

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACION



RELACION FAMILIAR Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA
SERAFIN PEÑA DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2008-2009

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

LIZBETH CRUZ MARQUEZ
HULDA ESPINOZA BALTIERREZ

AGOSTO 2009

CIB
Ej.1



L
16.8526
957r
2009
21

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
CENTRO DE INFORMACION-BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE EDUCACION



RELACION FAMILIAR Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO
EN L/ S ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SECUNDARIA
SERAFIN PEÑA DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2008-2009

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

POR

LIZBETH CRUZ MARQUEZ
HULDA ESPINOZA BALTIERREZ

AGOSTO 2009

RELACIÓN FAMILIAR Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE
RIESGO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
SECUNDARIA SERAFÍN PEÑA DURANTE
EL CURSO ESCOLAR 2008-2009

Tesis
presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos para el grado de Licenciatura
en Psicología Clínica

por

Hulda Espinoza Baltiérrez
Lizbeth Cruz Márquez

APROBADA POR LA COMISIÓN:



Dra. Ana Lucrecia Salazar Rodríguez
Presidente



Dr. Jaime Rodríguez Gómez
Secretario



Mtra. Claudia Florez Gutiérrez
Vocal

10 DE AGOSTO DEL 2009
Fecha de aprobación

Universidad de Montemorelos

Facultad de Educación

RELACIÓN FAMILIAR Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
DE RIESGO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
SECUNDARIA SERAFÍN PEÑA DURANTE EL
CURSO ESCOLAR 2008 - 2009

Tesis

Presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

Lizbeth Cruz Márquez
Hulda Espinoza Baltierrez

Agosto de 2009

RESUMEN

RELACIÓN FAMILIAR Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS
DE RIESGO EN LAS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA
SECUNDARIA SERAFÍN PEÑA DURANTE EL
CURSO ESCOLAR 2008 - 2009

Por

Lizbeth Cruz Márquez
Hulda Espinoza Baltiérrez

Asesora: Ana Lucrecia Salazar Rodríguez

RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

Título: Relación familiar y conductas alimentarias de riesgo en las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña durante el curso escolar 2008 - 2009

Investigadoras: Lizbeth Cruz Márquez y Hulda Espinoza Baltiérrez

Asesora: Ana Lucrecia Salazar Rodríguez, doctora en Educación.

Fecha de terminación: Agosto de 2009

Problema

Las relaciones de las adolescentes con su familia influyen en la práctica de conductas alimentarias y son variables importantes. El propósito principal del planteamiento del problema es encontrar cómo la relación con la madre, padre y hermanos, se relaciona con algún tipo de conducta alimenticia en las estudiantes de la Escuela Secundaria "Serafín Peña".

Método

El estudio fue de tipo correlacional, ya que establece la relación entre las variables. La población estudiada fueron las estudiantes de la Escuela Secundaria

Serafín Peña del curso escolar 2008 – 2009 de la ciudad de Montemorelos, Nuevo León. La prueba estadística que se realizó fue la “*r*” de Pearson y en los análisis adicionales se aplicó la prueba Análisis de Varianza Simple (ANOVA).

Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo saber cómo se relacionan los factores de riesgo de las conductas alimentarias (insatisfacción corporal, actitudes hacia la figura corporal, miedo a madurar y autoestima) en la relación padre, madre y hermanos(as) en las estudiantes de la escuela Secundaria Serafín Peña, durante el curso escolar 2008-2009. Se encontró que si existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación con el padre, madre y hermanos(as). En otros resultados se encontró que en la relación con el padre si la estudiante es la menor, tiene una mejor relación con él, que si hubiera otro hermano(a) menor que ella. Se encontró que hay una mejor relación con los hermanos(as) si la estudiante tiene un hermano(a) menor a ella. Y también se encontró que hay una mejor autoestima en las estudiantes que no tienen hermanos varones, esto beneficia al desarrollo emocional de la estudiante.

Conclusiones

En esta investigación se presentan las siguientes conclusiones:

Existe una relación significativa entre conductas alimentarias de riesgo y la relación del padre, madre y hermanos(as) en las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña y no se encontró relación significativa entre la insatisfacción corporal de las estudiantes y la relación del padre, madre y hermanos(as).

Las actitudes de las estudiantes hacia la figura corporal están relacionadas significativamente con la relación del padre, madre y hermanos(as), existiendo relación significativa entre el miedo a madurar de las estudiantes y la relación padre, madre y hermanos(as).

Existe relación significativa entre la autoestima de las estudiantes y la relación con el padre, madre y hermanos(as) y si la estudiante es la hija menor, hay buena relación con el padre, no siendo el caso cuando hay otros hermanos(as) menores que ella.

Hay mejor relación con los hermanos mayores si las estudiantes tienen un hermano menor que ella y hay una mejor autoestima en las estudiantes que no tienen hermanos varones.

DEDICATORIA

Durante el desarrollo de esta investigación recibí el apoyo incondicional de personas con quienes estoy profundamente agradecida.

En primer lugar, doy gracias a Dios, quien ha sido mi guía a lo largo de mi vida y quien me ha ayudado a llegar hasta aquí. Agradezco a mis padres, Nehemías Cruz Nicida e Inés Márquez Gómez, quienes con paciencia me han dado su apoyo incondicional, sus valiosos consejos y sus oraciones que diariamente realizaban y ahora ya han sido contestadas. A mi esposo Manuel por su apoyo incondicional y por darme animo en todo los momentos y estar ahí cuando lo necesite. A mi hermana, Zuri Saddaí, mi cuñado Cesar Arturo y a mi sobrina Nahomi, que me dieron animo en todo momento.

A la familia Castellanos Ascencio por todo el apoyo que me brindaron en todo momento y por sus oraciones. A mis maestros, que me enseñaron con paciencia acerca de mi profesión lo que hasta hoy se.

A mis asesores de investigación, la Doctora Ana Lucrecia Salazar, el Doctor Jaime Rodríguez y la Maestra Claudia Florez, quienes con paciencia y dedicación me condujeron en el desarrollo de esta investigación. A cada uno de mis amigos que con sus oraciones y palabras de ánimo me impulsaron hasta concluir mi proyecto.

Lizbeth Cruz Márquez

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme dado las energías para lograr mi sueño profesional y ser el guía espiritual de mi vida.

Agradezco a mis padres, Moisés Espinoza y Pilar Baltiérrez, por haberme dado la oportunidad de elegir la carrera que yo quería y por su apoyo incondicional en todo momento. A mi hermana, Ruth Espinoza, por su apoyo en todo momento.

A mis maestros por la orientación y los conocimientos que compartieron conmigo los conocimientos que ahora se.

A mis asesores de investigación, Dra. Ana Lucrecia Salazar, Dr. Jaime Rodríguez y Mtra. Claudia Florez, por su dedicación y apoyo para poder realizar este proyecto. A mis compañeros por compartir conmigo sus inquietudes y sus alegrías en el aula de clases y fuera de ella.

A Carmen Canales, Karla Olguin, Abiud Lanza y Cinthia Molina que me apoyaron en los momentos de “estrés” con sus palabras de ánimo.

Hulda Espinoza Baltiérrez

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	vii
Capítulo	
I. INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	1
Declaración del problema	3
Hipótesis	3
Objetivos	5
Justificación	6
Limitaciones	6
Delimitaciones	6
Supuestos	6
Definición de términos	7
II. MARCO DE REFERENCIA	9
Conductas alimentarias de riesgo	9
Anorexia	11
Bulimia	13
Insatisfacción con la figura corporal	17
Actitud hacia la imagen corporal	18
Miedo a madurar	19
Autoestima	20
Relación con la familia	21
III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
IV. RESULTADOS	41
V. RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51

Apéndices	55
A. INSTRUMENTO	56
B. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUESTIONARIO	61
C. CARTA DE PERMISO PARA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO	63
D. SALIDAS COMPUTARIZADAS DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	65
LISTA DE REFERENCIAS	92

LISTA DE TABLAS

1 Operacionalización de variables e hipótesis.....	33
2 Padre y figura paterna.....	42
3 Madre y figura materna	42
4 Estadísticos descriptivos.....	45
5 Estadísticos de grupo	49
6 Comparación múltiple.....	50

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

A comienzos de este milenio en una sociedad que le otorga una exagerada importancia a la estética corporal, las conductas alimentarias han adquirido una expansión alarmante, considerándose una verdadera epidemia social, por la búsqueda desenfrenada de la delgadez como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social. Podríamos decir que es una paradoja: mientras millones de personas mueren en todo el mundo por no tener nada que comer, otras mueren en vida por un odio tenaz a la comida.

Revisar la prevalencia de interés permite caracterizar de mejor manera el fenómeno a estudiar. De tal forma, las investigaciones sobre prevalencia muestran que las conductas alimentarias son más comunes en mujeres adolescentes, por lo que el presente estudio trabajará con población femenina, aunque algunas investigaciones empiezan a documentarse la existencia de estas conductas en varones, cuya prevalencia es menor.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) señala que la prevalencia de anorexia oscila entre 0.5% y 1% en mujeres; la bulimia va del 1% al 3% en mujeres y de 0.3% en hombres. En México la ocurrencia de conductas alimentarias en población comunitaria es de 0.2% y de 0.38% de anorexia, mientras que la bulimia se presenta entre el 0.14%

y el 0.95% (Mateo, 2002; Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., Mateo, G. C., López, A. X., Álvarez, R. G. L., Ruíz, M. A. O. y Franco, P. K., 2004; Vázquez *et al*, 2005).

Aunado a lo anterior es de interés reconocer el grado de riesgo que presenta la población para desarrollar una conducta alimentaria. En este sentido, Perezbolde (2005) señala que el riesgo de padecer bulimia en México aumentó de 1995 (34.76%) al año 2001 (37.94%).

Es obvio que no todas las personas que están en riesgo presentarán un TCA, pero estos datos parecen señalar que en la población mexicana ha aumentado la vulnerabilidad para padecer estos trastornos, lo cual se confirma con el incremento en el número de personas que acuden a los servicios especializados como los ofrecidos por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Saucedo, 2003). Estos incrementos en el riesgo de padecer una conducta alimentaria demuestran que la psicopatología alimentaria es un problema vigente, que exige a los especialistas de la salud responder de manera oportuna desde sus distintos ámbitos de acción para ayudar a la población en riesgo.

Sobre la anorexia nerviosa y la bulimia, Guillemot y Laxenaire (2000) comentan que es un evento cultural. Cada día adolescentes y mujeres practican esta enfermedad porque están preocupadas por su peso corporal y tienen miedo a engordar. Esto provoca que la persona llegue a tener un trastorno alimenticio.

Desde el siglo V al XVI se han encontrado casos de jóvenes que ayunaban hasta el total rechazo alimenticio. Es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX cuando se les atribuye una etiología psicológica a la anorexia nerviosa y a la bulimia (Frideres y Palao, 2005).

Se puede tomar como antecedente para esta investigación la recomendación de White (1993):

Nuestro cuerpo se forma con el alimento que ingerimos. En los tejidos del cuerpo se realiza de continuo un proceso de reparación, pues el funcionamiento de los órganos acarrea desgaste, y éste debe ser reparado por el alimento. Cada órgano del cuerpo exige nutrición. El cerebro debe recibir la suya; y lo mismo sucede con los huesos, los músculos y los nervios. Es una operación maravillosa la que transforma el alimento en sangre, y aprovecha esta sangre para la reconstitución de las diversas partes del cuerpo; pero esta operación que prosigue de continuo, suministra vida y fuerza a cada nervio, músculo y órgano. (p.146)

Declaración del Problema

El propósito principal de este planteamiento del problema es encontrar cómo la relación con la madre, padre y hermanos influyen para que las estudiantes de escuelas secundarias practiquen conductas alimentarias. El planteamiento sería de la siguiente manera:

¿Existe correlación entre los factores de riesgo de las conductas alimentarias (conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción corporal, actitudes hacia la figura corporal, miedo a madurar y autoestima) y la relación padre, madre y hermanos(as) en las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña, durante el curso escolar 2008-2009?

Hipótesis

Para servir de base al diseño del estudio en relación con ciertos factores positivos que se derivan de la realización de una investigación, se plantean las siguientes hipótesis:

H1: Existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su padre.

H2: Existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su madre.

H3: Existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

H4: Existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre.

H5: Existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre.

H6: Existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

H7: Existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre.

H8: Existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre.

H9: Existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

H10: Existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su padre.

H11: Existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su madre.

H12: Existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

H13: Existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su padre.

H14: Existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su madre.

H15: Existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Objetivos

Los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

1. Conocer si existe correlación entre las relaciones de las estudiantes con su padre, madre y hermanos(as) y la práctica de las conductas alimentarias.
2. Conocer si existe correlación entre las relaciones padre, madre y hermanos(as) y la insatisfacción con la figura corporal en las estudiantes.
3. Conocer si existe correlación entre la relación padre, madre y hermanos(as) y las actitudes hacia la figura corporal en las estudiantes.
4. Conocer si existe correlación entre la relación padre, madre y hermanos(as) y el miedo a madurar en las estudiantes.
5. Conocer si existe correlación entre la relación padre, madre y hermanos(as) y la autoestima en las estudiantes.

Justificación

Esta investigación pretendió analizar los factores y elementos que indican por qué las adolescentes practican conductas alimentarias. Estos factores pueden ser determinados por la relación con sus padres y hermanos, la presión que ejercen sobre ellas, la comparación entre hijos, apoyo en toma de decisiones, crítica, maltrato emocional, control y afecto positivo, entre otros. Es alarmante el daño que estas conductas causan al cuerpo y a la estabilidad emocional.

Limitaciones

Una de las limitaciones es que este trabajo está solo enfocado en las adolescentes que estudian en la escuela Secundaria Serafín Peña y que ellas puedan contestar las preguntas del instrumento fidedignamente. Además de que quedan fuera diferentes variables que también son causa de la práctica de las conductas alimentarias.

Delimitaciones

La presente investigación se centró solo en los factores familiares que influyen en la práctica de los trastornos alimenticios, tomando como población únicamente a las estudiantes de secundaria del año escolar 2008 – 2009 de la Escuela Secundaria Serafín Peña.

Supuestos

La adolescente que sufre alguna presión por parte de sus padres en el aspecto físico, social y académico tiende a practicar alguna conducta alimentaria para po-

der escapar de la situación familiar, ya que los padres no son dueños de su cuerpo y es de lo que ellas sienten que les pertenece por completo.

Definición de Términos

Actitudes: Cierta regularidad en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones del individuo para actuar en relación con algún aspecto de su ambiente.

Afectos positivos: Estado afectivo que se caracteriza por las sensaciones de entusiasmo y de estar activo y alerta. Estado de elevada energía, buena concentración y participación placentera.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación durante un periodo de tiempo prolongado.

Anemia: Disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre.

Anorexia nerviosa: Es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos, conductuales y psicológicos, y que se caracteriza por miedo mórbido a la gordura y búsqueda pertinaz de la delgadez.

Ansiedad: Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o, por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

Bradycardia: Enlentecimiento del ritmo cardíaco.

Bulimia: Es la ingestión episódica incontrolada de grandes cantidades de alimentos durante un periodo breve.

Cleptomanía: Es la incapacidad para resistirse al impulso de robar. Las cosas que se roban no se necesitan para el uso personal. Tampoco son robadas por su valor monetario. Esta es una rara enfermedad.

Degradación: Esto ocurre cuando se utiliza un comportamiento ofensivo, como ridiculizar, apodar, imitar e infantilizar a la persona en cuestión. Su propósito es disminuir la dignidad y valor de la persona y afecta su sentido de identidad en una manera desfavorable.

Hipopotasemia: Concentraciones bajas de potasio en sangre.

Hipotensión: Baja tensión arterial.

Hipotermia: Baja de la temperatura corporal.

Ludopatía: Consiste en una alteración progresiva del comportamiento por la que un individuo siente una incontrolable necesidad de jugar (juegos de azar), menospreciando cualquier consecuencia negativa. Se trata de una adicción.

Osteoporosis: Disminución de la masa ósea.

Taquicardias: Aceleración del ritmo cardíaco.

Trastorno alimentario: Se refiere, en general, a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta, como la bulimia y la anorexia.

TCA: Trastorno de la conducta alimentaria.

Trastornos gastrointestinales: Problemas digestivos debido a los vómitos o toma de laxantes o diuréticos.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIA

Conductas alimentarias de riesgo

La OPS (1995) afirma que la alimentación es un proceso fundamentalmente fisiológico. En el hipotálamo se encuentran ubicados los centros del hambre y saciedad, aunque gracias a la corteza cerebral estos coordinan y correlacionan las percepciones de los órganos sensoriales, el almacenamiento de los recuerdos de experiencias pasadas y la relación de este comportamiento con el mundo exterior del sujeto, todo ello con el objetivo de conseguir alimento.

El grupo más vulnerable lo constituye el colectivo de adolescentes, aunque también hay casos en personas adultas y se presenta habitualmente en las mujeres. No existe un tratamiento universalmente aceptado para la anorexia nerviosa. Frecuentemente se asocia con depresión y baja autoestima, y los pacientes suelen mejorar con antidepresivos. La normalización del peso corporal es un paso importante en el tratamiento de la enfermedad (Kiziltan, Karabudak, Ünver, Sezgin y Ünal, 2006).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son aquellos procesos psicopatológicos que conllevan graves anormalidades en las actitudes y comportamientos respecto a la ingestión de alimentos, su base se encuentra en una alteración psicológica que se acompaña de una distorsión en la percepción corporal y de un

miedo intenso a la obesidad (Raich, 1994). Dichos trastornos engloban a la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANES), también conocidos como Síndrome Parcial o Trastornos Subclínicos.

La persona que padece algún trastorno en su alimentación como la anorexia o la bulimia, se basa en la comida. La persona enferma otorga un significado específico, de acuerdo a diversos factores psicológicos y evolutivos, a todos los pensamientos y actos que forman parte de su vida diaria. La comida se convierte, entonces, en el eje a partir del cual gira la vida y el mundo de relación de la persona enferma (Cuerda, et al., 2005).

Se ha clasificado la anorexia y la bulimia como trastornos mentales y del comportamiento. Son enfermedades mentales, ya que el temor a engordar y la falta de autocontrol sobre la alimentación, hace que los sentimientos y pensamientos determinen un estado anímico y mental que acaba en procesos depresivos (Belloch, Ramos y Sandín, 1995). Son un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico (Goldman, 2001).

A veces el comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia por sí misma no produce pérdidas importantes de peso. Lo que sí produce a veces, debido a los vómitos provocados, son problemas gastrointestinales e hipopotasemias graves, así como lesiones en los dientes debido a la acidez de los vómitos. No se asocia con ninguna otra enfermedad orgánica previa. La anorexia nerviosa y la bu-

limia no sólo consisten en no comer por miedo a engordar, es no gustarse a uno mismo, no aceptarse como persona, querer ser él o la mejor (Paloma, 1998).

Anorexia

De acuerdo al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-IV*; APA, 1994) la anorexia se diagnostica sobre la base de los siguientes criterios: (a) Negativa a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y talla, presentando un peso corporal inferior al 85% del peso esperado. Otra forma de determinar la presencia de anorexia es cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o inferior a 17.5, (b) miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, (c) alteración de la percepción del peso corporal o la silueta, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso y (d) en las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos mensuales consecutivos. En las niñas pre-puberales la anorexia puede retrasar la aparición de la menarca.

Se habla de dos subtipos de la anorexia: (a) tipo restrictivo que se presenta cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso y no se recurre a atracones ni a purgas y (b) tipo compulsivo/purgativo, cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos) y es incapaz de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo. En algunos casos no se presentan atracones, pero se recurre a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (*DSM-IV, 1994*).

A continuación describimos algunas alteraciones psicológicas producidas por la anorexia: (a) pensamientos obsesivos sobre el cuerpo, peso, comida, gordura, (b) trastornos en la memoria, concentración y atención, (c) percepción exagerada del tamaño del propio cuerpo, (d) tendencia al perfeccionismo, (e) gran autodisciplina, rigidez, (f) baja autoestima, (g) irritabilidad cuando se presentan cambios bruscos del estado de ánimo, (h) aislamiento familiar y social, (i) estado de ánimo depresivo y (j) ansiedad con la comida y ropa.

Las personas con anorexia no pierden el apetito sino que se auto-imponen restricciones dietarias, empezando por retirar de su dieta aquellos alimentos que consideran que tienen alto contenido calórico, consumiendo cada vez menor variedad y cantidad de alimentos que les lleva a una dieta escasa y mal balanceada. De tal forma, conductas recurrentes como pesar y calcular el alimento de cada porción, pesarse continuamente, medirse, mirarse en el espejo, preguntar a otras personas por su apariencia física, son propias de las personas afectadas y dañan de manera considerable su autoestima (Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia se acompaña de alteraciones físicas como: estreñimiento, dolor abdominal, bradicardia, osteoporosis, amenorrea, lanugo, hipotermia, hipotensión, sequedad de la piel, y enfermedades médicas asociadas con anemia, función renal alterada y perturbaciones cardiovasculares. Estas complicaciones van aumentando progresivamente cuando el trastorno adquiere un patrón fluctuante de ganancia de peso y recaídas, o un deterioro crónico de consecuencias irreversibles. A nivel mundial, el índice de mortalidad registrado por esta causa es del 10%, debido específicamente a inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (*DSM-IV-TR, 2000*). He aquí

la importancia del diagnóstico temprano. Este trastorno está asociado a afecciones mentales como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y otras variables de interés como: perfeccionismo, sentimientos de incompetencia y limitación de relaciones sociales (Turón, 1997).

La psicoterapia y la terapia familiar a menudo son importantes. La mitad de los pacientes que padecen anorexia se curan definitivamente, aunque a veces, la enfermedad acaba produciendo alteraciones metabólicas y hormonales que agravan el proceso puramente psíquico. Muchos pacientes con anorexia nerviosa nunca acuden al médico, por lo que no se conoce con exactitud la frecuencia de aparición de la enfermedad (Malaca, 2005).

Bulimia

La bulimia se caracteriza por atracones y uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar el sobrepeso, donde la autoevaluación del individuo está comprometida con la figura y peso corporales de manera importante. Dichos atracones son repetidos episodios de gran voracidad o ingestión excesiva de alimentos, periódica, compulsiva y parecen preferirse alimentos altos en calorías. En cada atracón el individuo experimenta dificultad en controlar la cantidad de alimento que consume por lo que recurre a conductas compensatorias.

El DSM-IV (1994) establece los siguientes criterios para su diagnóstico: (a) episodios de sobreingesta con la sensación de pérdida de control durante los episodios alimentarios, (b) conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, tales como: vómito, abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, ayuno o ejercicio excesivo, (c) la sobreingesta y conductas com-

pensatorias inapropiadas ocurren en promedio mínimo dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, (d) su auto-evaluación está exageradamente influenciada por la figura corporal y el peso y e) las alteraciones no ocurren exclusivamente durante el transcurso de anorexia.

Cabe señalar que las personas que padecen bulimia a menudo conservan un peso normal, acorde a su edad y talla; o con variaciones ligeras. Se presenta principalmente en adolescentes y jóvenes, es de inicio más tardío que la anorexia, ya que los atracones comienzan al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Además, suele persistir varios años, por ello algunos autores señalan que puede afectar a personas de distintas edades, ya que es posible encontrar casos en menores desde los 11 años hasta mujeres adultas alrededor de los 40 años (Pyle, Michelle y Eckert, 1981).

Se hace referencia a dos subtipos: (a) tipo purgativo: cuando se provoca el vómito y usan de manera inadecuada laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio y (b) tipo no purgativo: cuando se emplean técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso (Wals y Garner, 1997).

La bulimia se asocia de manera importante con la depresión y la ansiedad. En algunos casos presenta consumo de sustancias estimulantes para controlar el apetito y el peso, así como trastornos de personalidad. Asimismo, registra alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, trastornos gastrointestinales, taquicardias, alteraciones menstruales, diarreas, acidosis metabólica, daño en el esmalte dental, callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano, irregularidades menstruales y amenorrea. A diferencia de la anorexia, la bulimia rara vez lleva a los pacientes a la

muerte, aunque esto puede suceder en los casos más desafortunados cuando se producen desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas (*DSM-IV*, 1994).

Los pacientes también padecen a menudo bulimia, que consiste en ingerir enormes cantidades de alimentos y después provocar el vómito para permanecer delgados. Los vómitos repetidos alteran el equilibrio hidroelectrolítico produciendo, en general, hipopotasemia que puede afectar al funcionamiento cardíaco. La bulimia se caracteriza por alternar períodos de restricción alimentaria con episodios de ingestas copiosas, de gran cantidad de alimentos, seguidos por vómitos autoinducidos y por el uso de laxantes y diuréticos. Estas situaciones de sobrealimentación, llamadas “atacón” son el rasgo distintivo y diferencial de la enfermedad (Chinchilla, 2003).

Existen situaciones emocionales, sociales o clínicas en las que se producen episodios de ingestas exageradas y no se trata de bulimia. Por ejemplo, frente al estrés hay muchas personas que ingieren más de lo habitual. Es frecuente escucharlo en adolescentes en época de examen, pero la diferencia con la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal, transcurrido el período de exigencia extrema. No es infrecuente que determinados eventos se festejen con comidas abundantes y copiosas, y que alguno de los asistentes se exceda más que otros, pero esto debe diferenciarse de un trastorno de la alimentación. Algunas enfermedades orgánicas llevan al exceso de alimentación, como el hipertiroidismo o la diabetes (Franco, 2005).

Al hablar de bulimia nos referimos a una forma particular de ingesta excesiva que va acompañada del rasgo esencial de la anorexia: el temor a engordar. Los atracones concluyen a causa del malestar físico o por una interrupción social. Inmediatamente, a continuación hay remordimiento y distintas formas de anular lo hecho, pero esta conducta llamada de purga, está siempre originada por el temor malsano a engordar, y es esto lo que diferencia al verdadero bulímico del exceso temporario que esporádicamente puede incurrir cualquier persona (Rava y Silber, 2004).

Con respecto al atracón, es típico que sea secreto, con gran vergüenza por parte del paciente si es descubierto. La comida es ingerida rápidamente, sin dar tiempo a saborearla. Los alimentos consumidos son generalmente hidratos de carbono y grasas, de fácil ingesta. Cuando alguien tiene un peso inferior al que le determina su biología o se está alimentando con una dieta restrictiva, el desencadenante del atracón suele ser el hambre. Con el tiempo, el atracón se generaliza como recurso para aliviar transitoriamente el malestar emocional que puede tener distintos orígenes: desde el aburrimiento hasta la depresión, pasando por la ansiedad o el enojo. A la vez, la persona está preocupada constantemente por pensamientos de la comida y por la sensación de haber traicionado su aspiración a un peso ideal. La ingesta compulsiva termina debido al malestar abdominal, interrupción externa por aparición de otra persona, recuperación de control o sensación de sopor. Luego del atracón, la persona siente culpa y se atormenta por la sensación de pérdida de control. El método de purga específico puede variar a lo largo del tiempo, siendo los más comunes los vómitos, los diuréticos y los laxantes (Calado, et al., 2003).

Insatisfacción hacia la figura corporal

La alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Thompson, 1990) y la alteración de la imagen corporal tiene una participación causal en los trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Baile, Guillén y Garrido, 2002), aspecto más preocupante todavía, si tenemos en cuenta que durante la adolescencia se produce un incremento de la insatisfacción corporal. Sentirse gordo/a es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no es preciso un sobrepeso real.

Cooper y Goodyer (1997) evaluaron la preocupación por la imagen y el peso corporal en chicas de diferentes edades y concluyeron que a pesar de que las preocupaciones con la forma y el aspecto corporal se dan desde el inicio de la adolescencia, los comportamientos alimentarios desajustados se producen más tarde. Es precisamente la insatisfacción con el propio cuerpo y el peso lo que propicia la aparición de conductas de control de peso como son el seguimiento de dietas alimentarias.

Las pacientes viven el exagerado control alimentario como un triunfo, mientras que mantener o aumentar de peso lo ven como un fracaso, por eso son renuentes a pedir apoyo y están en contra de aquéllos que les quieren ayudar, ya que lo consideran un agravio en contra de su propósito. Esta falta de conciencia les impide reconocer el propio trastorno y sus graves consecuencias. Es aquí donde radica la dificultad de brindarles apoyo, por lo que muchas de ellas son encauzadas a consulta por sus familiares y acuden al servicio médico o psicológico para complacer a sus padres o, en su defecto, prácticamente obligadas (Ruiz, 2001).

La insatisfacción corporal, el fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, suponen graves amenazas a la nutrición y, por lo tanto, al desarrollo físico y psicológico de los adolescentes, amenazas que en algunos casos pueden conducir a la aparición de un trastorno alimentario o de algunos de sus factores de riesgo. Gruber et al., (2001) evidenciaron que la distorsión en la percepción de la imagen corporal constituye un factor decisivo en la motivación de los adolescentes para realizar dieta.

Actitud hacia la imagen corporal

La investigación epidemiológica actual sobre los trastornos de la conducta alimentaria no solamente se dirige hacia el estudio de los cuadros clínicos, sino también a los comportamientos alimentarios desajustados y variables cognitivas asociadas en relación a la percepción de la imagen corporal para determinar los factores de riesgo y detectar a los sujetos más vulnerables. En el marco de los trastornos alimentarios se define la imagen corporal como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física formada por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual.

Guillemot y Laxenaire (2000) afirman que la anorexia es una enfermedad que se caracteriza por el miedo intenso a ganar peso y por una imagen distorsionada del propio cuerpo. Conduce a un grave adelgazamiento debido a una dieta exagerada y a un exceso de ejercicio. No se asocia con ninguna otra enfermedad orgánica previa. Se presenta habitualmente en las mujeres. La enfermedad produce alteraciones en los ciclos hormonales, una inmunodepresión con aumento del riesgo de infecciones.

Aproximadamente entre el 5 y el 18% de los anoréxicos muere por desnutrición (Finchel, 1966).

La gran contradicción y paradoja es que hacer una dieta, atracarse y purgarse, muy lejos de solucionar el problema, contribuye a perpetuarlo. Vomitar es una solución de corto alcance porque, si bien se elimina el alimento que la persona rechaza, vuelve el apetito y consiguientemente las ganas de comer de nuevo. Con el transcurso de tiempo, la paciente va perdiendo más el control, al punto de sentir que debe vomitar cada vez que come. Esto se torna en costumbre, la paciente se siente avergonzada y aumenta su culpa. Con el tiempo se instaura definitivamente el atracón y el posterior vómito o ingesta de laxantes o diuréticos. Al producir pérdida de peso y hambre, rompen el circuito natural de hambre, comida y saciedad, desencadenando un nuevo atracón y así sucesivamente. La vida de la bulímica está signada por la culpa, la vergüenza y complicadas estrategias para poder seguir con el vómito, no como algo placentero, sino como algo que realmente no puede eludir (Garnel y Garfunkel, 2008).

La imagen que la madre tiene de sí misma y de su femineidad y la percepción de la diferencia entre los sexos, son algunos de los aspectos que influyen en la relación que ella establece con las necesidades de la hija, canalizadas a través del cuerpo (Arcidiacono, 1994).

Miedo a madurar

A partir de los años 60 se dio en los países desarrollados e industrializados un incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa primeramente y posteriormente bulimia nerviosa. En España, se produjo un incremento de

estas patologías a finales de los setenta, debido principalmente a factores socioculturales entre los que los estereotipos y valores estéticos referentes al aspecto físico cobran una especial importancia: cerca del 80-90% de los prepúberes tienen la conciencia de que estar delgado es lo más deseable, más del 50% de las muchachas prepúberes siguen una dieta o adoptan otras medidas de control de peso. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje desarrolla TCA, por lo que deben también estar implicados otros factores como la predisposición genética, psicológica o metabólica. Influyen, además, la presencia de hábitos alimentarios inadecuados, baja autoestima, miedo a madurar o crecer, padres con expectativas demasiado altas respecto a los hijos (Castillo Sánchez et. al., 2005).

Es común que las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria rechacen mantener el peso corporal por encima del mínimo para su edad y talla, mostrando un miedo intenso a aumentar de peso o engordar y hacia la comida, así como una influencia exagerada de la silueta o el peso en su autoevaluación y en su autoestima. De este modo podemos encontrar en las pacientes con trastornos de conducta alimentaria conductas impulsivas, pensamientos circulares repetitivos en cuanto a la comida y al peso y ciertas características de personalidad exacerbadas (como perfeccionismo y temor a madurar); pero las alteraciones más frecuentes son síntomas depresivos, trastornos de ansiedad y una baja autoestima (Beato y Rodríguez, 2000; Raich, 1994; Saldaña et al., 1997).

Autoestima

Las personas con bulimia sufren de alteración psicológica como un bajo autocontrol, lo que les lleva a no poder controlar muchas situaciones y suelen tener

una gran impulsividad. Esto también les lleva a meterse en situaciones peligrosas o a entrar en discusión con gran facilidad, teniendo grandes cambios de humor. Tienen una baja autoestima, no se valoran a sí mismas y no se aceptan tal como son. Estos factores contribuyen a la aparición de síntomas depresivos muy frecuentes. También se asocia frecuentemente a abuso de drogas, alcohol, cleptomanía y ludopatía (Wals y Garner, 1997).

Halgin y Whitbourne (2004) mencionan que cualquiera que no se quiera a sí mismo como persona, será difícil que esté satisfecho con su aspecto físico, lo que a veces dicen los demás (comentarios, burlas, etc.) pueden afectar negativamente a la autoestima de la persona.

La moda y los medios de información muchas veces pretenden que todas las personas sigan un mismo modelo estético y de forma de vida; aconsejan sobre como bajar kilos, ¿para ser más felices?, ¿estar más integrados?, ¿mantenerse en forma? Uno de cada cuatro artículos de revistas dirigidos a mujeres invita a perder peso. La sociedad pone el listón fuera de límites: la mujer debe ser joven, atractiva, alta, delgada e inteligente para tener "éxito" en la vida. La delgadez se asocia a prestigio social, éxito, belleza, elegancia, higiene, salud, un fin en sí mismo, nada más lejos de la realidad.

Relación con la familia

Según Selvinni y colaboradores (1999) una explicación multicausal de los TCA reconoce que los factores familiares unidos a otras variables personales y sociales contribuyen en la presencia de TCA. Entre dichos factores resalta el funcionamiento familiar como el principal aspecto familiar que se ha estudiado en relación con los

TCA desde la década de los sesenta hasta nuestros días. Los padres de estas familias han sido el fruto de una cultura machista, además de una condición social y familiar dónde han sido poco atendidos, en tanto precozmente adultizados y responsabilizados, han crecido dolorosamente e internados o confiados a parientes, han trabajado desde muy pronto, han formado parte de familias muy numerosas, han sentido fuertemente el imperativo de estar a la altura de las rígidas expectativas de sus padres. Estos padres pueden haberse convertido en los protectores de madres en dificultades, reforzando así sus defensas narcisistas, colocándose en una posición de quien nunca debe pedir nada para sí, para sus necesidades, de quien estima que es la columna vertebral de la familia o de quien tiene unos “derechos” que hacer valer dentro de ella.

Las madres (Selvinni et al, 1999) de estas pacientes son mujeres sacrificadas que tienden a adaptarse a las necesidades de los demás renunciando a las propias. También se adjudican la tarea de responder a las exigencias afectivas de maridos e hijos. Por lo general y específicamente en familias de anoréxicas las madres tienden a ser la figura dominante, han hecho demasiado por sus hijas sin sacar ningún sentimiento de alegría de ello. Parecen ser mujeres incapaces de hacer reivindicaciones en su propio nombre, a veces quejumbrosas, deficientes en la tarea de ser escuchadas con consideración. Son mujeres muy firmes y eficientes pero son infelices, sintiéndose obligadas a estar a las alturas de sus propias expectativas, incapaces de auténticos raptos afectivos, pues el componente del deber cerca la posibilidad del contacto interpersonal. Raras veces saben divertirse y bromear. Tienen dificultad para pedir ayuda, incluso en situaciones de emergencia.

La característica fundamental de la relación de pareja de padres es la excesiva adecuación de las esposas, al comienzo de la relación conyugal, a las necesidades de los maridos. Los primeros años el matrimonio es satisfactorio, el marido aprecia a su esposa por la premura con que ella atiende sus necesidades y la disponibilidad afectiva que siempre ha deseado recibir de su propia madre.

Con frecuencia el cuidado de su hogar ha sido sostenible, incluso en aquellas mujeres que tienen labores extra domésticas. No obstante en dichas relaciones hay poco margen tanto para la desestabilización que comporta la crianza de los hijos pequeños, como para la tolerancia de procesos perturbadores provenientes de las relaciones con las familias de origen y con el mundo laboral. El marido reacciona según las modalidades que ha experimentado inconscientemente en la infancia. En vez de recurrir a las modalidades adultas de asumir responsabilidades, que sabe ejercitar en su puesto de trabajo, vive la incapacidad temporal de su esposa de estar maternalmente cerca de él como la enésima prueba de la escasa fiabilidad de las mujeres/madres para dar bienestar prolongado, restableciendo el mecanismo de bastarse a sí mismo y apartándose de la vida familiar, haciendo que a su esposa le falte ese calor que sostenía su autoestima y compensaba su amenazante depresión (Jáuregui, 2005).

Selvinni et al., (1999) dentro de su investigación distinguieron: (a) tres tipos de anoréxicas de acuerdo a su relación con sus figuras parentales: las pacientes estaban afectivamente centradas en la figura materna, (b) se caracterizaba por las inobservancias maternas y estaban orientadas hacia el padre como figura afectiva predominante y (c) en dónde las pacientes fueron confiadas en su primera infancia a

parientes o niñeras que no favorecieron su apego, y para las cuales era imposible encontrar un vínculo de dependencia del que hubieran disfrutado o en otros casos, la madre sí se había ocupado de su hija pero con escasa implicación afectiva.

Para el grupo A la función compensatoria que la muchacha desarrolla hacia la madre responde más a las necesidades de ésta respecto a las propias vicisitudes de crianza, que a sus insatisfacciones conyugales, tratándose de madres adecuadas, asexuadas, un poco deprimidas, necesitadas de fusionalidad y recíproco control. Los cónyuges se caracterizan más como padres que como parejas. La conflictividad puede ser más o menos explícita y se caracteriza por tensiones que parecen ligadas a la incapacidad de los cónyuges de satisfacer las recíprocas necesidades de aceptación y de estima que las necesidades intersexuales. Haciendo que la relación privilegiada madre-hija pueda partir de la decepción de la madre en la relación conyugal.

En la tipo B, suele encontrarse un juego de provocaciones y amenazas sexuales. Puede ocurrir que la esposa insinúe o practique la traición conyugal más o menos abiertamente, siempre con el fin de reconfortarse respecto de las grandes vivencias de desestimación o de distancia emotiva. En otros casos el marido expresa su propia insatisfacción, en el sentido tanto de una histórica frialdad de la mujer como de una excesiva dependencia, al punto de no poder considerarla una "pareja". La hija bajo este contexto puede sintonizar con la seductora depresión paterna y se liga a él con mucho anhelo de complacerlo para recibir su aprobación.

En el grupo C, la implicación que la paciente demuestra hacia los suyos parece caracterizada por un crónico aislamiento. Los padres, aún cuando se afanan a su alrededor, no parecen capaces de rozar su intimidad en sentido positivo, pues están

alejados para ella. A veces el padre es más estimado y se nota una inclinación hacia él como fruto de la necesidad de protegerse y distanciarse de la madre, percibida como angustiosa por las reglas que impone, vueltas intolerables por la actitud de distanciamiento afectivo.

Respecto a las relaciones fraternas es frecuente que un hermano o una hermana hayan asumido dentro de la familia un rol paterno que generalmente perturba a la paciente. Dicho rol en el caso de ser asumido por hermanos varones puede ser bajo una modalidad machista, para así ganar prestigio ante la madre. Por su lado, de ser asumido el rol por una mujer, toman una actitud crítica y descomprometida en vez de pseudoasistencial. La tensión competitiva es fuerte: la paciente captura tiempo y atenciones con los síntomas y la hermana tiende a despreciarla sutilmente por la debilidad que demuestra, reforzándola así involuntariamente en la percepción de su escaso valor y en un oscuro sentimiento de ilicitud en el uso del chantaje patológico (Betancourt et al., 2007).

Inicialmente, Bruch (1973) señaló que las expectativas perfeccionistas de los padres principalmente en el aspecto físico, rendimiento social y académico de sus hijas, generaban sentimientos de ineficiencia que afectaban la autoestima de las jóvenes, pero dichas tensiones eran ocultadas por la familia mediante comportamientos socialmente aceptados.

Posteriormente, Minuchin y sus colaboradores (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1981; Minuchin, Rosman y Baker, 1978) propusieron el modelo de la *Familia Psicósomática*, en el que la anorexia aparecía como síntoma de una familia enferma caracterizada por implicación interpersonal elevada, sobreprotección, rigidez y

evitación de conflictos. De tal forma, que dentro de estas familias los síntomas de las hijas desempeñaban el papel central para la evitación de conflictos, manteniendo un aparente equilibrio familiar (Madanes, 1982 y Selvinni-Palazolli, 1978).

Dado el interés que existe en este factor, se ha realizado un primer análisis entre las familias que tienen un miembro con TCA comparándolas con aquellas que no lo presentan, en donde se aprecia que las familias con TCA observan menor adaptación y cohesión y mayor conflicto (Kog y Vaderecken, 1989 y Selvinni-Palazolli, 1978).

En un análisis más fino se ha distinguido entre familias con un miembro que padece anorexia o bulimia, que las familias aparecen con mayor organización, rigidez familiar, expectativas altas de los padres, y como evitadoras de conflictos (North, Gowers y Byram, 1997), con dificultad en la expresión de agresión y hostilidad, sobreprotección y control de los padres, aislamiento social, mayor número de actividades académicas y pocas actividades recreativas y sociales (Shugar y Krueger, 1995).

Mientras tanto, las familias de las personas con bulimia muestran apariencia de orden y éxito sin conseguirlo, evitan y postergan los conflictos y discuten con frecuencia (Humphrey y Stern, 1988), son poco cohesivas por lo que las hijas no sienten el suficiente soporte social; también presentan aislamiento social y menos orientación intelectual y recreativa (Shisslak, McKeon y Crago, 1990). Como se aprecia, los resultados sobre el funcionamiento familiar indican que existen diferencias entre las personas con TCA y sin TCA, y señalan diferencias entre las familias con anorexia y bulimia. No obstante la mayoría de los estudios se han realizado únicamente con las hijas, mostrando así una percepción unilateral, por lo que resulta ne-

cesario completar las investigaciones con la percepción de los padres. Cuando las dificultades penetran en las relaciones familiares, y no se da ni la competencia ni la ayuda necesaria, se precipita el estrés bloqueando la transición y complicando la organización y equilibrio del grupo. Una familia inestable puede dificultar el manejo de las tensiones externas por parte del individuo, haciendo que las perciba como las más catastróficas de lo que en realidad son. En tanto que el factor esencial para amortiguar la presión de los pares, del colegio y de la sociedad, y para aliviar potencialmente el sufrimiento, la familia es el mecanismo a través del cual se mantiene el sentido fundamental del sí mismo y del propio bienestar. Por consiguiente, el contexto que brinda la familia debe hacerse lo más favorable y coherente que sea posible (Vázquez, et al 2004).

La relación parental se establece desde la primera infancia y durante la adolescencia y, a pesar de los cambios de reglas habitualmente se mantiene el estilo educativo, con las virtudes y defectos que conlleva. La competencia de los padres para orientar el desarrollo de sus hijos depende de la presencia de dos importantes habilidades parentales (Laluzza y Crespo, 2003): (a) la sensibilidad a las demandas y necesidades de sus hijos y (b) la exigencia o capacidad para orientar hacia metas evolutivas.

Entre las características familiares asociadas a los TCA destaca el estudio del funcionamiento familiar, entendido como las relaciones interpersonales que establecen los miembros de una familia; dado que permite apreciar elementos fundamentales de la convivencia familiar.

Stierlin (1990) habla de la “familia desquebrajada” que se caracterizaría por un esbozo de individuación “contra,” no cambio y no desarrollo evolutivo por interminable disputa familiar. Los bandos o coaliciones impiden el desprendimiento del grupo familiar. Este autor señala que los padres deben proponer la individualidad en el seno de la familia. Sin embargo, en la familia de la joven anoréxica los padres no la proponen y toda la familia coparticipa en la no aparición de dicha individualidad. Se pregunta este autor el por qué de este obstáculo y señala algunas causas: a) mantenimiento de modelos familiares de generaciones anteriores: por ejemplo el mito de la armonía como ideal, (b) padres con pérdidas tempranas, (c) tendencia a la evitación de conflictos y (d) comportamiento ejemplar de la candidata a anorexia o bulimia.

Las funciones de la familia persiguen dos grandes metas: la protección psicosocial de sus miembros y la acomodación a una cultura y su trasmisión. La familia provee a cada uno de sus miembros de un sentimiento de identidad independiente que se encuentra mediatizado por el sentido de pertenencia. La familia de origen se constituye de la adhesión de sus reglas y de más rasgos, que se expresa en las características y estilos de personalidad de cada uno de sus integrantes (Humphrey y Stern, 1988).

La naturaleza de los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos durante su crecimiento es de fundamental significado en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en vínculo materno-filial pueden contribuir a generar serias alteraciones en el desarrollo. Una de estas dificultades puede surgir durante el ejercicio materno de cuidados tempranos del niño, entre los cuales la función de alimentar y nutrir es crucial. Una madre ansiosa frente a sus propios hábitos

alimentarios con síntomas anoréxicos o bulímicos (activos o no durante el embarazo y los primeros años de crianza) e insatisfecha con su corporalidad, puede interferir seriamente la alimentación de sus hijos, generando alteraciones en la interacción madre-hijo que, en presencia de otros factores de vulnerabilidad, podrán contribuir a la aparición de alteraciones de la alimentación en el niño o, ulteriormente de un trastorno del comportamiento alimentario en la adolescencia (Betancourt et al., 2007).

En la relación entre la madre y la hija, hay un ejemplo de complejización: la identificación de género. La hija es vivida como extensión de sí misma a diferencia de un niño hombre, que es percibido como diferente de sí (Leonardi, 1994). Sin embargo, a pesar de parecer una generalización cultural, esa vinculación única e irrepetible, está marcada por el contexto, pero vivenciada en la especificidad de los significados personales (Chorodow, 2004).

En los trastornos de alimentación, muchos hijos están excesivamente involucrados con sus madres como si la vida de ambos dependiera de la existencia del otro. Es así como esta construcción relacional altera el funcionamiento mental y predispone a los adolescentes a buscar soluciones de autonomía fisiológica, como las observadas en mucho de los síntomas de los trastornos de alimentación. La falta de satisfacción de la madre con su figura corporal, la internalización del ideal de ser delgada, las dietas, los síntomas bulímicos, la masa corporal materna y paterna predice la aparición de trastornos de alimentación en los hijos (Amuerman, Keller, Loock, Mammel, Mitchel et al., 2003).

Es evidente para muchos expertos que factores emocionales negativos en la familia u otras relaciones íntimas desempeñan un papel muy importante en el desen-

cadenaamiento y perpetuación de los TCA. Algunos estudios han encontrado que las madres de anoréxicos tienden a estar más involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son desinteresadas y críticas. Aunque las madres pueden ejercer la influencia más fuerte en los hijos con TCA, algunos estudios han indicado que los padres y hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel muy importante en el desarrollo de los TCA (Vázquez et al., 2004).

CAPÍTULO III

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación está considerada como correlacional, ya que establece la relación que existe entre variables.

Este capítulo contiene la descripción de la metodología que se utilizó en la investigación. Incluye el diseño de investigación, la población de estudio, el instrumento, la operacionalización de variables, la recolección de datos y el proceso seguido para el análisis de los mismos.

Sujetos

Población

La población estuvo conformada por todas las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña durante el curso escolar 2008-2009. Un total de 161 estudiantes de sexo femenino.

Hipótesis nulas del estudio

A continuación se mencionan las hipótesis nulas del estudio:

Ho1: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su padre.

Ho2: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su madre.

Ho3: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Ho4: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre.

Ho5: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre.

Ho6: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Ho7: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre.

Ho8: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre.

Ho9: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Ho10: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su padre.

Ho11: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su madre.

Ho12: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Ho13: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su padre.

Ho14: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su madre.

Ho15: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y sus hermanas(os).

Operacionalización de variables e hipótesis

A continuación se presenta la Tabla 1 con la información relacionada con la operacionalización de las variables del presente estudio.

Tabla 1

Operacionalización de variables e hipótesis

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN INSTRUMENTAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
1.- Conducta alimentaria de riesgo:	Escala sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas), en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario.	Se determina el valor de esta variable por las respuestas que se obtengan en las siguientes escalas del cuestionario de factores de riesgos de trastornos de la conducta alimentaria con respuesta likert: 1.- Me ha preocupado engordar 2.- En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida 3.- He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer) 4.- He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso 5.- He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso 6.- He hecho dietas para tratar de bajar de peso 7.- He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso 8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso Especifica cual(es)	Todas las preguntas se califican: Nunca o casi nunca = 0 A veces = 1 Con frecuencia (2 veces en una semana) = 2 Con mucha frecuencia (Más de dos veces en una semana) = 3 Se suma en un rango de 0 a 30 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo. Su escala de medición es métrica

<p>2.- Insatisfacción con la figura corporal:</p>	<p>Evalúa si la persona se encuentra conforme con la propia silueta corporal, explorando principalmente aquellas partes del cuerpo que generalmente suelen vigilarse de manera más cuidadosa de acuerdo con parámetros ideales socialmente establecidos.</p>	<p>9.- He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)_____</p> <p>10.- He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifica cual(es)_____</p> <p>1.- Pienso que mis piernas son demasiado anchas 2.- Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado 3.- Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado</p>	<p>Todas las preguntas se califican: Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2 Con frecuencia = 3 Con mucha frecuencia = 4 Se suma en un rango de 1 a 12 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo. Su escala de medición es métrica</p>
<p>3.- Actitudes hacia la figura corporal:</p>	<p>Esta característica psicológica de los trastornos alimenticios es complemento de la escala de insatisfacción corporal.</p>	<p>1.- Las mujeres delgadas son más femeninas 2.- Me deprime sentirme gorda 3.- Estar delgada es un logro muy importante para mi 4.- Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo 5.- El peso corporal es importante para ser aceptada 6.- El peso corporal es importante para sentirme bien 7.- El peso corporal es importante para conseguir pareja 8.- Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy 9.- Estar gorda es sinónimo de imperfección 10.- Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa 11.- Cuando estas gorda los hombres no se te acercan 12.- Las mujeres gordas son menos femeninas 13.- El aspecto físico es importante para sentirme bien</p>	<p>Todas las preguntas se califican: Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2 Con frecuencia = 3 Con mucha frecuencia = 4 Se suma en un rango de 1 a 60 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo. Su escala de medición es métrica</p>

<p>4.- Miedo a Madurar:</p>	<p>Esta escala se refiere a las características psicológicas de los trastornos alimenticios que es acerca del deseo por regresar a la seguridad de la infancia.</p>	<p>14.- El peso corporal es importante para conseguir ropa 15 Cuando estoy delgada me siento en control</p> <p>1.- Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia 2.- Me gustaría ser invisible para no ser criticada por otros 3.- Las exigencias del adulto son demasiado grandes 4.- Tengo miedo de crecer porque dejaré de recibir cariño de parte de mis padres 5.- Me agrada estar enferma porque así tengo la atención de los adultos 6.- Pienso que las personas son más felices cuando son niñas 7.- Me cuesta trabajo asumir responsabilidades 8.- Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor 9.- Me gustaría tener menos edad</p>	<p>Todas las preguntas se califican: Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2 Con frecuencia = 3 Con mucha frecuencia = 4 Se suma en un rango de 1 a 36 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo. Su escala de medición es métrica</p>
<p>5.- Autoestima:</p>	<p>Su objetivo es analizar las causas de percepción de sí mismo, percepción de competencia negativa, relación familiar y enojo.</p>	<p>1.- Me gusta como soy 2.- Estoy feliz de ser como soy 3.- Me siento fracasada 4.- Soy una buena amiga 5.- Me gusta la forma como me veo 6.- Me gustaría ser otra persona 7.- Estoy orgullosa de mí 8.- Tengo una mala opinión de mi misma 9.- Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente</p>	<p>Preguntas: 1, 2, 4, 5, 7 Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2 Con frecuencia = 3 Con mucha frecuencia = 4 Preguntas: 3, 6, 8, 9 Nunca o casi nunca = 4 A veces = 3 Con frecuencia = 2 Con mucha frecuencia = 1 Se suma en un rango de 1 a 36 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo y se recodifica. Su escala de medición es métrica</p>
<p>6.- Relación con mamá/papá:</p>	<p>Preguntas sobre las manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional,</p>	<p>Relación papá 1.- Te demuestra afecto o cariño 2.- Realiza alguna actividad agradable contigo 3.- Habla contigo de su vida (planes, ami-</p>	<p>Preguntas de la 10 a la 25 , menos 22 Nunca o casi nunca = 1 A veces = 2</p>

<p>control, apoyo y comunicación por parte de la mamá o del papá hacia la hija así como algunas características de los mismos progenitores.</p>	<p>gos, juegos)</p> <p>4.- Habla contigo sobre tus problemas</p> <p>5.- Se muestra interesado en ayudarte</p> <p>6.- Muestra que se preocupa por ti</p> <p>7.- Es justo contigo</p> <p>8.- Te expresa el amor que siente por ti</p> <p>9.- Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces</p> <p>10.- Desconfía de ti</p> <p>11.- Te exige demasiado</p> <p>12.- Es difícil complacerlo</p> <p>13.- Crees que le correspondes como se merece</p> <p>14.- Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)</p> <p>15.- Controla o critica tu forma de vestir</p> <p>16.- Eres importante para él</p> <p>17.- Consideras que le causas muchos problemas</p> <p>18.- Te consideras mala hija</p> <p>19.- Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él</p> <p>20.- Te exige obediencia a sus antojos o caprichos</p> <p>21.- Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas</p> <p>22.- Te exige que te quedes en casa</p> <p>23.- Ha amenazado a alguien que estimas o quieres</p> <p>24.- Te ha tratado como si fueras una sirvienta</p> <p>25.- Se molesta si te portas cariñosa con él</p> <p>Relación mamá</p> <p>1.- Te demuestra afecto o cariño</p> <p>2.- Realiza alguna actividad agradable contigo</p> <p>3.- Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)</p> <p>4.- Habla contigo sobre tus problemas</p> <p>5.- Se muestra interesada en ayudarte</p> <p>6.- Muestra que se preocupa por ti</p> <p>7.- Es justa contigo</p> <p>8.- Te expresa el amor que siente por ti</p> <p>9.- Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces</p> <p>10.- Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)</p> <p>11.- Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)</p> <p>12.- Te ha hecho sentir menos</p> <p>13.- Controla o critica tu forma de vestir</p> <p>14.- Eres importante para ella</p> <p>15.- Consideras que le causas muchos</p>	<p>Con frecuencia = 3</p> <p>Con mucha frecuencia = 4</p> <p>Preguntas de la 1 a la 9 y 22</p> <p>Nunca o casi nunca = 4</p> <p>A veces = 3</p> <p>Con frecuencia = 2</p> <p>Con mucha frecuencia = 1</p> <p>Se suma en un rango de 1 a 100 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo y se recodifica. Su escala de medición es métrica</p> <p>Preguntas de la 11 a la 24, menos 19</p> <p>Nunca o casi nunca = 1</p> <p>A veces = 2</p> <p>Con frecuencia = 3</p> <p>Con mucha frecuencia = 4</p> <p>Preguntas de la 1 a la 10 y 19</p> <p>Nunca o casi nunca = 4</p> <p>A veces = 3</p> <p>Con frecuencia = 2</p> <p>Con mucha frecuencia = 1</p> <p>Se suma en un rango de 1 a 96 donde si se obtie-</p>
---	--	---

<p>7.- Relación con hermanos:</p>	<p>Preguntas sobre la percepción de la relación con los hermanos(as).</p>	<p>problemas 16.- Piensas que la has defraudado 17.- Te sientes merecedora de su afecto 18.- Te consideras mala hija 19.- Te exige obediencia a sus antojos o caprichos 20.- Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas 21.- Te exige que te quedes en casa 22.- Te ha tratado como si fueras una sirvienta 23.- Ha amenazado a alguien que estimas o quieres 24.- Se molesta si te portas cariñosa con ella</p> <p>1.- Mis hermanos(as) me apoyan 2.- Mis hermanos(as) y yo llevamos buena relación 3.- Mis hermanos(as) critican mi cuerpo 4.- Mis hermanos(as) critican mi forma de ser 5.- Mis hermanos(as) son cariñosos conmigo 6.- Mis hermanos(as) se preocupan por mí 7.- Mis hermanos(as) me ignoran</p>	<p>ne mayor puntuación esta en riesgo y se recodifica. Su escala de medición es métrica</p> <p>Preguntas 1, 2, 5 y 6 Nunca o casi nunca = 4 A veces = 3 Con frecuencia = 2 Con mucha frecuencia = 1 Preguntas 3, 4 y 7 Nunca o casi nunca = 4 A veces = 3 Con frecuencia = 2 Con mucha frecuencia = 1 Se suma en un rango de 1 a 28 donde si se obtiene mayor puntuación esta en riesgo y se recodifica. Su escala de medición es métrica.</p>
-----------------------------------	---	---	--

Instrumento

El cuestionario de factores de riesgo de trastornos de conductas alimentarias fue desarrollado por Unikel y colaboradores (2004) con la finalidad de detectar conductas alimentarias de riesgo y los factores de riesgo asociados con el desarrollo de las mismas (ver Apéndice A). El primer paso en la construcción del instrumento fue

obtener información sobre la experiencia de pacientes con un TCA en el contexto sociocultural mexicano, mediante una metodología cualitativa para abordar la problemática a profundidad. Mediante entrevistas semi estructuradas, se recopiló información de pacientes en tratamiento en la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Las preguntas sobre conducta alimentaria, se tomaron de un cuestionario previamente desarrollado y utilizado en investigación en México (Unikel et al, 2000). Las preguntas fueron balanceadas en positivas y negativas para compensar el acarreo de efectos. Consta de 273 ítems con opciones de respuesta Likert, donde se establece un rango de frecuencia de 1 a 4: 1. Nunca o Casi Nunca, 2. A Veces, 3. Con Frecuencia y 4. Mucha Frecuencia.

Para la utilización de este cuestionario en el presente estudio, se pidió la autorización de la autora de dicho cuestionario, la Dra. Claudia Unikel y sus colaboradores, quien dio la autorización respectiva (ver Apéndice B).

El cuestionario evalúa 15 escalas y en esta investigación se tomaron 7 escalas para evaluar y son las siguientes:

1.- *Conducta alimentaria de riesgo*: Escala sobre preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas), en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario.

2.- *Insatisfacción con la figura corporal*: Evalúa si la persona se encuentra conforme con la propia silueta corporal, explorando principalmente aquellas partes del

cuerpo que generalmente suelen vigilarse de manera más cuidadosa de acuerdo con parámetros ideales socialmente establecidos.

3.- *Actitudes hacia la figura corporal*: Esta característica psicológica de los trastornos alimenticios es complemento de la escala de insatisfacción corporal.

4.- *Miedo a Madurar*: Esta escala se refiere a las características psicológicas de los trastornos alimenticios relacionados con el deseo por regresar a la seguridad de la infancia.

5.- *Autoestima*: Su objetivo es analizar las causas de percepción de sí mismo, percepción de competencia negativa, relación familiar y enojo.

6.- *Relación con mamá/papá*: Preguntas sobre las manifestaciones conductuales de afecto, maltrato emocional, control, apoyo y comunicación por parte de la mamá o del papá hacia la hija así como algunas características de los mismos progenitores.

7.- *Relación con hermanos*: preguntas sobre la percepción de la relación con los hermanos(as).

Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de la aplicación de la prueba ya descrita. Inicialmente se habló con la dirección de la Escuela Secundaria Serafín Peña para solicitar el permiso correspondiente (ver Apéndice C).

Luego se contactó a los maestros responsables de cada grado, a quienes se les solicitó el permiso para entrar a los salones de clases donde las investigadoras aplicaron el instrumento correspondiente.

Los estudiantes fueron divididos en dos grupos para poder aplicar el instrumento únicamente a las estudiantes mujeres.

Análisis de los datos

Para la captura de la información y los análisis estadísticos respectivos se utilizó una base de datos elaborada en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v. 15.0, 2006).

Las hipótesis nulas fueron sometidas a prueba con un nivel de significación de .05. Seguidamente se procedió a probar las hipótesis nulas siguiendo el procedimiento descrito en la Tabla 1 de Operacionalización de variable e hipótesis mencionada con anterioridad. Las pruebas de significación estadísticas que se utilizaron para someter a prueba las hipótesis nulas de esta investigación fueron las siguientes:

Para las hipótesis 1 a 15 se utilizó la prueba r de Pearson y en los análisis adicionales se aplicó la prueba análisis de varianza simple (ANOVA).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo saber cómo se relacionan los factores de riesgo de las conductas alimentarias (insatisfacción corporal, actitudes hacia la figura corporal, miedo a madurar y autoestima) con las relación padre, madre y hermanos(as) en las estudiantes de la escuela Secundaria Serafín Peña, durante el curso escolar 2008-2009.

En seguida se presentan los resultados obtenidos por medio del instrumento aplicado a las estudiantes evaluadas y analizados en el programa Statistical Package for the Social Science (SPSS versión 15.0, 2006).

Datos demográficos

En este estudio comparativo la población total encuestada fue de 161 estudiantes del sexo femenino, con un rango de edad de 12 años a 15 años, de las cuales 131(81.4%) estudiantes viven con su papá, 13(8.1%) viven con representación de figura paterna y 17(10.6%) no tiene papá o figura paterna (ver Tabla 2).

Los resultados reportaron que 154 (95.7%) estudiantes viven con su mamá, 6 (3.7%) viven con representación de figura materna y 1 (0.6%) no tiene mamá o figura materna (ver Tabla 3).

Tabla 2

Padre y figura paterna

		papa Figura Paterna			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Otra	13	8.1	9.0	9.0
	1 Papá	131	81.4	91.0	100.0
	Total	144	89.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	10.6		
Total		161	100.0		

Tabla 3

Madre y figura materna

		mama Figura Materna			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Otra	6	3.7	3.8	3.8
	1 Mamá	154	95.7	96.3	100.0
	Total	160	99.4	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.6		
Total		161	100.0		

Análisis descriptivos

A continuación se presenta el análisis de cada una de las variables consideradas en este estudio (conductas alimentarias de riesgo, insatisfacción con la figura corporal, actitud hacia la figura corporal, miedo a madurar y autoestima) partiendo de los resultados en general, hasta ir describiendo los resultados en particular que des-

criben los comportamientos estadísticos según las variables. Según la prueba aplicada, se evalúan 13 escalas sobre los factores de riesgo, de las cuales solo se utilizaron 8 escalas que se irán describiendo a continuación:

Conductas alimentarias de riesgo

El grupo de participantes (161), obtuvo una media de 3.0321 y una desviación típica de 3.02979, siendo el máximo puntaje de 18 y el mínimo 0, lo que significa que, en las declaraciones coinciden en que solo el 10% afectan en la práctica de alguna conducta alimentaria.

Insatisfacción con la figura corporal

En esta escala se obtuvo una media de 5.4472 y una desviación típica de 1.68783, siendo el máximo puntaje de 10 y el mínimo de 3, es decir, de la población estudiada (161), se encontró que coinciden en que solo el 27% de las declaraciones las hacen sentir insatisfechas con alguna parte de su cuerpo.

Actitudes hacia la figura corporal

Según las 161 participantes, en esta escala se obtuvo una media de 25.8688 y una desviación típica de 9.21997, siendo el máximo puntaje 60 y el mínimo 15, lo que indica que la población coincide en que solo el 24% de las declaraciones afecta su actitud hacia la figura corporal.

Miedo a madurar

El resultado de esta escala es una media 14.1429 y una desviación típica de 4.13046, siendo el máximo puntaje 33 y el mínimo 9, se encontró que en la población

estudiada (161) coincide en que solo el 22% de las declaraciones afecta su proceso de maduración.

Autoestima

En la escala de autoestima las 161 participantes estudiadas, obtuvieron una media de 28.7391 y una desviación típica de 5.64637, siendo el máximo puntaje de 36 y el mínimo 12, coinciden en que el 15% de las declaraciones las afectan en el desarrollo de su autoestima.

Relación con el padre o figura paterna

En esta escala se obtuvo una media de 49.1258 y una desviación típica de 9.92104, siendo el máximo puntaje de 81 y el mínimo de 31, es decir de la población estudiada (161), se encontró que coinciden en que solo el 32% de las declaraciones afectan la relación de las adolescentes con su padre o figura paterna.

Relación con la madre o figura materna

El resultado de la escala relación con mamá es una media 46.3813 y una desviación típica de 8.96315, siendo el máximo puntaje 78 y el mínimo 31, se encontró que en la población estudiada (161) coincide en que solo el 31% de las declaraciones afectan la relación de las adolescentes con su madre o figura materna.

Relación con hermanos y hermanas

El resultado de esta escala es una media 21.0192 y una desviación típica de 5.22953, siendo el máximo puntaje 28 y el mínimo 7, se encontró que en la población

estudiada (161) coincide en que el 33% de las declaraciones afectan la relación de la adolescente con su hermano(os) o hermana(as).

A continuación se presenta la Tabla 4 que contiene los datos descriptivos de dichas variables.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
cariesgo	161	.00	18.00	3.0186	3.00515
ifcorporal	161	3.00	10.00	5.4472	1.68783
cfcorporal	160	15.00	60.00	25.8688	9.21997
mmadurar	161	9.00	33.00	14.1429	4.13046
cautoest	161	12.00	36.00	28.7391	5.64637
rpapa	159	31.00	81.00	49.1258	9.92104
rmama	160	31.00	78.00	46.3813	8.96315
rherma	156	7.00	28.00	21.0192	5.22953
N válido (según lista)	152				

Prueba de hipótesis

Los resultados de las hipótesis sometidas a prueba fueron las siguientes:

Ho1: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su padre. No se acepta la Ho1 en la relación de conductas alimentarias de riesgo y la relación con el padre, ya que se encontró que si existe relación, con un nivel de significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación

de .364**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho2: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y su madre. No se acepta la Ho2 en la relación de conductas alimentarias y relación con la madre ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de 0.395**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias de riesgo.

Ho3: No existe correlación entre las conductas alimentarias de riesgo y la relación de la estudiante y sus hermanas(os). No acepta la Ho3 en la relación de conductas alimentarias y relación con los hermanos ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de -0.448**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho4: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre. No se rechaza esta hipótesis, ya que no hubo correlación ni significatividad en dichas relaciones.

Ho5: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre. No se rechaza esta hipótesis, ya que no hubo correlación ni significatividad en dichas relaciones.

Ho6: No existe correlación entre la insatisfacción con la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os). No se rechaza esta hipótesis, ya que no hubo correlación ni significatividad en dichas relaciones.

Ho7: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su padre. No se acepta esta hipótesis acerca de las acti-

tudes hacia la figura corporal y la relación con el padre ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de 0.455**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho8: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y su madre. No se acepta la Ho8 acerca de las actitudes hacia la figura corporal y la relación con la madre ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de 0.318**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho9: No existe correlación entre las actitudes hacia la figura corporal y la relación de la estudiante y sus hermanas(os). No se acepta la Ho9 ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de -0.442**, esto significa que a menor puntuación menor relación.

Ho10: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su padre. No se acepta la Ho10 acerca del miedo a madurar y la relación con el padre ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de 0.369**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho11: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y su madre. No se acepta la Ho11 acerca del miedo a madurar y la relación con la madre ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta relación tuvo una correlación de 0.328**, esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho12: No existe correlación entre miedo a madurar y la relación de la estudiante y sus hermanas(os). No se acepta la Ho12 acerca del miedo a madurar y la relación hermanos, ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta tuvo una correlación de -0.348^{**} , lo que significa que a mayor puntaje influye en la practica de conductas alimentarias.

Ho13: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su padre. No se acepta la Ho13 acerca de la autoestima y la relación con el padre, ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta tuvo una correlación de -0.573^{**} , esto significa que a menor puntaje no influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho14: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y su madre. No se acepta la Ho14 acerca de la autoestima y la relación con la madre, ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta tuvo una correlación de -0.564^{**} , esto significa que a menor puntaje no influye en la práctica de conductas alimentarias.

Ho15: No existe correlación entre la autoestima y la relación de la estudiante y sus hermanas(os). No se acepta esta hipótesis acerca de la autoestima y la relación con los hermanos, ya que tiene una significatividad de 0.000. Esta tuvo una correlación de 0.610^{**} , esto significa que a mayor puntaje si influye en la práctica de conductas alimentarias.

Otros resultados

Dentro del estudio se encontraron otros resultados que se mencionan a continuación. En la relación con el padre se encontró que si la estudiante es la menor, tiene una mejor relación con su padre, que si hubiera otro hermanos(as) menor(es) que ella.

Se encontró que hay una mejor relación con los hermanos(as) si la estudiante tiene un hermano(a) menor a ella.

Se encontró que hay una mejor autoestima en las estudiantes que no tienen hermanos varones. No tener hermanos beneficia al desarrollo emocional de la estudiante.

Seguidamente se presenta la Tabla 5 con los resultados obtenidos en los análisis adicionales mencionados, así como la Tabla 6.

Tabla 5

Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo						
	menores hermanas menores	Número de hermanos o menores	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
cariesgo	>= 1		100	3.2300	3.18410	.31841
	< 1		61	2.6721	2.67533	.34254
ifcorporal	>= 1		100	5.4500	1.68999	.16900
	< 1		61	5.4426	1.69828	.21744
cfcorporal	>= 1		100	26.2000	9.72137	.97214
	< 1		60	25.3167	8.36760	1.08025
mmadurar	>= 1		100	14.5200	4.60891	.46089
	< 1		61	13.5246	3.13372	.40123
cautoest	>= 1		100	28.1500	5.90219	.59022
	< 1		61	29.7049	5.10014	.65301
rpapa	>= 1		99	50.6364	10.25736	1.03090
	< 1		60	46.6333	8.87000	1.14511
mama	>= 1		100	47.1100	9.54722	.95472
	< 1		60	45.1667	7.82037	1.00961
rherma	>= 1		100	20.3800	5.32344	.53234
	< 1		56	22.1607	4.89815	.65454

Tabla 6

Comparación múltiple

Comparaciones múltiples

HSD de Tukey							Intervalo de confianza al 95%		
Variable dependiente	(I) nhnos de hermanos	Número de hermanos	(J) nhnos de hermanos	Número de hermanos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Límite inferior	Límite superior
cariesgo	0	1	1	1	-.57403	.58040	.585	-1.9477	.7996
		2	2	2	-1.18831	.65080	.165	-2.7286	.3520
	1	0	0	0	.57403	.58040	.585	-.7996	1.9477
		2	2	2	-.61429	.58883	.551	-2.0079	.7793
	2	0	0	0	1.18831	.65080	.165	-.3520	2.7286
		1	1	1	.61429	.58883	.551	-.7793	2.0079
ifcorporal	0	1	1	1	.28896	.32018	.640	-.4688	1.0468
		2	2	2	-.44913	.35902	.425	-1.2988	.4006
	1	0	0	0	-.28896	.32018	.640	-1.0468	.4688
		2	2	2	-.73810	.32483	.063	-1.5069	.0307
	2	0	0	0	.44913	.35902	.425	-.4006	1.2988
		1	1	1	.73810	.32483	.063	-.0307	1.5069
cfcorporal	0	1	1	1	1.73913	1.80373	.601	-2.5301	6.0084
		2	2	2	.85714	2.01688	.905	-3.9166	5.6309
	1	0	0	0	-1.73913	1.80373	.601	-6.0084	2.5301
		2	2	2	-.88199	1.82976	.880	-5.2129	3.4489
	2	0	0	0	-.85714	2.01688	.905	-5.6309	3.9166
		1	1	1	.88199	1.82976	.880	-3.4489	5.2129
mmadurar	0	1	1	1	-.65455	.80357	.695	-2.5564	1.2473
		2	2	2	-1.31169	.90105	.315	-3.4442	.8209
	1	0	0	0	.65455	.80357	.695	-1.2473	2.5564
		2	2	2	-.65714	.81524	.700	-2.5866	1.2723
	2	0	0	0	1.31169	.90105	.315	-.8209	3.4442
		1	1	1	.65714	.81524	.700	-1.2723	2.5866
cautoest	0	1	1	1	2.61623*	1.07866	.043	.0633	5.1691
		2	2	2	.73052	1.20950	.818	-2.1320	3.5931
	1	0	0	0	-2.61623*	1.07866	.043	-5.1691	-.0633
		2	2	2	-1.88571	1.09431	.200	-4.4757	.7042
	2	0	0	0	-.73052	1.20950	.818	-3.5931	2.1320
		1	1	1	1.88571	1.09431	.200	-.7042	4.4757
rpapa	0	1	1	1	-2.60667	1.93763	.372	-7.1931	1.9798
		2	2	2	-.82614	2.16357	.923	-5.9474	4.2951
	1	0	0	0	2.60667	1.93763	.372	-1.9798	7.1931
		2	2	2	1.78054	1.95179	.633	-2.8394	6.4005
	2	0	0	0	.82614	2.16357	.923	-4.2951	5.9474
		1	1	1	-1.78054	1.95179	.633	-6.4005	2.8394
mmama	0	1	1	1	-3.00390	1.72520	.193	-7.0873	1.0795
		2	2	2	-1.04989	1.94649	.852	-5.6570	3.5573
	1	0	0	0	3.00390	1.72520	.193	-1.0795	7.0873
		2	2	2	1.95401	1.76353	.511	-2.2201	6.1281
	2	0	0	0	1.04989	1.94649	.852	-3.5573	5.6570
		1	1	1	-1.95401	1.76353	.511	-6.1281	2.2201
rherma	0	1	1	1	1.49744	1.05086	.331	-.9905	3.9854
		2	2	2	.68315	1.16950	.829	-2.0857	3.4520
	1	0	0	0	-1.49744	1.05086	.331	-3.9854	.9905
		2	2	2	-.81429	1.02648	.708	-3.2445	1.6159
	2	0	0	0	-.68315	1.16950	.829	-3.4520	2.0857
		1	1	1	.81429	1.02648	.708	-1.6159	3.2445

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

CAPÍTULO V

RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resumen

En esta investigación se estudió cómo influye la relación del padre, madre y hermanos(as) en la práctica de conductas alimentarias de riesgo, en las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña, durante el curso escolar 2008-2009.

En el primer capítulo de esta investigación se presentan los antecedentes, la *eclaración del problema, las hipótesis de investigación, los*

objetivos, la justificación del estudio, las limitaciones y delimitaciones confrontadas, así como los supuestos y la definición de los términos más importantes utilizados en el estudio.

En el Capítulo II se presenta una revisión bibliográfica con los planteamientos de diversos autores sobre el tema de las conductas alimentarias de riesgo y las variables de este estudio.

El Capítulo III ya describe la metodología que se utilizó, el tipo de investigación, el instrumento, la población de estudio, las hipótesis de investigación, la operacionalización de variables e hipótesis, así como la recolección y análisis de los datos.

En el Capítulo IV se analizan y describen los resultados obtenidos en esta investigación, haciendo una descripción de cada una de las variables, las pruebas estadísticas que se utilizaron para aceptar o rechazar las hipótesis nulas y otros hallazgos de este estudio.

Discusión

En vista de que los trastornos de conducta alimentaria están afectando actualmente a la sociedad, es importante tomar en consideración que las relaciones que tiene el individuo con su familia son de vital importancia para su desarrollo tanto emocional como físico. Si no hay buen funcionamiento es muy probable que la persona se inicie en alguna conducta alimentaria.

Los hallazgos de esta investigación reportan que existe relación entre las conductas alimentarias de riesgo de las adolescentes con su familia, lo que concuerda con Selvinni et al., (1999) quienes expresan que una explicación multicausal de los TCA reconoce que los factores familiares unidos a otras variables personales y sociales contribuyen a la presencia de TCA. Los hallazgos también coinciden con Be-tancourt et al., (2007) quienes mencionan que las alteraciones en la interacción madre-hijos pueden contribuir a la aparición de las alteraciones de la alimentación en los niños y niñas y posteriormente un trastorno mayor en la adolescencia. Al mismo tiempo Amuerman et al., (2003) afirman que la falta de satisfacción de la madre con su figura corporal, las dietas, los síntomas bulímicos, la masa corporal materna y paterna predicen la aparición de TCA en sus hijos e hijas. Además Vásquez et al., (2004) mencionan que factores emocionales negativos en la familia desempeñan un

papel muy importante en el desencadenamiento y perpetuación de los trastornos de conductas alimentarias.

En esta investigación no se encontró relación con la insatisfacción corporal de las adolescentes con su familia, lo que no concuerda con lo mencionado por Gruber et al., (2001) quienes dicen que la insatisfacción corporal, el fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, suponen graves amenazas a la nutrición y, por lo tanto, al desarrollo físico y psicológico de los adolescentes.

Los hallazgos de esta investigación reportan que existe relación entre las actitudes hacia la figura corporal de las adolescentes con su familia, lo que concuerda con Halgin y Whitbourne (2004) quienes mencionan que cualquiera que no se quiera a sí mismo como persona, será difícil que esté satisfecho con su aspecto físico y lo que a veces dicen los demás (comentarios, burlas, etc). Los resultados de este estudio también están de acuerdo con Arcidiacono (1994) quien menciona que la imagen que la madre tiene de sí misma y su feminidad, son aspectos que influyen en la relación que establece con las necesidades de la hija canalizadas a través del cuerpo.

Los resultados obtenidos en esta investigación reportan que existe relación entre el miedo a madurar de las estudiantes y la relación que establecen con el padre, la madre y los hermanos, lo que concuerda con los hallazgos de Castillo Sánchez et al., (2005) quienes indican que los padres con expectativas demasiado altas hacia los hijos provocan en ellos miedo a madurar.

Los resultados de esta investigación también reportan que existe relación entre la autoestima del adolescente y la relación con el padre, madre y hermanos, lo

que concuerda con Bruch (1973) quien indica que las expectativas perfeccionistas de los padres principalmente en el aspecto físico, rendimiento social y académico de sus hijas, generan sentimientos de ineficiencia que afectan la autoestima de las jóvenes. Los resultados obtenidos relacionados con la autoestima coinciden con lo declarado por Toro y Villardell (1987) quienes relacionan la autoestima con la apariencia física. Además, los hallazgos de Castillo Sánchez et al., (2005) indican que cuando los padres tienen expectativas demasiado altas hacia los hijos causan en ellos baja autoestima.

Betancourt (2007) menciona que respecto a las relaciones fraternas es frecuente que un hermano o una hermana hayan asumido dentro de la familia un rol paterno que generalmente perturba a la paciente, lo que concuerda con los resultados de este estudio con respecto a que un hermano varón afecta la autoestima de la adolescente.

Conclusiones

En esta investigación se presentan las siguientes conclusiones:

1. Existe una relación significativa entre conductas alimentarias de riesgo y la relación del padre, madre y hermanos(as) con las estudiantes de la Escuela Secundaria Serafín Peña.
2. No se encontró relación significativa entre la insatisfacción corporal de las estudiantes y la relación del padre, madre y hermanos(as).
3. Las actitudes de las estudiantes hacia la figura corporal están relacionadas significativamente con la relación del padre, madre y hermanos(as).

4. Existe relación significativa entre el miedo a madurar de las estudiantes y la relación padre, madre y hermanos(as).

5. Existe relación significativa entre la autoestima de las estudiantes y la relación con el padre, madre y hermanos(as).

6. En los análisis adicionales los resultados indicaron que si la estudiante es la hija menor hay buena relación con el padre, no siendo el caso cuando hay otros hermanos(as) menores que ella.

7. Otro de los análisis reportó que hay mejor relación con los hermanos mayores si las estudiantes tiene un hermano menor que ella.

8. Se encontró que hay mejor autoestima en las estudiantes que no tienen hermanos varones.

Recomendaciones

A los directivos de la Escuela Secundaria Serafín Peña

1. Organizar seminarios y actividades para padres donde se informe y se enfatice la importancia de la comunicación entre padres e hijas para evitar los riesgos que provocan las conductas alimentarias.
2. Capacitar al personal docente para poder hacer frente a los posibles riesgos que puedan afectar la salud de las estudiantes.
3. Incluir en el plan de la materia Orientación Escolar temas sobre conductas alimentarias, autoestima y comunicación con los padres de familia.

4. Actualizar la lista de instituciones de ayuda, donde se puedan referir los casos que surjan en la escuela, si alguna estudiante presenta síntomas de alguna conducta alimentaria.
5. Contratar los servicios profesionales de un psicólogo clínico como miembro activo del personal docente de la institución, quien estará capacitado para atender este tipo de problemáticas.

Al personal docente

1. Incluir en los planes de clases temas sobre los riesgos ocasionados por una mala alimentación, así como la importancia del cuidado de la salud y del cuerpo.
2. Observar cuidadosamente las conductas de las adolescentes, ya que al convivir a diario con ellas pueden detectar más fácilmente si se presenta algún tipo de problema relacionado con conductas alimentarias de riesgo.

A las estudiantes

1. No dejarse influenciar por los medios de comunicación, ya que en ellos se encuentra mucha publicidad errónea sobre el cuerpo ideal de las personas y tampoco por aquellas que las critiquen por su manera de ser y por su cuerpo.
2. No practicar malos hábitos alimentarios que puedan poner seriamente en riesgo su salud.
3. En el caso de reconocer que tienen un problema de conductas alimentarias buscar el apoyo de su familia o ayuda de algún profesional de su confianza, para poder superar juntos una problemática que tiene solución.

A los padres de familia

1. Promover la confianza y comunicación dentro del círculo familiar.
2. No hacer distinción de género entre los hijos y aceptarlos tal y como son.
3. Fortalecer la autoestima de la adolescente.

A futuros investigadores

1. Hacer investigaciones relacionadas con el tema de conductas alimentarias de riesgo en otras instituciones educativas de la República Mexicana para así poder tener más información de cuánto está afectando este problema a las adolescentes del país.

2. Analizar la relación que existe entre los medios de comunicación masiva y el desarrollo de la problemática relacionada con las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mujeres.

3. Indagar la problemática planteada en esta investigación incluyendo a todas las escuelas secundarias de Montemorelos, para poder realizar un estudio comparativo y conocer qué tanto afecta a la sociedad, no importando el tipo de escuela, ya sea privada o pública.

APÉNDICES

APÉNDICE A

**CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO
DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
ALIMENTARIA**

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Datos demográficos

Edad: _____
 Vivo con: _____ Papá _____ Otra Figura Paterna
 _____ Mamá _____ Otra Figura Materna
 Numero de hermano: _____ Numero de hermanas: _____
 Numero de hermanos mayores: _____ menores: _____

Instrucción: Marca la respuesta que sea más parecida a lo que estas viviendo.

CUESTIONARIO BREVE DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia (2 o más veces en una Semana)	Con mucha frecuencia (Más de 2 veces en una semana)
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso				
9	He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.				
10	He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.				
INSATISFACCIÓN CON LA FIGURA CORPORAL		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Pienso que mis piernas son demasiado anchas				
2	Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado				
3	Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado				
CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA FIGURA CORPORAL		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Las mujeres delgadas son más femeninas				
2	Me deprime sentirme gorda				
3	Estar delgada es un logro muy importante para mi				
4	Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo				
5	El peso corporal es importante para ser aceptada				
6	El peso corporal es importante para sentirme bien				

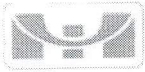
7	El peso corporal es importante para conseguir pareja				
8	Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo esto				
9	Estar gorda es sinónimo de imperfección				
10	Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa				
11	Cuando estas gorda los hombres no se te acercan				
12	Las mujeres gordas son menos femeninas				
13	El aspecto físico es importante para sentirme bien				
14	El peso corporal es importante para conseguir ropa				
15	Cuando estoy delgada me siento en control				
MIEDO A MADURAR		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia				
2	Me gustaría ser invisible para no ser criticada por otros				
3	Las exigencias del adulto son demasiado grandes				
4	Tengo miedo de crecer porque dejaré de recibir cariño de parte de mis padres				
5	Me agrada estar enferma porque así tengo la atención de los adultos				
6	Pienso que las personas son más felices cuando son niñas				
7	Me cuesta trabajo asumir responsabilidades				
8	Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor				
9	Me gustaría tener menos edad				
CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Me gusta como soy				
2	Estoy feliz de ser como soy				
3	Me siento fracasada				
4	Soy una buena amiga				
5	Me gusta la forma como me veo				
6	Me gustaría ser otra persona				
7	Estoy orgullosa de mí				
8	Tengo una mala opinión de mi misma				
9	Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente				
ESCALA DE RELACIÓN CON PAPÁ		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

1	Te demuestra afecto o cariño				
2	Realiza alguna actividad agradable				
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)				
4	Habla contigo sobre tus problemas				
5	Se muestra interesado en ayudarte				
6	Muestra que se preocupa por ti				
7	Es justo contigo				
8	Te expresa el amor que siente por ti				
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces				
10	Desconfía de ti				
11	Te exige demasiado				
12	Es difícil complacerlo				
13	Creer que le correspondes como se merece				
14	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)				
15	Controla o critica tu forma de vestir				
16	Eres importante para él				
17	Consideras que le causas muchos problemas				
18	Te consideras mala hija				
19	Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él				
20	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos				
21	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas				
22	Te exige que te quedes en casa				
23	Ha amenazado a alguien que estimas o quieres				
24	Te ha tratado como si fueras una sirvienta				
25	Se molesta si te portas cariñosa con él				
ESCALA DE RELACIÓN CON MAMÁ		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Te demuestra afecto o cariño				
2	Realiza alguna actividad agradable contigo				
3	Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)				
4	Habla contigo sobre tus problemas				
5	Se muestra interesada en ayudarte				
6	Muestra que se preocupa por ti				
7	Es justa contigo				
8	Te expresa el amor que siente por ti				
9	Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces				

10	Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)				
11	Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)				
12	Te ha hecho sentir menos				
13	Controla o critica tu forma de vestir				
14	Eres importante para ella				
15	Consideras que le causas muchos problemas				
16	Piensas que la has defraudado				
17	Te sientes merecedora de su afecto				
18	Te consideras mala hija				
19	Te exige obediencia a sus antojos o caprichos				
20	Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas				
21	Te exige que te quedes en casa				
22	Te ha tratado como si fueras una sirvienta				
23	Ha amenazado a alguien que estimas o quieres				
24	Se molesta si te portas cariñosa con ella				
Escala de relación con Hermanos		Nunca o Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia
1	Mis hermanos(as) me apoyan				
2	Mis hermanos(as) y yo llevamos buena relación				
3	Mis hermanos(as) critican mi cuerpo				
4	Mis hermanos(as) critican mi forma de ser				
5	Mis hermanos(as) son cariñosos conmigo				
6	Mis hermanos(as) se preocupan por mi				
7	Mis hermanos(as) me ignoran				

APÉNDICE B

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUESTIONARIO



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



"2009, Año de la Reforma Liberal"

DCSS-M-006-09

México, D.F. a 10 de Agosto de 2009.

Universidad de Montemorelos
Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología
Coordinación de la Escuela de Psicología Clínica

Por medio de la presente se autoriza a Lizbeth Cruz Márquez, alumna de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Montemorelos, la utilización del Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, el Cuestionario de Factores de Riesgo de Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal. Asimismo, se solicita que los instrumentos sean citados de la forma adecuada en cualquier publicación que sea elaborada como resultado de su investigación.

Sin otro particular quedo de usted y aprovecho para enviarle un saludo cordial.

Atentamente,

Dra. Claudia Unikel Santoncini
Investigador en Ciencias Médicas D
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

APÉNDICE C

**CARTA DE PERMISO PARA APLICACIÓN
DEL CUESTIONARIO**

Montemorelos, Nuevo León; 25 de Mayo de 2009

**ESCUELA SECUNDARIA "PROFR. SERAFÍN PEÑA",
LIC. MA. DEL REFUGIO MARTÍNEZ MARTÍNEZ,
DIRECTORA
PRESENTE**

Reciba un cordial y afectuoso saludo, esperando tenga éxito en todas sus labores que realiza en su institución.

El motivo de la presente, es pedir permiso para aplicar una encuesta sobre conductas alimenticias que ponen en riesgo la salud de las adolescentes, los resultados de esta encuesta serán utilizados en la investigación que estamos realizando como proceso de titulación en el área de psicología clínica, los resultados de nuestra investigación se les hará saber, así también nuestras recomendaciones, si usted lo desea, para el beneficio del plantel digno a su cargo.

La aplicación de la encuesta será el día 24 de junio del presente año y será aplicada solo a señoritas desde primero hasta el tercer grado.

Sin otro asunto por el momento, nos despedimos de usted, agradecemos de antemano las atenciones brindadas a la presente y nos ponemos a sus órdenes para cualquier aclaración.

Atentamente;

P.S. Lizbeth Cruz Márquez

P.S. Hulda Espinoza Baltierrez

APÉNDICE D

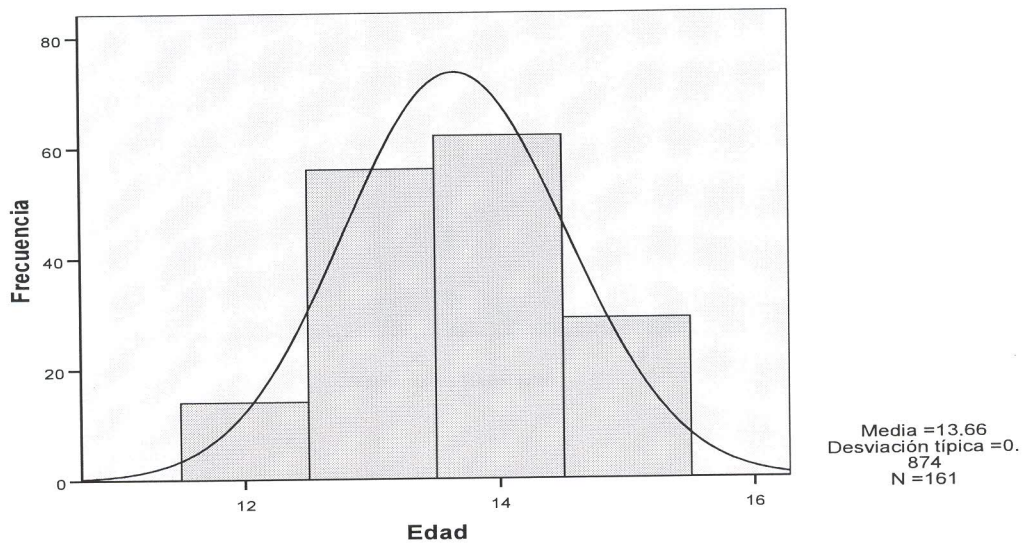
SALIDAS COMPUTARIZADAS DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Estadísticos descriptivos

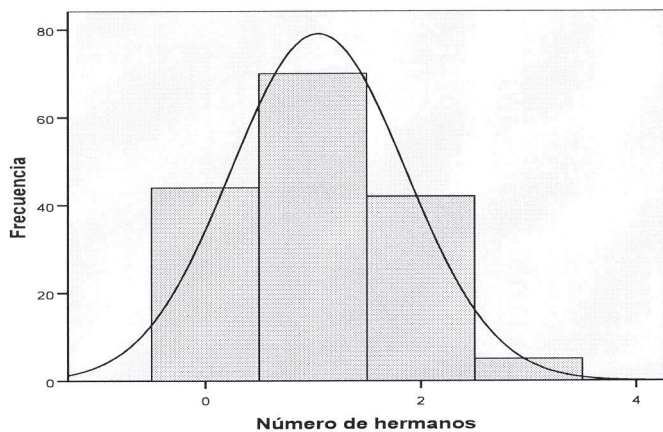
Estadísticos

		edad	Edad	nhnos Número de hermanos	nhnas Número de hermanas	mayores Número de hermanos o hermanas mayores	menores Número de hermanos o hermanas menores
N	Válidos		161	161	161	161	161
	Perdidos		0	0	0	0	0
Media			13.66	1.05	.89	.94	.95
Desv. típ.			.874	.812	.942	1.044	.934

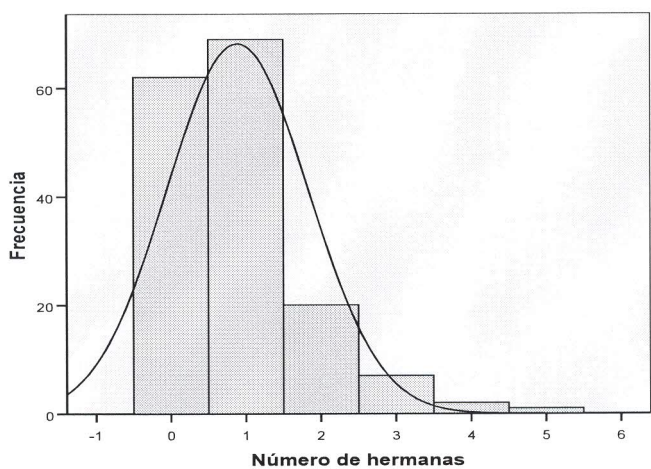
Edad



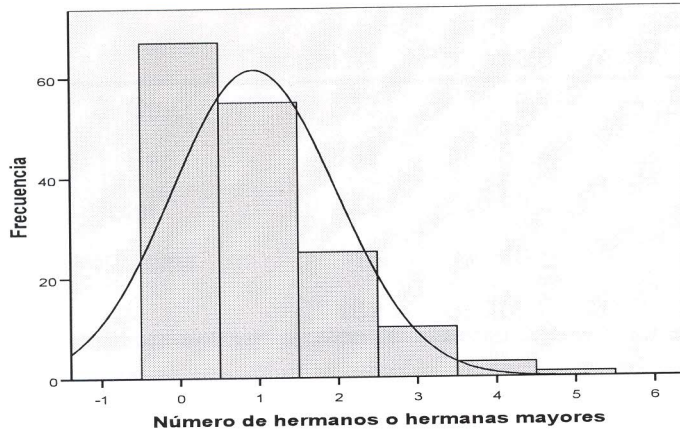
Número de hermanos



Número de hermanas

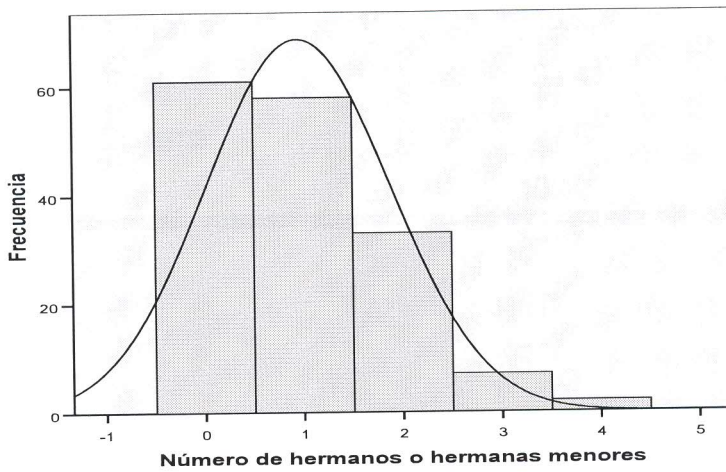


Número de hermanos o hermanas mayores



Media =0.94
Desviación típica =1.
944
N =161

Número de hermanos o hermanas menores



Media =0.95
Desviación típica =0.
934
N =161

papa Figura Paterna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Otra	13	8.1	9.0	9.0
	1 Papá	131	81.4	91.0	100.0
	Total	144	89.4	100.0	
Perdidos	Sistema	17	10.6		
Total		161	100.0		

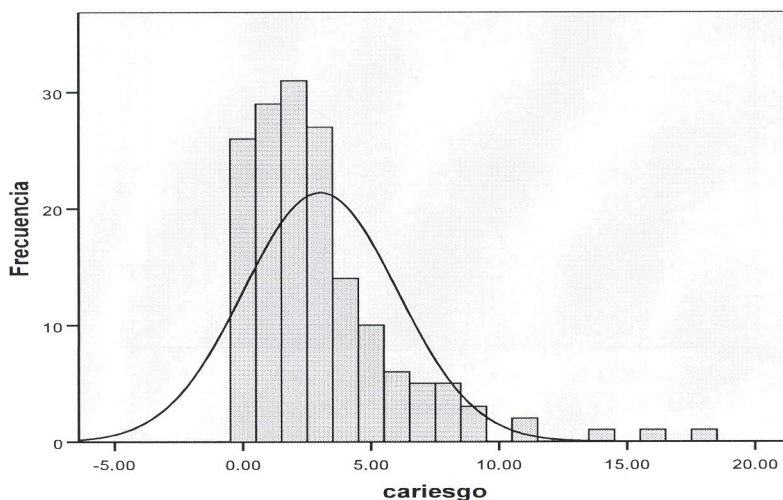
mama Figura Materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 Otra	6	3.7	3.8	3.8
	1 Mamá	154	95.7	96.3	100.0
	Total	160	99.4	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.6		
Total		161	100.0		

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
car1 Me ha preocupado engordar	161	0	3	.91	.862
car2 En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida	161	0	3	.38	.601
car3 He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)	161	0	3	.21	.505
car4 He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	161	0	2	.11	.387
car5 He hecho ayunos (dejar de comer por 12 hrs o más) para tratar de bajar de peso	161	0	3	.22	.533
car6 He hecho dietas para tratar de bajar de peso	161	0	3	.39	.644
car7 He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso	161	0	3	.65	.675
car8 He usado pastillas para tratar de bajar de peso	161	0	2	.04	.259
car9 He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.	161	0	2	.04	.233
car10 He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso	161	0	2	.06	.267
N válido (según lista)	161				

cariesgo

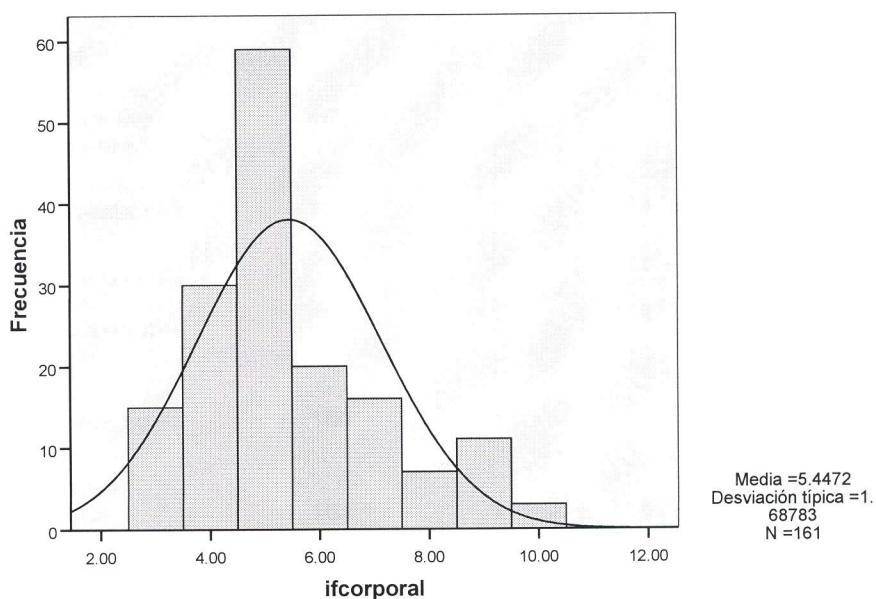


Media =3.0186
 Desviación típica =3.00515
 N =161

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ifc1 Pienso que mis piernas son demasiado anchas	161	1	4	1.49	.690
ifc2 Pienso que mi estomago tiene el tamaño adecuado	161	1	4	1.96	.836
ifc3 Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.	161	1	4	1.99	.870
N válido (según lista)	161				

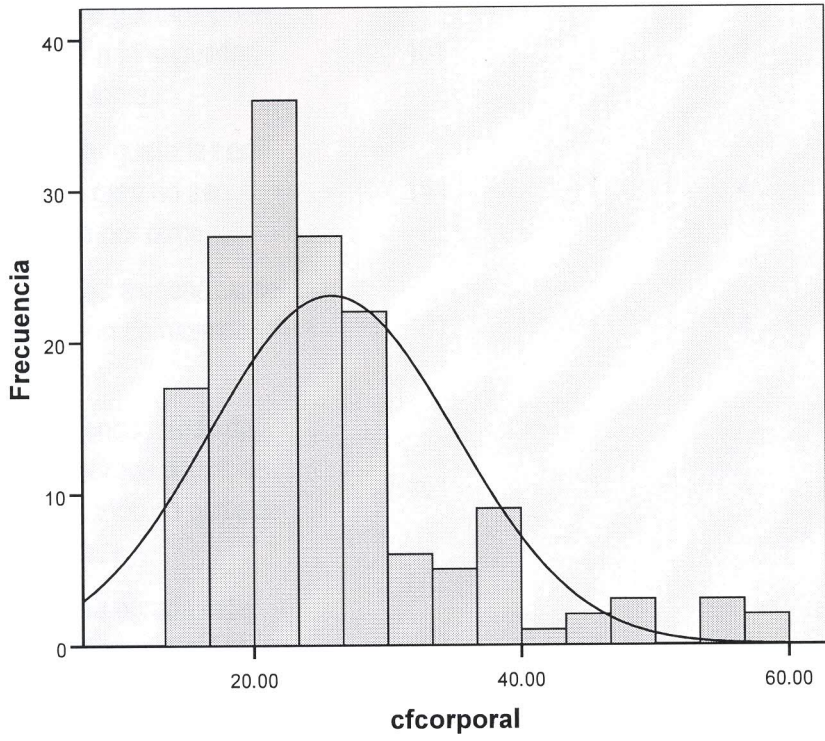
ifcorporal



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
cfc1 Las mujeres delgadas son más femeninas	161	1	4	1.65	.840
cfc2 Me deprime sentirme gorda	161	1	4	1.58	.856
cfc3 Estar delgada es un logro muy importante para mi	161	1	4	1.84	.884
cfc4 Haría cualquier esfuerzo por obtener la figura corporal que deseo	161	1	4	1.83	.972
cfc5 El peso corporal es importante para ser aceptada	161	1	4	1.50	.726
cfc6 El peso corporal es importante para sentirme bien	161	1	4	1.93	.810
cfc7 El peso corporal es importante para conseguir pareja	161	1	4	1.60	.824
cfc8 Me siento gorda aunque los demás me digan que no lo estoy	161	1	4	1.72	.917
cfc9 Estar gorda es sinónimo de imperfección	161	1	4	1.48	.837
cfc10 Considero que el aspecto físico es importante para sentirme valiosa	161	1	4	1.63	.812
cfc11 Cuando estas gorda los hombres no se te acercan	160	1	4	1.68	.850
cfc12 Las mujeres gordas son menos femeninas	161	1	4	1.48	.799
cfc13 El aspecto físico es importante para sentirme bien	161	1	4	2.00	.894
cfc14 El peso corporal es importante para conseguir ropa	161	1	4	1.92	.908
cfc15 Cuando estoy delgada me siento en control	161	1	4	2.02	.945
N válido (según lista)	160				

cfcorporal

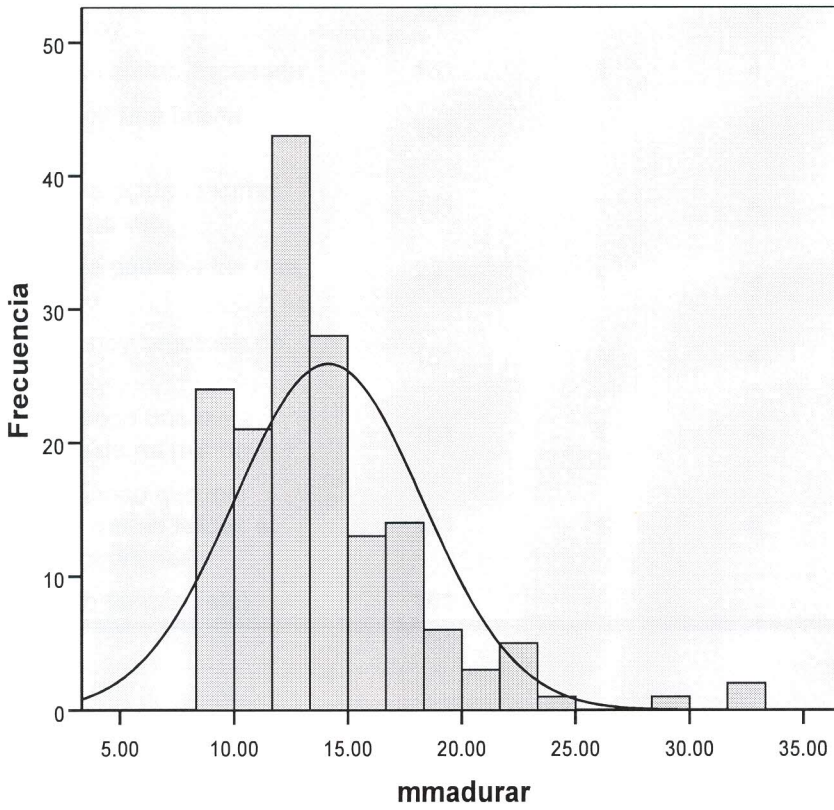


Media =25.8688
Desviación típica =9.
21997
N =160

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
mm1 Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia	161	1	4	1.76	.754
mm2 Me gustaría ser invisible para no ser criticada por otros	161	1	4	1.56	.850
mm3 Las exigencias del adulto son demasiado grandes	161	1	4	1.70	.781
mm4 Tengo miedo de crecer porque dejaré de recibir cariño de parte de mis padres	161	1	4	1.42	.738
mm5 Me agrada estar enferma porque así tengo la atención de los adultos	161	1	4	1.31	.635
mm6 Pienso que las personas son más felices cuando son niñas	161	1	4	1.64	.746
mm7 Me cuesta trabajo asumir responsabilidades	161	1	4	1.78	.689
mm8 Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor	161	1	4	1.55	.715
mm9 Me gustaría tener menos edad	161	1	4	1.42	.609
N válido (según lista)	161				

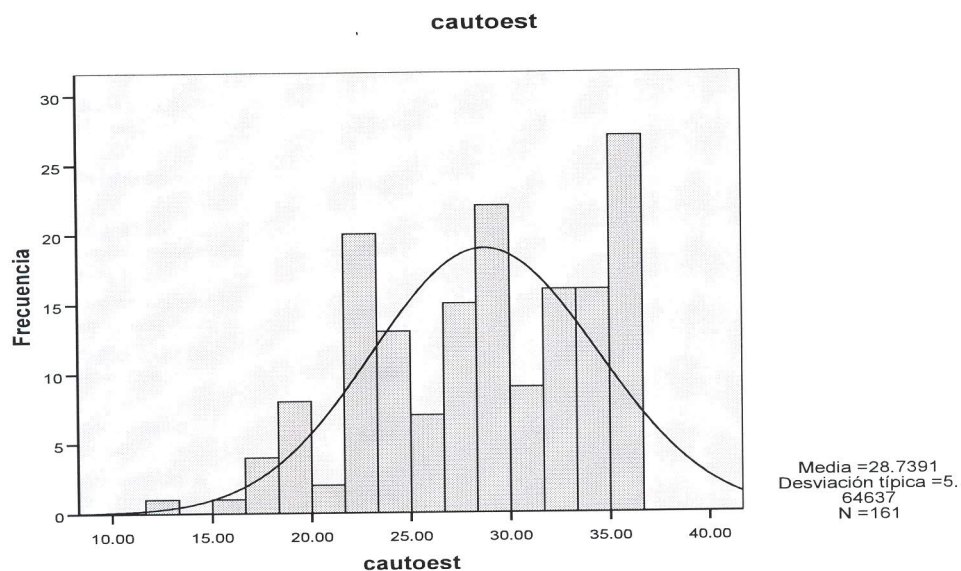
mmadurar



Media =14.1429
Desviación típica =4.
13046
N =161

Estadísticos descriptivos

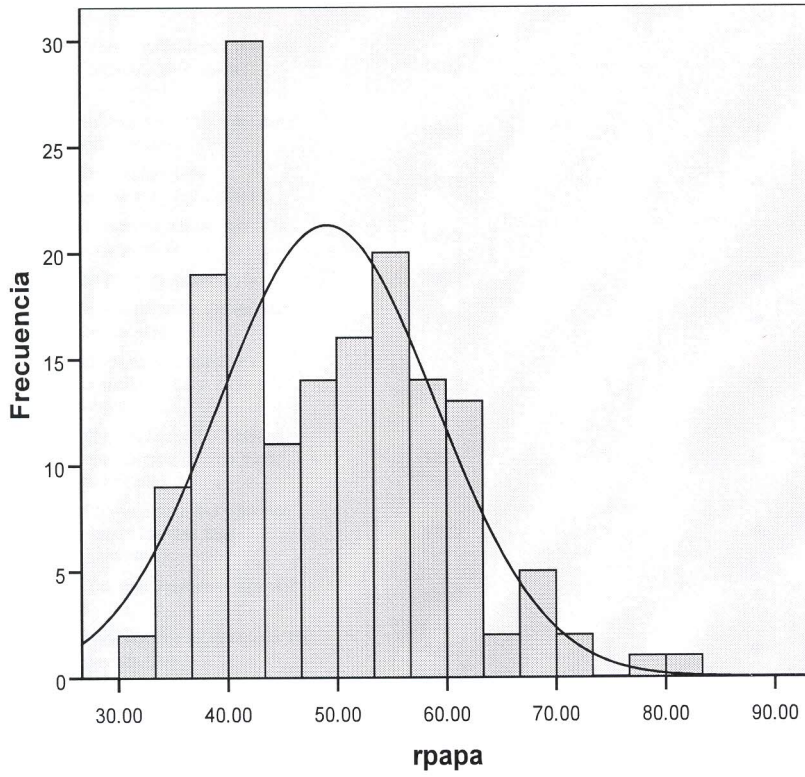
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
ca1 Me gusta como soy	161	1	4	2.84	.997
ca2 Estoy feliz de ser como soy	161	1	4	2.95	1.059
ca3 Me siento fracasada	161	1	4	3.66	.670
ca4 Soy una buena amiga	161	1	4	3.30	.858
ca5 Me gusta la forma como me veo	161	1	4	2.78	.953
ca6 Me gustaría ser otra persona	161	1	4	3.39	.859
ca7 Estoy orgullosa de mí	161	1	4	2.91	1.071
ca8 Tengo una mala opinión de mi misma	161	1	4	3.50	.759
ca9 Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	161	1	4	3.40	.904
N válido (según lista)	161				



Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
rp1 Te demuestra afecto o cariño	159	1	4	1.99	.948
rp2 Realiza alguna actividad agradable contigo	159	1	4	2.47	.986
rp3 Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	159	1	4	2.65	1.062
rp4 Habla contigo sobre tus problemas	159	1	4	2.72	1.080
rp5 Se muestra interesado en ayudarte	159	1	4	2.18	1.061
rp6 Muestra que se preocupa por ti	159	1	4	1.80	.947
rp7 Es justo contigo	159	1	4	2.18	.980
rp8 Te expresa el amor que siente por ti	159	1	4	2.04	1.055
rp9 Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	159	1	4	2.57	1.082
rp10 Desconfía de ti	159	1	4	1.67	.853
rp11 Te exige demasiado	159	1	4	1.56	.776
rp12 Es difícil complacerlo	159	1	4	1.68	.714
rp13 Crees que le correspondes como se merece	159	1	4	2.43	.945
rp14 Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)	159	1	4	1.70	.945
rp15 Controla o critica tu forma de vestir	159	1	4	1.48	.810
rp16 Eres importante para él	159	1	4	3.15	1.068
rp17 Consideras que le causas muchos problemas	159	1	4	1.64	.844
rp18 Te consideras mala hija	159	1	4	1.51	.786
rp19 Se enoja si lo contradices o no estás de acuerdo con él	159	1	4	1.74	.868
rp20 Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	159	1	4	1.42	.715
rp21 Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas	159	1	4	1.40	.746
rp22 Te exige que te quedes en casa	159	1	4	3.55	.727
rp23 Ha amenazado a alguien que estimas o quieres	159	1	4	1.19	.533
rp24 Te ha tratado como si fueras una sirvienta	159	1	4	1.19	.618
rp25 Se molesta si te portas cariñosa con él	159	1	4	1.22	.623
N válido (según lista)	159				

rpapa

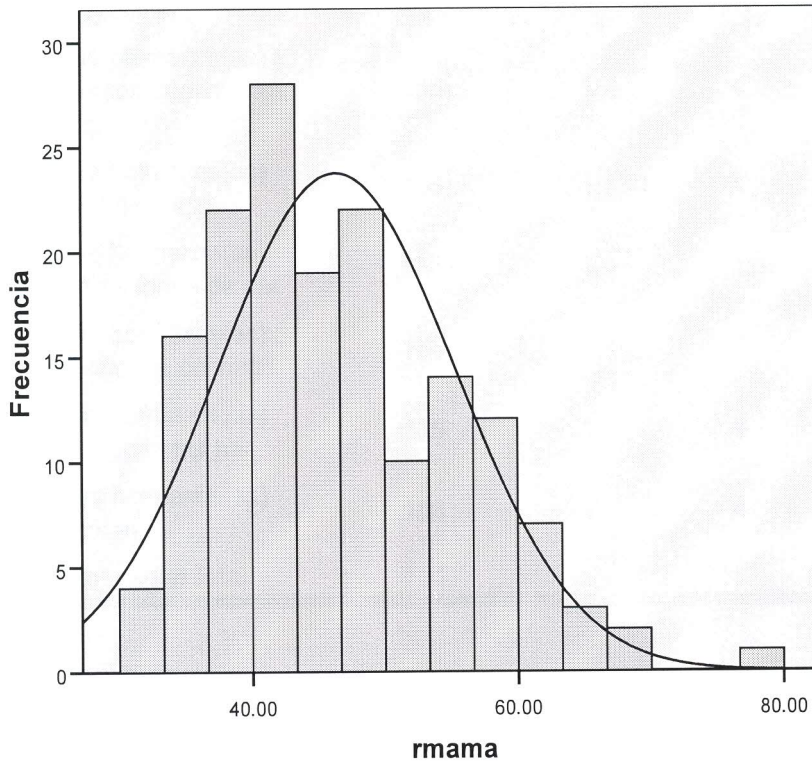


Media =49.1258
Desviación típica =9.
92104
N =159

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
rm1 Te demuestra afecto o cariño	160	1	4	1.74	.947
rm2 Realiza alguna actividad agradable contigo	160	1	4	2.23	1.017
rm3 Habla contigo de su vida (planes, amigos, juegos)	160	1	4	2.21	1.076
rm4 Habla contigo sobre tus problemas	160	1	4	2.29	1.060
rm5 Se muestra interesada en ayudarte	160	1	4	1.94	1.023
rm6 Muestra que se preocupa por ti	160	1	4	1.63	.866
rm7 Es justa contigo	160	1	4	2.09	1.018
rm8 Te expresa el amor que siente por ti	160	1	4	1.88	.976
rm9 Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces	160	1	4	2.20	1.027
rm10 Compara tu físico con el de alguno de tus hermanos(as)	160	1	4	3.53	.816
rm11 Compara tu forma de ser con la de tus hermanos(as)	160	1	4	1.64	.907
rm12 Te ha hecho sentir menos	160	1	4	1.40	.779
rm13 Controla o critica tu forma de vestir	160	1	4	1.36	.705
rm14 Eres importante para ella	160	1	4	3.21	1.053
rm15 Consideras que le causas muchos problemas	160	1	4	1.58	.781
rm16 Piensas que la has defraudado	160	1	4	1.61	.810
rm17 Te sientes merecedora de su afecto	160	1	4	2.53	1.110
rm18 Te consideras mala hija	160	1	4	1.47	.691
rm19 Te exige obediencia a sus antojos o caprichos	160	1	4	3.61	.710
rm20 Te prohíbe que te juntes o veas a tus amigas	160	1	4	1.27	.580
rm21 Te exige que te quedes en casa	160	1	4	1.42	.687
rm22 Te ha tratado como si fueras una sirvienta	160	1	4	1.19	.619
rm23 Ha amenazado a alguien que estimas o quieres	160	1	4	1.16	.483
rm24 Se molesta si te portas cariñosa con ella	160	1	4	1.21	.587
N válido (según lista)	160				

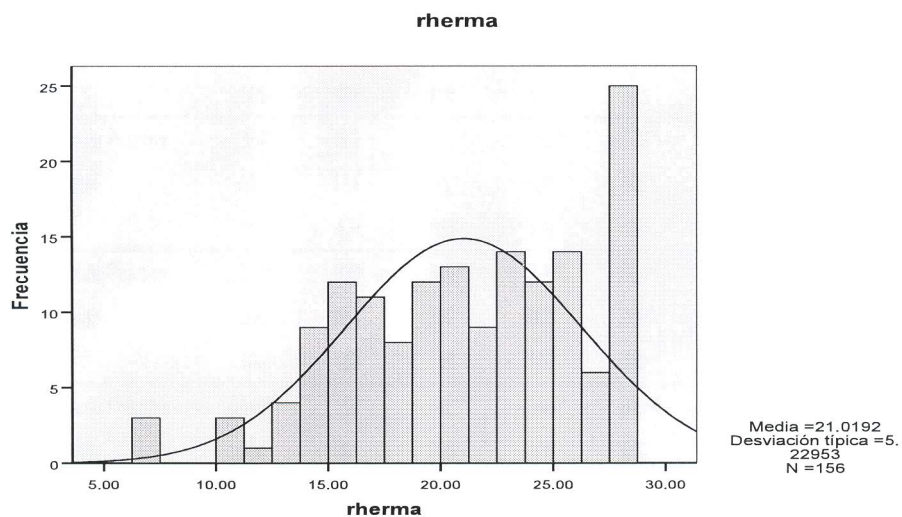
rmama



Media =46.3812
Desviación típica =8.
96315
N =160

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
rh1 Mis hermanos(as) me apoyan	156	1	4	2.60	1.052
rh2 Mis hermanos(as) y yo llevamos buena relación	156	1	4	2.70	1.012
rh3 Mis hermanos(as) critican mi cuerpo	156	1	4	3.51	.807
rh4 Mis hermanos(as) critican mi forma de ser	156	1	4	3.35	.907
rh5 Mis hermanos(as) son cariñosos conmigo	156	1	4	2.60	1.135
rh6 Mis hermanos(as) se preocupan por mi	156	1	4	2.68	1.095
rh7 Mis hermanos(as) me ignoran	156	1	4	3.58	.834
N válido (según lista)	156				



Correlación entre variables

Correlaciones

		cariesgo	ifcorporal	cfcorporal	mmadurar	cautoest	rpapa	mmama	rherma
cariesgo	Correlación de Pearson	1	.120	.613**	.580**	-.550**	.364**	.395**	-.448**
	Sig. (bilateral)		.128	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	161	161	160	161	161	159	160	156
ifcorporal	Correlación de Pearson	.120	1	.078	.114	.140	-.053	-.089	.150
	Sig. (bilateral)	.128		.330	.151	.076	.504	.264	.061
	N	161	161	160	161	161	159	160	156
cfcorporal	Correlación de Pearson	.613**	.078	1	.635**	-.586**	.455**	.318**	-.442**
	Sig. (bilateral)	.000	.330		.000	.000	.000	.000	.000
	N	160	160	160	160	160	158	159	155
mmadurar	Correlación de Pearson	.580**	.114	.635**	1	-.483**	.369**	.328**	-.348**
	Sig. (bilateral)	.000	.151	.000		.000	.000	.000	.000
	N	161	161	160	161	161	159	160	156
cautoest	Correlación de Pearson	-.550**	.140	-.586**	-.483**	1	-.573**	-.564**	.610**
	Sig. (bilateral)	.000	.076	.000	.000		.000	.000	.000
	N	161	161	160	161	161	159	160	156
rpapa	Correlación de Pearson	.364**	-.053	.455**	.369**	-.573**	1	.725**	-.655**
	Sig. (bilateral)	.000	.504	.000	.000	.000		.000	.000
	N	159	159	158	159	159	159	158	154
mmama	Correlación de Pearson	.395**	-.089	.318**	.328**	-.564**	.725**	1	-.682**
	Sig. (bilateral)	.000	.264	.000	.000	.000	.000		.000
	N	160	160	159	160	160	158	160	155
rherma	Correlación de Pearson	-.448**	.150	-.442**	-.348**	.610**	-.655**	-.682**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.061	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	156	156	155	156	156	154	155	156

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlación de variables con la edad

Correlaciones

		edad	Edad
cariesgo	Correlación de Pearson		-.038
	Sig. (bilateral)		.632
	N		161
ifcorporal	Correlación de Pearson		-.078
	Sig. (bilateral)		.326
	N		161
cfcorporal	Correlación de Pearson		.004
	Sig. (bilateral)		.960
	N		160
mmadurar	Correlación de Pearson		.017
	Sig. (bilateral)		.830
	N		161
cautoest	Correlación de Pearson		.051
	Sig. (bilateral)		.517
	N		161
rpapa	Correlación de Pearson		-.004
	Sig. (bilateral)		.964
	N		159
rmama	Correlación de Pearson		.092
	Sig. (bilateral)		.247
	N		160
rherma	Correlación de Pearson		-.125
	Sig. (bilateral)		.121
	N		156
edad	Edad	Correlación de Pearson	1
		N	161

Comparaciones múltiples

Comparaciones múltiples

HSD de Tukey

Variable dependiente	(I) nhnos de hermanos	Número de hermanos	(J) nhnos de hermanos	Número de hermanos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
								Límite inferior	Límite superior
cariesgo	0		1		-.57403	.58040	.585	-1.9477	.7996
			2		-1.18831	.65080	.165	-2.7286	.3520
	1		0		.57403	.58040	.585	-.7996	1.9477
			2		-.61429	.58883	.551	-2.0079	.7793
	2		0		1.18831	.65080	.165	-.3520	2.7286
			1		.61429	.58883	.551	-.7793	2.0079
ifcorporal	0		1		.28896	.32018	.640	-.4688	1.0468
			2		-.44913	.35902	.425	-1.2988	.4006
	1		0		-.28896	.32018	.640	-1.0468	.4688
			2		-.73810	.32483	.063	-1.5069	.0307
	2		0		.44913	.35902	.425	-.4006	1.2988
			1		.73810	.32483	.063	-.0307	1.5069
cfcorporal	0		1		1.73913	1.80373	.601	-2.5301	6.0084
			2		.85714	2.01688	.905	-3.9166	5.6309
	1		0		-1.73913	1.80373	.601	-6.0084	2.5301
			2		-.88199	1.82976	.880	-5.2129	3.4489
	2		0		-.85714	2.01688	.905	-5.6309	3.9166
			1		.88199	1.82976	.880	-3.4489	5.2129
mmadurar	0		1		-.65455	.80357	.695	-2.5564	1.2473
			2		-1.31169	.90105	.315	-3.4442	.8209
	1		0		.65455	.80357	.695	-1.2473	2.5564
			2		-.65714	.81524	.700	-2.5866	1.2723
	2		0		1.31169	.90105	.315	-.8209	3.4442
			1		.65714	.81524	.700	-1.2723	2.5866
cautoest	0		1		2.61623*	1.07866	.043	.0633	5.1691
			2		.73052	1.20950	.818	-2.1320	3.5931
	1		0		-2.61623*	1.07866	.043	-5.1691	-.0633
			2		-1.88571	1.09431	.200	-4.4757	.7042
	2		0		-.73052	1.20950	.818	-3.5931	2.1320
			1		1.88571	1.09431	.200	-.7042	4.4757
rpapa	0		1		-2.60667	1.93763	.372	-7.1931	1.9798
			2		-.82614	2.16357	.923	-5.9474	4.2951
	1		0		2.60667	1.93763	.372	-1.9798	7.1931
			2		1.78054	1.95179	.633	-2.8394	6.4005
	2		0		.82614	2.16357	.923	-4.2951	5.9474
			1		-1.78054	1.95179	.633	-6.4005	2.8394
mmama	0		1		-3.00390	1.72520	.193	-7.0873	1.0795
			2		-1.04989	1.94649	.852	-5.6570	3.5573
	1		0		3.00390	1.72520	.193	-1.0795	7.0873
			2		1.95401	1.76353	.511	-2.2201	6.1281
	2		0		1.04989	1.94649	.852	-3.5573	5.6570
			1		-1.95401	1.76353	.511	-6.1281	2.2201
rherma	0		1		1.49744	1.05086	.331	-.9905	3.9854
			2		.68315	1.16950	.829	-2.0857	3.4520
	1		0		-1.49744	1.05086	.331	-3.9854	.9905
			2		-.81429	1.02648	.708	-3.2445	1.6159
	2		0		-.68315	1.16950	.829	-3.4520	2.0857
			1		.81429	1.02648	.708	-1.6159	3.2445

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Limite inferior	Limite superior		
cariesgo	0	44	2.4545	2.01684	.30405	1.8414	3.0677	.00	7.00
	1	70	3.0286	2.68637	.32108	2.3880	3.6691	.00	11.00
	2	42	3.6429	4.18954	.64646	2.3373	4.9484	.00	18.00
	Total	156	3.0321	3.02979	.24258	2.5529	3.5112	.00	18.00
ifcorporal	0	44	5.4318	1.50035	.22619	4.9757	5.8880	3.00	9.00
	1	70	5.1429	1.52549	.18233	4.7791	5.5066	3.00	10.00
	2	42	5.8810	2.01461	.31086	5.2532	6.5087	3.00	10.00
	Total	156	5.4231	1.68116	.13460	5.1572	5.6890	3.00	10.00
cfcorporal	0	44	27.0000	9.51865	1.43499	24.1061	29.8939	15.00	59.00
	1	69	25.2609	9.05969	1.09066	23.0845	27.4372	15.00	55.00
	2	42	26.1429	9.63877	1.48729	23.1392	29.1465	15.00	60.00
	Total	155	25.9935	9.31728	.74838	24.5151	27.4720	15.00	60.00
mmadurar	0	44	13.5455	3.25258	.49034	12.5566	14.5343	9.00	22.00
	1	70	14.2000	4.44483	.53126	13.1402	15.2598	9.00	33.00
	2	42	14.8571	4.55627	.70305	13.4373	16.2770	9.00	33.00
	Total	156	14.1923	4.17846	.33454	13.5315	14.8532	9.00	33.00
cautoest	0	44	30.1591	5.73420	.86446	28.4157	31.9024	16.00	36.00
	1	70	27.5429	5.40715	.64628	26.2536	28.8321	18.00	36.00
	2	42	29.4286	5.79799	.89465	27.6218	31.2354	12.00	36.00
	Total	156	28.7885	5.68984	.45555	27.8886	29.6884	12.00	36.00
rpapa	0	43	47.6977	9.16134	1.39709	44.8782	50.5171	33.00	69.00
	1	69	50.3043	10.96828	1.32043	47.6695	52.9392	31.00	81.00
	2	42	48.5238	8.98844	1.38695	45.7228	51.3248	34.00	71.00
	Total	154	49.0909	9.97275	.80363	47.5033	50.6785	31.00	81.00
mama	0	44	44.6818	8.55563	1.28981	42.0807	47.2830	33.00	65.00
	1	70	47.6857	10.22861	1.22255	45.2468	50.1246	31.00	78.00
	2	41	45.7317	6.81184	1.06383	43.5816	47.8818	35.00	66.00
	Total	155	46.3161	9.00415	.72323	44.8874	47.7449	31.00	78.00
rherma	0	39	21.8974	5.31530	.85113	20.1744	23.6205	7.00	28.00
	1	70	20.4000	5.50731	.65825	19.0868	21.7132	7.00	28.00
	2	42	21.2143	4.75515	.73374	19.7325	22.6961	10.00	28.00
	Total	151	21.0132	5.26116	.42815	20.1673	21.8592	7.00	28.00

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
cariesgo	Inter-grupos	30.345	2	15.172	1.667	.192
	Intra-grupos	1392.495	153	9.101		
	Total	1422.840	155			
ifcorporal	Inter-grupos	14.305	2	7.153	2.582	.079
	Intra-grupos	423.772	153	2.770		
	Total	438.077	155			
cfcorporal	Inter-grupos	82.546	2	41.273	.472	.625
	Intra-grupos	13286.447	152	87.411		
	Total	13368.994	154			
mmadurar	Inter-grupos	36.979	2	18.489	1.060	.349
	Intra-grupos	2669.252	153	17.446		
	Total	2706.231	155			
cautoest	Inter-grupos	208.476	2	104.238	3.316	.039
	Intra-grupos	4809.544	153	31.435		
	Total	5018.019	155			
rpapa	Inter-grupos	198.573	2	99.286	.998	.371
	Intra-grupos	15018.155	151	99.458		
	Total	15216.727	153			
rmama	Inter-grupos	262.830	2	131.415	1.634	.199
	Intra-grupos	12222.680	152	80.412		
	Total	12485.510	154			
rherma	Inter-grupos	58.512	2	29.256	1.058	.350
	Intra-grupos	4093.461	148	27.659		
	Total	4151.974	150			

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
cariesgo	0	62	3.1129	3.40734	.43273	2.2476	3.9782	.00	18.00
	1	69	2.9855	2.85684	.34392	2.2992	3.6718	.00	16.00
	2	20	3.0000	2.63579	.58938	1.7664	4.2336	.00	8.00
	Total	151	3.0397	3.05042	.24824	2.5492	3.5302	.00	18.00
ifcorporal	0	62	5.5806	1.87781	.23848	5.1038	6.0575	3.00	10.00
	1	69	5.3333	1.54983	.18658	4.9610	5.7056	3.00	9.00
	2	20	5.6500	1.49649	.33462	4.9496	6.3504	3.00	9.00
	Total	151	5.4768	1.68061	.13677	5.2066	5.7471	3.00	10.00
cfcorporal	0	61	25.8525	8.68876	1.11248	23.6272	28.0778	15.00	55.00
	1	69	26.2174	9.38846	1.13024	23.9620	28.4727	15.00	60.00
	2	20	26.7500	11.47480	2.56584	21.3796	32.1204	15.00	59.00
	Total	150	26.1400	9.35434	.76378	24.6308	27.6492	15.00	60.00
rmmadurar	0	62	14.8065	4.41250	.56039	13.6859	15.9270	9.00	33.00
	1	69	13.9130	4.27282	.51439	12.8866	14.9395	9.00	33.00
	2	20	13.4000	2.98064	.66649	12.0050	14.7950	9.00	20.00
	Total	151	14.2119	4.19461	.34135	13.5374	14.8864	9.00	33.00
cautoest	0	62	28.5000	5.11747	.64992	27.2004	29.7996	17.00	36.00
	1	69	29.1014	5.83636	.70262	27.6994	30.5035	12.00	36.00
	2	20	28.3000	6.57827	1.47095	25.2213	31.3787	16.00	36.00
	Total	151	28.7483	5.62876	.45806	27.8433	29.6534	12.00	36.00
rpapa	0	61	49.1967	8.87284	1.13605	46.9243	51.4692	35.00	68.00
	1	68	49.1471	9.95852	1.20765	46.7366	51.5575	34.00	79.00
	2	20	49.7500	12.99342	2.90542	43.6689	55.8311	33.00	81.00
	Total	149	49.2483	9.92601	.81317	47.6414	50.8552	33.00	81.00
rmama	0	62	47.6290	8.28436	1.05211	45.5252	49.7329	33.00	68.00
	1	68	45.1912	9.02775	1.09478	43.0060	47.3764	31.00	68.00
	2	20	47.4500	11.50046	2.57158	42.0676	52.8324	34.00	78.00
	Total	150	46.5000	9.11283	.74406	45.0297	47.9703	31.00	78.00
rherma	0	57	20.7719	4.61371	.61110	19.5477	21.9961	10.00	28.00
	1	69	20.9710	5.58088	.67186	19.6303	22.3117	7.00	28.00
	2	20	20.5000	6.11727	1.36786	17.6370	23.3630	7.00	28.00
	Total	146	20.8288	5.26846	.43602	19.9670	21.6905	7.00	28.00

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
cariesgo	Inter-grupos	.566	2	.283	.030	.970
	Intra-grupos	1395.195	148	9.427		
	Total	1395.762	150			
ifcorporal	Inter-grupos	2.689	2	1.344	.473	.624
	Intra-grupos	420.980	148	2.844		
	Total	423.669	150			
cfcorporal	Inter-grupos	12.899	2	6.449	.073	.930
	Intra-grupos	13025.161	147	88.607		
	Total	13038.060	149			
mmadurar	Inter-grupos	41.263	2	20.631	1.175	.312
	Intra-grupos	2597.956	148	17.554		
	Total	2639.219	150			
cautoest	Inter-grupos	16.447	2	8.224	.257	.774
	Intra-grupos	4735.990	148	32.000		
	Total	4752.437	150			
rpapa	Inter-grupos	5.893	2	2.947	.030	.971
	Intra-grupos	14575.919	146	99.835		
	Total	14581.812	148			
rmama	Inter-grupos	213.568	2	106.784	1.291	.278
	Intra-grupos	12159.932	147	82.721		
	Total	12373.500	149			
rherma	Inter-grupos	3.742	2	1.871	.067	.936
	Intra-grupos	4020.977	143	28.119		
	Total	4024.719	145			

LISTA DE REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amuerman, S., Keller, R J., Lock, J., Mammel K A., Mitchell, J., et al. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the State of the art. *Pediatrics*, 111(1), 98-108.
- Arcidiacono, C. (1994). *Identitá femminile e psicoanalisi*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Development Psychology*, 25, 70 -79.
- Baile, J.I., Guillén, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal con adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire/BSQ: efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 439-450.
- Belloch, A., Ramos, F. Sandín, B. (1995). *Manual de psicopatología* (vols. 1 y 2) Madrid: McGraw-Hill.
- Betancourt, L., Gempeler, J. y Rodríguez, M. (2007). Interacción madre hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Universitaria Médica* 48(3), 261-276.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Calado, M., Fernández, M., Lameiras, M., y Rodríguez Y. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimenticios. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. 3(1), 23-33.
- Castillo Sánchez, M., León Espinoza de los Monteros, M., López Bermejo, A., Medina Pérez, J., Burgos Sierra, F. y De Cruz, Benayas, A. (2005). Trastornos de conducta alimentaria. *Revisión MG*, 71, 25-30.
- Chinchilla, A. (2003). Anorexia y bulimia nerviosas: Sintomatología clínica, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y criterios de ingreso. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 53-128.

- Chorodow, N. (2004). La reproducción de la maternidad. *En espacios temáticos. Psicoanálisis, estudios feministas y géneros*. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foro/genero/chodo2.htm>
- Cooper, P.J y Goodyer, I. (1997). Prevalence and significance of weight and shape concerns in girls aged 11-16 years. *British Journal Psychiatry*, 171, 542-544.
- Cuerda, M., Ruiz, A., Moreno, C., Iriondo, M., Velasco, C.I. Lesmes, B. et al (2005). Estudio del gasto energético en la anorexia nerviosa: concordancia entre calorimetría indirecta y diferentes ecuaciones. *Nutrición Hospitalaria*, 20, 68-128.
- Finechel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Franco, P. 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.
- Frideres, J. y Palao, J. (2005). Estudio descriptivo de los factores de riesgo de los trastornos alimenticios en atletas universitarias de Cross Country. *Educación Física y Deportes*, 89(10), 22-60.
- Garnel, F. y Garfunkel, A. (2004). *Psicoterapia de la anorexia nerviosa y la bulimia*. Barcelona: Guilford.
- Goldman, H. (2001). *Psiquiatría general*. México: Manual moderno.
- Gruber A. J. Pope, H. G. Harrison, G. J. Lalonde, J. K. and Hudson J. L. (2001). Why do young women diet. The roles of body fat, body perception and body ideal. *Journal of Clinic Psychiatry*, 62(8), 609-611.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (2000). *Anorexia nerviosa y bulimia*. México: McGraw-Hill.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (2004). *Psicología de la anormalidad*. México: McGraw-Hill.
- Humphrey, L. L. & Stern, S. (1988). Object relation and the family system in bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, 337-350.
- Jáuregui, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastorno de la conducta alimentaria*. 2,158-198.

- Kiziltan, G., Karabudak, E., Ünver, S., Sezgin, E. y Ünal, A. (2006). Prevalence of bulimic behaviors and trends in eating attitudes among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 41(164), 677-689.
- Kog, E. & Vadereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorders patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 11-23.
- Lalueza, J L. y Crespo, I. (2003). Adolescencia y relaciones familiares. *Adolescentes del siglo XXI. Aproximación psicológica y social*, Barcelona: EDIUOC.
- Leonardi, P. (1994). Curare nella differenza. Psicoterapia del disagio femminile. Milan: Franco Angeli Editore.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Malaca, H. (2005). Estudio de los trastornos alimenticios y tratamiento con psicoterapia breve. *Revista Endocrinológica y Nutrición* 12(4), 12-52.
- Mateo, C. (2002). *Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y Terapia Familiar*. España: Gedisa.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge. Massachusetts: Harvard, University Press.
- Miyers, D. (2000). *Psicología social*. Bogota: McGraw- Hill.
- North, C., Gowers, S. & Byram, V. (1997). Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 171 (12), 545-549.
- Organización Paramédica de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington, OPS.
- Paloma, S. (1998). Dietas exageradas que provocan trastornos alimenticios. *Revista Nutrición y Obesidad* 1(3), 47-88.
- Perezbolde, V. C. (2005). *Prevalencia de trastornos alimentarios en dos muestras universitarias*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Pyle, R.L., Mitchell J.E., & Eckert E.D. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 60-64.
- Rava, M.F. & Silber, T.J. (2004). Bulimia Nerviosa. *Desde la etiología hasta la prevención*. 6(102), 468-477.
- Ruiz-Lázaro PM. Guía Práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Bulimia y Anorexia. Zaragoza: Grupo Zarima-Prevención de la Unidad Mixta de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Consejo de la Juventud de Aragón. Gobierno de Aragón. Arbadá; 2001.
- Saucedo, M. T. J. (2003). *Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres*. Tesis Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M; Sorrentino, A.M. (1999). "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Barcelona, España: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach*. London: Chaucer.
- Shisslak, C. M., Mckeon, R. T. & Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families. *Journal and Clinical Psychology*, 46 (2), 185-189.
- Shugar, G. & Krueger, S. (1995). Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (1), 23-31.
- Stierlin, H. y Webwer, G. (1990). *¿Que hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa.
- Tifner, S., Bortoli, M. y Pérez, T. (2006). El rendimiento escolar vinculado a variables nutricionales y psicológicas en estudiantes de una zona socioeconómicamente humilde de la ciudad de San Luis, Argentina. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 8(1), 143-152.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assessment*. New York: Pergamon Press.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Turón, G. V. J. (1997). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona: Masson.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántara, E. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en

población estudiantil del Distrito Federal *Revista de Investigación Clínica*, 52, 140-147.

Unikel, C., Bojorquez, I. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.

Unikel, C. & Gómez-Peresmitré, G. (2004). Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 27, 38-49.

Vázquez, A. R., Mancilla, D. J. M., Mateo, G. C., López, A. X., Alvarez, R. G. L., Ruíz, M. A. O. & Franco, P. K. (2004). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22 (1), 53-63.

Vázquez, A. R.; Raich, E. R. M., Viladrich, S. M. C., Alvarez, R. G. L, Mancilla, D. J. M. (2005). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 325-335.

Wals, T. B. & Garner, D. M. (1997). Diagnostic Issues. En: D. M. Garner and P. E. Garfinkel. (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. (pp. 109-103). N. Y.: Guilford Press.

White, E. (1993). *El ministerio de curación*. Boston: Better Living Publications.