encuesta, hicieron ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso.

En el año 2007 el Área Académica de Nutrición de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) realizó uno de los primeros estudios de la distribución e interrelación de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes evaluando el Índice de Masa Corporal (IMC) en una muestra de 2 194 estudiantes de escuelas secundarias públicas de Pachuca, Hidalgo, 52 por ciento hombres y 48 por ciento mujeres, de 11 a 15 años de edad; encontrándose un 27 por ciento de la muestra con problemas, de éstos el 10 por ciento de sujetos con desnutrición y bajo peso, y el 17 por ciento con sobrepeso y obesidad que es un dato que de alguna forma confirmó las estadísticas nacionales (Saucedo-Molina, Escamilla Talón, Portillo Noriega, Peña Irecta & Calderón Ramos, 2008).

Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010 (PENUTEH)

De manera más reciente se realizó el estudio denominado “El Perfil Nutricional de los Escolares de Hidalgo 2010 (PENUTEH)” (Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011), que constituye el primer precedente del diagnóstico nutricional integral de los escolares de Hidalgo, su realización en una muestra aleatoria permite reportar datos con representatividad para el estado de Hidalgo, a nivel municipal y por tipo de escuela, lo que servirá de base para reorientar las acciones y las políticas públicas de alimentación, salud y educación.

Se obtuvo información del 83% de la muestra programada, quedando un total de 48,230 escolares para el análisis; de los cuales el 49.4 por ciento correspondió al sexo femenino. Por tipo de escuela, la mayor proporción de escolares correspondió a las escuelas primarias generales (80.46%) y la menor proporción a los centros CONAFE (2.7%).

La prevalencia de sobrepeso u obesidad en los escolares de Hidalgo fue de 28 por ciento; de bajo peso 3.0 por ciento y peso normal 69 por ciento. El sobrepeso u obesidad afectó en mayor proporción a los hombres que a las mujeres, 30.5 por ciento vs 26.5 por ciento, respectivamente; así como a los escolares de escuelas primarias particulares y generales, 42.5 por ciento y 30.0 por ciento, respectivamente. Por grado escolar, los escolares de sexto año de primaria presentaron las más altas prevalencias de sobrepeso u obesidad, que los niños de tercero y primero, 34 por ciento, 28.5 por ciento y 22.1 por ciento, respectivamente.

Por tipo de localidad los escolares de escuelas urbanas fueron los más afectados por el sobrepeso u obesidad que los de las áreas rurales 35.4 por ciento contra 23.2 por ciento, respectivamente. Aun cuando los escolares de escuelas indígenas y CONAFE registraron la menor proporción de sobrepeso u obesidad, 17.5 por ciento y 19 ciento, respectivamente, los datos indican que el exceso de peso es un problema de salud pública generalizado en los escolares de Hidalgo.

La prevalencia de sobrepeso u obesidad en los escolares de Hidalgo fue 28 por ciento (Galván, Amezcua González & López Rodríguez, 2011).

Según el PENUTEH 2010 destaca que a nivel municipal se sumaron las prevalencias de sobrepeso y obesidad y se construyeron tres categorías: muy alta con valores mayor o iguales a 40 por ciento, alta, que se encuentran en un rango de 20 al 39.9 por ciento y ligeramente alta a los encontrados con valores de 10 a 19.9 por ciento; esta clasificación se basa en la magnitud de prevalencia de sobrepeso u obesidad que establece la OMS para los países en personas mayores de 20 años.

La regionalización de la distribución de los niveles de prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de los municipios del estado de Hidalgo se observa de la siguiente manera: todos los municipios tienen prevalencia de sobrepeso u obesidad mayores al 10 por ciento y en las categorías de prevalencia muy alta y alta se encuentra que el municipio de Tula de Allende 43.4 por ciento, Tetepango 43.1 por ciento, Tlaxcoapan 42.7 por ciento, Atotonilco de Tula 42.5 por ciento, Tlahuelilpan 41 por ciento, Villa de Tezontepec 38.3 por ciento, Mixquiahuala 37.9 por ciento y Pachuca con un 35.5 por ciento. En conjunto, talla baja y sobrepeso más obesidad, se presentan de manera polarizada en la mayoría de los municipios hidalguenses.

Una vez descrita la problemática de la obesidad desde una perspectiva epidemiológica en donde se observan los datos internacionales, nacionales y estatales que evidencian la pandemia que implica actualmente esta enfermedad en el mundo, a continuación se describirán los factores biopsicosociales relacionados con la obesidad.

Capítulo 2. Preadolescencia y Adolescencia

La preadolescencia o adolescencia temprana es entendida como el conjunto de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la adultez joven (Kail & Cavanaugh, 2006). Papalia y colaboradores (2005) la definen como “el proceso mediante el cual una persona alcanza su madurez sexual y su capacidad para reproducirse” (p. 600).

En cuanto a la adolescencia se refiere a la etapa que comprende entre los diez y 19 años de edad, en la cual tiene lugar el crecimiento puberal y el desarrollo de características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales (OMS, 2000). Morris & Maisto (2001) y Breinbauer & Maddaleno (2005) dividen a la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo. En las mujeres, por lo general se llama preadolescencia o adolescencia temprana al periodo entre los 10 y los 12 años, y en los hombres abarca desde los 12 a los 14 años. La adolescencia intermedia se presenta entre los 14 y los 16 años y la adolescencia tardía, de los 16 a los 19 años.

En general la adolescencia es la etapa en la que se alcanza el crecimiento y junto con ello se inicia la inserción en el mundo de los adultos (Delval, 2004), por lo cual el sujeto tiene que hacer ajustes más o menos grandes, en donde los cambios biológicos que señalan el final de la niñez, dan como resultado un cambio de proporciones y de la forma del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005), mismos que se abordan en el siguiente apartado.

Cambios biológicos en la preadolescencia y la adolescencia

El crecimiento repentino del adolescente en la etapa temprana es un rápido aumento en la estatura y peso que generalmente suele presentarse más temprano en las mujeres que en los hombres, entre los once y 13 años de edad, ellas son

más altas, pesadas y fuertes que los hombres de su misma edad (Papalia, Wedkos & Duskin, 2005). También se aprecia un desarrollo acelerado de los órganos reproductores, los cuales están controlados por las hormonas segregadas por las glándulas endócrinas, que aumentan su producción en este periodo de vida en particular. Algunos cambios son iguales en ambos sexos –incremento del tamaño, mayor fuerza y vigor- pero en general se trata de cambios específicos (Craig, 2001).

La maduración sexual incluye un cambio en las características primarias, es decir, en los órganos que intervienen directamente en la reproducción. En las mujeres son los ovarios útero y vagina; en los hombres testículos, próstata, el pene y la vesícula seminal. Por otro lado, se tienen las características sexuales secundarias, que no involucran directamente los órganos sexuales, por ejemplo el crecimiento de los senos en las mujeres y los hombros anchos en los hombres. Otras características son el cambio de voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, axilar y del cuerpo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

El principal signo de la madurez sexual es la producción de esperma en los hombres y la aparición de la menstruación en las mujeres. En las mujeres el primer periodo menstrual es denominado menarquía, en donde la primera ovulación puede ocurrir al menos un año más tarde y en los hombres es conocido como espermarquía, la primer emisión de esperma (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005). Las hormonas responsables de estos cambios, son los estrógenos y andrógenos que están presentes en ambos sexos, aunque a menudo se dice que los primeros son una hormona femenina y los segundos una hormona masculina (Kail & Cavanaugh, 2006).

Como ausencia de lo anterior en la etapa intermedia de la adolescencia se tiene como primera característica el aumento de la estatura; en las mujeres alcanza su máximo valor aproximadamente a los 15 años y en los hombres aproximadamente a los 17 años de edad. No todas las partes del cuerpo maduran con la misma rapidez. La cabeza, las manos y los pies suelen crecer primero,

seguida de los brazos y las piernas (Kail & Cavanaugh, 2006). El torso, el pecho y los hombros son los últimos en hacerlo, el resultado de estas diferencias es que el cuerpo dé la impresión de estar desproporcionado (Jensen, 2008).

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

La adolescencia es un periodo amplio y complejo en donde el adolescente se encuentran en un proceso de transición que implica cambios a nivel físico cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005). En el siguiente apartado se abordará lo que ocurre a nivel cognoscitivo.

Características del pensamiento adolescente

En la adolescencia la transición de los procesos cognoscitivos son rápidamente cambiantes de la niñez a los procesos de la adultez joven. Algunos cambios cognoscitivos se realizan en la adolescencia pero son pequeños a comparación con los de la niñez (Kail & Cavanaugh, 2006). El joven piensa en forma abstracta, por lo cual pueden resolver problemas hipotéticos y reflexionar sobre las posibles respuestas; a este tipo de pensamiento se le denomina pensamiento formal operacional, que empieza alrededor de los once años y finaliza entre los 15 y los 20 años (Piaget, 1972 en Jensen, 2008). Una de las abstracciones que adquiere el adolescente es la capacidad para pensar acerca de sus pensamientos, también conocida como meta-cognición (Jensen, 2008). Logran mucha más fuerza cognoscitiva gracias a que mejore el pensamiento de la información. No siempre utilizan bien sus destrezas. Algunas veces recurren a estrategias más simples y menos maduras del pensamiento (Kail & Cavanaugh, 2006).

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

El adolescente, su familia y su mundo social

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

Parte de la explicación de la existencia de conflicto con los padres se encuentra en los cambios biológicos y cognoscitivos en la adolescencia. En lo que respecta a lo biológico, los jóvenes se vuelven más grandes y fuertes, lo que hace más difícil que los padres impongan su autoridad en virtud al aumento de su presencia física (Jensen, 2008). En cuanto a lo cognoscitivo las mayores capacidades para el pensamiento abstracto y complejo, permiten a los adolescentes argumentar mejor y esto dificulta a los padres imponerse con rapidez, con respecto a este aspecto se puede aludir que estos cambios producen distintas formas de percibir el margen de autonomía de los adolescentes (Smetana, 2005). Por lo tanto, muchas de las discusiones entre los jóvenes y sus padres se centran en cuanta y que tan rápido, pueden obtener su libertad para planear sus propias actividades (Craig, 2001).

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

adolescentes los consideran asuntos de elección personal sobre los que ellos pueden decidir (Jensen, 2008).

En relación con lo anterior una combinación de factores situacionales en los que se pueden encontrar la familia pueden incidir en estos conflictos y originar otros al mismo tiempo (Craig, 2001). Este aspecto está ligado de igual manera con cambios históricos que han sufrido los patrones actuales de la vida familiar, dentro de los cuales podemos mencionar, el aumento de número de divorcios, aumento de los hogares con un cuidador soltero y el aumento de las familias con dos ingresos (Jensen, 2008).

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

En cuanto a los amigos y compañeros, pasan a desempeñar un papel importante, y los adolescentes tienden a agruparse. Por un lado, es una fuente de apoyo al alejarse de los padres, aunque estos no dejan de jugar un papel importante en la vida del adolescente (Collins & Laursen, 2004); también permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas, el grupo de amigos se convierte en una fuente de afecto, simpatía, entendimiento y orientación moral (Craig, 2001).

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

Las amistades de los adolescentes van cambiando con los años. En la adolescencia intermedia, de los catorce a los dieciséis, lo más importante es la

seguridad y la lealtad se convierte en un valor central (Delval, 2004). Por lo tanto, las amistades son más cercanas e intensas en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida (Craig, 2001).

Impacto psicológico de la preadolescencia y la adolescencia

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

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

El proceso de maduración precoz o tardía se convierte en otro factor que puede impactar al adolescente, ya que parecen tener una conciencia aguda concerniente a las percepciones si ha llegado tarde o temprano en comparación a sus coetáneos (Jensen, 2008). En los varones que tardan en madurar, que son más pequeños y menos músculos que los muchachos de su edad, se encuentran en desventaja en casi todos los deportes y muchas situaciones sociales (Craig, 2001). La maduración temprana en las mujeres implica diversos inconvenientes entre los cuales encontramos estado de ánimo depresivo, imagen corporal negativa, trastornos alimentarios, consumo de drogas, problemas escolares y conflictos con los padres (Dick, Rose, Viken & Kaprio, 2000; Lanza & Collins, 2002; Obeidallah, Brennan, Brooks-Gun & Earls, 2004; Whichstrom, 2001). En este sentido dos razones para explicar las diferentes problemáticas; la primera son

los valores culturales predominantes con respecto a la apariencia física, citando un ejemplo son el cuerpo delgado valorado en las sociedades occidentales. Como segunda razón es que su desarrollo anticipado atrae la atención del grupo de amigos mayores, orillándolas al inicio prematuro de su vida sexual. En resumen los efectos de la maduración precoz y tardía difieren entre niñas y niños (Jensen, 2008).

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

Finalmente, se cree que los adolescentes son personas de estado de ánimo inestable debido a que pasan de la alegría a la tristeza, de la irritación al enojo durante la mañana o el mediodía. Se supone que la causa son las hormonas relacionadas con la preadolescencia, y generalmente se hace alusión a que “las hormonas están desatadas”. (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006).

Estilo de vida saludable y no saludable de los adolescentes

El desarrollo de los adolescentes como ya ha sido abordado anteriormente, no se presenta en un contexto vacío. Los jóvenes viven y crecen en un mundo social, la influencia de la familia y de los amigos, particularmente desempeñan un rol importante en la salud física y mental (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

En esta época de la vida por lo general es saludable. Sin embargo, los problemas de salud surgen de los estilos de vida y la pobreza, los adolescentes de las familias menos acomodados tienden a reportar una salud más pobre y síntomas más frecuentes. En cambio, los adolescentes más adinerados suelen

tener dietas más sanas y mayor actividad física. Los adolescentes tienen menos probabilidad de visitar regularmente al médico, la mayoría de las veces porque postergan las cosas o por temor de que dirá el médico. Los jóvenes que no reciben atención requerida corren mayor riesgo de problemas de salud física y mental (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

Relativamente pocos jóvenes mueren por enfermedad, más bien mueren en accidentes, casi siempre relacionados con automóviles y armas de fuego, este patrón depende generalmente del género y la raza (Kail & Cavanaugh, 2006). En este sentido en la etapa temprana los adolescentes tienden a consumir drogas, conducen estando intoxicados y se vuelven sexualmente activos y esas conductas se incrementan a lo largo de la adolescencia (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

En conclusión el adolescente tiende a concederle mayor importancia a las consecuencias sociales de sus decisiones, y menos a las de la salud (Steinberg, 1999 en Kail & Cavanaugh, 2006). Por lo anterior cabe señalarse que el adolescente con obesidad se puede encontrar en riesgo de presentar conductas alimentarias de riesgo, a continuación se realiza la descripción documental de la conducta alimentaria.

Capítulo 3. Conductas Alimentarias de Riesgo

A continuación se define lo que es una conducta alimentaria, conductas alimentarias de riesgo como lo son dietas restringidas, atracones y preocupación por el peso y la comida, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN) y los Trastornos de la Conducta No Especificados (TANEs).

Definición de conducta alimentaria

Para comprender lo que es una conducta alimentaria es necesario definir a la alimentación, entendida ésta como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión mediante el cual el organismo obtiene los nutrimentos y satisfacciones indispensables para la vida, no solo se refiere a la ingesta de alimentos como tal, sino también a una conducta que se ve influenciada por factores externos a la persona más que por sus propias necesidades o por el valor nutrimental y características específicas que tiene un alimento (Bundell, 1991).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todos los seres humanos, de manera que los excesos, deficiencias y desequilibrios crean problemas no solo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área de intercambio con los demás, por esto de manera circular y multicausal la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Acosta, Lloplis, Gómez & Pineda, 2005; Rodríguez, Berneveld, González-Arratia, Unikel-Santoncini & Becerril Bernal, 2006).

Por lo anterior, la conducta alimentaria es definida como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural (Saucedo-Molina, 2003) en respuesta a los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las preparaciones culinarias y las

cantidades que se ingieren de ellos (Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002). Es una conducta psicosocial resultado de la influencia de la sociedad y puede llegar a transformarse en conductas alimentarias de riesgo (CAR), que son manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), pero que son conductas características de los mismos (Unikel-Santoncini, Bojorquez-Chapela & Carreño-García, 2004) tales como atracones o episodios de ingestión excesiva, sensación de pérdida de control al comer, seguimiento de una dieta restrictiva, ayunos, vomito autoinducido, omitir alguna comida, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico, abuso de diuréticos, laxantes y anfetaminas, y ejercicio físico en exceso que afectan la salud de quienes las presentan (Gómez-Peresmitré, Saucedo-Molina & Unikel, 2001; Saucedo-Molina & Unikel-Santoncini, 2010).

Trastornos de la conducta alimentaria

Los TCA son procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones específicas y severas en el comportamiento de la ingesta de alimentos, que se pueden observar en personas que presentan patrones distorsionados en la forma de comer, caracterizados por el exceso o por no hacerlo, esto en respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad metabólica o biológica (Méndez, Vázquez-Velázquez & García-García, 2008). Es decir, a conductas derivadas del miedo-pánico de estar “gordo” y a la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentaria, vómitos, hiperactividad, desgaste físico, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas y hacer ayunos, estas se llevan a cabo al inicio con la finalidad de controlar el peso y posteriormente se vuelven obsesivas (Chinchilla, 2003a).

Entonces, para que exista un TCA se genera una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Marín, 2002). En lo biológico se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro llamadas neurotransmisores que

controlan al hambre, el apetito y la digestión pueden estar desbalanceadas, además de que la genética puede tener contribuciones significativas. Lo psicológico refiere a la baja autoestima, distorsión de la imagen corporal generada cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, generando malestar e interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de las personas (Rivarola, 2003) además de sentimientos de insuficiencia o falta de control en la vida, depresión, ansiedad, enojo y soledad, además de ciertos factores interpersonales como relaciones personales y familias problemáticas, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido ridiculizado por el peso o talla y abuso físico o sexual (Trujillo, 2006).

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

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Sus criterios diagnósticos son:

1. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla como la pérdida de peso que conlleva a un peso inferior del 85% esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento.

2. Miedo intenso a ganar peso o ha convertirse en una persona obesa incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos).

Los tipos de la AN son:

1. Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas como es la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.
2. Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas como es la provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas.

Factores de riesgo asociados a la Anorexia Nerviosa

La AN en cuanto a la sintomatología que puede manifestar, muestra claramente que es un síndrome diagnóstico concreto, sin embargo no necesariamente implica una patogénesis simple. Una de las formas para poder comprender la complejidad de esta enfermedad es adoptando un análisis multidimensional, puesto que este es considerado como el producto final de la combinación de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. No es válido hablar de la causa, sino que se deben analizar las distintas dimensiones que se combinan para que un TCA se desarrolle (Marco, 2004).

A continuación en la tabla 1 se describen los factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de acuerdo al modelo descriptivo multidimensional de la AN de Garfinkel & Garner (1982), versión adaptada de Toro & Vilardell (1987):

Tabla1. Factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de acuerdo al modelo descriptivo multidimensional de la Anorexia Nerviosa.

Factores Predisponentes	Factores Precipitantes	Factores de Mantenimiento
1. Factores genéticos	1. Dieta	1. Feedback fisiológico por inanición
2. Edad (13-20 años)	2. Cambios corporales adolescentes	2. Detección de las relaciones familiares
3. Trastorno afectivo	3. Problemas familiares	3. Aislamiento social
4. Introversión/inestabilidad	4. Experiencias sexuales aversivas	4. Cogniciones "anoréxicas"
5. Obesidad o sobrepeso premórbido	5. Aumento de peso	5. Actividad física excesiva
6. Déficit de empatía	6. Criticas acerca del cuerpo	6. Latrogenia
7. Perfeccionismo	7. Enfermedad adelgazante	
8. Antecedentes familiares depresivos o adictivos	8. Actividad física elevada	
9. Familiares con trastornos de la ingesta	9. Acontecimientos vitales	
10. Obesidad materna		
11. Valores estéticos dominantes		

Fuente: Garfinkel & Garner (1982) versión adaptada de Toro & Vilardell (1987).

Por su parte, la BN se caracteriza por episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Una característica esencial de ambos trastornos es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar. Sus criterios diagnósticos son:

1. Presencia de atracones recurrentes caracterizados por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, por ejemplo en un período de 2 horas en cantidad superior a la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento como no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.

2. 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.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Los tipos de la BN son:

1. Tipo purgativo: la persona se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
2. Tipo no purgativo: la persona emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocar el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

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

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la AN, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios para la AN excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la BN, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo: provocación de vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Instrumentos para la evaluación de conductas alimentarias de riesgo y sintomatologías de TCA

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

- *The Restraint Scale rs*: esta escala fue elaborada por Herman y Mack (1975). Su concepto teórico principal es el de restricción de la dieta, que se define como la intención del individuo de restringir voluntariamente su ingesta de alimentos con la finalidad de mantener o conseguir el peso "ideal". Se ha observado que cuando el individuo rompe con su restricción empieza a comer de manera excesiva, mientras que en los comedores no restrictivos no se da este patrón.
- *Eating Disorder Inventory (EDI)*: elaborado por Gardner, Olmstead y Polivy (1983). Un autoinforme diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales específicas de los TCA. Posteriormente se desarrolló el *EDI-2* (Gamer, 1991) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero, además, introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas: ascetismo, refulación de los impulsos e inseguridad social.
- *Eating Attitudes Test (EAT)*: el objetivo de este instrumento es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. En 1988, Maloney, McGuire y Daniels desarrollaron el

Children's Eating Attitudes (CHEAT) para evaluar la sintomatología y preocupaciones características de la AN a partir de 26 reactivos con seis opciones de respuesta. El CHEAT-26 es similar al EAT-26, pero utiliza palabras más simples. El EAT, en sus dos versiones, probablemente sea el cuestionario de autoaplicación más utilizado; para contestarlo se requiere de un nivel de lectura de quinto año de primaria. El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con TCA, particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria. Mintz y O'Halloran (1997) recomendaron el EAT como una herramienta de filtro para determinar la presencia de cualquier TCA, pero advierten sobre la posibilidad de perder algunos individuos con TANE; también puede servir como una medida global de evaluación del resultado de un tratamiento.

- *Bulimia Test (BUILT)*: este test fue desarrollado por Smith y Thelen (1984), permite identificar la presencia de sintomatología y preocupaciones características de la BN. Posteriormente se diseñó la versión revisada (BULIT-R) que fue desarrollada por Thelen, Farmer, Wonderlich y Smith (1991), actualmente, es más utilizada que la versión original.
- *Bulimia investigatory Test of Edimburg (BITE)*: la prueba de bulimia de Edimburgo fue desarrollada por Henderson y Freeman (1987). Permite identificar la presencia de episodios de atracones en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico.
- *Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*: el cuestionario de patrones de alimentación y peso, versión revisada, fue desarrollado por Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus, Stunkard y colaboradores en 1992. Se utiliza para identificar individuos con trastorno por atracones recurrentes, con un sentimiento de pérdida de control y de culpa, en ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la BN de acuerdo al DSM-IV.
- *Eating Disorder Examination*: es una entrevista semiestructurada diseñada como medida de la psicopatología específica de AN y BN; se le puede

considerar como estándar para la evaluación de los TCA, y se utiliza para corregir los problemas en las mediciones autoaplicadas, como es dar una adecuada definición de la palabra “atracon”, así como la incapacidad para evaluar ciertas creencias, como el miedo enfermizo a engordar (Fairburn & Beglin, 1994).

- *Cuestionario de Alimentación y Salud*: construido por Gómez Peresmitré (1995). El objetivo de este cuestionario es la detección de factores de riesgo asociado a conducta alimentaria y la imagen corporal en trastornos alimentarios en adolescentes y adultos. Este cuestionario tiene una subescala llamada *Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA)* (Gómez Peresmitré, 1998) que explora cinco factores: 1) conducta alimentaria normal, 2) dieta restringida, 3) comer compulsivo, 4) preocupación por el peso y la comida, y 5) conducta alimentaria de compensación psicológica. Tanto el Cuestionario de Alimentación y Salud, como la EFRATA, fueron diseñados para la población mexicana, habiéndose revisado y adaptado para su empleo con muestras españolas.
- *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC)*: creado por Toro, Salamero y Martínez (1994) con la finalidad de evaluar el grado en que se han interiorizado las influencias culturales del modelo estético corporal, y que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento por razones estéticas y sociales.
- *Cuestionario breve para medir Conductas Alimentarias de Riesgo*: este cuestionario fue diseñado por Unikel, Bojórquez y Carreño (2004), consta de 10 preguntas relacionadas con la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dieta, ayuno, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos).

- *El Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal*, desarrollado y validado en estudiantes y pacientes con un TCA en la ciudad de México por Unikel Juárez Gómez (2006).
- *Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ)*: fue desarrollado por Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn (1987), evalúa la insatisfacción con la imagen corporal.

Investigaciones sobre TCA y CAR

Gustafson-Larson & Rhonda (1992) revelaron que una muestra de 457 niños y niñas de entre nueve y once años de edad que acudían a diez escuelas rurales en el centro de Iowa, presentaron preocupación respecto a su imagen corporal, los alimentos y el control de peso, siendo las niñas quienes expresaban más el deseo de ser delgadas en comparación con los niños. De igual manera se ha encontrado que niñas de nueve a 12 años hacen dieta restringida para reducir peso y mejorar su figura corporal (Hill, 1993). Asimismo, se ha dado a conocer que las mujeres de secundaria y preparatoria están significativamente más insatisfechas con sus cuerpos que las de primaria, lo que ha conducido a pensar que la insatisfacción tiende a incrementar con la edad (Adams, Katz, Beauchman, Coes & Zavis, 1993). Además, se encontró que del 46 al 55 por ciento de niñas y del 26 al 35 por ciento de niños están insatisfechos con su peso (Gómez-Peresmitré, 1997; Thomas, Ricciardelli & Williams, 2000).

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

En 437 escolares mexicanos con edad promedio de 10.8 años, se demostró que el 25 por ciento aceptó que estaba haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más mujeres que hombres omitían un alimento del día (en general, la cena) y consumían menor proporción de alimentos considerados por ellos “engordadores” tales como las tortillas, pan y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez & Ávila, 1998). Además de que para algunos varones el comer frutas y verduras, el tratar de mantener una dieta nutritiva, con poca grasa y el cuidar lo que comen para no subir de peso (aspectos considerados dentro del factor de conducta alimentaria normal) es muy parecido a hacer dieta para bajar de peso, o sea, seguir una dieta restringida (Saucedo-Molina, 2003).

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

Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda (2001) encontraron que en los pre-púberes y adolescentes la preocupación por el peso corporal se considera como una de las variables que directamente pueden conducir al desarrollo de trastornos de alimentación, esto porque desde temprana edad ya se comienza el culto a la delgadez y al deseo por hacer dietas restrictivas que les permitan controlar su peso, como por ejemplo saltándose una de las comidas, evitando algunos alimentos considerados como engordadores y consumiendo productos light.

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

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

Saucedo-Molina y Pérez-Mitré (2004) dieron a conocer que la influencia de la publicidad es una variable que explica las dietas restringidas porque aparte de tener efectos directos sobre esta, también los hace indirectamente en el malestar, la insatisfacción y la percepción de la imagen corporal, que posteriormente conlleva a que se origine algún trastorno.

Saucedo-Molina & Gómez (2005) en un estudio de tipo transversal con una muestra no probabilística de 388 púberes hombres de diez a 15 años de edad, estudiantes de primaria y secundaria de la Ciudad de México dieron a conocer que la influencia de la publicidad genera que los varones realicen dietas restringidas lo que lleva a pensar que en ellos ya hay una interiorización de los modelos promovidos por la cultura de la delgadez que favorece en ellos el seguimiento de esta conducta.

Diferentes investigaciones en México han encontrado que parte de la población joven, principalmente mujeres adolescentes y adultas jóvenes manifiestan preocupación por su peso y su figura (Unikel-Santoncini, Villatoro-Velázquez, Medina-Mora, Fleiz, Alcántara & Hernández, 2000; Chinchilla, 2003b; Lora-Cortez & Saucedo Molina, 2006).

Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapeta, Villatoro-Velázquez, Fleiz-Bautista & Medina Mora (2006) muestran que las adolescentes de acuerdo a ciertos rangos de edad van aumentando las conductas alimentarias de riesgo,

mientras que en los varones es a la inversa, aunque en todos los rangos de edad que fueron tomados en cuenta, se presenta la preocupación por engordar y el uso de métodos restrictivos. Aunque en las mujeres se muestra la preferencia por la delgadez y por ende la insatisfacción hacia su cuerpo en esta edad, porque es aquí donde se encuentran en la etapa de cambios físicos y es en este lapso del desarrollo donde los hombres se encuentran más satisfecho por la figura que poseen.

Otro estudio realizado por León y colaboradores (2008) determinó que la problemática de habilidades sociales (falta de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso, falta de control en el ámbito escolar, laboral y social) es un factor predisponente para el desarrollo de un TCA así como los factores de riesgo cognitivo-conductual (la preocupación por el peso y la comida -que hacen referencia a sentimientos de culpa que surge por la forma de comer y a la lucha que se sostiene por no hacerlo- así como las conductas que se siguen para no subir de peso).

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

Los datos de la ENSE (2008) indican que 10.5 por ciento de los hombres y mujeres de entre 14 y 20 años de edad tuvo alguna conducta alimentaria de

riesgo (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9 por ciento).

Las conductas alimentarias cuando se transforman en conductas de riesgo como son las dietas restringidas, atracones y preocupación por el peso y la comida, pueden afectar la salud de quienes llevan a cabo éstas acciones hasta el punto de convertirse en un TCA que se genera por situaciones derivadas del miedo que se tiene de padecer obesidad y por la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentarias, conductas que generalmente se vuelven obsesivas y que pueden dar pauta a la AN, BN, o TANEs, en donde en cada uno de estos están presentes factores biopsicosociales que los generan, los cuales se pueden abordar desde algunos modelos como lo es el multidimensional el cual refiere que los trastornos son producto de la combinación de factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes y el modelo cognitivo conductual que explica la relación que tienen los procesos de pensamiento erróneos con las conductas.

Capítulo 4. Imagen Corporal

En este sentido, un factor que se ha estudiado por su relevancia al respecto de la obesidad es la imagen corporal, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos.

Concepto

La *imagen corporal* se define como una configuración global o 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, debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales (Sepúlveda, Botella & León, 2002). Cash (1997) señala que la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

Zukelfeld (2005) identifica a la imagen corporal como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo que se realiza a través de tres tipos de registros: a) *De la forma o figura*: clásicamente conocido como esquema corporal, que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto al aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos; b) *Del contenido*: corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, kinestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades, como son el registro de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, etc.; c) *Del significado*: que se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares intersubjetivas y sociales.

Bruch (1962) fue la primera investigadora que propuso el concepto de *distorsión de la imagen corporal*, que evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la AN. Desde entonces, muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno específicamente relacionado con los trastornos alimentarios. La bibliografía sobre la distorsión en la imagen corporal ha sido revisada por Garner y Garfinkel (1981) y por Hsu (1982). Estos autores han puesto de manifiesto la inconsistencia en los resultados derivados de tales estudios: en donde se constata la sobreestimación en mujeres anoréxicas, pero también hay estudios que comprueban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estas pacientes.

Desde entonces el concepto de imagen corporal se ha desarrollado definiéndose como una experiencia psicológica de la corporalidad constituida por múltiples facetas, especialmente, pero no exclusivamente por la apariencia corporal propia. Engloba auto-percepciones y auto-actitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo creencias, sentimientos y conductas. La insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios (dieta) son características ampliamente prevalentes en las mujeres. Estos síntomas afectan desde mujeres normales sin TCA hasta mujeres con TCA.

Cabe destacar que antes de finales de los años 80, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre TCA e imagen corporal se refiere a las mujeres; sin embargo, estudios posteriores empezaron a mostrar que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen (Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips, 1997; Olivardia, Pope & Hudson, 2000).

Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, pero que aún no han sido consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal, Apariencia, Apariencia Corporal, y dentro de las alteraciones se habla de Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la

Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfia Corporal, Insatisfacción Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal (Baile Ayensa, 2010).

Thompson, Heinberg, Altabe y Tantleff-Dunn (1998), recapitularon una serie de definiciones de imagen corporal y términos cercanos, como “satisfacción corporal”, “exactitud de la percepción del tamaño”, “satisfacción con la apariencia”, entre otros, intentando definir más precisamente cada término. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.

Por otro lado, al analizar las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen la existencia de varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una *imagen perceptual*: se refiere a los aspectos perceptivos con respecto al propio cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma del cuerpo y sus partes.
- Una *imagen cognitiva*: incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre el propio cuerpo.
- Una *imagen emocional*: incluye los propios sentimientos sobre el grado de satisfacción respecto a la figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

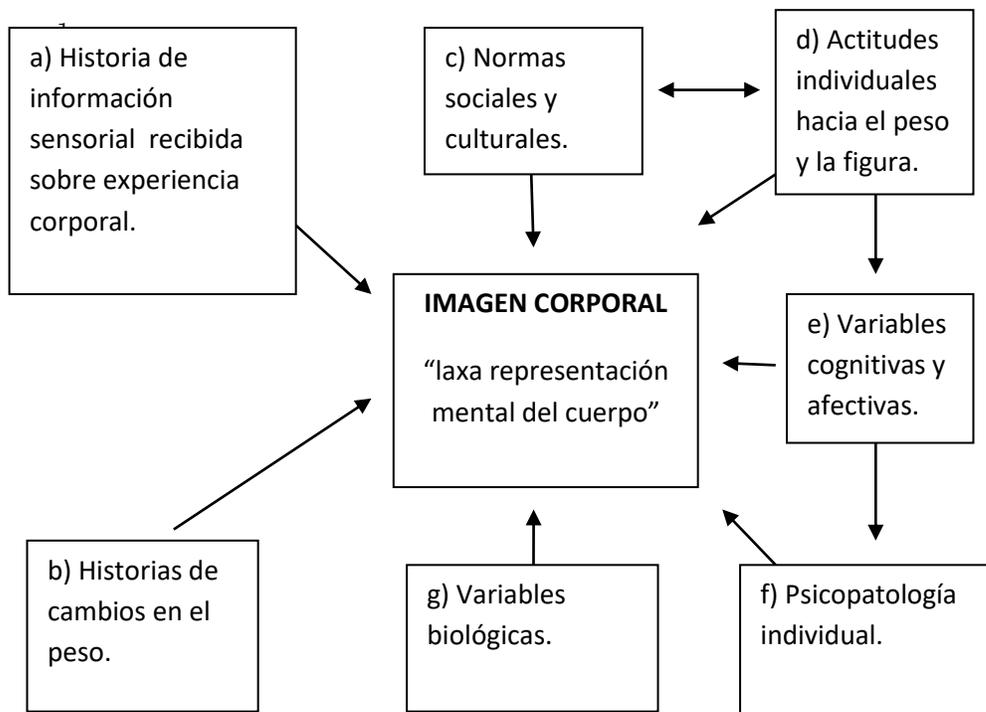
Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por que haber un buen correlato con la realidad.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluye un componente conductual que se fundamenta en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por

ejemplo, evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo.

Slade (1994), centra su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: *“la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo”* (p. 498). Este autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal, en la Figura 1 puede verse una adaptación del mismo.

Fig. 1. Modelo explicativo de la imagen corporal de Slade.

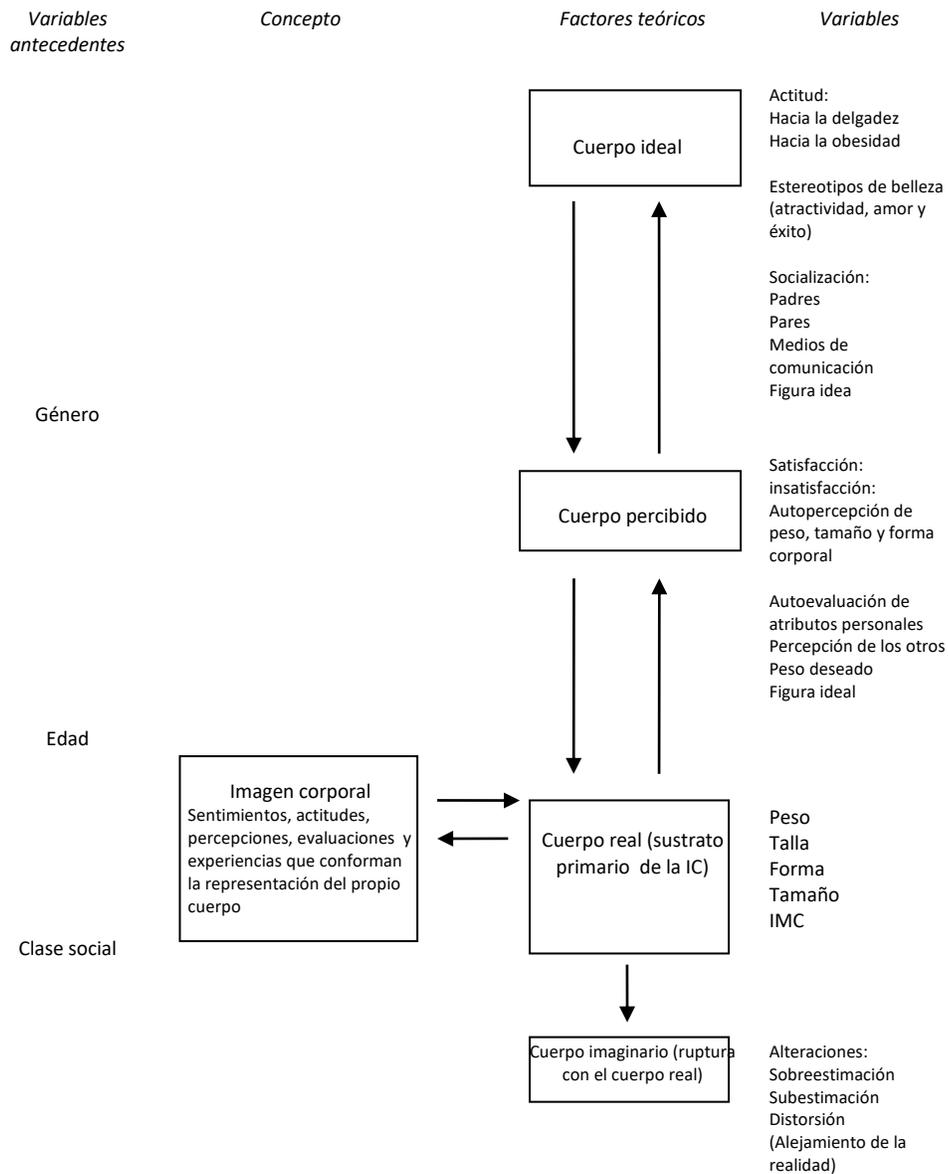


Fuente: Slade (1994).

Por otro lado, en México, Gómez Peresmitré (1997) desarrolló un modelo que describe de manera gráfica las variables y relaciones que explican a la imagen corporal (ver figura 2). Este modelo contempla los siguientes elementos:

como variables antecedentes se considera a la edad, el género y la clase social. Un rubro aborda factores teóricos e integra al cuerpo imaginario y al cuerpo real, al cuerpo ideal y al cuerpo percibido, y finalmente engloba: actitudes, socialización, satisfacción, autoevaluación de atributos personales, peso, talla, forma, tamaño, IMC, y alteraciones como: sobrestimación, subestimación y distorsión.

Fig. 2. Esquema de la estructura hipotética del concepto de imagen corporal.



Fuente: Gómez-Peresmitré (1997).

Raich (2000) propone una definición integradora de imagen corporal:

“...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos” (p. 38).

Por otro lado, en una revisión documental de más de 100 artículos sobre imagen corporal se concluyó que *“el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable”* (Skrzypek, Wehmeier & Remschmidt, 2001, p. 220).

Alteración de la imagen corporal

Cuando se hace referencia a una alteración grave de la imagen corporal como entidad nosológica, existe una alteración que históricamente se denominaba *Dismorfofobia*, y que actualmente es considerado como *Trastorno Dismórfico Corporal* y para el cual existen tres criterios diagnósticos (Asociación Psicológica Americana [APA], 1994):

1. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
2. Preocupación que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (e. g. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la AN).

Además del trastorno antes señalado, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal.

Definición

Las primeras referencias a esta problemática se encuentran a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a "*la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo*" (Raich, 2000). Bruch (1962) describía una alteración de la imagen corporal en las mujeres con AN y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo.

Garner y Garfinkel (1981) en una revisión sobre sistemas de evaluación de la imagen corporal en AN, proponen que la alteración puede expresarse a dos niveles:

1. Una alteración perceptual, que se manifiesta en la incapacidad de las pacientes para estimar con exactitud el tamaño corporal.
2. Una alteración cognoscitiva-afectiva hacia el cuerpo. Que se manifiesta por la presencia de emociones o pensamientos negativos por culpa de la apariencia física.

A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal se ha hecho énfasis en especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal se está considerado alterado. Así, el término "distorsión perceptual" podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e "insatisfacción corporal" como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo. Sin embargo, en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término "insatisfacción corporal" como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera

ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner & Stark, 1999), y otros, como la puntuación obtenida en una escala de nueve ítems referidos a diferentes partes del cuerpo, junto a la satisfacción/insatisfacción que suscitan (Garner, 1998) y para Sepúlveda, Botella y León (2001) la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales.

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

Thompson (1990) y Vaz, Peñas y Ramos (1999) reclaman la clarificación terminológica, y proponen no confundir “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, ya que el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos.

A manera de cierre de este apartado se puede retomar lo planteado por Baile, Raich y Garrido (2003):

1. No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal.
2. Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida.
3. Algunos autores proponen que el término más completo podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste englobaría a

los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal (Raich, Mora, Soler, Avila, Clos & Zapater, 1994).

4. Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal, a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional o conductual.
5. Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

Características de las alteraciones de la imagen corporal

Según Baños, Botella y Perpiñá (2000), dado que el constructo de las alteraciones de la imagen corporal en los TCA, contemplan cuestiones acerca del tamaño y la satisfacción, y sus características son:

- a) *Alteraciones en la estimación del tamaño.* Estas se dividen en: sobrestimación del tamaño corporal, sobrestimación del peso, distorsión de la conciencia del tamaño, aspectos disociativos, desconfianza de la información de los demás, auto-evaluación rígida y extravagante.
- b) *Actitudes, creencias y sentimientos alterados con respecto al cuerpo.* Dentro de estas se consideran a: insatisfacción, asco, pensamientos automáticos negativos, auto-importancia morbosa de una apariencia demacrada, y la dimensión fundamental en la valoración como persona.
- c) *Alteraciones comportamentales.* Entre las alteraciones comportamentales con respecto al cuerpo se encuentran: conductas de evitación de algún tipo de actividad, de gente, de lugares, de posturas. Así mismo rituales de comprobación (pesarse o mirarse continuamente), de acicalamiento (camuflar determinadas zonas corporales).

Los autores antes citados señalan que las personas que presentan un TCA y que están muy preocupadas con su figura, más que tener problemas con su cuerpo, lo que tienen son problemas en cómo representan, evalúan, sienten y viven su cuerpo. El cuerpo se convierte en el valor más importante que tienen como personas, lo que pone de manifiesto una de las características psicopatológicas básicas de estos trastornos, su idea sobrevalorada de adelgazar, un apego emocional, una “pasión” que las arrastra a conseguir su mayor y, a veces, único propósito.

Así mismo, Gómez Peresmitré, Saucedo Molina y Unikel Santoncini (1998) distinguen el concepto de alteración de la imagen corporal y distorsión de la misma. Definiendo a la distorsión vinculada con un significado patológico (ej. la sobrestimación que caracteriza a la paciente anoréxica en estado de grave emaciación IMC < 15), mientras que la alteración se refiere al efecto de sobreestimación o subestimación característico de poblaciones abiertas y que pueden indicar la presencia de un factor de riesgo.

Insatisfacción corporal

Ahora bien, como ya se señaló, otro concepto relacionado con la imagen corporal es el de satisfacción-insatisfacción corporal que corresponde a la evaluación negativa que hace una persona de su cuerpo (Cash & Deagle, 1997). Rowe, McDonald, Mahar y Raedeke (2005) definen la insatisfacción corporal como la diferencia entre el tamaño corporal que una persona percibe y el que desea tener.

Para medir esta variable, se muestra una escala visual con siluetas ordenadas al azar. Estas escalas cubren un continuo de peso corporal, desde siluetas muy delgadas, hasta siluetas muy gruesas u obesas, pasando por una de peso normal. Se pide a los sujetos que elijan la silueta que se parece más a su cuerpo (figura actual); posteriormente se presenta la misma escala visual en otra

parte del cuestionario y en otro orden aleatorio, y se les pide que elijan aquella que más le gustaría tener (figura ideal). La satisfacción-insatisfacción se mide operacionalmente como la diferencia entre la figura actual/ figura ideal, o la razón: $\text{figura actual/figura ideal} \times 100$. Una diferencia igual a cero en el primer caso, o una razón de 100 en el segundo, se interpreta como satisfacción; diferencias positivas o mayores de 100 y negativas o menores de 100, respectivamente, se interpretan como insatisfacción. Cuanto más grande sea la diferencia, mayor será el grado de insatisfacción (Gómez Peresmitré, Saucedo Molina & Unikel Santoncini, 1998).

La insatisfacción corporal, ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de trastornos de la conducta alimentaria, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes (Stice, 2001; Baile, Raich & Garrido, 2003; Polivy & Herman, 2002; Thompson, 2004), ya que para esta población la apariencia es más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás (Grogan, 1999), y como ya se señaló, socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable y poco saludable (Halliwell & Dittmar, 2004).

Wardle, Volz y Holding (1995) realizaron un estudio con niños (de cuatro a once años), donde se evaluó la forma corporal real e ideal y se juzgó el estereotipo del comportamiento y personalidad de sus reacciones ante ilustraciones. Pocos niños eran gordos y otros se sentían también gordos. Más niñas que niños seleccionaron figuras delgadas como la ideal. Los niños mostraron actitudes fuertemente negativas hacia la obesidad. Los investigadores concluyeron que hay significación en la variación social en actitudes hacia la obesidad, lo cual puede tener importancia en la comprensión de las variaciones de la prevalencia y conductas dietéticas de los niños.

Específicamente al respecto de los individuos obesos se ha encontrado que muchos de ellos visualizan su cuerpo como grotesco y horrendo, de ahí que sientan desprecio por él (Cash & Deagle, 1997), y eso es más común cuando la obesidad se manifiesta desde la infancia.

En México se ha observado que en mujeres que se encuentran en tratamiento para controlar su peso, el cinco por ciento presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, vinculado a las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos asociados con la obesidad (aunque éstos no son necesariamente anómalos o patológicos) (Gómez-Peresmitré, 1995).

En otro estudio (Gómez-Peresmitré, 1998) se obtuvieron prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Se señala la importancia de la distorsión de la imagen corporal, como precedente de prácticas de riesgo asociadas a TCA, como AN y BN.

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

Se tienen datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que éstas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y a edades más tardías, son más activas, cuidan su atractivo físico, y regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar. A su vez, suelen pertenecer a una clase social más alta. Entre las amas de casa, hay más obesidad en las clases bajas que entre las altas. Debido a que, en las clases altas, se imponen los valores estéticos de delgadez, la mujer no asume

totalmente un rol materno desexualizado, al contar con un servicio doméstico para la casa y los hijos. El cambio en la relación de porcentaje de la obesidad entre hombre y mujer en las dos últimas décadas atribuye al mayor peso de los valores de delgadez en las mujeres (que son el grupo en donde más se manifiestan los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia) (Moral, 2002).

La imagen corporal junto con la influencia sociocultural juegan un papel importante dentro de los factores de riesgo de los TCA, debido a la expansión publicitaria de la “cultura de la delgadez”, a continuación se describen las influencias sobre el modelo estético corporal.

Capítulo 5. Influencia de la Publicidad sobre el Modelo Estético Corporal

Difusión del ideal corporal en los medios de comunicación

En las últimas décadas se ha reevaluado cada vez más el papel de las influencias socioculturales como un factor de riesgo de los TCA, ya que la presentación de la emaciación a través de los medios masivos de comunicación como el modelo estético corporal ideal, aunado a la presión de familiares y amigos para cuidar el peso corporal, puede en algunos casos ser el detonante de estas psicopatologías. Martínez, Toro y Salamero (1996) consideran como influencias culturales en el modelo estético corporal a todos aquellos elementos culturales que contribuyen a facilitar o justificar el adelgazamiento o la delgadez extrema, especialmente por razones estéticas y sociales, constituyendo así una “cultura de la delgadez”.

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

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

patología alimentaria y en el peor de los casos el desarrollo de TCA (Levine, Piran & Stoddard, 1999; Levine, Smolak & Hayden, 1994, Levine, Smolak & Schermer, 1998).

Influencia de las relaciones sociales en la transmisión de estereotipos corporales

Dentro de las influencias socioculturales se encuentran la asimilación de un modelo estético predominante que está dado por las normas locales que establecen el tamaño y figura corporales deseables en la población (Willemsem & Hoek, 2006); en el ámbito de la salud, tal análisis resulta relevante ya que se reconoce que entre mayor es la interiorización de las influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento, mayor es la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de los TCA (Martínez, Gual & Lahortiga, 2003; Vázquez, Macilla, Mateo, López, Alvarez, Ruiz & Franco., 2005).

Otro elemento de la influencia sociocultural ampliamente estudiado es la publicidad. Al respecto, Becker y Hamburg (1996) señalan que algunas mujeres, ante el contacto con la publicidad de productos adelgazantes, suelen alcanzar un grado lo suficientemente importante de insatisfacción con su cuerpo, por lo que manifiestan conductas poco saludables tendientes a reducir su peso y moldear una figura esbelta hasta el grado de mostrar síntomas o cuadros completos de TCA.

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

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

Los hallazgos empíricos sugieren que los padres y compañeros y otras influencias sociales contribuyen a través de comentarios y críticas al desarrollo de percepciones de la figura corporal apropiadas y deseables (Goldfield & Chisler, 1995; Meno, Hannum, Espelage & Low, 2008; Stice, 2002), lo que es más común en el caso del sexo femenino (Smolak & Murnen, 2001). Tales estereotipos de belleza pueden difundirse entre los miembros de la familia desde edades muy tempranas; al respecto, McCabe, Ricciardeli, Stanford, Holt, Keegan y Miller (2007), en un estudio con niñas en edad preescolar, encontraron que sus madres les transmitían mensajes acerca de la necesidad de perder peso, lo que podía llevarlas a desarrollar una preocupación excesiva por su apariencia y peso en la preadolescencia. De manera particular, los padres pueden fomentar el aprecio por la delgadez a través de conversaciones sobre figuras femeninas delgadas que promueven esa imagen corporal ideal (Pike & Rodin, 1991).

En consecuencia, la familia parece mediar a través de actitudes y conductas las influencias culturales sobre la imagen corporal que recibe el individuo (Haworth-Hoepfner, 2000), e inclusive algunos autores consideran que la aceptación del ideal de la delgadez por parte de los padres podría predecir la presencia de TCA (Stice, 2002). No obstante, la escasez de estudios que evalúen

directamente la percepción de los padres hace todavía difícil ofrecer conclusiones consistentes en cuanto a su efecto predictor.

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

Para finalizar este capítulo, es importante señalar que en los últimos 20 años el estudio de los TCA o su sintomatología en hombres ha recibido mayor atención (Andersen, 1996; Braun, Sunday, Huang & Halmi, 1999; Decaluwé, Braet & Fairburn, 2003; Furnham & Nordling, 1998; Lewinsohn, Seeley, Moerk & Striegel-Moore, 2002; Miller, Gleaves, Hirsch, Green, Snow & Corbet, 2000) estudios recientes han mostrado que los hombres también son afectados por las expectativas socioculturales acerca de la forma corporal e intentan cambiar su cuerpo (Cole, Smith, Halford & Wagstaff, 2003; Furnham & Nordling, 1998; Vázquez, López, Alvarez, Franco & Mancilla, 2004). En general, los hombres se encuentran en mayor riesgo de presentar problemas relacionados con la musculatura (Muris, Meesters, van de Blom & Mayer, 2005; Olivardia, Pope, Borowiecki & Cohane, 2004; Pope, Gruber, Choi, Ricciardelli & McCabe, 2004). Sin embargo, la mayoría de la investigación sobre TCA o su sintomatología se ha enfocado en el género femenino (Johnson & Connors, 1987; Kendler, Mac Lean, Neale, Kessler, Heath & Eaves., 1991; Levine & Smolack, 1992; Mancilla et al., 2006; Toro, 1996; Lameiras, Calado, Rodríguez & Fernández, 2002).

Después de haber abordado la epidemiología de la obesidad, la preadolescencia y adolescencia, las conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y la Influencia sobre el modelo estético corporal se prosigue con la descripción del método.

Capítulo 6. Método

Planteamiento del problema

Justificación

La población total en México es de alrededor de 103,369 millones de personas, más de 50, 000, 000 son hombres y más de 53, 000, 000 son mujeres de los cuales, cerca del 70 por ciento entre los 30 y 60 años son afectados por el sobrepeso y la obesidad es de 4, 158, 800 que es el 26 por ciento y en el Estado de Hidalgo de más de 513, 000 niños de esta misma edad el 18 por ciento presentan este problema (INEGI, 2005).

Como se puede observar la prevalencia de obesidad en nuestro país ha incrementado de manera alarmante, conlleva implicaciones biológicas, como la posibilidad de padecer alguna enfermedad crónica; de lo cual se ha calculado que en el 2001 estas enfermedades causaron aproximadamente un 60 por ciento del total de 56.5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46 por ciento de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2002), psicosociales como presentar elevados niveles de ansiedad y depresión (Alvarado-Sánchez, Guzmán-Benavides & González-Ramírez, 2005), dificultades en el reconocimiento y expresión de sus propios estados internos (sensaciones y emociones), dificultad para exponerse en situaciones sociales, incapacidad para el control e hipersensibilidad a la crítica, por mencionar solo algunas (Elizagarate, Ezcurra & Sánchez, 2001); Guisado, López-Ibor & Rubio, 2011; Guisado, 2002; Papageorgio, Papakonstantinou, Mamplekou, Terzis & Melissas, 2002; Sarwer, Wadden & Frabricatore, 2005 en Montt, Koppmann & Rodríguez, 2005) y económicas, en donde el costo total del sobrepeso y la obesidad ha aumentado (en peso) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008, creando una proyección

para el 2017 en donde el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (Córdova, 2010).

Ahora bien el costo de la obesidad no solo se observa en términos económicos, sino también se manifiesta en aspectos psicosociales en donde factores como las CAR y los problemas relacionados con la imagen corporal (entre otros) también inciden en su recrudecimiento. Por ejemplo, datos de la ENSE 2010 indican que el 12 por ciento de los adolescentes, tuvieron alguna conducta alimentaria inadecuada (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido, medidas compensatorias, y prácticas restrictivas). En general, dichas prácticas se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que asisten a la secundaria (14.9%).

Otro aspecto importante y poco estudiado en la población adolescente mexicana, son las acciones de riesgo en relación con las conductas alimentarias. En Hidalgo según la ENSANUT 2006 destaca que en los tres meses previos a la encuesta, el 15.8 por ciento de los adolescentes refirieron haber tenido la sensación de no poder parar de comer. Otra práctica de riesgo es el vómito autoinducido con 0.9 por ciento. Las medidas compensatorias (uso de pastillas, diuréticos y laxantes para bajar de peso) se observaron en un 0.2 por ciento de los adolescentes. Además, el 2.6 por ciento de los adolescentes contestó que han restringido sus conductas, es decir, que en los tres meses anteriores a la Encuesta, hicieron ayunos, dietas o ejercicio en exceso con la intención de bajar de peso.

Por otro lado, problemas relacionados con la propia imagen corporal se manifiestan en los jóvenes que padecen obesidad, en cuanto a tener alteraciones en su imagen corporal, además de una fuerte motivación y tendencia hacia la delgadez. En México se ha observado que en mujeres que se encuentran en tratamiento para controlar su peso, el cinco por ciento presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, vinculado a las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos asociados con la obesidad (aunque éstos no son necesariamente anómalos o patológicos) (Gómez-Peresmitré, 1995). En otro

estudio (Gómez-Peresmitré, 1998) se obtuvieron prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la distribución porcentual de factores psicológicos y socioculturales presentes en adolescentes que padecen obesidad?

Objetivo General:

Determinar la distribución porcentual de factores psicológicos y socioculturales presentes en adolescentes que padecen obesidad.

Objetivos Específicos:

Determinar la distribución de:

Las variables psicosociales: imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo.

La variable sociocultural: influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal.

De acuerdo al sexo de los participantes determinar la presencia de diferencias significativas entre cada una de las variables evaluadas.

Definición de variables

Esta definición se realizó a partir de las variables de clasificación, variables psicosociales y socioculturales, a continuación se precisan éstas de forma conceptual y operacional (ver tabla 2, 3 y 4).

Tabla 2. Variables de clasificación

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Sexo	El sexo es lo que distingue a hombres y mujeres, las características de los aparatos reproductivos y sus funciones es algo con lo que se nace de manera natural (Crespo, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
Índice de Masa Corporal	El Índice de Masa Corporal (IMC), Body Mass Index (BMI) en inglés, es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población, que está influenciado por la talla en el periodo intrauterino y al nacer (Klebanoff & Yip, 1988, p. 829). El Índice de Quetelet. Se calcula con la siguiente operación: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla(m)}^2$, el valor obtenido fue clasificado de acuerdo a los valores encontrados para población púber, (Saucedo-Molina, Unikel, Villatoro & Fleiz 2003), a partir de los puntos de corte percentilares señalados por la National Center for Health Statistics (CDC, 2000).	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas antropométricas: peso y talla

Tabla 3. Variables Psicosociales

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Conducta Alimentaria Normal	“Es la dieta que de acuerdo con los conocimientos reconocidos en la materia, cumple con las necesidades específicas de las diferentes etapas de vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y el desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de las enfermedades” (Norma Oficial Mexicana, SSA, 2005, pp. 34.35).	Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Péresmitré, 1998, 2000).
Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR)	“Es aquella que considera los patrones de consumo de alimentos de forma distorsionada, tal como atracones o episodios de ingestión voraz, seguimiento anormal de dietas, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio físico, vómito autoinducido, masticar pero no deglutir y ayunos” (Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar & Hernández, 2000, p. 141). A	Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA) del Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Péresmitré, 1998, 2000).

	continuación se definen las conductas alimentarias que se consideraron en este estudio.	
Conducta alimentaria compulsiva o atracón	“Conducta caracterizada por episodios recurrentes de ingestión voraz, consumo rápido de una gran cantidad de comida en un corto periodo de tiempo, sin tener control sobre la cantidad total de alimento ingerido” (Asociación Psicológica Americana, 2002, p. 82). Incluye episodios de alimentación compulsiva, pero sin el uso de conductas compensatorias como puede ser purgarse. Se define por dos patrones comunes que son el ir picando entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos, y/o un consumo de grandes cantidades de una sola vez, este es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal (Sarason & Sarason, 2006, p.89).	Escala de Conducta Alimentaria Compulsiva de la EFRATA.
Preocupación por el peso y la comida	“Estado psicológico y emocional del individuo, el cual está determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, con respecto a su peso corporal y alimentos queingiere” (Acosta, 2000,p.268).	Escala de Preocupación por el Peso y la Comida de la EFRATA
Dieta crónica restringida	Tendencia repetida a la autoprivación de los alimentos considerados por el individuo como “engordadores”, así como a la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida y cena) a lo largo del día con la finalidad de controlar el peso y mejorar la figura corporal (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998, p. 37).	Escala de Dieta Crónica Restringida de la EFRATA
Conducta alimentaria de compensación psicológica	Esta conducta se relaciona con la ingestión no controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras” (Gómez Péresmitré & Ávila, 1998, p. 37).	Escala de Comer por Compensación Psicológica de la EFRATA
Imagen corporal	“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,p.61).	Escala Visual de Siluetas (técnica parcial del marcado de imagen).

Tabla 4. Variables Socioculturales

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Influencia de los Medios sobre el Modelo Estético Corporal	“La influencia percibida por el sujeto, proviene de personas o imágenes que son idealizadas o admiradas principalmente a través de los diferentes medios de comunicación, que promueven un modelo estético corporal delgado ideal, que favorecen los cambios de las conductas alimentarias de acuerdo a los valores estéticos, con la finalidad de que el cuerpo refleje una extrema delgadez” (Toro, Salamero & Martínez, 1994, p. 149).	CIMEC-12 (versión modificada del CIMEC-26 (Toro, Salamero & Martínez, 1994, adaptada y validada por Saucedo Molina, 2003).
Influencia de la publicidad	Se define como “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).	Subescala del CIMEC 12 que evalúa el factor influencia de la publicidad.
Malestar con la imagen corporal	Es la “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 promueve estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littleton & Ollendick, 2003, p.55).	Subescala del CIMEC 12 que evalúa el factor malestar con la imagen corporal.

Participantes

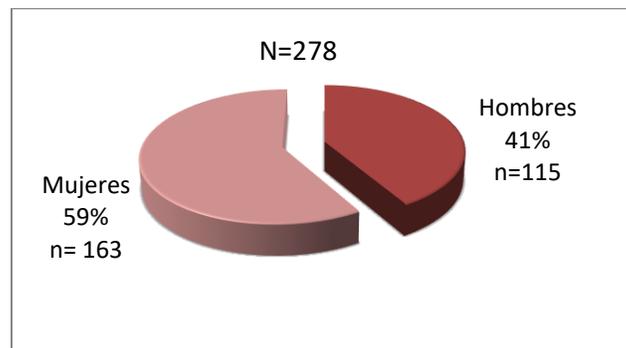
A partir de un muestreo probabilístico polietápico el cual es referente a un subgrupo en el que la población se divide en segmentos y se elige una muestra para cada segmento (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p. 311), se seleccionaron 17 escuelas de nivel básico, de las que se consideraron los grupos de quinto y sexto de primaria, y de primero a tercero de secundaria de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo. Se evaluó el peso y la talla de un total de N= 3916 con la finalidad de obtener su Índice de Masa Corporal Percentilar (IMCP), identificando un total de N= 314 sujetos con diagnóstico de obesidad, a los cuales se les invitó a participar en este estudio. De estos una N= 278 cumplieron con el requisito de aceptar voluntariamente participar en el estudio convirtiéndose así en muestreo no probabilístico intencional.

Características sociodemográficas de los participantes

Edad

A partir de la selección de participantes descrita en esta fase del estudio, se integraron $N=278$, $M_{total\text{edad}}=12.7$, $DE=1.3$; de los cuales $n=163$ (59%) son mujeres y $n=115$ (41%) hombres, teniendo ambos sexos la misma media de edad y desviación estándar que la muestra total, dentro de un rango de edad de 10 a 16 años (ver figura 3).

Fig. 3. Distribución porcentual por sexo de los participantes.



Nivel de escolaridad

Todos los participantes presentaban un diagnóstico de “obesidad”. De estos, el 30% ($n=83$) cursaban la primaria y el 70% ($n=195$) la secundaria (ver tabla 5).

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

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Quinto y sexto de primaria	83	30
Primero a tercero de secundaria	195	70

Criterios de inclusión

- Los estudiantes debían presentar un valor de IMC P por arriba del centil 85.
- Los estudiantes de primaria debían cursar en escuelas públicas quinto o sexto grado de primaria en Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Los estudiantes de secundaria debían cursar en secundarias públicas de primer a tercer grado en Pachuca de Soto, Hidalgo.
- De manera informada y voluntaria los estudiantes como sus madres participaron firmando el acuerdo de consentimiento.

Criterios de exclusión

Que los jóvenes:

- Padecieran alguna enfermedad crónica como diabetes y problemas en la tiroides entre otras.
- Tuvieran un tratamiento nutricional y/o psicológico relacionado con la obesidad.
- No entregaran el instrumento debidamente contestado.

Tipo de estudio

El tipo de estudio a utilizar fue transversal, descriptivo de campo (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p.121).

Diseño de investigación

No experimental, transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2003, p.267, 270).

Instrumentos

Los instrumentos se definen a partir de las variables que evalúan, según la clasificación que se ha utilizado en este estudio: psicosociales y socioculturales.

Evaluación de variables psicosociales

Conductas Alimentarias de Riesgo (ver anexo 1).

Esta variable se evaluó con la *Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios (EFRATA)* (Gómez Péresmitré, 1998). Esta escala mide conductas alimentarias de riesgo: conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso y la comida, conducta alimentaria de compensación psicológica, atribución de control alimentario externo, atribución de control alimentario interno, así mismo, evalúa conducta alimentaria normal. Las respuestas se valoran en una escala de cinco opciones: Nunca (1), A Veces (2), Frecuentemente (3), Muy Frecuentemente (4) y, Siempre (5). Las opciones de respuesta son: Frecuentemente, Muy Frecuentemente y Siempre, son las que implican mayor problemática; contrariamente para la conducta alimentaria normal las opciones Nunca y A veces, indican un problema con dichas conductas.

Tiene un coeficiente de clasificación correcto de 87.3 por ciento (análisis discriminante), y coeficientes de consistencia interna de 0.80 a 0.85. Para validar este instrumento se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1915 mujeres y 1494 hombres. Se usó una rotación VARIMAX que convergió en 57 interacciones para extraer 16 factores que explican el 57 por ciento de la varianza. Se descartaron nueve factores al no cumplir los criterios, el modelo final quedó conformado por siete factores que explican el 43 por ciento de la varianza esto con respecto a las mujeres. Para los hombres se usó una rotación VARIMAX que convergió en cinco interacciones para extraer 16 factores que explican el 60 por

ciento de la varianza, se descartaron cinco factores por no cumplir con los criterios. El modelo final quedó conformado por once factores que explican el 48 por ciento de la varianza (Gómez Pérez-Mitré, 2000). Para cumplir con los objetivos de este estudio se utilizaron los factores que se enlistan en la tabla 14, en donde también se presentan los datos correspondientes de confiabilidad y validez.

Tabla 6. Confiabilidad y validez de cada uno de los factores que conforman la EFRATA.

Factor	% Varianza Explicada		Alpha de Cronbach	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva	15	12.4	.86	.90
Factor 2. Preocupación por el Peso y la Comida	7	5.52	.81	.82
Factor 3. Conducta Alimentaria Normal	5.6	4.39	.81	.69
Factor 4. Dieta Crónica Restringida	4.6	1.93	.80	.81
Factor 6. Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica	2.9	2.56	.65	.74

Fuente: Gómez Peresmitré (1993).

Imagen corporal

La *Escala Visual de Siluetas* para medir satisfacción /insatisfacción corporal (Gómez Peresmitré, 1998) está formada por seis siluetas que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada (puntuación=1), hasta una muy gruesa u obesa (puntuación=6) pasando por una de peso normal (puntuación=3). En muestras de adolescentes la escala de siluetas ha arrojado alphas de .75 a .80. En muestras de preadolescentes el valor de las alphas se distribuye de .70 a .75. Para evaluar la imagen corporal se presenta la escala en dos ocasiones diferentes con las siluetas ordenadas al azar para cada ocasión (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Los componentes principales de la imagen corporal son el afectivo (satisfacción/insatisfacción) y el perceptivo (alteración: sobrestimación/subestimación). La escala se exhibe a los participantes en dos ocasiones diferentes; en la primera eligen la figura actual, es decir, aquella que más se les parezca o más se aproxime a su figura corporal; en la segunda eligen la figura ideal o aquella figura que más les gustaría tener. La diferencia existente entre ambas (figura actual-figura ideal) se interpreta como el grado de satisfacción-insatisfacción de los jóvenes.

Cuanto mayor sea la diferencia resultante mayor será la insatisfacción. Una diferencia positiva indica insatisfacción porque se desea estar más delgado, mientras que una negativa es la insatisfacción que se siente porque se desea estar más grueso, y una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción. Los reactivos que miden la figura actual y la figura ideal cubren un continuo de peso corporal dividido en seis intervalos que van desde una silueta muy delgada (se asigna puntaje igual a uno) hasta una muy gruesa u obesa (puntaje igual a 6), pasando por una silueta que no es delgada ni gruesa. Para evaluar la alteración de la imagen corporal, se establece la diferencia entre autopercepción del peso corporal (variable subjetiva) y la categoría de peso real (desnutrición, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad). Para definir autopercepción se observa la respuesta brindada por el participante en la pregunta: “De acuerdo con la siguiente escala te consideras”, y esa respuesta se compara con las categorías de peso antes señaladas (ver anexo 2).

Evaluación de variables socioculturales

Influencia sobre el Modelo Estético Corporal

Evaluada por el *CIMEC-12* (Toro, Salamero & Martínez, 1994; adaptada y validada por Saucedo Molina, 2003). La influencia de la publicidad que se define como “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). El malestar con la imagen corporal es la “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 promueve estereotipos corporales delgados como referentes sociales exitosos” (Littleton & Ollendick, 2003, p.55).

Estas variables se midieron a través de los reactivos incluidos en el instrumento CIMEC-12, cuyo propósito es explorar la interiorización de las influencias socioculturales sobre el modelo estético corporal. El instrumento se compone de 12 reactivos tipo Likert, en dos versiones una para hombres y otra para mujeres. Las respuestas se valoran en una escala de cuatro opciones: Nunca (1) Pocas Veces (2), Muchas Veces (3) y Siempre (4). A mayor puntuación, mayor influencia sobre el modelo estético corporal. El factor influencia de la publicidad está conformado por seis reactivos, con un valor $\alpha = .87$, y el factor malestar con la imagen corporal también con seis reactivos, con un $\alpha = .72$ (ver anexo 3).

Materiales

- Para el registro de los datos recabados en esta fase del estudio, se utilizaron las lista de los alumnos de cada grado/grupo, de cada una de las escuelas, a las listas se les anexaron columnas que contengan los datos de edad, sexo, peso, talla, IMC y Diagnostico (ver anexo 4).
- Para la evaluación del *peso*: se utilizó un monitor corporal de marca TANITA, Modelo UM 2204.
- Para la evaluación de la *talla*: se utilizó un estadímetro portátil marca seca 214, para medición de la talla de niños y adolescentes, con rango de medición: 2 – 207cm, división: 1mm.

Procedimiento

Se acudió a las autoridades educativas del Sistema de Educación Pública de Hidalgo (SEP-H) para solicitar oficialmente el permiso para intervenir en las escuelas, presentándoseles el Protocolo de Investigación, una vez que se obtuvo el visto bueno, se les solicitó el listado de escuelas primarias y secundarias públicas ubicadas en la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo. Una vez conseguida la información, un epidemiólogo identificó (a través del muestreo estratificado) escuelas primarias y secundarias participantes en el estudio. Con los datos de las escuelas seleccionadas (N=17) se establecieron rutas de trabajo para el levantamiento de los datos. Las autoridades educativas otorgaron un oficio que se presentó a cada uno de los directivos de las escuelas en donde se les pedía su participación y apoyo para la adecuada realización del estudio en las escuelas.

Ya en las escuelas, se acudió con los directivos, se les presentó el oficio y se les comentó el proyecto; posteriormente, se acordaron fechas y horarios, solicitándoles un espacio adecuado para la evaluación del peso y la talla; así como las listas de los alumnos inscritos en cada grupo. Asimismo, se les pidió que organizaran una reunión con padres de familia para explicarles el objetivo del estudio. Cabe destacar que tanto a los padres de familia como a los estudiantes participantes se les explicó el procedimiento, y se les invitó a participar garantizándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos, resaltando la importancia de su cooperación en cuanto a que se destacarían problemáticas relativas a su “estado nutricional”.

Posteriormente se realizaron las mediciones de peso y talla, dichas evaluaciones fueron llevadas a cabo por estudiantes de nutrición, previamente capacitados y estandarizados en cuanto a la obtención de las mediciones, a través del procedimiento que el Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud (Ssa) para la Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas (2002).

Con los datos obtenidos se realizó el procesamiento de la información y se obtuvo el IMCP de cada sujeto y posteriormente se identificó a los que tuvieron un

diagnóstico correspondiente a “obesidad”. Así, se les citó a las madres de familia de dichos alumnos, en donde se les informó sobre el diagnóstico de sus hijos, se les solicitó su firma del Consentimiento Informado (ver anexo 5) donde concede su visto bueno para que sus hijos (as) respondieran el instrumento correspondiente. El mismo procedimiento se guió con los alumnos, de manera cuidadosa y con el apoyo de las trabajadoras sociales y profesores de las escuela se citó a los alumnos identificados, en un lugar independiente de su salón de clases, se les explicó el objetivo del estudio, se les solicitó su participación voluntaria, firmando el Consentimiento Informado, y ahí mismo, se les aplicó la EFRATA.

Como una forma de retroalimentación y agradecimiento a los participantes se realizaron en cada una de las escuelas intervenciones psicoeducativas breves tanto con los alumnos como con sus madres, informándoles sobre las causas y consecuencias de la obesidad, así como de algunas estrategias para mantenerse en el peso ideal, en estas intervenciones participaron estudiantes de nutrición y de psicología (todos ellos pasantes en sus respectivas licenciaturas).

Además, a cada uno de los directivos de las escuelas se les entregó un reporte general descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio.

Capítulo 7. Resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17 para Windows. A continuación se describe la distribución porcentual de cada una de las variables investigadas.

Variables psicológicas

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

Imagen corporal

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

Satisfacción/Insatisfacción

En la tabla 7 se observa que el 89 % del total de la muestra están insatisfechos con su figura corporal, ya sea porque desean ser más delgados(as) (76 %), o por que, paradójicamente, quieren tener una figura corporal más gruesa (13 %), y solo un 11 % están satisfechos con su figura corporal. Las mujeres en un mayor porcentaje (49 %) desean ser más delgadas, que los hombres (28 %).

Tabla 7. Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal por sexos.

Sexo	Deseo de ser más grueso(a)		Satisfechos		Deseo de ser más delgado (a)	
	n	%	n	%	n	%
Hombres	26	8.99	12	4.32	77	27.70
Mujeres	17	3.60	19	6.83	131	48.56
Total	43	12.59	31	11.15	212	76.26

Para precisar los resultados antes señalados, en la tabla 8 se representan los niveles de satisfacción/insatisfacción obtenidos, en donde se observa que independientemente de su sexo los participantes desean ser más delgados (as), y las mujeres son quienes se ubicaron en los valores más altos en este sentido.

Tabla 8. Distribución porcentual por nivel de satisfacción/insatisfacción por sexos.

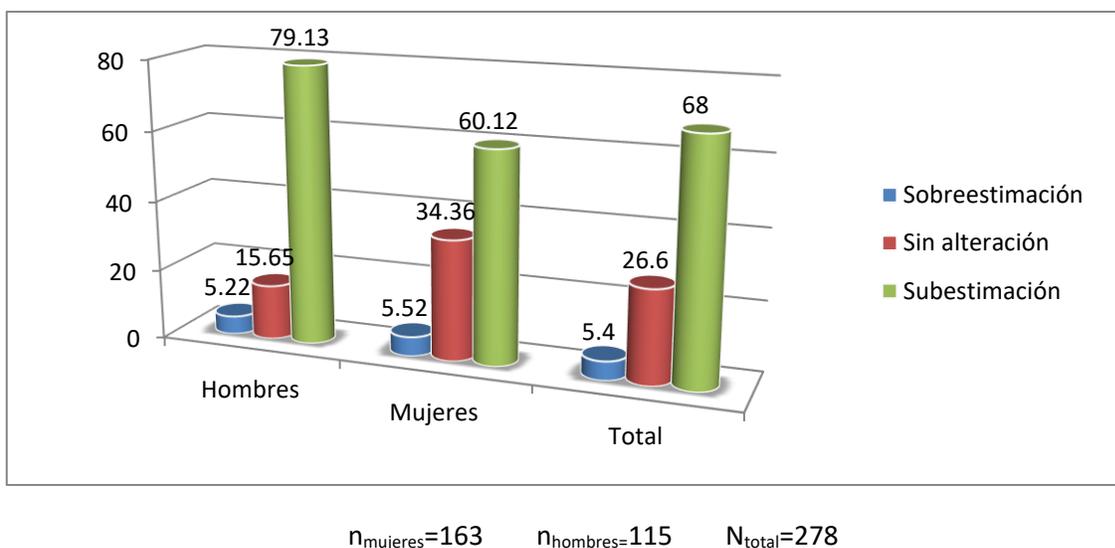
Nivel de satisfacción/insatisfacción	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Desean ser más robustos (as)				
-5.00	0	0	1	.6
-4.00	3	2.6	2	1.2
-3.00	3	2.6	3	1.8
-2.00	10	8.7	3	1.8
-1.00	10	8.7	4	2.5
.00 (satisfechos)	12	10.4	19	11.7
Desean ser más delgados (as)				
1.00	43	37.4	43	26.4
2.00	26	22.6	44	27.0
3.00	5	4.3	35	21.5
4.00	3	2.6	7	4.3
5.00	0	0	2	1.2

Alteración de la imagen

Por otro lado, el peso medio total de la muestra fue de 76 kg ($DE=12$), siendo de 81 kg ($DE=13$) para los hombres y de 71 kg ($DE=8$) para las mujeres; la talla media total fue de 1.57 m ($DE=11$), con 1.40 m ($DE=10$) para las mujeres y 1.68 m ($DE=11$) para los hombres. El promedio de IMC P de la muestra total fue 30 ($DE=2$), resultando para la muestra de mujeres de 30 ($DE=2$), y de 31 ($DE=3$) para la de hombres.

Ahora bien, al observar la presencia de alteraciones en la imagen corporal, se encontró que en un mismo porcentaje de 5 % tanto mujeres como hombres presentan sobreestimación de su imagen corporal; el 60 % de las mujeres y el 79 % de los hombres subestiman su imagen corporal; y el resto 34 % de las mujeres y 16 % de los hombres no manifiestan alteración, por lo que se puede afirmar que la mayoría de los participantes muestran la problemática de subestimar su imagen corporal, percibiéndose como delgados(as), cuando en realidad padecen obesidad (ver figura 3).

Fig. 3. Distribución porcentual de los valores obtenidos en alteración con la imagen corporal.



Conductas alimentarias de riesgo

Por otro lado, se evaluaron las CAR, a través de la *EFRATA*, a continuación se detalla lo encontrado al respecto, en esta muestra de adolescentes con obesidad.

En un primer momento se identificó el número de participantes en situación de riesgo por sus conductas alimentarias, se realizó un análisis de cada una de éstas de acuerdo a los puntos de corte de la *EFRATA*, para los factores: dieta crónica restringida, conducta alimentaria compulsiva o atracón y preocupación por el peso y la comida; en un segundo momento, para la otra conducta evaluada, que no tiene punto de corte (comer por compensación psicológica), se estableció la frecuencia de los participantes en cada una de las opciones de respuesta.

Dieta Crónica Restringida

Con relación a la dieta crónica restringida, en la figura 4, se puede observar que el 97% aproximadamente de la muestra total no presenta riesgo, en cambio aproximadamente el 3% de los participantes si tiene riesgo. Al realizar el análisis de acuerdo al sexo de los participantes, se encontró que en un mayor porcentaje (2%) los hombres a diferencia de las mujeres (.4%) presentan esta conducta (ver tabla 9).

Fig. 4. Dieta crónica restringida, participantes en riesgo.

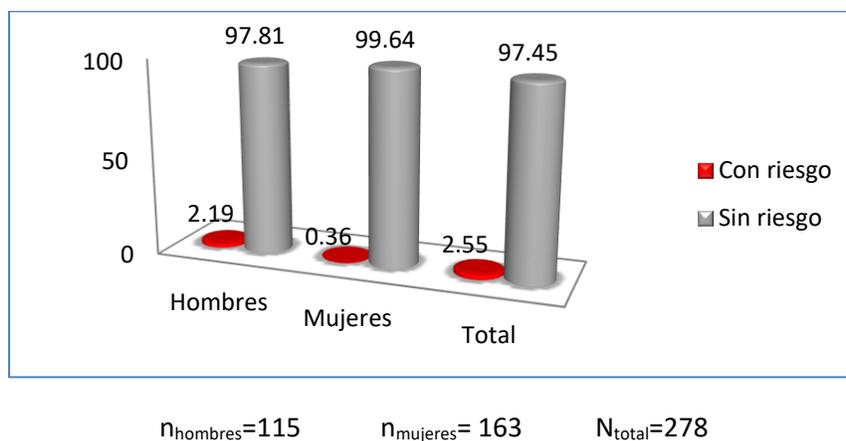


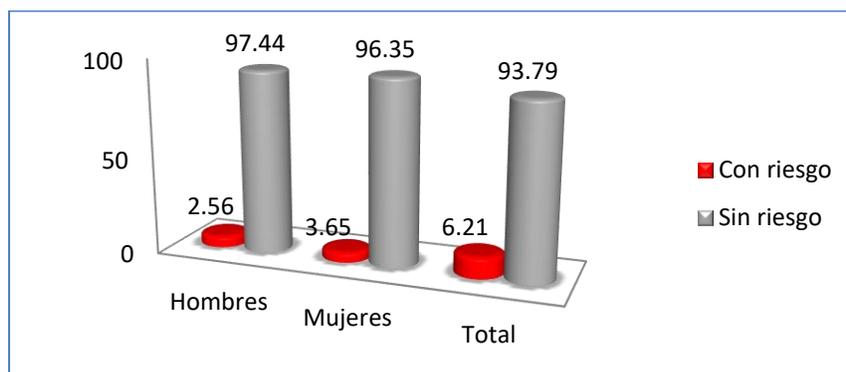
Tabla 9. Distribución porcentual de la dieta crónica restringida.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	11	0.36
	H	6	2.19
Total		17	2.55

Conducta Alimentaria Compulsiva o Atracón

En la conducta alimentaria compulsiva o atracón se observó que el 7% del total de la muestra presentan esta conducta, y al realizar el análisis por sexo, son las mujeres quienes obtienen un mayor porcentaje 4%, a diferencia de los hombres 3% (ver figura 5 y tabla 10).

Fig. 5. Conducta alimentaria compulsiva, participantes en riesgo.



$n_{\text{hombres}}=115$

$n_{\text{mujeres}}= 163$

$N_{\text{total}}=278$

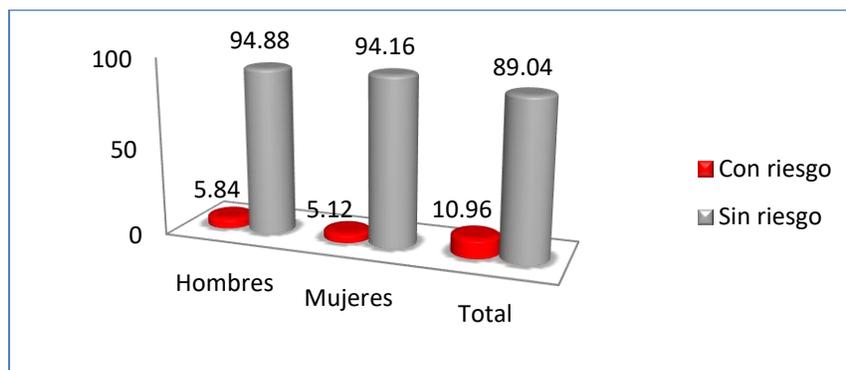
Tabla 10. Distribución porcentual de la conducta alimentaria compulsiva.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	10	3.65
	H	7	2.56
Total		17	6.21

Preocupación por el Peso y la Comida

Respecto a la preocupación por el peso y la comida, se encontró que el 11% de la muestra total se encuentra en riesgo, y específicamente los hombres presentan en un mayor porcentaje (6%) a diferencia de las mujeres (5%) (ver figura 6 y tabla 11).

Fig. 6. Preocupación por el peso y la comida.



$n_{\text{hombres}}=115$

$n_{\text{mujeres}}= 163$

$N_{\text{total}}=278$

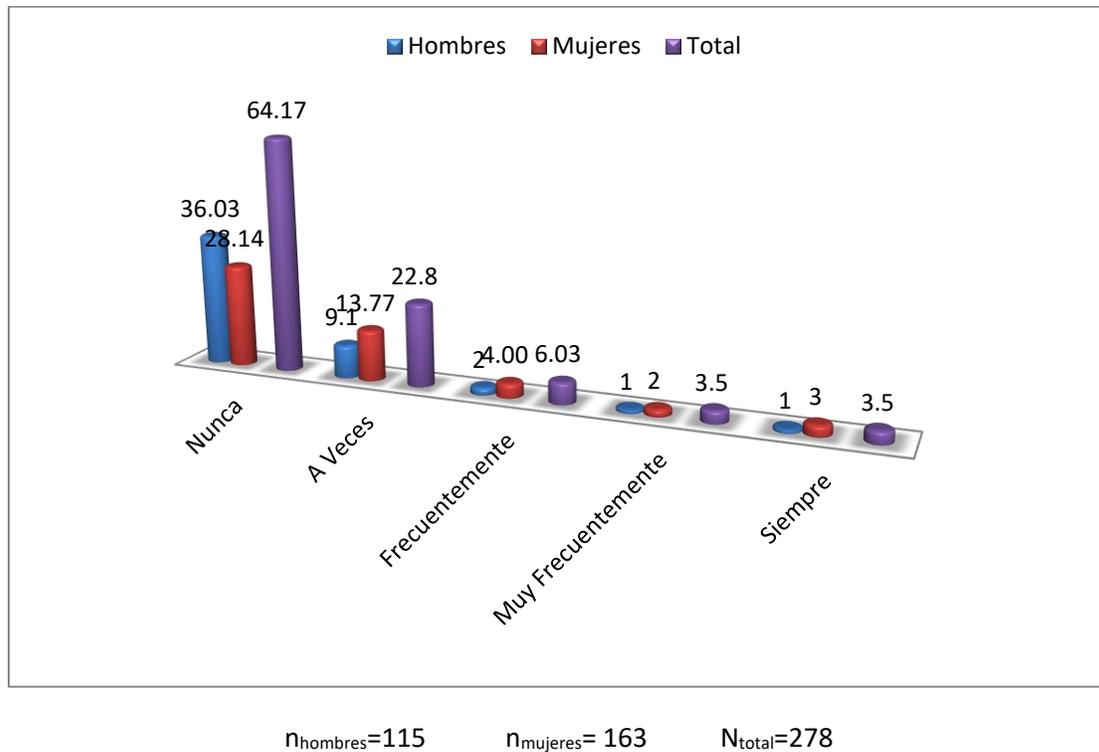
Tabla 11. Distribución porcentual de la preocupación por el peso y la comida.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	M	14	5.12
	H	16	5.84
Total		30	10.96

Comer por Compensación Psicológica

Con relación al análisis de la conducta de comer por compensación psicológica se encontró que más de la mitad de la muestra (64 %) señalaron la respuesta de *Nunca*, es decir, no ingieren alimentos descontroladamente para tranquilizarse o como remedio para la tristeza, en cambio un 9% respondió de manera afirmativa (*Siempre y Muy Frecuentemente*) (ver figura 7).

Fig. 7. Distribución porcentual de las respuestas dadas al factor Conducta Alimentaria por Compensación Psicológica, de acuerdo al sexo de los participantes.



Variables socioculturales

Como ya se señaló, parte de esta categoría de variables evaluó la influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal. A continuación se describen estos.

Influencia sobre el Modelo Estético Corporal

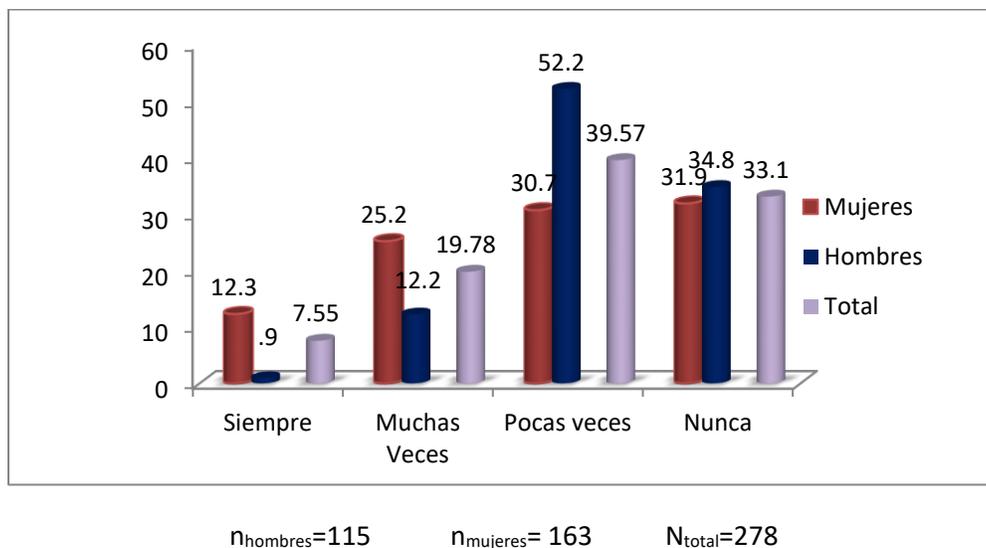
La variable denominada influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal se evaluó a través del *CIMEC 12*, específicamente se consideraron dos factores: influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, a continuación se describen los resultados obtenidos.

Influencia de la Publicidad

Con relación al factor llamado influencia de la publicidad se encontró para la muestra total que según la mayoría de los participantes (73%) *Pocas Veces* o *Nunca* la publicidad influye en ellos(as), contra un 27% que dieron respuestas de *Muchas Veces* y *Siempre*.

Al realizar el análisis por sexo, se observó que los porcentajes más altos respecto a que *Nunca* o *Pocas Veces* en los hombres influye la publicidad en ellos; en cambio las mujeres presentan un porcentaje mayor en respuestas de *Muchas Veces* y de *Siempre*. Es evidente que a las mujeres les llaman más la atención los anuncios, reportajes y conversaciones sobre productos para adelgazar o “mejorar” la figura corporal (ver figura 8).

Fig. 8. Influencia de la publicidad sobre el modelo estético corporal.

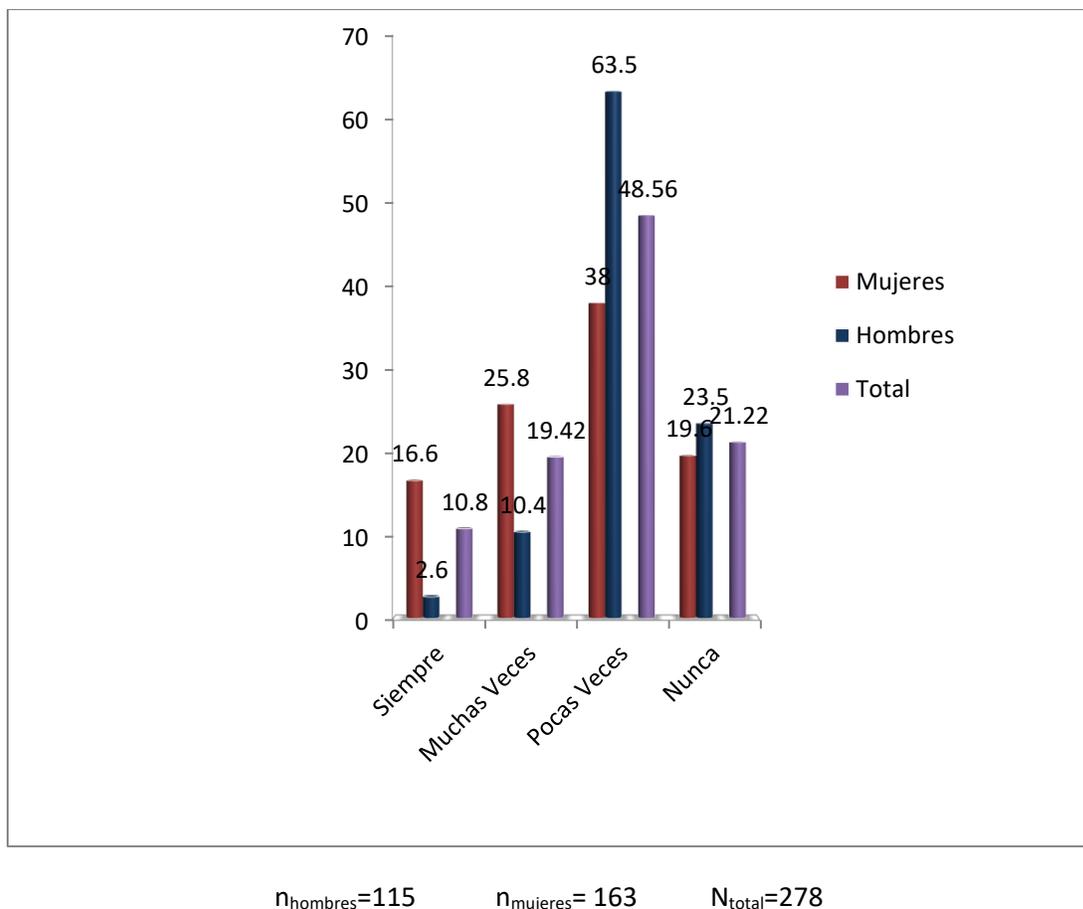


Malestar con la imagen corporal

Ahora bien, en el factor de malestar con la imagen corporal la mayoría de las respuestas de los participantes se ubicaron en *Pocas Veces* y *Nunca* y

aproximadamente una tercera parte de la muestra ubicó sus respuestas entre las opciones *Muchas Veces* y *Siempre*, al realizar el análisis por sexo se encontró que son las mujeres en quienes se presenta malestar por la propia imagen corporal provocado por las figuras de los modelos estéticos dominantes al compararlos con el propio cuerpo (ver figura 9). Estos resultados se confirmaron en el análisis de varianza encontrando contrastes significativos entre ambos sexos $F(19.920)=14.952$ $p<.001$; y es en las mujeres en donde más influye la publicidad (entre otros factores) para sentir malestar respecto a su imagen corporal.

Fig. 9. Malestar con la imagen corporal.



Para cumplir con el objetivo de determinar si existen diferencias en las variables psicológicas y socioculturales de acuerdo al sexo de los participantes se realizaron ANOVA's para cada una de las variables enlistadas en la tabla 12 de acuerdo a las medias obtenidas por factor.

Tabla 12. Medidas de tendencia central y dispersión de los instrumentos aplicados en mujeres y hombres participantes.

Factores	Mujeres		Hombres	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Imagen corporal				
1) Satisfacción/Insatisfacción *	1.55	1.58	.66	1.62
2) Alteración de la imagen corporal	2.73	.74	2.91	.48
Conductas Alimentarias de Riesgo				
3) Dieta crónica restringida	1.69	.72	1.68	.74
4) Conducta alimentaria compulsiva	1.78	.73	1.83	.80
5) Preocupación por el peso y la comida	2.16	.75	2.13	.69
6) Comer por compensación psicológica	1.70	.64	1.60	.70
Influencia sobre el Modelo Estético Corporal				
7) Influencia de la Publicidad*	2.18	1.01	1.79	.68
8) Malestar con la imagen corporal*	2.39	.98	1.92	.66

*Variables en donde se establecieron diferencias significativas de acuerdo a lo valores obtenidos por ANOVA.

Como ya se señaló, al establecer los valores de ANOVA, se encontraron diferencias significativas en las siguientes comparaciones:

En imagen corporal, satisfacción/insatisfacción se obtuvo una $F(752.24)=20.61$ $p<.001$, siendo los hombres quienes más insatisfechos se muestran.

Para la variable influencias sobre los modelos estéticos corporales, tanto en influencia de la publicidad, como en malestar con la imagen corporal se encontraron diferencias significativas, para la primera variable al realizar el análisis de varianza se confirmaron contrastes significativos entre hombres y mujeres $F(12.596)=10.078$ $p<.001$; en donde se observa que es en las mujeres en quienes hay mayor influencia de la publicidad respecto al modelo estético corporal. Además se confirmaron divergencias significativas entre ambos sexos $F(19.920)=14.952$ $p<.001$, y es en las mujeres en donde más influye la publicidad para sentir malestar respecto a su imagen corporal.

Al realizar el análisis de varianza para establecer las diferencias entre los participantes por sexo, se confirmaron contrastes significativos entre hombres y mujeres $F(12.596)=10.078$ $p<.001$; en donde se observa que es en las mujeres en quienes hay mayor influencia de la publicidad respecto al modelo estético corporal.

Capítulo 8. Discusión y Conclusiones

Se puede afirmar que se cumplió con el objetivo general donde se realizó el análisis descriptivo de los resultados obtenidos. Estos se dividieron en dos categorías de clasificación de las variables: psicológicas (imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo) y socioculturales (influencia de la publicidad sobre los modelos estético-corporales).

Respecto a la muestra de estudio, fueron N=278 adolescentes con diagnóstico de obesidad donde el 59% son mujeres y el 41% hombres, estudiantes de quinto y sexto de primaria y de primero a tercero de secundaria, que se encontraban en un rango de edad de 10 a 16 años.

Como ya se definió, se estudiaron dos grandes categorías de variables: psicológicas y socioculturales, a continuación se discute sobre las primeras.

En la variable *Imagen Corporal* se encontró que el 89% de la muestra total de participantes están insatisfechos, el 76% quieren ser más delgados y el 13% paradójicamente más gruesos o robustos, y son las mujeres quienes quieren ser más delgadas. Ahora bien, respecto a percepciones alteradas de su imagen corporal se encontró que más de la mitad de hombres y mujeres subestiman su peso corporal y el 5% lo sobreestiman; solo una tercera parte de los participantes no presentan alteraciones al respecto de su imagen corporal, destacándose en este sentido que la mayoría son mujeres sin alteración.

Los resultados de esta investigación (ver tablas 7 y 8 y figura 3), coinciden con los reportados en otros estudios en donde los varones quieren estar más robustos en el sentido de querer estar más musculosos y no precisamente estar gordos (e. g. Camacho Ruiz, Escoto Ponce de León, Cedillo Garrido & Díaz Castillo, 2010; Escoto, Álvarez, Bedolla, Velázquez, Yáñez, & Mancilla, 2007; Gómez Peresmitré et al., 2000; Gómez Peresmitré et al., 2001; Mancilla, Lameiras, Vázquez, Alvarez, Franco, López, et al., 2010; Saucedo Molina & Cantú, 2002; Saucedo-Molina et al., 2008, entre otros).

Es interesante percatarse que al evaluar la imagen corporal (insatisfacción y alteración) (ver tablas 7 y 8) en la adolescencia, en un alto porcentaje, tanto hombres como mujeres están insatisfechos y tienen el deseo de ser más gruesos o atléticos y más delgadas, respectivamente; para la población obesa como la estudiada en esta investigación, se confirma lo antes señalado, pero también en un alto porcentaje tanto hombres como mujeres subestiman su peso corporal, percibiéndose más delgados de lo que “son”.

Diversos estudios han demostrado que al presentar los individuos un índice de masa corporal alto (sobrepeso u obesidad), su imagen corporal se aleja del “ideal”, y gracias a la influencia de factores socioculturales, los cuales han estigmatizado el sobrepeso y la obesidad no por cuestiones de salud, sino por consideraciones psicológicas y estéticas, los individuos buscan disminuir su peso corporal o modificar su figura, practicando conductas alimentarias de riesgo. Lo antes citado se vincula particularmente con los resultados de esta investigación respecto a la influencia de factores socioculturales sobre el modelo estético corporal principalmente en mujeres, ya que a mayor insatisfacción con la imagen corporal mayor impacto de factores socioculturales.

De igual manera, tanto en hombres como en mujeres, a mayor malestar con la imagen corporal, mayor impacto de los factores socioculturales, resaltando la influencia de situaciones sociales relacionadas con la ingesta de alimentos, como reuniones, festejos y celebraciones. Como afirman Vartanian, Giant y Passino (2001) y Vázquez Arévalo y cols. (2006), entre los jóvenes se hace evidente la gran interiorización de modelos estéticos corporales de delgadez, que parecen provenir de la influencia de la publicidad y del grupo de amigos.

Respecto a las *Conductas Alimentarias de Riesgo*, la conducta que mayor porcentaje de riesgo presentó fue la preocupación por el peso y la comida (más alto en hombres que en mujeres), le siguió la conducta alimentaria compulsiva o atracón (más mujeres que hombres), después dieta crónica restringida (más hombres que mujeres). Cabe destacar que la conducta de comer compulsivo o atracón, se manifestó en un 9%. En este sentido, desde el punto de vista de otros

estudios, en cuanto a conductas alimentarias de riesgo e IMC se observó en una investigación realizada en sujetos de 12 a 19 años estudiantes del D.F., de ambos sexos, que aquellos sujetos que sobrestimaron su peso, (es decir perciben que tienen un peso mayor al real) y por lo tanto su IMC, presentaron mayores prevalencias de conductas de riesgo (Unikel-Santoncini, et al., 2000). En otro estudio reportado en el 2002 se presentó un fenómeno similar en sujetos de 13 a 18 años, mexicanos, de ambos sexos, donde se observó que en aquellos individuos con sobrepeso y obesidad determinada a partir de IMC percentilar presentaron mayores porcentajes de conductas de riesgo (Unikel-Santoncini, et al., 2002).

Respecto a la presencia de conductas alimentarias de riesgo en la muestra de adolescentes estudiada, los datos confirman lo evidenciado en la ENSANUT 2006 que reporta algunas conductas alimentarias de riesgo en adolescentes y jóvenes, en donde 18.3% reconoció que tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiados alimentos o bien perdieron el control para comer; 3.2% practica dietas, ayunos y ejercicio excesivo con el objetivo de bajar de peso, y se confirmó que las mujeres se ven afectadas en mayor proporción, sobre todo aquellas de 16 a 19 años de edad.

En el Estado de Hidalgo se sabe poco respecto al comportamiento de las conductas de riesgo en la alimentación, registrándose hasta el momento de este estudio sólo algunos datos publicados, por ejemplo, Escamilla, 2007, reporta que el 3.2% de una muestra representativa de púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca, Hidalgo, presentaron la conducta de dieta restringida y crónica. Al relacionarlo con el IMC, se observó que esta conducta se presentó en el 5.7% de los individuos con sobrepeso y 4.0% en obesidad, cabe destacar que los datos de esta tesis confirman los porcentajes señalados por Escamilla, ya que son próximos a esas cifras.

El *comer compulsivo o atracón* es una conducta que se presentó en un mayor porcentaje en las mujeres que en los hombres estos datos son menores y disciernen con los obtenidos por Unikel-Santoncini, et, al. (2000) en población del

Distrito Federal, observando porcentajes mayores para los hombres en comparación de las mujeres de 18 –19 años (9.3% y 8.9% respectivamente). Como ya se señaló, este factor (ver figura 29). Este resultado es congruente con los de estudios previos, en los que se ha encontrado que el estado de ánimo no sólo incrementa los niveles de pérdida de control sino afecta la misma percepción para calificar un episodio alimentario como tal, es decir como atracón (Guertin & Conger, 1999; Telch & Agrás, 1996). Se ha reportado además, que la conducta de atracón es provocada por emociones negativas, por ejemplo, por estrés (Masheb & Grilo, 2006) y que la gravedad de los atracones se asocia con “comer emocional” (Ricca, et al., 2009).

En la *preocupación por el peso y la comida*, se observaron frecuencias relativamente medias, sin embargo fueron los puntajes más altos del total de la muestra, y la diferencia por sexo fue pequeña, sin embargo, fue mayor en mujeres que en hombres, manifestándose que hay más riesgo de presentar esta conducta si se es mujer. Estos datos aunque mayores coinciden con los reportados por Acosta et al., (2005) en un estudio realizado en población mexicana y española donde las medias cuadráticas obtenidas a través de análisis de varianza, permitieron observar una mayor preocupación por el peso y la comida por parte de las mujeres que por los hombres ($M_{media}=1.89$ versus $M_{media}=1.67$); otro estudio fue de Unikel Santoncini en el 2000, en donde se observaron de 18.6% en mujeres, versus 5.1% en hombres, y para el año 2006 se reportaron valores de 33.0% en mujeres versus 13.1% en hombres de 18 a 19 años; aunque no coinciden con los datos arrojados en este estudio en el sentido en que es mayor el porcentaje de mujeres que de hombres, así mismo, es importante destacar que el porcentaje de hombres es muy semejante, pero el de mujeres es más bajo que lo obtenido por las autoras antes citadas. Saucedo (2003) en un estudio con púberes y adolescentes, encontró un 8% de sujetos preocupados por el peso y la comida, siendo mayor el porcentaje de mujeres.

Para la conducta de *comer por compensación psicológica*, se obtuvieron datos para la categoría “muy frecuentemente” aproximadamente del 9% en total,

siendo más mujeres que hombres quienes eligieron esta respuesta, en este sentido, la alimentación es influida por diversos factores entre los cuales se encuentra el estado de ánimo, y se relaciona la comida con ansiedad, tristeza o tranquilidad, lo que lleva al sujeto a comer o dejar de hacerlo, o preferir cierto tipo de alimentos (Saucedo, Peña, Fernández, Rosales & Jimenez, 2010). Cabe destacar que esta conducta evidencia el papel que las emociones juegan en la ingesta de los sujetos con obesidad, y concuerdan con lo planteado por la Teoría Psicosomática de la Obesidad (Bruch, 1973; Constanzo, Reichmann & Friedman Musante, 2001; Kaplan & Kaplan, 1957).

La *dieta crónica restringida* presenta datos similares a la conducta anterior. Estos porcentajes son menores, pero muestran una tendencia semejante a los reportados por Unikel-Santoncini y cols., (2006) donde esta conducta la presentaron principalmente las mujeres en comparación con los hombres, 14.7% y 11.9% respectivamente. Al igual que los datos reportados por Acosta (2005), donde las medias obtenidas señalan que las mujeres presentan mayores índices en el seguimiento de dieta crónica restringida (Media=1.5 mujeres, versus Media=1.38 hombres). Saucedo (2003) encontró un porcentaje mayor en mujeres que en hombres que realizan dieta restringida.

La presencia en los adolescentes participantes de “preocupación por el peso y la comida”, se asocia con la manifestación de conductas como “dieta crónica restringida”, “atracción alimentario” y “conductas compensatorias”, en este mismo sentido los datos se recaban tanto a nivel internacional (Lask, 2000; Ricciardelli, McCabe, Williams & Thompson, 2007), como nacional (Saucedo Molina, 2003; Unikel, et al., 2002). Cabe retomar, el aspecto de los datos epidemiológicos que se confirman nuevamente con relación a la presencia de conductas alimentarias de riesgo y que se publicaron en la ENSE 2008 (Samah Levy, 2010) en donde los resultados mostraron por ejemplo, que los trastornos alimentarios son un problema que se encuentra cada vez más en los adolescentes, ya que el 10% de los adolescentes tuvo alguna conducta alimentaria de riesgo (pérdida de control sobre lo que come, vómito autoinducido,

medidas compensatorias y prácticas restrictivas). Esas tendencias se observaron de manera similar en la ENSANUT 2006 (Olaiz et al., 2006).

La otra categoría de variables estudiadas es la de los factores socioculturales, a continuación se discuten los resultados observados.

La presión social a favor de la delgadez, así como las actitudes negativas hacia el sobrepeso y la obesidad han generado un excesivo interés por la preocupación por el peso y la forma corporal (Bermúdez Bautista et al. 2010; Gómez Peresmitré, 1993, 1999; León Hernández, 2010; Mancilla Díaz et al., 1999, 2004), este hecho se corrobora también con los resultados arrojados por esta investigación.

Así, la preocupación por engordar, tanto en hombres como en mujeres (ver figuras 8 y 9), lleva a la reflexión acerca de la influencia del modelo estético de delgadez prevalente en la sociedad actual y la interiorización del mismo (es sabido que la preocupación por el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria) (Williams & Thompson, 2007).

Como mencionan Heinberg, Thompson y Stormer (2008), a lo largo de la historia, el ideal de la belleza femenina ha cambiado con los estándares estéticos de un tiempo en particular, y la evidencia sugiere que las mujeres han tratado de alterar sus cuerpos en función de las demandas sociales. Sin embargo, con anterioridad los estándares de belleza se mantenían como figuras inalcanzables, mientras que en la actualidad la manera en la que son presentadas las modelos en los medios de comunicación, son vistas como representantes reales de personas y no como imágenes manipuladas. Este proceso de comparación social puede tener un impacto negativo en la insatisfacción con la figura corporal de las mujeres y como se observa en los datos, también de los hombres.

Particularmente, con relación a la *influencia sobre el modelo estético corporal*, tanto la influencia de la publicidad, como el malestar con la imagen corporal, estuvieron presentes en una tercera parte de la muestra de participantes

y la mayoría fueron mujeres. Sin embargo, es interesante observar que para ambos sexos, los anuncios y los programas sobre productos para adelgazar y moldear la figura tanto de farmacias, revistas, como de televisión y radio, así como las conversaciones sobre el peso, dietas para bajar de peso y el control de la obesidad, resultan bastante atractivos recientemente, Clark y Tiggemann (2008) realizaron un estudio longitudinal con mujeres púberes, encontrando que una mayor exposición a los programas de televisión predice la interiorización de los ideales de apariencia un año después.

Además, no se puede dejar de lado que la publicidad influye en el sentido de que la industria y los servicios de alimentos promueven sus productos en los medios de comunicación; muchas compañías enfocan sus campañas publicitarias en los niños, en un esfuerzo de conseguir lealtad de “por vida” con la marca.

En otro estudio realizado por Saucedo-Molina y cols. (2004) en púberes mexicanos de ambos sexos, en el que se estudiaron no solamente conductas alimentarias de riesgo, como dieta restringida, sino también factores socioculturales, como influencia de la publicidad y malestar con la imagen corporal, se encontró, a través de modelos predictivos, que a mayor IMC mayor seguimiento de conductas de riesgo y mayor influencia de factores socioculturales principalmente en mujeres.

Esta búsqueda de responder a la incapacidad de manifestarse empática y diferencialmente a los requerimientos biológicos, afectivos y sociales, conlleva a que estas necesidades “se resuelven momentáneamente” brindando alimento, lo cual lleva al aumento de peso, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión.

De alguna forma, la explicación antes señalada se relaciona también con el comer de manera descontrolada debido a estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar esas sensaciones displacenteras; tal afirmación, se confirmó en lo encontrado en este estudio con la presencia en

un 13% de los participantes de la conducta de “comer por compensación psicológica” ante situaciones como “pleitos con los padres”. Bruch (1973) en su obra “Eating Disorders” aborda la dificultad que tienen las personas con obesidad para identificar sus propias sensaciones, ya que no distinguen hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que viven cotidianamente. Como consecuencia comen en respuesta a las emociones más diversas.

Sugerencias y Limitaciones

Estos datos si bien son representativos de datos nacionales y estatales, se deben de tomar con cierta precaución, ya que podría tener sesgos sobre todo relativos con los datos que no pudieron recabarse, pues como ya se señaló aproximadamente un 11.40% de la muestra identificada con obesidad no participó debido a que no cumplió con todos los criterios de inclusión.

Se sugiere realizar una etapa de sensibilización hacia las autoridades escolares, dirigida por un lado a concientizar sobre la problemática de la obesidad en los escolares; y por otro lado, la trascendencia de su participación en cuanto a facilitar tiempos y espacios para la realización del trabajo de campo sin contratiempos.

Es importante señalar que si bien se encontraron datos relacionados con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, así como, diversas manifestaciones de mecanismos socioculturales que influyen en la realización de acciones de riesgo, hay cierta parte de la muestra de participantes que no presentan riesgo y en los cuales los factores socioculturales parecen no influir de manera negativa, por lo que se sugiere estudiar con mayor profundidad el “perfil” de esos participantes, sin problemáticas aparentes.

Respecto a los datos obtenidos al estudiar la conducta de comer por compensación psicológica se sugiere continuar con los estudios en población con obesidad para determinar con precisión cuál es el sentido de la ingesta: a) la emoción negativa induce directamente la sobreingesta; y b) la inducción de la emoción a la ingesta está mediada por tendencias de restricción frágiles (al parecer los sujetos participantes en este estudio se incluyen en este segundo grupo dado que tanto en hombres como en mujeres estuvo presente la dieta crónica restringida).

Así mismo, se sugiere analizar con detalle la posible relación entre la conducta alimentaria compulsiva y la dieta crónica restringida, ya que los

resultados de alguna forma evidencian que cuando alguno de estos estudiantes comen de manera compulsiva, evento que muy probablemente los hace sentir culpables, recurrirán a una dieta restringida, reforzando estos hallazgos la idea ampliamente difundida en la actualidad, de que hacer “dieta” es la manera más económica, inocua, fácil y rápida de bajar de peso y alcanzar la figura corporal “deseada”, y que esta idea particularmente entre los adolescentes y jóvenes, se está convirtiendo en el estilo “normal” de alimentarse.

Por otro lado, se sugiere realizar programas de intervención que contemplen un cambio informacional y actitudinal para adolescentes y los padres de familia, en el sentido de realizar una supervisión adecuada de su alimentación, para tratar de moderar el efecto perjudicial que la publicidad tiene, sobre todo en los ámbitos que quedan fuera de su alcance como la escuela, enviando de casa preferentemente los alimentos que los adolescentes consumirán a la hora del refrigerio, en lugar de darles dinero para que compren cosas en la escuela.

Es conveniente proporcionar características de riesgo que posee la familia cuando un adolescente padece obesidad, así mismo formas preventivas en la familia para evitar conductas alimentarias de riesgo y añadir de forma concreta estrategias de intervención eficaces en el tratamiento de Conducta Alimentaria en los adolescentes, conjuntándolo en un nuevo capítulo.

Se sugiere considerar la opción de incluir a la muestra que no participó por los criterios de exclusión, en una muestra integrada, debido a su distribución y el impacto en resultados de la investigación (59% mujeres/ 41% hombres).

La investigación realizada brinda resultados pertinentes para considerar, en forma descriptiva intervenciones psicológicas y sus estrategias, subrayando la continuidad del trabajo en la misma línea de investigación o en diferentes perspectivas.

Referencias

- Acosta, M., Llopis, J., Gómez, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5 (3) 223-232 [versión electrónica].
- Adams, P., Katz, R. Beau Champ, K., Choen, E. & Zavis, D. (1993). Body dissatisfaction, eating disorders, and depression: A developmental perspective. *Journal of Child and Family Studies*. 40, 409-417.
- Alvarado-Sánchez, A.M., Guzmán-Benavides, E. & González-Ramírez, M.T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, 2, 417-42 [versión electrónica].
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Revised text*. Washington, DC, EE. UU: Author.
- Andersen, A. E. (1996). Contraste y comparación entre hombre y mujeres con trastorno de alimentación: Desafíos para la clínica y la investigación. En J. Buendía (Ed.) *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp.439- 460). Madrid: Pirámide.
- Asociación Psicológica Americana (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Torey Masson.
- Austin, S. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model. *Preventive Medicine*. 32, 268-283.
- Baños, R. M., Botella, C. & Perpiñá, C. (2000). *Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación. Evaluación y tratamiento por medio de la realidad virtual*. Valencia: Promolibro.
- Baile, J., Raich, R., & Garrido, E. (2003). Evaluación de la insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de administración de una escala. *Anales de Psicología*, 10(2), 187-192.
- Baile Ayensa, J. I. (2010). ¿Qué es la imagen corporal? UNED, Revista 2(002).
- Becker, A. & Hamburg, P. (1996). Culture, the media and eating disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 163-170.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A. & Halmi, K. A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 25, 415-424.
- Breinbauer, C. & Maddaleno, M., (2005). Choice and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. *Organización Panamericana de la Salud*.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, (24), 187-194
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bundell, JE. (1991). The Biology of appetite. *Clinical Applied Nutrition*. 1, 21-3.

- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body image disturbances in anorexia and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- CDC. (2003) CDC Training Module: *Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage*.
- Chinchilla, A. (2003a). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: revisión histórica. En trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. (pp. 1-13). Barcelona, Masson.
- Chinchilla, A. (2003b). ¿Es real la actual epidemia de los trastornos de la conducta alimentaria?. En A. Chinchilla (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria* (pp.143-160). México: Masson.
- Clark, L. & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology*, 44(4), 1124-1134.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320, 1240-1243.
- Cole, J. C., Smith, R.; Halford, J. C. G. & Wagstaff, G. F. (2003). A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and exusers. *Psychopharmacology*, 166, 4, 424-426.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M.C. & Valdez, N.N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behavior*, 9, 52-61.
- Cooper, J., Taylor, J., Cooper, Z. & Fairburn, G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Córdova, J. (2010). *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado el 16 de Marzo de 2011 de http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo psicológico*, 8. (pp. 346-406). México D. F.: Prentice Hall.
- De Onis, M. & Blössner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*. 72, 1032-1039.
- Decaluwé, V., Braet, C. & Fairburn, C. G. (2003). Binge eating in obese children and adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 33, 1, 78-84.
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*, 8. México D.F.: Siglo XXI, pp. 531-589.
- Dick, D., Rose, R., Viken, R. & Kaprio, J. (2000). Pubertal timing and substance use: Associations between and within families across late adolescence, *Developmental Psychology*, 36, 180-189.
- Dietz, W. H. (2004). Overweight in childhood and adolescence. *New England Journal of Medicine*, 350, 855-857.
- Dittmar, H., & Howard, S. (2004). Professional hazards? The impact of models' body size on advertising effectiveness and women's body-focused anxiety in professions that

- do and do not emphasize the cultural ideal of thinness. *British Journal of Social Psychology*, 43(4), 477-497.
- Doll, H.A., & Fairburn, C.G. (1998). Heightened accuracy of self-reported weight in bulimia nervosa: A useful cognitive «distortion». *International Journal of Eating Disorders* 24, 267-273.
- Escamilla, T. T. 2007. Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria de púberes mujeres de 11 a 15 años de Pachuca (Tesis de inédita de licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Hidalgo, México.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Furnham, A. & Nordling, R. (1998). Cross-cultural differences in preferences for specific male and female body shapes. *Personality and Differences*, 25, 635-648.
- Galván, M., Amezcua González, A. & López Rodríguez, G. (2011). *Perfil nutricional de los escolares de Hidalgo 2010: Resultados principales*. México: Comité Vida Sana Hidalgo.
- Galván, M., González-Unzaga, M. & López Rodríguez, G. (2008). *Estado de Nutrición de los niños menores de cinco años y sus madres en el estado de Hidalgo (Encuesta Estatal de Nutrición de Hidalgo 2003)*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2: Professional manual*. Psychological Odessa FL: Assessment Resources, Inc.
- Gardner, R.M. & Stark, K. (1999). Development and validation of two new scales for assessment of body image. *Perceptual and Motor Skills*, nº 89, Págs. 981-993.
- Garner, D.M (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Garner, D.M., Olmstead, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 15-34.
- Goldfield, A. & Chisler, J.C. (1995). Body stereotyping and stigmatization of obese person by first graders. *Perceptual & Motor Skills*, 81, 909-910.
- Gómez, G. & Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso? *Revista Iberoamericana*, 6, 37-46.
- Gómez, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la Cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anoréctica y Preocupación Excesiva por el Paso Corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16,1, 153-165.
- Gómez, G., Alvarado, G., Moreno, L. Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Prepúberes, Púberes y Adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18,3, 313-324 [versión electrónica].
- Gómez, G., Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2001). Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En *Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México*. (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.

- Gómez-Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal como muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo. *Psicología y Ciencia Social*, 2, 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda, G., Esperance, P., Hernández, A., Platas, S. & León, R. (2002). Dieta Restrictiva y Conducta Alimentaria compulsiva en una muestra de Adolescentes Mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 2, 125-132 [versión electrónica].
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo Molina, T. & Unikel Santoncini, C. (1998). IX. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. En N., Calleja & Gómez Peresmitré, G. *Psicología social: investigación y aplicaciones en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Grogan, S. (1999). *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London: Routledge.
- Gustafson-Larson, A. & Rhonda, D. (1992). Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children. *Journal American Dietetic Association*, 92, 818-22.
- Haworth-Hoeppner, S. 2000. The Critical Shapes of Body Image: The Roles of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 212-227.
- Henderson, M. & Freeman, A. (1987). Self-rating Scale for Bulimia. *The BITE. British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Hernández, B. (2000). Sobrepeso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de 5 años en México. *Salud Pública de México*, 38, 3, 178-188.
- Hernández, B., Cuevas-Nasu, L., Shamah-Levy, T., Monterrubio, E. A., Ramírez-Silva, C. I., García-Feregrino, R., et al. (2003). Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Salud Pública 557.de México*, 45 (Supl. 4). S551-7.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*, 3. México: Mc Graw Hill.
- Hill, J.A. (1993). Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders. *Journal Review Psychiatry*, 5, 87-100.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2001). *Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2002). *Principales causas de mortalidad general en la entidad 2000 3n aspectos sociodemográficos de Hidalgo*. México: Dirección General de Estadística INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). *Conteo de población y vivienda 2005*. Recuperado el 3 de septiembre de 2010, de <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/habitantes.aspx>.

- Instituto Nacional Indigenista (2001). *Concentrado estatal del estado nutricional de albergues escolares correspondientes al informe semestral del ciclo escolar 2000-2001*. México: Área de Salud del Instituto Nacional Indigenista.
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*, 3. México: Pearson.
- Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspectives*. New York: Basic Books.
- Kail, R. & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo Humano: Una perspectiva del ciclo vital*, 3. (pp. 300-369) México, D.F.: CENGAGE Learning.
- Kendler, K. S., Mac Lean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 2, 1627-1637.
- Khor, G. L. (2003). Update on the prevalence of malnutrition among children in Asia. *Nepal Medical Collage Journal*, 5, 2, 113-122.
- Krahnstoever, D., Markey, C. & Birch, L. (2003). A Longitudinal examination of patterns in girls weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*. 33, 320-332.
- Kriska, A., LaPorte, R., Pettitt, D., Charles, M., Nelson, R., Kuller, L., et al. (1993). The association of physical activity with obesity, fat distribution and glucose intolerance in Pima Indians. *Diabetología* 36, 863-869.
- Kun-Ho, Y., Jin-Hee, L., Ji-Won, K., Jae Hyoung, Ch., Yoon- Hee Choi, S., Hyun, K., Zimmet, P. & Ho-Young, S. (2006). Epidemic obesity and type 2. Diabetes in Asia. *Lancet*, 368, 1681-1688.
- Lanza, S. & Collins, L. (2002). Pubertal timing and the onset of substance use in females during early Adolescence. *Prevention Science*, 3, 69-82.
- Lask, B. (2000). Aetiology. En: Lask, B. & Bryant Waugh, R. (eds.). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* New York, Brunner-Routledge.
- Laursen, B. & Collins, W. (2004). *Parent-child communication during adolescence. Handbook of family communication*. (pp. 333-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- León Hernández, R. (2010). *Modelos de prevención de trastornos de la conducta alimentaria: técnicas asertivas/habilidades sociales y psicoeducativas*. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado de Psicología. UNAM, México.
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Revista Salud mental*, 31,6 [versión electrónica].
- Levine, M.P., Piran, N., & Stoddard, C. (1999). Mission more probable: Media literacy, activism, and advocacy as primary prevention. En N. Piran, M.P. Levine y C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing Eating Disorders: A Handbook of Interventions and Special Challenges*. Philadelphia, PA: Brunner/ Maze.
- Levine, M.P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of socio- cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *Journal of Early Adolescence*, 14 (4), 472- 491.

- Levine, M.P., Smolak, L., & Schermer, F. (1996). Media analysis and resistance by elementary school children in the primary prevention of eating problems. *Eating Disorders*, 4 (4), 310-322.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C. & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 426-440.
- Lin, L.F., & Kulik, J.A. (2002). Social comparison and women's body satisfaction. *Basic & Applied Social Psychology*, 24(2), 115-123.
- Lobstein, T. J., James, W. P. & Cole, T. J. (2003). Increasing levels of excess weight among children in England. *International Journal of Obesity Relation of Metabolic Disorders*, 27, 1136-1138.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004). IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, 5 (Suppl. 1), 4-104.
- Lora-Cortes, C. & Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas Alimentarias de Riesgo e Imagen Corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una Muestra de Mujeres Adultas de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 29, 3, 60-67.
- Luo, J. & Hu, F. B. (2002). Time trends of obesity in pre-school children in China from 1989, to 1997. *International Journal of Obesity Related to Metabolic Disorder*, 26, 4, 553-558.
- Magarey, A. M., Daniels, L. A. & Boulton, T. J. (2001). Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995. Data against new standard international definitions. *Medical Journal Australian*, 174, 561-564.
- Maloney, M. J., Mc Guire, J. B. & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing of the children's version of the Eating Attitudes Test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Marco, J. (2004). Tratamiento de los trastornos alimentarios: Eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual. *Tesis Doctoral. Universitat Jaume. Facultad de Ciencias Sociales*.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de nutrición*, 29, 2 [versión electrónica].
- Martínez, E., Toro, J. & Salamero, M. (1996). Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 23(5), 125-133.
- Martínez-González, M.A., Gual, P. & Lahortiga, F. (2003). Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. *Pediatrics*, 111, 315-320.
- McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A., Stanford, J., Holt, K., Keegan, S. & Miller, L. (2007). Where is all the pressure coming from? Mothers and teachers about preschool children's appearance diet and exercise. *European Eating Disorders Review*, 15, 221-230.

- Méndez, J., Vázquez-Velázquez, V. & García-García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentarias. *Mediagraphic Artemisa* [versión electrónica].
- Meno, C.A., Hannum, J., Espelage, D.E. & Low, D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9, 91-101.
- Miller, K. J., Gleaves, D. H., Hirsch, T. G., Green, B. A., Snow, A. C. & Corbett, C. C. (2000). Comparisons of body image dimensions by race/ethnicity and gender in a university population. *International Journal of Eating Disorder*, 27, 310-316.
- Montt, D., Koppmann, A. & Rodríguez, M. (2005). Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16, 4 [versión electrónica].
- Moore, M. & Brooks-Gunn, J. (2002). Adolescent parenthood. Handbook of parenting, 3: Being and becoming a parent, 2 (pp. 173-214). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 3 (3) julio sep. 2002. Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Moreno, L. A., Sarría, A., Fleta, J., Rodríguez, G., Pérez-González, J. M. & Bueno, M. (2001). Sociodemographic factors and trends on overweight prevalence in children and adolescents in Aragon (Spain) from 1985 to 1995. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 921-927.
- Morris, C. G. & Maisto, A. A. (2001). Métodos en la psicología del desarrollo. En: Introducción a la Psicología. Morris, C. G. & Maisto, A. A. (Eds). (pp. 413-439). México: Prince Hall.
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6, 11-22.
- Navarro, G. (2006). *Prácticas parentales de alimentación, locus de control y su relación con el índice de masa corporal de niños (as), prescolares y escolares*. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Obeidallah, D., Brennan, R., Brooks-Gunn, J. & Earls, F. (2004). Links between pubertal timing and neighborhood contexts: Implications for girls violent behavior. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43, 1460-1468.
- Ogden, C. L., Flegal, K. M., Carroll, M. D. & Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA*, 288, 1728-1732.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, A., Hernández, M. & Sepúlveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: INSP.
- Olivardia R, Pope HG & Hudson JI. (2000). Muscle dysmorphia' in male weightlifters: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Borowiecki, J. J. & Cohane, G. H. (2004). Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 2, 112-120.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2000). *Salud y desarrollo del niño y del adolescente*. Recuperado el 17 de febrero de 2011 de http://www.who.int/child/adolescent_health-topics/development/es/.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2010, de http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.p
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado el 3 de septiembre de 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2011a). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva (311). Recuperado el 5 de febrero de 2011 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Orozco Aviña, S. L. (2005). Propuestas para intentar disminuir la incidencia de obesidad infantil en las escuelas primarias y preprimarias del estado de Jalisco. *Diabetes Hoy para el Médico y el Profesional de la Salud*, 6, 5, 1486-1491.
- Osorio, J., Weisstaub, G. & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de nutrición*, 29, 3 [versión electrónica].
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo Humano*, 9 (pp. 425-441). México: Mc Graw Hill.
- Peeters, L., Bonneux, W. J., Nusselder, C., De Laet, & Barendregt, J. J. (2004). Adult Obesity and the Burden of Disability throughout Life. *Obesity Research*, 12, 7, 1145-1151.
- Peña, M. & Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 2, 75-78.
- Pike, K.M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204e.
- Pope, HG, Gruber, AJ, Choi ,PY, Olivardia, R. & Phillips KA. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (2004). Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 23(1), 1-6.
- PrevInfad (AEPap)/PAPPS (2004). *Prevención de la obesidad infantil*. Madrid: Autor.
- Pruzinsky, T. Y Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. En T.F, Cash y T. Pruzinsky, *Body Images. Development, Deviance and Change* (pp. 337-349). New York: The Guilford Press.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Avila, C., Clos, I. & Zapater, L. (1994). Revisión de la evaluación y tratamiento del trastorno de la imagen corporal y su adaptación en una muestra de estudiantes. *Psicologemas*, nº 8, Págs. 81-89.
- Reilly, J. J., Wilson, M. L., Summerbell, C. D. & Wilson, D. C. (2002). Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Archives of Diseases in Childhood*, 86, 392-394.

- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescents mujeres: Su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4, 7, 149-161 [versión electrónica].
- Rivera, J. & Sepúlveda Amor, J. (2003). Conclusions from the Mexican National Nutrition Survey 1999: Traslating results into nutrition policy. *Salud Pública de México*, 45(S4): S565-S575.
- Rivera-Domarco J., Shamah-Levy T. & Villalpando-Hernández, S. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*. (2001). Estado nutricio de niños y mujeres en México, Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Rodriguez, B., Barneveld, o., González-Arratia, N., Unikel-Santoncini, C. & Becerril, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres del nivel superior del Estado de México. *Revista Electrónica de Psicología. ICSa-UAEH*. 6, [versión electrónica].
- Rowe, D., McDonald, S., Mahar, M., & Raedeke, T. (2005). Multitrait - multimethod investigation of a novel body image measurement technique. *American Aliance for Health Physical Education. Recreation and Dance*, 76(4), 407-415.
- Shamah-Levy T. (2010). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sands, E. R., & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 193-204.
- Saucedo-Molina, T. & Gómez, G. (2005). Modelo Predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista Psiquiatría, Fac Med Barna*, 32,2, 67-74.
- Saucedo-Molina, T. & Pérez-Mitré, G. (2004). Modelo Predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría, Fac Med Barna*, 31,2, 69-74 [versión electrónica].
- Saucedo-Molina T. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T. de J., Escamilla-Talón, T. A., Portillo-Noriega, I. E., Peña-Irecta, A. & Calderón-Ramos, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 60, 3, 231-240.
- Saucedo-Molina, T. & Unikel-Santoncini, C. (2010). Conductas alimentarias de riesgo interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental*, 33, 1, 11-19.
- Saucedo Molina , T. J., Peña Irecta, A., Fernández Cortés, T., García Rosales, A. & Jiménez Balderrama, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica UV*, (julio-diciembre), 16-23.

- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., y Caruthers, A. (2004). Who's that girl: Television's role in the body image development of young white and black women. *Psychology of Women Quarterly*, 28(1), 38-47.
- Secretaría de Educación Jalisco [SEJ] (2001). *Definiciones básicas*. Recuperado el 29 de Marzo de 2011 en <http://www.jalisco.gob.mx/wps/portal/sriaEducacion/consulta/educar/dirrseed.html>.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epistemología. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. México D.F.: SSA.
- Secretaría de salud-Instituto Nacional de Salud Pública-Instituto de Estadística Geografía e Informática (2000). *Encuesta Nacional de Nutrición*. Tomo1. México: INSP.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta análisis. *Psicothema*, nº 13, Págs. 7-16.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J. & León, J. A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, 6(1), 83-95.
- Sepúlveda, J. (1998). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Gaceta Médica de México*, 26, 3, 207-225.
- Serra Majem, L. & Aranceta Batarina, J. (2001). *Estudio enKid*. Barcelona: Masson.
- Shamah, T. (2010). *Encuesta Nacional de Salud en Escolares 2008*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública (ENSE).
- Skrzypek, S., Wehmeier, P.M. & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry* (10), 215-221.
- Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, (32), 497-502.
- Smetana, J. (2005). Adolescent-parent conflict: Resistance and subversión as developmental process. *Conflict, contradiction, and contrarian elements in moral development and education* (pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smith, M. C. & Thelen, M. H. (1984). Development and validation of a test for bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 167-179.
- Smolak, L. & Murnen, S. (2001). *Gender and eating problems*. En R. H. Striegel-Moore y L. Smolak (Eds.): *Eating disorders: innovative directions in research and practice* (pp. 91-110). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Spitzer R., M., Devlin, B., Walsh, D., Hasin, R., Wing, M., Marcus, A., Stunkard, T., Wadden, S., et al. (1992). Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Steinberg, L. (2000). We know some things parents-adolescent relations in retrospect and prospect. *Presidential Address, presented at the la reunion bienal de la Society for Research on Adolescence*, Chicago, IL.
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.): *Eating disorders and obesity: A compressive handbook* (pp. 103-107). New York: The Guilford Press.

- Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: television and magazines are not the same. *European Eating Disorders Review*, 11(5), 418-430.
- Tiggemann, M., & Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 48-58.
- Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, D. & Smith, M. (1991). A revision of the bulimia test: the BULIT-R. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 119-124.
- Thomas, K., Ricciardelli, L. A. & Williams, R. J. (2000). Gender traits and self-concept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children. *Sex Roles*, 43, 441-458.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbances: assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1998). *Exacting Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC.: American Psychological Association.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994) Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, 147-151.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Trujillo, E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? *National Eating Disorders Association* [versión electrónica].
- Unikel, C., Juárez, F. & Gómez, G. (2006). Psychometric properties of the attitudes towards body figure questionnaire in Mexican female students and patients with eating disorders. *European Eating Disorders*, 14, 430-435.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. & Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz-Bautista, C. & Medina-Mora, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*, 58, 1, 15-27 [versión electrónica].
- Unikel-Santoncini, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro-Velázquez, J. & Fleiz-Bautista, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 2, 49-57 [versión electrónica].
- Unikel-Santoncini, C., Villatoro-Velázquez, J., Medina-Mora, I., Fleiz, B., Alcantara, M. & Hernández, R. (2000). Conductas Alimentarias de Riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52, 2, 140-147.
- Vaz, F.J., Peñas, E.V. & Ramos, M.I. (1999). Body image dissatisfaction in bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa. *German Journal of Psychiatry* (2), 59-74.

- Vázquez, R., López, X., Alvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J.M. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: Algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 3, 415-427.
- Vázquez, R., Mancilla, M., Mateo, C., López, A., Álvarez R., Ruiz, A. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Vázquez, R., Ruiz, A., Mancilla, M. & Álvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. *Revista de la Facultad de Salud Pública y nutrición*, 9, 3 versión electrónica].
- Wang, Y., Monteiro, C. & Popkin, B. M. (2002). Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *American Journal of Clinical*, 75, 971-977.
- Wasilenko, K.A., Kulik, J.A. & Wanic, R.A. (2007). Effects of social comparisons with peer son women's body satisfaction and exercise behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 740-745.
- WHO (2000). The world health report 1998: *life in the 21st century. A vision for all; executivesummary*. Geneva: Autor.
- Wichstrom, L. (2001). The impact of pubertal timing on adolescents alcohol use. *Journal of Reserch on Adolescence*, 11, 131-150.
- Wilksch, S.M., Tiggemann, M. & Wade, T.D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5), 385-393.
- Willemsem, E. & Hoek, H.W. (2006). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa in black woman. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 353-355.
- Wu, Y. (2006). Overweight and obesity in China. *British Medical Journal*, 33, 362-363.
- Zukerfeld, R. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Buenos Aires: Clarín.

ANEXOS

ANEXO 1

EFRATA

Versión mujeres

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

A	B	C	D	E		
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre		
1	Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	A	B	C	D	E
2	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	A	B	C	D	E
3	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos engordadores.	A	B	C	D	E
4	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	A	B	C	D	E
5	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	A	B	C	D	E
6	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	A	B	C	D	E
7	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	A	B	C	D	E
8	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida.	A	B	C	D	E
9	Me deprimó cuando como de más.	A	B	C	D	E
10	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	A	B	C	D	E
11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	A	B	C	D	E
12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	A	B	C	D	E
13	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	A	B	C	D	E
14	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	A	B	C	D	E
15	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	A	B	C	D	E
16	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	A	B	C	D	E

VERSIÓN HOMBRES

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

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E Siempre		
1)	Cuido que mi dieta sea nutritiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2)	Siento que la comida me tranquiliza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3)	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4)	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5)	Procuro comer verduras	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6)	Me la paso "muréndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7)	Comer de más me provoca sentimientos de culpa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8)	Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9)	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10)	Me avergüenza comer tanto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
1)	Como lo que es bueno para mi salud	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2)	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3)	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4)	Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5)	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6)	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7)	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8)	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nada me detiene	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9)	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10)	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
1)	No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2)	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3)	No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4)	Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos engordadores	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5)	Procuro estar al día sobre lo que deber ser una dieta adecuada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6)	Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7)	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8)	No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9)	Siento que no puedo parar de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10)	Como sin medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
1)	Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2)	Me deprimo cuando como de más	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3)	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34)	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35)	Prefero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36)	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37)	Me sorprende pensando en la comida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38)	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como pero ceno mucho)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39)	Como a escondidas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
40)	Disfruto cuando como con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
41)	Como hasta sentirme incómodamente lleno	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42)	No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43)	Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44)	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5)	Como con moderación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46)	Difícilmente pierdo el apetito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47)	Tengo problemas con mi forma de comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48)	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

ANEXO 2

SECCION E

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

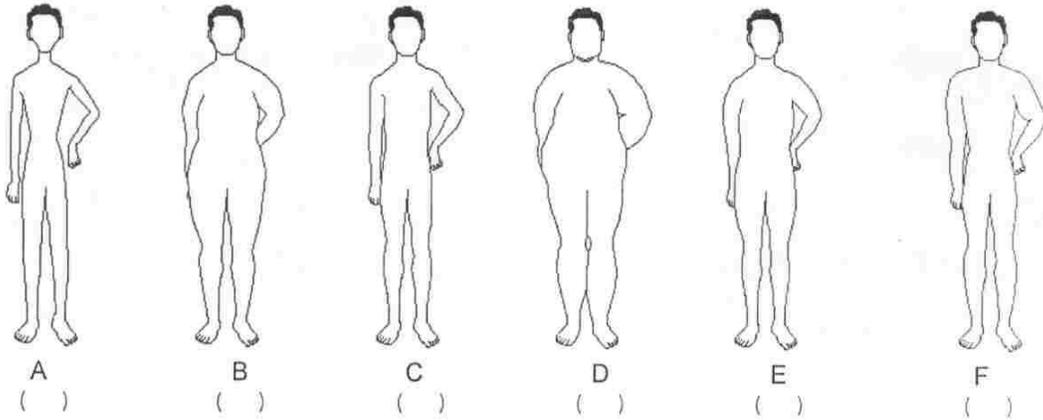
G

()

(si no hay una figura
que te guste, dibújala)

SECCION E

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



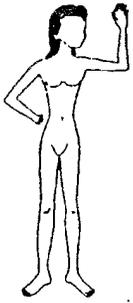
G

()

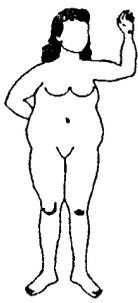
(si no hay una figura

que te guste, dibújala)

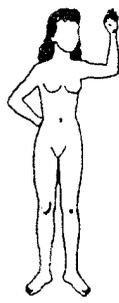
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener en este momento y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.



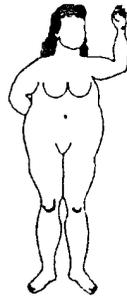
A
()



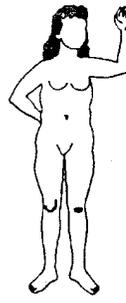
B
()



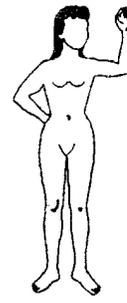
C
()



D
()



E
()



F
()

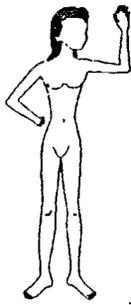
G

()

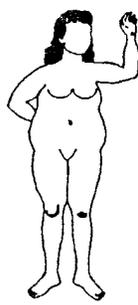
(si no hay una figura

que te guste, dibújala)

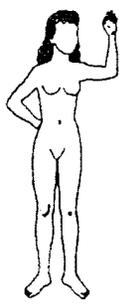
2. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu y marca con una cruz (X) la letra correspondiente.



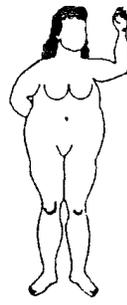
A
()



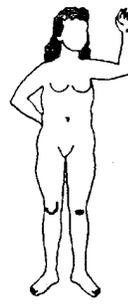
B
()



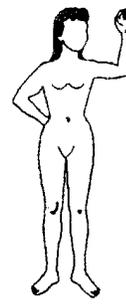
C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(si no hay una figura

que te guste, dibújala)

ANEXO 3

CIMEC 12 SECCIÓN D (MUJERES)

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

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

CIMEC 12 SECCIÓN D (HOMBRES)

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

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Muchas veces	4 Siempre
1.- ¿Te da envidia el cuerpo de gimnastas, nadadores y otros deportistas?	1	2	3	4
2.- ¿Te gusta que te digan que te ves delgado o esbelto?	1	2	3	4
3.- ¿Te llaman la atención los anuncios de productos y reportajes para adelgazar que aparecen en las revistas?	1	2	3	4
4.- ¿Te llaman la atención las conversaciones o comentarios acerca del peso, dietas, y la figura del cuerpo?	1	2	3	4
5.- ¿Te gusta el cuerpo delgado de 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 Cristiano Ronaldo, Latin Lover o Brad Pitt?	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 sobre como volverse un hombre musculoso?	1	2	3	4
11.- ¿Te molesta que te digan que estás llenito o gordito, o cosas parecidas aunque sea un comentario en broma?	1	2	3	4
12.- ¿Envidias el cuerpo de los modelos que aparecen en los desfiles de .modas o en los anuncios de ropa?	1	2	3	4

ANEXO 4

Proyecto Conductas Alimentarias de Riesgo

Nombre de la Escuela: _____

No.	N O M B R E	EDAD	SEXO	GDO. Y GPO.	PESO	TALLA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización voluntaria para participar en el estudio "Factores psicosociales relacionados con conducta alimentaria"

Yo _____ voluntariamente, autorizo a la Psicóloga Rebeca Guzmán Saldaña y a su equipo de trabajo para que a mi hija _____ le sean tomadas las medidas antropométricas de peso y estatura. Además de que en caso de que se lo requieran conteste la Encuesta acerca de sus hábitos de alimentación, ejercicio, etc., comprometiéndome a recomendarle conteste con toda sinceridad.

Así mismo, me comprometo a que en caso de que se solicite mi presencia para responder a una Encuesta relacionada con el estudio, también acudiré a la Escuela en la hora y fecha que se me indique.

Manifiesto que tengo conocimiento de que estos datos forman parte de un estudio que tiene como propósito conocer los factores relacionados con la conducta alimentaria de niños y jóvenes de 11 a 15 años de edad.

Quedo en el entendido de que la participación en el estudio es completamente voluntaria y la información que se genere es anónima y confidencial, respetando la integridad física y moral de mi hija.

Responsable del estudio: Psic. Rebeca Guzmán Saldaña

Nombre y firma de autorización de la madre o tutor:

Nombre y firma del testigo:



Has sido elegida entre 25 mil estudiantes del Estado de Hidalgo para participar en un estudio, en el que pretendemos saber cómo están los jóvenes de nuestro estado en cuanto a peso y estatura; y así poder tomar medidas para ayudarles a estar más saludables.

¡¡¡ITU

**PARTICIPACIÓN
ES SUPER
IMPORTANTE !!!**

**¿Estas dispuesta a
colaborar?**

INFORMES

Psic. Rebeca Guzmán Saldaña
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología
Camino a Tlaxiaco S/N San Agustín
Tlaxiaco

Teléfono: 71-7-20-00 Ext. 5118
remar64@yahoo.com.mx