



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

AUTOATRIBUCION E IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES OBESOS Y NO OBESOS

268031

T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

YURI JOHNSTON TERCERO

Directora de Tesis:

Dra. Gilda Gómez Pérez - Mitre

Mtra. Lucy Reidl Martínez

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Lic. Lilia Joya Laureano



México, D. F.

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Muchos dicen
que volar es fácil,
pero se necesita valor
para levantarse de la caídas
fuerza para seguir adelante
y deseos de vivir y luchar.**

Isabel Reyes Estefes

Agradecimientos

Mi más cordial agradecimiento a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, mi asesora, por la confianza depositada en este trabajo y en mi esfuerzo, por todas sus atenciones y el tiempo que me dedicó, y el entusiasmo con que me llevó a concluir los objetivos propuestos, muchas gracias.

A mi mamá, por siempre haberme alentado y apoyado en todo lo que he emprendido. Muchas gracias.

A Enrique Avila, a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré y a Fabián Martínez por ayudarme con las estadísticas.

A todas las personas que me apoyaron a través de la carrera. Muy especialmente a Lizbeth, Guadalupe e Isabel.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi casa de estudios; porque en ella he realizado gran parte de mis sueños en esta vida.

A la Fundación U. N. A. M. porque sin su generoso apoyo ésta tesis no hubiera sido posible.

A todos los integrantes del jurado: por su sabia presencia y su objetiva visión.

Yuri

El honorable jurado

Mtra. Lucy Reidl Martínez

Dra. Gilda Gómez Pérez - Mitré

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Lic. Lilia Joya Laureano

Indice

Temas	Hoja
Resumen	9
Introducción	11
CAPITULO 1 OBESIDAD	12
El balance energético	14
Ingestión de energía	14
Gasto de energía	16
Balance energético en el obeso	17
Relación entre obesidad y salud	19
Etiología de la obesidad	21
Factores genéticos	21
Factores hipotalámicos	22
Factores endócrinos	22
Factores psicológicos	22
Factores culturales	23
Diagnóstico y prevalencia de la obesidad	23
Métodos de laboratorio	24
Métodos clínicos y de campo	24
Peso y talla	24
Peso relativo	25
Pliegues cutáneos	29
Circunferencias	30
Prevalencia de la obesidad	30
CAPITULO 2 TRASTORNOS ALIMENTARIOS	31
Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM III	32
Anorexia nervosa	32
Bulimia	33

Temas	Hoja
Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM III R	34
Anorexia nervosa	34
Sintomatología asociada	35
Edad de comienzo	35
Incidencia en cada sexo	35
Prevalencia	36
Curso	36
Deterioro	36
Complicaciones	36
Antecedentes familiares	36
Factores predisponentes	37
Diagnóstico diferencial	37
Criterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa	37
Bulimia nervosa	38
Sintomatología asociada	39
Edad de comienzo	39
Curso	39
Antecedentes familiares	40
Deterioro y complicaciones	40
Prevalencia e incidencia en cada sexo	40
Factores predisponentes	40
Diagnóstico diferencial	40
Criterios para el diagnóstico de bulimia nervosa	41
 Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM IV	 42
Anorexia nervosa	42
Características diagnósticas	42
Subtipos	44
Tipo restrictivo	44
Tipo compulsivo / purgativo	44
Síntomas dependientes de la cultura y el sexo	44
Prevalencia	45
Curso	45
Patrón familiar	46
Bulimia nervosa	46

Temas	Hoja
Características diagnósticas	46
Subtipos	48
Tipo purgativo	49
Tipo no purgativo	49
Síntomas dependientes de la edad y el sexo	49
Prevalencia	49
Curso	49
Patrón familiar	50
Diagnóstico diferencial	50
Los trastornos alimentarios en México	50
CAPITULO 3 IMAGEN CORPORAL	53
El concepto de un yo físico	56
Estructura de la imagen corporal	57
Preocupación por los cambios físicos	63
CAPITULO 4 AUTOATRIBUCIÓN Y AUTOCONCEPTO	66
Teorías de la atribución	69
La teoría de Heider del "análisis ingenuo de la acción"	71
La teoría de la "inferencia correspondiente" de Jones y Davis	72
La teoría de la "covarianza y configuración de Kelley"	73
La teoría de las atribuciones para el "éxito y fracaso" de Weiner	75
Autopercepción	76
Teoría de Bem sobre la autopercepción	76
Teoría de Schachter sobre "autorrotulación emocional"	77
Expresión facial	79
Autoatribución y comportamiento	80
Éxito - fracaso	80

Temas	Hoja
CAPITULO 5 ADOLESCENCIA	82
Cambios biológicos, la pubertad	84
Desarrollo físico en las mujeres	86
Cambios psicológicos o cognoscitivos	87
Desarrollo psicológico	88
CAPITULO 6 METODO	94
Definición de conceptos	95
Obesidad	95
Imagen corporal	95
Autopercepción de imagen corporal	95
Distorsión de la imagen corporal	95
Autoatribución	97
Problemas de investigación	98
Hipótesis	98
Definición de variables	99
Variables independientes	99
Obesidad	99
Delgadez	99
Variables dependientes	100
Imagen corporal	100
Alteración de imagen corporal	100
Autopercepción del peso corporal	101
Índice de Masa Corporal real	101
Autoatribución	101
Método	102
Diseño de investigación	102
Muestra	102
Instrumento	102
Procedimiento	104

Temas	Hoja
CAPITULO 7 RESULTADOS	106
CAPITULO 8 DISCUSION Y CONCLUSIONES	130
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	135
REFERENCIAS	136
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	141
ANEXO A	146

RESUMEN

El propósito de éste estudio fue describir la relación que existe entre el proceso de autoatribución e imagen corporal y autoatribución y peso corporal en adolescentes con peso por abajo del normal comparadas con adolescentes con sobrepeso y obesidad.

La muestra fue probabilística (N = 110) con selección sistemática al azar de una muestra mayor con (N = 1915) que se subdividió en adolescentes con sobrepeso y obesas (n = 64) y adolescentes con peso por abajo del normal (n = 46). Se aplicó un cuestionario sobre alimentación y salud que explora las siguientes áreas: datos sociodemográficos, autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos.

Entre los resultados más importantes se encontró que: las diferencias importantes se dieron en las variables que de una u otra manera se relacionan con imagen corporal. Ambos grupos de adolescentes independientemente de su peso corporal, deseaban pesar menos. La autoatribución de las adolescentes obesas y de las adolescentes con bajo peso es la misma. La insatisfacción con la imagen corporal es diferente entre las adolescentes obesas que en las delgadas: las adolescentes con bajo peso, mostraron mayor satisfacción con su imagen corporal que las adolescentes con sobrepeso. En la muestra de bajo peso, hubo sobre estimación del peso corporal, mientras que sucedió lo contrario en la muestra de sobrepeso en la que hubo sub estimación.

El presente estudio forma parte de una investigación mayor: PAPPIT 1996. *"Estimaciones subjetivas / mediciones objetivas: La imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer"*. IN - 304496 desarrollada bajo la dirección de la Dra. Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCION

Comer es un acto central de nuestras vidas, que se repite día con día, sin causar fatiga, los seres humanos necesitan obtener del exterior de su organismo una serie de sustancias vitales llamadas nutrimentos. El hombre no es una máquina como la de un automóvil de la que se puede calcular con exactitud sus necesidades de energía. En el ser humano existe un gran margen de variación y adaptación a este respecto; por ello es muy importante mantener un equilibrio; porque cuando los nutrimentos no se suministran con regularidad y en las cantidades y calidades adecuadas el organismo no funciona bien (física y psicológicamente). Salud y vida dependen de una alimentación correcta.

Abordar este tema es importante en tanto se busca prevenir esta clase de problemas (desórdenes alimentarios) en poblaciones tan importantes como son las de los escolares adolescentes mexicanos.

Capítulo 1

Obesidad

LA OBESIDAD

La obesidad es más que un problema estético, es un padecimiento que acorta la vida y que favorece varias de las causas más importantes de muerte en el adulto como son la arteriosclerosis y sus consecuencias cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus independiente de la insulina y ciertos tumores malignos (endometrial y mamario); además la obesidad favorece litiasis vesicular y eleva los riesgos quirúrgico, obstétrico y ortopédico. El componente estético existe, pero es muy relativo ya que, según la cultura y la época, la obesidad puede verse como algo indeseable o bien como un símbolo de salud, de prosperidad y hasta de belleza (esto no se da ni en nuestra cultura ni en ésta época).

Pocos padecimientos son tan difíciles de tratar como éste. La "curación" es excepcional, pero muchos casos son controlables aunque a costa de una férrea disciplina del paciente y con una alta tasa de recaídas, sobre todo en los casos más extremos.

La palabra obesidad viene del latín "obesus" que significa *exceso de comida*; en otras palabras que se ha puesto gordo por comer. Este sobrepeso, es causado generalmente por un aumento en la grasa corporal. (Braguinsky, 1987).

Asimismo, obesidad es el exceso en la proporción de masa grasa del organismo, (Bourges, en prensa).

Dentro del marco de este estudio, y de acuerdo con investigaciones previas (Gómez Pérez-Mitré, 1993b), obesidad se define teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) > 27 en las mujeres; > 28 en los hombres y obesidad masiva > 31 en hombres y mujeres.

Generalmente, la obesidad aparece cuando la cantidad de alimentos que consume un organismo es mucho mayor que sus necesidades nutricionales. Esto aumenta la posibilidad de que, además del equilibrio nutricional, haya otros factores que motiven el acto de comer.

El balance energético

Existe consenso en que la acumulación de masa grasa en el obeso representa una acumulación de energía en forma de triglicéridos almacenados en el tejido adiposo. Conviene por ello analizar brevemente el balance energético y sus componentes:

Como la necesidad de energía es continua y cuantiosa y como la ingestión puede demorarse y ser limitada, el organismo posee mecanismos muy eficaces para almacenar la energía no utilizada y acumular una reserva suficiente para cubrir las necesidades de un periodo prolongado. En un adulto no obeso el tejido adiposo contiene más de 100,000 k cal. que equivalen a las necesidades basales de más de dos meses.

La masa grasa aumenta siempre que existan excedentes de energía, es decir, siempre que haya un balance excesivo, mayor que el balance fisiológico propio del sujeto que es cero en el adulto (excepto en el embarazo) y positivo en el niño, el púber y la embarazada.

El balance energético está finamente regulado, de manera que la gran mayoría de los adultos sanos mantienen estable su masa grasa y su peso corporal durante largos periodos. Como el gasto energético es variable y vital, la regulación recae fundamentalmente en la ingestión energética; es decir, la ingestión se ajusta para cubrir el gasto y no al contrario.

Ingestión de energía

La energía se ingiere en forma de varias sustancias (glúcidos, ácidos grasos y amino ácidos), de manera intermitente (unas cuantas veces por día) y su cantidad va desde cero (no hay ingestión, lo cual puede ocurrir con cierta frecuencia debido a ciertas circunstancias) hasta un límite máximo determinado por la saciedad, la capacidad gástrica y la densidad energética de la dieta.

La mayor parte de la dieta está constituida por nutrimentos energéticos y su ingestión esta regulada por las sensaciones de hambre y saciedad. De

acuerdo con Bourges, (en prensa); el *hambre* es una sensación molesta, bien conocida por todos que se quita comiendo y la *saciedad* es una sensación que inclina al organismo a dejar de comer. *Apetito*, que es distinto que hambre, es un deseo de comer determinado alimento o platillo; tiene un fuerte componente psicológico y puede existir independientemente del hambre aunque suelen coincidir (citado por Bourges, en prensa).

La ingestión de alimentos se controla, fundamental aunque no exclusivamente, mediante la regulación de la ingestión de energía, fenómeno tan complejo que aún no se esclarece plenamente. Al parecer existe una regulación de corto plazo y otra de largo plazo y en ellas están involucrados muchos órganos y sistemas. La glucosa parece ser la "señal" más importante, pero participan también los ácidos grasos y los ácidos aminados.

Los trabajos clásicos de Mayer (citado por Bourges, en prensa) indican que el hipotálamo, en el que se han delimitado "centros" para el hambre y la saciedad sensibles al metabolismo de la glucosa, juega un papel central en la regulación cotidiana de la ingestión de energía. Intervienen además el hígado, varias porciones del tubo digestivo y el propio tejido adiposo. Este sistema es modulado por varias hormonas, neurotransmisores (notablemente la serotonina) y numerosos péptidos de origen digestivo y nervioso.

Este sistema permite al animal elegir, en forma inconsciente, y con una precisión asombrosa, el tipo de alimentos y las cantidades que más le convienen. Cuando las circunstancias no le permiten elegir, de todas maneras ingiere alimentos, pero si la composición de la dieta no es adecuada pronto desarrolla inapetencia hasta el grado de la inanición. Por lo que toca a la ingestión de energía, la cantidad se ajusta al gasto, aumentando o disminuyendo según el caso, de tal manera que se mantenga el balance energético deseable; tal ajuste no es inmediato, ocurre en dos o tres días y tiende a perder su admirable precisión cuando el gasto energético es excepcionalmente bajo no logrando disminuir la ingestión suficientemente. Así, en condiciones de gasto muy bajo (por ejemplo, inactividad física) se facilita la obesidad.

Como el ser humano es un animal con una naturaleza fuertemente psicosocial además de biológica, su conducta alimentaria se ve modificada, a veces perjudicialmente, por sus emociones, razonamientos y hábitos. El hombre

así puede comer o seguir comiendo aunque esté saciado o no comer a pesar de tener hambre (Bourges, en prensa).

Gasto de energía

El organismo utiliza energía en todas sus funciones y como se ha insistido, el gasto es continuo, por lo que oscila entre un límite mínimo - siempre mayor que cero - y otro máximo. En términos muy generales hay dos tipos de gasto: el interno, representado por el metabolismo y el crecimiento y el externo representado por la contracción muscular voluntaria (actividad física).

El gasto interno corresponde a todas las funciones que no se interrumpen como son la cardiovascular, respiratoria, endócrina, hepática, renal, nerviosa y de mantenimiento de la temperatura corporal y, en su caso, crecimiento, embarazo y lactancia. En teoría éste es el gasto mínimo para mantenerse vivo y suele representar más del 70% del gasto total. Para estimar su magnitud, los fisiólogos idearon las llamadas "condiciones basales", definidas como el estado en que se encuentra una persona al despertar de 10 ó 12 horas de sueño antes de hacer cualquier movimiento. El gasto medido en estas condiciones se llama gasto basal y está fuertemente dominado por el gasto en termogénesis, es decir, en la producción de calor para mantener la temperatura corporal.

Cuando se ingieren alimentos, con lo que por definición las condiciones dejan de ser basales, sobreviene un aumento transitorio (3 o 4 horas) en el gasto, que es mayor si se ingieren amino ácidos que si se ingieren glúcidos o lípidos, al que hace 90 años se le llamó "acción dinámica específica" y que después ha sido llamado "termogénesis alimentaria".

El gasto por actividad física es muy variable, mucho más que el gasto basal y la termogénesis alimentaria, ya que las posibles actividades cubren una amplia gama de costos energéticos y cada una de ellas puede realizarse durante diferentes lapsos.

En último término, la energía ingerida como substratos energéticos se libera y es utilizada dando dos grandes productos: movimiento y calor.

El balance energético en el obeso

Es claro que para que se acumule masa grasa el balance energético debe ser excesivo; en otras palabras, se ingiere más que lo que se necesita ya sea porque aumenta la ingestión o porque las necesidades sean menores o porque ambas cosas ocurran. Todo indica que en la obesidad la reducción en los requerimientos juega un papel más importante que el aumento en la ingestión.

Los estudios epidemiológicos sugieren que el individuo obeso suele comer menos que el no obeso, pero los estudios clínicos revelan que el obeso come más, lo hace más rápidamente y tiene menor capacidad para adaptar su ingestión ante cambios en la densidad energética de la dieta que el sujeto no obeso.

En el individuo obeso el apetito parece predominar sobre el hambre como señal para la ingestión de alimentos y está sujeto a numerosas influencias ambientales (por ejemplo, el lugar donde se come) y emocionales. Se ha visto que muchos obesos comen en respuesta a señales que no son el hambre, tales como la angustia, la hora del día o lo que suponen que se espera que hagan.

El gasto basal del paciente obeso suele ser mayor en términos absolutos y menor por kg. de peso que en las personas normales. Es mayor en términos absolutos porque el obeso tiene una mayor masa corporal total con un exceso de masa grasa, pero también de la masa carente de grasa que es el componente responsable del gasto basal; el gasto por kilogramo de peso es menor porque por cada kilogramo hay más masa grasa y menos masa carente de grasa.

Los estudios sobre la termogénesis alimentaria en obesos han dado resultados contradictorios, pero en teoría cabría esperar que sea menor, pues en la obesidad hay resistencia a la insulina y menor oxidación de glucosa. De todas formas, la influencia que este renglón tiene en el gasto total es pequeña.

El gasto por actividad física es tan variable en el individuo obeso como en el no obeso; pero con frecuencia se observa que el obeso es menos activo, incluso el obeso deportista; este factor bien puede ser consecuencia del exceso de peso, que dificulta los movimientos, más que un factor desencadenante de la obesidad. Vale la pena considerar que en actividades que implican desplazamiento, el costo de la actividad está aumentado en el individuo obeso, debido al trabajo adicional que implica mover una masa mayor.

Aunque para que se desarrolle la obesidad el balance energético tiene que ser excesivo, no existe un patrón claro en los factores - ingestión, gasto basal, termogénesis alimentaria y actividad física - que lo determinan, pudiendo presentarse varias combinaciones. Puede asegurarse que para que la obesidad se desarrolle la ingestión de energía debe ser excesiva, (aún cuando sea "escasa" o menor que lo normal) con respecto a las necesidades; en otras palabras, de alguna forma el gasto (que determina las necesidades energéticas) está disminuido en el paciente obeso.

La asombrosa constancia en el peso corporal y la masa grasa a lo largo de lapsos muy prolongados lleva a la noción de que debe existir un sistema fisiológico de control del peso y de la masa grasa y ya no sólo de la ingestión de alimentos, una especie de *ponderostato*. Si existe este supuesto sistema se desconocen sus características y localización.

La constancia del peso no solo ocurre en el individuo no obeso, sino también en el obeso. Cuando se desarrolla la obesidad (fase activa) la masa grasa y el peso corporal aumentan, pero no indefinidamente sino que suele alcanzar una "meseta" en la que el proceso se detiene, manteniéndose (fase estable) constantes o casi constantes estas dos variables. En otras palabras, en la fase estable de la obesidad el peso y la masa grasa están evidentemente bajo control pues ya no cambian y eso indica que el balance energético volvió a lo fisiológico y que la ingestión corresponde justamente con las necesidades energéticas.

Si un individuo, normal u obeso, es forzado a perder peso y luego liberado de todo control, en cierto tiempo recupera su peso original (o un poco más); es decir, el sujeto normal vuelve a su peso normal y el obeso vuelve a su sobrepeso.

Relación entre obesidad y salud

En la actualidad, una de las mayores preocupaciones de los profesionales de la salud es el incremento de la obesidad. En los últimos años diversas investigaciones han demostrado que el exceso de peso es un factor de riesgo tanto para desencadenar otras enfermedades como, posiblemente, para elevar las tasas de mortalidad. Así, por ejemplo, Mayer (1986) citado por Saldaña (1989), señalan que las personas que tienen sobrepeso, son más susceptibles de contraer mayor número de enfermedades que las personas con normopeso, y la dieta ha sido relacionada con seis de las diez causas principales que provocan la muerte en los Estados Unidos: enfermedades coronarias, infarto al miocardio, diabetes, arteriosclerosis y cirrosis (McGovern, 1976) citado por Saldaña (1989).

Los riesgos para la salud que conlleva la obesidad crónica son bastante serios. Estudios realizados en este sentido han mostrado una estrecha relación entre obesidad e hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidatos, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y renales, riesgos ante intervenciones quirúrgicas, problemas con la anestesia, complicaciones durante el embarazo, así como frecuentes problemas con las articulaciones: artritis, dolor de espalda, dificultades en las caderas, rodillas y tobillos (Bray, 1976), Dawber, (1980), Jeffrey & Katz, (1977), Kannel & Gordon, (1979), Van Ittalie, (1979) citados por Saldaña (1989).

El riesgo último de la obesidad para la salud es la muerte. A pesar de lo difícil que resulta estimar cuantas personas fallecen a consecuencia de su sobrepeso dado que, por lo general, las estadísticas recogen la causa última de la muerte (por ejemplo, infarto al miocardio), y apenas se presta atención a la incidencia del sobrepeso. Wallen, Hausserman y Lavin (1977) citados por Saldaña (1989) han estimado que las tasas de mortalidad para los individuos obesos son aproximadamente 50 % superior a las de los sujetos con peso normal, y Armstrong (1951) citado por Saldaña (1989) encontró que el índice de mortalidad era un 70 % superior en los hombres con un marcado sobrepeso, y un 42 % más elevado para los hombres con exceso de peso moderado; para las mujeres, las tasas fueron del 61 % y 42 %, respectivamente.

A pesar de los datos aportados hasta el momento, la relación entre obesidad y salud no es tan clara como parece. En una reciente revisión realizada por Brownel (1982) citado por Saldaña (1989), se señala que la cuestión fundamentalmente debatida en este momento es si la obesidad incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, bien como un factor de riesgo independiente, o bien mediante la asociación con otro factor de riesgo independiente, o bien mediante la asociación con otros factores de riesgo tales como hipertensión, hiperlipidemia y diabetes.

Los resultados de los estudios epidemiológicos más recientes, muestran conclusiones confusas. Por ejemplo, Keys (1979, 1980) citado por Saldaña (1989) dirigió una investigación a lo largo de diez años sobre una muestra de más de 12,000 hombres de siete países y no encontró relación entre el peso y enfermedades coronarias en las diferentes categorías de peso, exceptuando la gran obesidad y la extremada delgadez, categorías que incrementaban el riesgo. Resultados similares fueron hallados en la Compañía de Gas de Chicago Dyer, Stomler, Beerkson & Lindberg, (1975) citados por Saldaña (1989). Kannel y Thom (1979) y Sorlie, Gordon y Kannel (1980) citados por Saldaña (1989) encontraron en el *Frammingham Study* un riesgo bajo para los hombres que superaban un poco su peso medio (no ideal) y que el riesgo se incrementaba a medida que el peso aumentaba, sobre todo a partir del 20 % por encima del promedio. Asimismo, el American Cancer Society Study indica que existe una menor tasa de mortalidad en las personas cuyo peso esta por debajo o próximo al 10 % o 20 %, pero que la mortalidad aumenta el 90 % en individuos cuyo peso sobrepasa el 50 % Lew y Garfinkel, (1979) citados por Saldaña (1989). Este y otros estudios Drenick, Bale, Seltzer & Johnson, (1980); Van Itallie, (1979) citados por Saldaña (1989) señalan que la gran obesidad es peligrosa, pero no es tan evidente el riesgo para las personas que tienen menos del 30 % de sobrepeso.

Las preocupaciones sobre el incremento de la obesidad y su relación con problemas de salud se han centrado fundamentalmente en poblaciones adultas. Sin embargo, a medida que la investigación avanza en esta área, la atención empieza a dirigirse, en la prevención de estos trastornos en bebés, niños y adolescentes. Como señala Malick (1983) citado por Saldaña (1989), los esfuerzos para prevenir y controlar la obesidad en estas edades se apoyan en dos supuestos básicos:

- la obesidad infantil generalmente conduce a la obesidad en la edad adulta (los jóvenes obesos tienen mayores riesgos de problemas de salud cuando sean mayores);
- los procedimientos de control de peso en niños son inocuos, excepto en aquellos casos que producen algunos efectos colaterales leves.

Etiología de la obesidad

Las causas del balance energético excesivo que hace desarrollar obesidad no están bien esclarecidas. Es evidente que las causas son múltiples y que pueden combinarse. A continuación se presentan brevemente los factores más plausibles.

Factores genéticos

La obesidad es claramente familiar, pero ello puede deberse a factores ambientales (hábitos alimentarios, de actividad física y actitudes y valores aprendidos en el seno familiar).

Hay una serie de síndromes hereditarios como el de Prader Willi, el de Bardet Biedl, el de Ahlstrom, el de Cohen y el de Carpenter, que incluyen obesidad, generalmente moderada, entre sus componentes. Estos síndromes son muy raros y no explican la mayoría de los casos de obesidad.

Factores hipotalámicos

Como el hipotálamo tiene una gran influencia en la ingestión de alimentos se puede proponer que participa en la etiología de la obesidad. En ratas se pueden dañar áreas específicas del hipotálamo produciendo obesidad o bien anorexia, según el caso, citado por Bourges, (en prensa).

Factores endócrinos

El hiperinsulinismo, la diabetes mellitus independiente de la insulina, el hipotiroidismo, el hipogonadismo y el síndrome de Cushing se acompañan de obesidad, generalmente leve, excepto en el síndrome de Cushing. En todo caso, salvo la diabetes, estos trastornos endocrinos son poco frecuentes y por supuesto no explican la mayoría de los casos de obesidad.

Factores psicológicos

El gusto por alimentos y platillos de alta densidad energética, la tendencia a comer porciones mayores y con mayor rapidez, la distorsión en la percepción de la imagen corporal y la menor capacidad para distinguir entre hambre y otras señales (hora del día, tensión, angustia, etc.) que se ven en muchos obesos, son factores que pueden incluirse en este apartado.

La angustia desencadena en muchos obesos el impulso de comer y los excesos en la ingestión o la obesidad misma son causa de angustia por lo que se genera un círculo vicioso a veces difícil de romper, citado por Bourges, (en prensa).

Factores culturales

Estos factores influyen decisivamente en los hábitos de alimentación y de ejercicio. En muchas familias hay actitudes y valores que favorecen la obesidad. Se concibe a la obesidad como símbolo de salud, de prosperidad y hasta de felicidad. Se acostumbra a las mesas pletóricas de alimentos como índice de abundancia, éxito y generosidad y se acostumbra a las porciones muy amplias. Se premia con alimentos y se castiga con la falta de ellos. Se acostumbra "terminarse todo" y hasta repetir platos como rasgo elemental de cortesía. Se acude a la comida como remedio de las penas. Se favorecen ciertos alimentos y formas de preparación que inclinan a ingerir un exceso de energía. Estas y otras conductas presentes cotidianamente en las tres comidas y unidas al acto familiar importantísimo de reunirse a comer, acaban por generar hábitos de ingestión inconvenientes.

La vida urbana moderna favorece la molición: transporte mecánico, elevadores, escaleras eléctricas y todo tipo de máquinas que reducen notablemente la actividad física. También la alta proporción de ocupaciones sedentarias, la escasez de tiempo para el ejercicio y la predominancia que tiene la televisión en las horas de recreo.

Diagnóstico y prevalencia de la obesidad

La obesidad extrema es evidente a la inspección; conforme el caso es menos extremo y sobre todo en la obesidad leve, se necesita una exploración más completa, citado por Bourges, (en prensa).

Hay varios métodos para medir la composición corporal. En general, los más precisos sólo se han utilizado en estudios de investigación, en cambio los utilizados en clínica son mucho menos directos y por lo tanto, sujetos a error. La talla y el peso brindan estimaciones razonables de la relativa gordura corporal en la mayor parte de las circunstancias, pero no permiten separar lo graso de lo magro y pueden plantearse problemas cuando existen tejidos magros en cantidades anormalmente pequeñas o grandes. Sin embargo, la facilidad con la que se miden la talla y el peso han hecho que se acumulen muchos datos que han proporcionado estándares para diversas poblaciones.

Hay varios métodos de laboratorio para medir la grasa del cuerpo, pero ninguno de ellos está ampliamente disponible para uso clínico. Estos métodos suelen dividir el cuerpo en compartimentos graso y no graso o magro. Cada uno requiere admitir que la composición de los dos compartimentos es idéntica para todas las personas en quienes se mide. Esto puede ser problemático cuando hay que valorar personas con estados diversos de hiponutrición o hipernutrición. Además de los métodos de laboratorio, hay varias técnicas que pueden utilizarse en estudios de campo o clínicos. Estos generalmente se basan en mediciones antropométricas de dimensiones corporales y son menos directas que los métodos de laboratorio.

Métodos de laboratorio

- Peso bajo el agua
- Recuento de K.
- Agua corporal total
- Método Tobec

Métodos clínicos y de campo

Peso y talla

Las medidas antropométricas más utilizadas en clínicas de obesidad y en la práctica médica son la talla y el peso. Autores como Gómez Pérez-Mitré y Saucedo - Molina (1997) han utilizado estos métodos para determinar la validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal (IMC), en pre - adolescentes y adolescentes mexicanos. Estas autoras dicen en su artículo, (1997) que el peso, la talla y la edad son las mediciones básicas que debe registrar un sistema de vigilancia epidemiológica de la nutrición. El estado de salud dicen, depende en gran medida de su nutrición. Y el conocimiento de éste requiere de una evaluación y así diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad, para lo cual utilizan:

- encuestas dietéticas
- exploración y medición de variables clínicas
- pruebas bioquímicas y funcionales así como
- pruebas antropométricas

Las medidas antropométricas tienen las ventajas de la amplia disponibilidad del equipo, facilidad y precisión del uso y aceptación general de los pacientes. De hecho, la mayor parte de los individuos definen la obesidad según su peso corporal. El problema con estas medidas, es que el peso guarda estrecha correlación con la talla y por esto no es una buena medida de la grasa corporal. Para resolver estas dificultades se han utilizado dos métodos básicos (Gray, 1989):

Peso relativo

Este sistema, popularizado por las compañías de seguros consiste en dividir el peso del paciente por un peso estándar que se basa en la talla. Vargas y Casillas (1983), se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto, incluso da una fórmula, siendo esta:

$$\text{Peso Relativo} = \frac{\text{Peso actual (kg.)}}{\text{Peso medio para la talla}} \times 100$$

El valor de éste índice permite diferenciar cuatro situaciones:

- Inferior a 90 % significa malnutrición o bajo peso
- Entre 90 % y 119 % es igual a normalidad
- De 120 % a 129.9 % ya es sobrepeso grado I
- Entre 130% y 139 % es sobrepeso grado II u obesidad

El peso relativo se ha utilizado durante años y suele ser aceptado por la comunidad médica y el público en general. Se trata de un concepto fácil de entender que ha sido útil para las compañías de seguros y en muchas encuestas epidemiológicas, incluyendo el estudio de *Framingham*.

El inconveniente de peso relativo es que se necesita de algún tipo de peso estándar. Los pesos estándar utilizados suelen ser los publicados por la *Metropolitan Life Insurance Company* (1959 y 1983). Basados en el peso asociado con la menor mortalidad para cada talla determinada. Un problema de ello, es que no se sabe exactamente cómo un obeso debe acercarse al peso estándar para determinar pesos relativos, de manera que no hay un estándar idóneo para todos los pacientes. Este último problema guarda relación con el segundo método básico para el uso de peso y talla, el denominado índice de peso - talla.

Índice peso - talla

Este método se define como el peso dividido por algún poder de la talla (W / H^P)³. La función de poder (P) se selecciona en una población para dar la correlación máxima con la grasa corporal o índice de Quetelet kilo sobre m² que es el índice más utilizado de peso - talla. Se le conoce también como segmento antropométrico y ha mostrado ser un buen indicador de la masa corporal de un individuo, citado por Vargas y Casillas (1983).

Este índice, al ser relacionado con la edad del sujeto proporciona una dimensión de mayor dinamismo al incorporar simultáneamente el peso, la talla y la edad como variables, en función de las cuales, se establece el crecimiento somático. Se calcula dividiendo el peso (kg.), entre la talla (m.) elevada al cuadrado.

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg.)}}{\text{Talla (m.)}^2}$$

Los puntos de corte para el IMC en adultos es el siguiente (Vargas y Casillas, 1983):

Categoría	Índice de Quetelet
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15 a 18.9
Normal	19 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obesidad	30 - 39.9
Obesidad severa	Mayor a 40

Varios estudios han demostrado que el Índice de Masa Corporal (IMC) guarda estrecha relación con la grasa del cuerpo y es independiente de la talla Keys, 1972) citado por Gómez Pérez-Mitré, (1993).

En la práctica médica se cuenta con diferentes métodos para estimar la obesidad y sobrepeso. Sin embargo, los cuantitativos han sido los más utilizados en investigación y entre éstos, se han considerado como los más prácticos a los denominados *índices ponderales*.

Estos expresan una relación peso - talla y la bondad en la estimación de obesidad o sobrepeso que puede lograrse con un determinado índice depende de la alta correlación que mantenga con la grasa corporal y de la baja correlación que tenga con la estatura. (Florey, 1970; Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura & Taylor, 1972) citados por Gómez Pérez-Mitré, (1993).

El Índice de Masa Corporal (IMC) o BMI (Body Mass Index) cubre dichas condiciones:

- a) Se ha probado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal medida con un método más preciso — no antropométrico — y relativamente más directo como es el de densimetría, que mide la densidad corporal pesando al individuo inmerso total o parcialmente en agua (Durnin & Womerally, 1974; Keys & cols., 1972) citados por Gómez Pérez-Mitré, (1993) y.
- b) Su misma fórmula (peso / talla²) prevee, al elevar la estatura al cuadrado, la disminución de la influencia de la misma (NIH, 1985; Simopolous, 1986)

citados por Gómez Pérez-Mitré, (1993). Debe señalarse, por otra parte, que el problema que enfrenta el campo de investigación sobre obesidad no se relaciona con los métodos de medición utilizados. La dificultad reside en la carencia de consenso con respecto a la definición operacional de sobrepeso, de obesidad y obesidad masiva. Es decir, no hay acuerdo para los valores de índices que clasifican obesidad o sobrepeso. Así, mientras que para Braguinsky, Mendelson, D' Alessandro, Della Valle, Goldberg, Markman, Mestres, Fainhole y Reinhold (1976) citados por Gómez Pérez-Mitré, (1993), valores IMC de 23 a 27 determinan sobrepeso, Bray (1985) citado por Gómez Pérez-Mitré, (1993) ha utilizado valores de 25 a 30. Asimismo, Simopolous (1986) y Van Itallie (1985) citados por Gómez Pérez-Mitré, (1993), en estudios realizados con los datos de la *National and Nutrition Examination Survey* (1976 - 1980) utilizaron valores de IMC de 34 y de 27.3 respectivamente, para clasificar sobrepeso. Modificaron, además, el denominador de la fórmula para obtener dicho índice, elevando la estatura a la 1.2 potencia en lugar de hacerlo a la 2ª, como es el procedimiento usual. Como consecuencia de esta falta de consenso, la posibilidad de realizar comparaciones entre los resultados de diferentes investigaciones se dificulta y con esto también se obstaculiza el avance en este campo del conocimiento.

Un problema reportado por Gómez Pérez-Mitré (1993), consiste en no contar con un consenso respecto a la definición operacional de cada una de las categorías de clasificación del peso corporal o de la utilización de puntos de corte para la clasificación de los sujetos con base en su masa corporal. Es decir, no hay acuerdo para los criterios que deben ser utilizados para clasificar el peso corporal, la obesidad, el sobrepeso, el peso normal y el bajo peso.

Anteriormente se había hablado de tablas de comparación de pesos estándar, pero sólo se habían mencionado las aplicadas en Estados Unidos. En México hay varias tablas que presentan la gran ventaja de provenir de poblaciones mexicanas. Entre las tablas de niños destacan las de Ramos Galván (1975), que son ampliamente usadas en el ramo pediátrico y nutricional y las de Faulhaber (1976). Entre las tablas para adultos destacan las de Casillas y Vargas (1980) y las de Ramos Galván y Cabrera (1983) y para mujeres embarazadas se tienen las de Arrollo (1985). En cualquier caso, debe tenerse en cuenta su naturaleza estadística. En su presentación debe tenerse en

cuenta que las tablas presentan el promedio o la mediana del grupo, lo que lleva a la falsa idea de que todo paciente de esas características (edad, sexo y estatura) debe tener exactamente ese peso. Por ello, se debe de utilizar presentaciones que muestren centiles o por lo menos el intervalo de normalidad con valores mínimos y máximos. El promedio o la mediana suelen indicar los pesos más comunes para un grupo y esa es su utilidad. Algunas tablas para adultos subdividen cada grupo de estaturas de acuerdo con la constitución corporal en tres categorías: constitución "ligera", "media" y "pesada". Estos términos se refieren a la masa del esqueleto para una misma estatura, el esqueleto puede ser más o menos pesado y eso se refleja en la masa corporal grasa y el peso corporal total, por lo que el peso de referencia tiene que ser diferente. El uso de este tipo de tablas elimina un factor de posible error citados por Bourges, (en prensa).

Pliegues cutáneos

Las mediciones de espesor de pliegues cutáneos o la suma de varios pliegues predicen el porcentaje de grasa corporal, si se miden adecuadamente puede usarse una ecuación para estimar la grasa corporal de un sujeto. Los pliegues de la piel también sirven para medir la distribución de la grasa. Aún cuando hay muchos obstáculos para la predicción precisa de la gordura corporal valiéndose del espesor de los pliegues cutáneos, éstos sugieren que pueden ser indicadores útiles de los tipos de distribución de grasa y de los factores de riesgo correspondientes. Entre las ventajas que se pueden mencionar de éste método es que los compases que se usan para realizar estas mediciones son baratos y portátiles y las mediciones son relativamente simples y son aceptados por los pacientes.

Circunferencias

Valiéndonos de una cinta métrica, podemos medir las circunferencias del abdomen o de la cintura y las de la región glútea y caderas, esta medición es más precisa y está sujeta a menos errores. Se ha demostrado que hombres y mujeres con una proporción elevada entre las circunferencias de cintura - a - cadera tienen mayor peligro de muerte, apoplejía y cardiopatía isquémica.

Prevalencia de la obesidad

Por lo que se refiere a la adolescencia, como señalan Pato Y Rodriguez (1977) citados por Saldaña (1989), es bien sabido que este período evolutivo se caracteriza por un incremento en la velocidad de desarrollo y un aumento de 15 a 20 cm. de talla y de 14 a 18 kilos de peso en los chicos, mientras que estas cifras son algo menores para las chicas. Las necesidades de sustancias nutritivas aumentan durante este período evolutivo, pero su abuso sólo puede favorecer el establecimiento de la obesidad. Heunemann, Hampton, Benhmke, Shapiro & Mitchell (1974) citados por Saldaña (1989) hallaron que entre el 8 % y 10 % de los adolescentes de Berkeley tenían por lo menos un 20 % de sobrepeso, y de 5 % a 7 % sobrepesaban el 30 %; en otro estudio, Gran y Clark (1976) citado por Saldaña (1989) indicaban que entre un 10 y 30 % de las adolescentes tenían sobrepeso. En cuanto a la mayor prevalencia en uno y otro sexo durante este período evolutivo, no existe acuerdo entre los distintos estudios epidemiológicos realizados.

Capítulo 2

Trastornos alimentarios

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGUN EL DSM - III

Anorexia Nervosa

La anorexia se caracteriza, de acuerdo con lo señalado en el DSM - III, por pérdida de peso de por lo menos un 25 % de peso original, sin que exista una causa objetiva que la explique. Entre los criterios - diagnóstico se encuentra, además del temor intenso al sobrepeso que no disminuye aún frente a la pérdida progresiva del peso corporal, una distorsión de la imagen corporal, percepción subjetiva de gordura y, en el caso de mujeres, se presenta también el problema de la amenorrea. Usualmente se inicia, al igual que la bulimia, en la adolescencia, aunque puede aparecer en la niñez o en la vida adulta.

En la anorexia, las relaciones interpersonales y en general el desarrollo social, a diferencia de lo que ocurre con la bulimia, se encuentran frecuentemente dañados, mientras que el funcionamiento intelectual o vocacional puede mantenerse hasta cierto límite.

Las personas bulímicas tienen un marcado interés o preocupación por su imagen corporal (característica que el DSM - III limitaba a la anorexia, aunque después se tomó en cuenta, como puede apreciarse en la edición de 1988, del DSM - III - R), proponen distinguir entre lo que es el síndrome, que denominan bulimia - nervosa (o bulimia/anorexia), que involucra, acceso bulímico, técnicas de purga y distorsión de la imagen corporal, de lo que es el síntoma, que puede caracterizarse:

- sólo por la forma de comer (acceso bulímico)
- por la forma de comer junto con técnicas de purga, que sería la bulimia propiamente dicha

Además, el diagnóstico de bulimia - nervosa es aplicable también al anoréxico, que además de presentar distorsión de la imagen corporal, que es su característica central, presenta también accesos bulímicos y técnicas de purga. También, dado que bulimia, anorexia y obesidad, comparten aspectos cognoscitivos y conductuales (forma de comer, insatisfacción con la imagen corporal, considerar la delgadez y seguimiento periódico de dietas restringidas) la conducta alimentaria podría verse dentro de un continuo

bipolar, en donde el obeso sin accesos bulímicos puntuaría bajo en la escala, el obeso con accesos bulímicos, más alto; el bulímico más alto que el anterior y el anoréxico en el otro extremo.

Los estudios realizados en dietantes, que muestran claramente la existencia de la bulimianorexia, señalan como característica, una conducta alimentaria férreamente restringida, que se interrumpe constantemente con accesos bulímicos, ya sea con o sin técnicas de purga. El acceso bulímico es el común denominador de las tres principales entidades de las anomalías de la conducta alimentaria. Se ha encontrado que casi en 50 % de los obesos presentan accesos bulímicos y aproximadamente una cuarta parte de los criterios diagnósticos que establece el DSM - III para bulimia, en la que puede estar presente o no, el vómito auto inducido. Asimismo, señala, que la tasa de accesos bulímicos y de vómito autoinducido en la anorexia nervosa, excede el 50 % de la población obesa estudiada.

Bulimia

La bulimia al igual que la anorexia nervosa representa un severo temor, prácticamente una fobia, al sobrepeso. Ambas anomalías de la conducta alimentaria aparecen definidas en el DSM - III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Psiquiátrica Americana (1980). De acuerdo con lo señalado en el DSM - III, la característica central de la bulimia es un consumo rápido de grandes cantidades de alimento en periodos cortos. Se considera como una conducta alimentaria reactiva a periodos de dietas restrictivas. El tipo de alimento que se consume suele ser altamente calórico y de fácil ingestión. El sujeto en sus reiterados intentos para bajar de peso, recurre, además de someterse a dietas muy restrictivas, a una serie de prácticas tales como, vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos (técnicas de purga).

Según el DSM - III, se ha encontrado que la edad promedio en la que se establece el acceso bulímico es a los 18.4 años que, por otra parte, es también la edad en la que se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo. Por lo general, las personas bulímicas ignoran que dicha conducta alimentaria representa una enfermedad, desconocen sus consecuencias y aún la existencia misma del término bulimia.

Trastornos de la conducta alimentaria según el DSM III R

Anorexia nerviosa

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o convertirse en una persona obesa, aún cuando se esté por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal y amenorrea (en las mujeres). (El término anorexia es incorrecto ya que es rara la pérdida de apetito).

La alteración en la imagen corporal se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren este trastorno afirman que se "encuentran obesos" o que algunas partes de su cuerpo se encuentran desproporcionadas, cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal o incluso están emaciados. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechos con algún rasgo de su apariencia física.

La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de comida, acompañada de intenso ejercicio. Con frecuencia estos pacientes se provocan el vómito o emplean laxantes o diuréticos. (En algunos casos puede presentarse también bulimia nerviosa).

La persona solicita atención profesional cuando la pérdida de peso (o fracaso para alcanzar el peso esperado) es considerable. Un ejemplo es la pérdida hasta llegar al 85 % del peso teórico (se señala el 85 % de una manera arbitraria y a modo de guía). Cuando la persona sufre una considerable pérdida de peso, aparecen otros signos clínicos, como hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo (vello similar al del neonato) y una gran variedad de cambios metabólicos. En muchos casos, la amenorrea sigue a la pérdida de peso, aunque tampoco es infrecuente observar que la amenorrea aparece antes que la pérdida de peso tenga lugar.

Sintomatología asociada

Algunas de las personas con este trastorno no pueden mantener un control continuado sobre su restricción voluntaria de ingerir alimentos y pasan por episodios de bulimia (voracidad), a menudo acompañados de vómito. Muchas de estas personas sufren también bulimia nerviosa.

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

Muchas de las personas que sufren este trastorno, niegan con firmeza o minimizan la gravedad de su enfermedad y se resisten o no están interesados en su tratamiento. Algunos adolescentes presentan un retraso en el desarrollo psicosexual y los adultos muestran un cada vez menor interés por el sexo. Durante la enfermedad puede haber conductas compulsivas, como lavarse las manos, que pueden justificar un diagnóstico adicional de trastorno obsesivo-compulsivo.

Edad de comienzo

La edad de comienzo se sitúa entre el principio y el final de la adolescencia, aunque el trastorno puede presentarse desde antes de la pubertad hasta el principio de la tercera década (poco frecuente).

Incidencia en cada sexo

Este trastorno aparece de forma predominante en las mujeres (95 %).

Prevalencia

Estudios realizados en diferentes muestras de población han señalado una prevalencia que oscila entre 1 de cada 800 mujeres y 1 de entre cada 100 hombres con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años.

Curso

El curso puede ser progresivo hasta la muerte, episódico, o más frecuentemente consistir en un episodio único, con posterior recuperación del peso normal.

Deterioro

A menudo, la pérdida grave de peso requiere hospitalización para prevenir la muerte por inanición.

Complicaciones

Los estudios de seguimiento indican una tasa de mortalidad entre el 5 y el 18 %.

Antecedentes familiares

Este trastorno es más frecuente entre las hermanas y madres de las personas que lo padecen que en la población general. Diferentes estudios han observado una mayor frecuencia de la esperada de depresión mayor y trastorno bipolar entre los familiares de primer grado de las personas con anorexia nerviosa.

Factores predisponentes

En algunas personas, el comienzo de la enfermedad se encuentra asociado a algún episodio de estrés vital. Algunas de estas personas han sido descritas como extraordinariamente perfeccionistas, "niñas modelo". Alrededor de un tercio de ellas presentan un moderado exceso de peso antes del comienzo de la enfermedad.

Diagnóstico diferencial

En los trastornos depresivos y en cierto tipo de trastornos somáticos puede haber pérdida de peso, aunque no hay una alteración en el esquema corporal, ni miedo irracional a convertirse en obeso.

En la esquizofrenia pueden observarse patrones de alimentación bastante raros; sin embargo, pocas veces aparece el síndrome completo de la anorexia nerviosa; si se diera, hay que establecer los dos diagnósticos.

En la bulimia nerviosa (no relacionada con la anorexia nerviosa), puede haber miedo a la obesidad y la pérdida de peso puede ser considerable, aunque el peso no se encuentra por abajo del valor normal mínimo. En algunos casos, la anorexia nerviosa aparece en personas con bulimia nerviosa y en este caso hay que hacer los dos diagnósticos.

Crterios para el diagnóstico de la anorexia nerviosa:

- Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso hasta un 15 % por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento resultando un peso corporal un 15 % por debajo del peso teórico.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

- Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo, la persona se queja de que "se encuentra obesa" aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo de su peso normal.
- En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.

Bulimia nerviosa

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo); percepción de falta de control sobre la ingesta durante los episodios de voracidad, vómito provocado, empleo de fármacos laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayuno, o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso y preocupación persistente por la silueta y el peso. Para establecer el diagnóstico la persona deberá haber presentado un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana durante un período de por lo menos tres meses.

Los episodios de voracidad pueden ser planificados. La comida consumida durante estos períodos a menudo posee un elevado contenido calórico, sabor dulce y una textura que facilita su rápida ingesta. Los alimentos suelen ingerirse de forma disimulada e incluso en secreto. La comida es engullida con rapidez, sin ser masticada apenas. Una vez ha comenzado la ingesta pueden añadirse paulatinamente alimentos para continuar con la comilona. El episodio de voracidad termina normalmente con malestar abdominal, sueño, interrupción de la vida social o provocación del vómito. El vómito alivia el dolor provocado por la distensión abdominal, permitiendo la continuación de la ingesta o la finalización del episodio de voracidad y palía a menudo el malestar subsiguiente a la comilona. En algunos casos, puede buscarse el vómito en sí mismo, así que la persona comería vorazmente para después vomitar, o vomitará simplemente

tras la ingesta de una pequeña cantidad de comida. Aunque estos episodios de voracidad pueden ser gratificantes, más tarde aparecerán autocríticas y un estado de ánimo deprimido.

Las personas con bulimia nerviosa muestran invariablemente una gran preocupación por su peso y hacen intentos repetidos para controlarlo mediante la dieta, el vómito o el empleo de fármacos eméticos y diuréticos. Las frecuentes oscilaciones de peso debidas a la alternancia entre las comilonas y los ayunos constituyen una característica primordial. A menudo, estas personas se dan cuenta de que sus vidas están dominadas por conflictos relacionados con la ingesta de comida.

Sintomatología asociada

Aunque la mayoría de las personas con bulimia nerviosa tienen un peso normal, algunos pueden situarse ligeramente por debajo del peso ideal y otros incluso pueden presentar exceso de peso. Con frecuencia se observa un estado de ánimo deprimido que puede formar parte de un trastorno depresivo. En algunas personas con este trastorno hay abuso o dependencia de sustancias psicoactivas; los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína o el alcohol.

Edad de comienzo

Normalmente, el trastorno comienza en la adolescencia o el principio de la vida adulta.

Curso

En muestras clínicas, el curso habitual es crónico e intermitente a lo largo de muchos años. Con frecuencia las comilonas se alternan con períodos de ingesta normal, o con periodos de normalidad y ayuno. Sin embargo, en los casos extremos puede existir una alternancia entre las comilonas y los ayunos sin periodos de ingesta normal.

Antecedentes familiares

Frecuentemente, los padres de las personas que sufren estos trastornos son obesos. Algunos estudios han señalado la existencia de depresión mayor entre los familiares de primer grado de las personas con bulimia nerviosa, en mayor frecuencia de lo esperada.

Deterioro y complicaciones

La bulimia nerviosa muy rara vez resulta incapacitante, excepto en aquellos casos que pasan el día entre comilonas y vómitos. La erosión dentaria es una complicación frecuente del vómito. Puede haber desequilibrios electrolíticos y deshidratación, que dan lugar a complicaciones físicas serias, como arritmias cardíacas y muerte súbita ocasional. Las complicaciones más raras incluyen desgarros esofágicos y roturas gástricas.

Prevalencia e incidencia en cada sexo

Un estudio reciente realizado en estudiantes de bachillerato señala que el 4.5 % de las mujeres y el 0.4 % de los varones tienen una historia de bulimia.

Factores predisponentes

Existe evidencia de que la obesidad en la adolescencia predispone al desarrollo del trastorno durante la vida adulta.

Diagnóstico diferencial

En la anorexia nerviosa hay una grave pérdida de peso, aunque en la bulimia nerviosa (no relacionada con la anorexia nerviosa) las fluctuaciones del peso no son tan extremas como para amenazar la vida del paciente. En algunos casos, la anorexia nerviosa aparece en personas con bulimia nerviosa y entonces hay que hacer ambos diagnósticos. En la esquizofrenia se observan conductas alimentarias extravagantes, aunque rara vez se da el síndrome completo de la

bulimia nerviosa; si se diera, hay que establecer los dos diagnósticos. En ciertas enfermedades neurológicas, como los equivalentes epilépticos, los tumores del SNC, los síndromes tipo Klüver - Bucy y el síndrome de Kleine - Levine, se observan patrones alimentarios anómalos, pero rara vez es posible el diagnóstico de bulimia nerviosa. Si tal diagnóstico fuese factible, hay que hacer ambos diagnósticos.

Criterios para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa

- Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo).
- Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
- La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.
- Preocupación persistente por la silueta y el peso.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGUN EL DSM - IV

Anorexia nerviosa

Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito).

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su talla y edad. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. El criterio A del DSM - IV proporciona un criterio para determinar cuándo el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la *Metropolitan Life Insurance* o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE - 10), en la que se especifica que el individuo debe tener un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o inferior a 17.5. (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura). Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos cuantos alimentos.

Existen otras formas de perder de peso como la utilización de purgas o el excesivo ejercicio.

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción de peso y de la silueta corporales. Algunas personas se encuentran "obesas", mientras otras se dan cuenta de que se encuentran delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y peso del cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas "obesas". El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su auto control. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso (o cuando observan que no ganan peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso *per se*. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa.

Tipo restrictivo

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo / purgativo

Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en la que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores

culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

La anorexia nerviosa rara vez se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres.

Prevalencia

Los estudios sobre prevalencia realizados entre chicas adolescentes y jóvenes adultas han revelado un porcentaje del 0.5 - 1 % para los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa. Es más frecuente encontrar a individuos que no presentan el trastorno completo. Existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

Curso

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante como, por ejemplo, el abandono del hogar para ir a estudiar. El curso y el desenlace del trastorno son muy variables. Algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguida de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años. Para establecer el peso del individuo y el equilibrio hidroelectrolítico es necesario que el enfermo ingrese en un centro hospitalario. La mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La

muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

Patrón familiar

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los parientes de primer grado. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo / purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos monocigotos que en los dicigotos.

Bulimia nerviosa

Características diagnósticas

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. El clínico debe tener en cuenta el contexto en el que se produce el atracón - lo que se calificaría como consumo excesivo de una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario -. Un "período corto de tiempo" significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a dos horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón, que los individuos sin bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno, se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no pueden haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o a los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración de control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración de control asociada a los atracones, no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso. Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80 - 90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición

del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman *jarabe de ipecacuana*. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando, los enfermos emplean enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que infiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y en la silueta corporales al autovalorarse y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo

Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

La bulimia nerviosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos, se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos.

Por lo menos un 90 % de las personas que padecen bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres.

Prevalencia

La prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1 - 3 %. Entre los varones la prevalencia es 10 veces menor.

Curso

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje en las clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo.

Patrón familiar

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

Diagnóstico diferencial

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica anorexia nerviosa, tipo compulsivo / purgativo y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo / purgativo (p. ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares) es anorexia nerviosa, tipo compulsivo / purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa.

Los trastornos alimentarios en México

En este apartado se revisan algunos estudios que se han elaborado con el propósito de conocer cuál es la situación que los trastornos alimentarios guardan en relación a la población.

Un estudio, muestra el estado nutricional de preescolares y mujeres en México. Sepúlveda Amor, Lezana, Tapia - Conger, Valdespino, Madrigal y

Kumate (1990), reportaron que, aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición. Particularmente la ciudad de México reportaba la cifra más baja, con una media de 550,000 niños desnutridos. En lo que se refiere a obesidad el 4.4 % a nivel nacional la padece.

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

En otro estudio Gómez Peresmitré (1993) cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nervosa). La muestra (n = 197), se tomó de una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados mostraron inexistencia del problema de obesidad (2 %), en cambio para el problema de sobrepeso la prevalencia fue del 41 %. Se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Tres factores se relacionan con esas prácticas, algunas técnicas que pueden ser consideradas como de purga, accesos bulímicos y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Escobar (1993), exploró las prácticas relacionadas con trastornos alimentarios en una muestra estudiantil (n = 929), de secundaria, preparatoria y licenciatura. Encontró que la práctica más reportada fue el seguimiento de dietas, que fue alta en las escuelas privadas de los niveles de secundaria y preparatoria (66 %) y baja (37 %), en estudiantes de escuelas públicas. También fue baja (48 %), en estudiantes de nutriología y alta (64 %) en estudiantes de otras licenciaturas. Con respecto a la preocupación por el comer, la frecuencia era más alta en las escuelas públicas (47 %) y baja para las escuelas privadas (45 %), para los estudiantes de licenciatura en nutriología se observó una frecuencia baja (10 %) y alta para otras licenciaturas (32 %). Se halló la presencia de accesos bulímicos, en escuelas privadas que representó el 31 % y en escuelas públicas el 12 %. Para los estudiantes de nutriología (6 %)

y para las estudiantes de otras licenciaturas el (13 %). También se observó la escasa presencia de vómito autoinducido y uso de laxantes.

En otro trabajo que exploró la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por secundaria y preparatoria de escuelas privadas y el otro formado por estudiantes de danza clásica. Se obtuvieron los siguientes resultados sin llegar a la franca patología. El grupo de danza tenía los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo; otras conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos (Unikel y Gómez Peresmitré, 1997).

Por los datos anteriores se concluye que las evidencias conducen a la hipótesis que los trastornos alimentarios se están desarrollando en nuestra cultura aunque no de la misma manera en que ocurre en las sociedades desarrolladas, sino con grandes desventajas; no contamos con los mismos recursos para combatirlas, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional. Por lo que es necesario aportar información propia de nuestro contexto y elaborar programas de prevención primaria destinados a atender a la población considerada como de alto riesgo a fin de disminuir la frecuencia de estos trastornos.

<

Capítulo 3

Imagen corporal

IMAGEN CORPORAL

En este apartado se aborda el concepto de imagen corporal. Desde la perspectiva de algunos teóricos, de este concepto muy amplio, se derivan otros, como: la satisfacción de la imagen corporal y la distorsión de la imagen corporal.

Son muchas las definiciones que se encuentran sobre imagen corporal, clasificándolas por áreas, pueden ser: clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicogenéticas y psicosociales.

Además se encuentran diversas denominaciones en la literatura para hablar del hecho que consiste en mirar el propio cuerpo y autoevaluarlo, por ejemplo: conciencia del cuerpo, imagen corporal, esquema corporal, concepto del cuerpo, yo corporal e imagen especial del cuerpo.

En este trabajo solo se mencionarán algunas definiciones:

Para Grenacre (1953), la imagen corporal consiste en una catexis predominantemente libidinal y bastante bien estilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas.

Según Dolto (1986), el esquema corporal especifica al individuo en cuanto a representante de la especie, independientemente del lugar, la época o las condiciones en que vive. Es decir, es el mismo para todos los individuos.

La imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia, es la síntesis viva de las experiencias emocionales interhumanas repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales y es eminentemente inconsciente.

Hamachek (1981) citado por Bruchon - Schweitzer, (1992), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser o negativa si discrepa con lo que se desea. Para este autor, el aspecto, es un determinante esencial de la autoestima en el hombre y la mujer.

La retroalimentación proporcionada por los demás es la base de las opiniones que nos formamos en torno a nuestros estados emocionales, destrezas personales y atractivo físico. Con el tiempo, el cuerpo llega a desempeñar un papel central en nuestras percepciones.

En estos incesantes procesos, intercambiamos partes de nuestra imagen corporal con las imágenes corporales de los demás, es decir, existe una perpetua socialización de las imágenes corporales. Schilder (1977).

Para Bruchon (1992), la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias.

En una revisión que hace de un conjunto de trabajos psicológicos, señala que la adquisición progresiva de la imagen del propio cuerpo, se apoya sobre adquisiciones múltiples, no solo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales.

A través de la socialización, se va adquiriendo la imagen corporal. Generalmente el cuerpo se experimenta como una parte o aspecto del yo, a menudo como su límite externo. Una de las causas de semejante relación radica en el hecho de que el yo ideal contiene actitudes relacionadas con el aspecto físico llamado también ideal corporal.

El concepto de un yo físico

Uno de los aspectos más visibles del período de la adolescencia es la tasa acelerada de crecimiento y cambio que ocurre justo antes de la pubertad y continúa, a una tasa decreciente, a través de la mitad de la segunda década de la vida. Para el adolescente los cambios con frecuencia son sorprendentes e incluso perturbadores. Si uno tiene 1.50 m. de estatura y se ha acostumbrado a ella, es un tanto difícil acostumbrarse a los 15 cm. extra que aparecen repentinamente. Esto se vuelve más notorio cuando los pantalones o las faldas le quedan muy cortos y cuando los puños de las camisas no alcanzan a llegar a la muñeca. Particularmente resulta desafortunado que esa aceleración del crecimiento sobrevenga en una época en que el adolescente se encuentra en el proceso de lograr un concepto satisfactorio de sí mismo y cuando posiblemente se encuentra perturbado emocionalmente mientras se esfuerza por aprender nuevos papeles y se enfrenta al nuevo "status" y experimenta el advenimiento de la pubertad. Sin embargo, a pesar de lo difícil que pueda resultar esa aceleración del crecimiento para un adolescente cuyo desarrollo es normal, el problema se complica si el crecimiento representa una desviación acentuada de lo que le sucede al resto del grupo de coetáneos, por ejemplo, el crecimiento general excesivo o el desarrollo excesivo o extremo de alguna región del cuerpo, como los senos o el pene. Tal desviación puede dar lugar a la pérdida de autoestima, una conciencia desmedida del sí mismo, e incluso adaptaciones o esfuerzos malsanos en compensación.

Es característico de los seres humanos tener un concepto del yo físico, con inclusión de una imagen corporal. La idea de una imagen corporal, creada por Schilder (1935) y elaborada por Kolb (1959) y Schonfeld (1963) citados por Caplan, (1973), postula que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y su capacidad funcional. En un sentido real, al cuerpo se le puede considerar como el cúmulo del yo. Cuando ocurren cambios o adiciones físicas que requieren de una revisión radical en el propio concepto del yo físico, suele ser difícil ajustarse a la realidad física, así como a los nuevos conceptos del yo físico que implica en verdad. Un adulto que descubre que sube de peso, que se le cae el pelo, que pierde la apariencia juvenil o que acumula incapacidades físicas, se encuentra en cierta forma en la misma situación del adolescente que también experimenta cambios físicos que también parecen estar fuera de

control. Tal vez al adolescente le resulte más difícil ajustarse a los cambios físicos que al adulto, ya que es menos probable que el joven esté preparado para los cambios o para reconocer el verdadero significado de esto. También está el factor adicional de que los valores del adolescente puedan ser tales que éste sobrestime la importancia de las cosas físicas y tenga menos deseos que un adulto, de aceptar los cambios.

La estructura de la imagen corporal está determinada por:

1) La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional.

Ordinariamente, la imagen corporal cambia lentamente durante la niñez y la pre adolescencia. Las alteraciones graduales de la apariencia y el peso son fácilmente asimiladas dentro de la imagen dominante que tiene el niño de su propio cuerpo. Al sobrevenir la adolescencia el ritmo del cambio se acelera enormemente .

Curran y Frosch (1942) citado por Caplan, (1973) llaman la atención sobre la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal durante la adolescencia normal debido a los rápidos cambios que tienen lugar en la pubescencia en cuanto al tamaño, las proporciones y las características sexuales primarias y secundarias. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anomalías que ya estaban presentes en la niñez asumen una nueva significación. Durante la pubescencia el crecimiento tiende a ser discordante, o sea que los cambios físicos asociados con el desarrollo sexual no tienen lugar siempre al mismo tiempo. Los varones que experimentan una adolescencia "demorada" asociada a una deficiencia en la altura, obesidad, carencia de desarrollo muscular y características sexuales secundarias inadecuadas, pueden interpretar esto como evidencia de una falta de virilidad, mientras que un retardo en la menarca y el escaso tamaño de los pechos suscitan en la joven una similar inquietud respecto a su aptitud sexual. La obesidad y defectos menores en el aspecto físico, tales como el tamaño o la forma de la nariz o las orejas, la textura del cabello y particularidades cutáneas pueden convertirse en factores importantes en el equilibrio de la personalidad. Los adolescentes piensan que ser diferentes equivale a ser inferiores. Incongruencias notorias en el desarrollo sexual, como la ginecomastia o el eunuquismo o defectos congénitos tales como el pseudohermafroditismo, tiene consecuencias particularmente nocivas. Grenacre

(1948) citado por Caplan (1973), confirmó las atribuciones de Schilder (1935) citado por Caplan (1973) acerca de la importancia de la imagen corporal para la identidad personal. En el varón, los rasgos decisivos son la altura la fuerza y el desarrollo muscular, la longitud del pene, la presencia de los testículos y el hirsutismo. La menarca, el tamaño de los pechos y el desarrollo de la cadera son rasgos típicos de la identidad femenina.

Stolz y Stolz (1951) citados por Caplan (1973) comprobaron que el 7.5 % de un grupo de 93 adolescentes normales se mostraban perturbados por su baja estatura y el 13 % de 83 muchachas se preocupaban por su elevada estatura. El 22 % de los varones se sintieron descontentos, en algún momento de la adolescencia, de alguno de sus rasgos físicos. Jones y Bayley (1960) citados por Caplan (1973), dicen que los 2 / 3 de los adolescentes que estudiaron, expresaron el deseo de alterar algún rasgo físico. Otros estudios revelaron que hay una mayor probabilidad de que los varones que maduren tardíamente, y no los que lo hacen prematuramente, tropiecen con un ambiente sociopsicológico en general desfavorable como consecuencia del efecto negativo de sus rasgos de personalidad. Un desarrollo sexual inapropiado durante la adolescencia suscita perturbaciones en la imagen corporal. No obstante, no todos los adolescentes que tienen deficiencias reales de maduración tienen perturbaciones en su imagen corporal. Por lo tanto, conviene evaluar la medida en que obvios defectos de la configuración corporal suscitan tales perturbaciones y no limitarse a suponer una interacción de la estructura y la conducta.

2) Factores psicológicos internalizados. Los adolescentes que carecieron de una relativa estabilidad cuando niños como resultado de perturbaciones de la relación con sus padres y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tienen dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares o vocacionales de la adolescencia. Cuanto más ineficaces fueron sus adaptaciones en la primera fase de la niñez, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia, y con mayor razón aún, a las desviaciones reales o imaginarias en la maduración o la configuración corporal. Debemos tener en cuenta que es la personalidad quien experimenta las percepciones y crea los conceptos que constituyen la imagen corporal. O sea que las experiencias afectivas anteriores influyen sobre las observaciones y las interpretaciones que hace el sujeto. La imagen corporal es

una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias. Tiene aspectos conscientes e inconscientes.

Aunque la mayoría de los componentes esenciales de la personalidad toman forma durante la niñez, su interrelación no queda plenamente establecida hasta la última fase de la adolescencia. Algunos de los componentes que se deben evaluar son el concepto que tiene el individuo de su propia importancia, sus aspiraciones de mejoramiento personal, las fuentes de las que desea obtener "status", el grado de independencia que caracteriza a sus relaciones con los demás, su método para asimilar nuevos valores, su idea de la propia capacidad para hacer cosas por sí mismo, su autoestima y sus sentimientos de seguridad, su capacidad para tolerar frustraciones, su capacidad para juzgarse de un modo realista, su necesidad de una gratificación placentera e inmediata, su sentido de la obligación moral y la responsabilidad y el tipo de defensas que utiliza cuando está amenazada su seguridad o su autoestima.

Durante la niñez estos componentes están ordenados de acuerdo con la capacidad del niño y las exigencias y necesidades de su edad. La adolescencia trastorna ese ordenamiento y crea confusión en los modos de respuesta del joven. Para poder sentirse cómodo en el mundo adulto, el individuo tiene que reordenar los componentes de su personalidad y crear un nuevo equilibrio, una nueva imagen de *sí mismo*. Parece lógico suponer que la adolescencia, que introduce un cambio tan tremendo en la estructura anatómica y fisiológica, con las consiguientes reacciones físicas, ocasione también una modificación de las actitudes hacia el cuerpo. Probablemente el primer signo de cambio psicológico sea una creciente presión en pro de la maduración (Josselyn, 1959) citado por Caplan (1973). Muy pronto se funden, para formar la conducta considerada típica de la adolescencia, un enfoque más agresivo de los problemas de la vida, la necesidad de independizarse del control de los padres, el impulso hacia la madurez y la lucha por establecer una relación heterosexual. Muchos adolescentes se sienten abrumados, durante un breve período por los efectos del proceso de maduración fisiológica, de manera que con frecuencia sufren algún grado de perturbación de la imagen corporal.

Las diferencias biológicas entre los sexos influyen sobre su psicología. El ciclo menstrual y el papel del embarazo en la mujer, la diferencia en la

distribución de las adiposidades y los músculos en ambos sexos, la accesibilidad de los órganos genitales masculinos para la percepción visual y táctil, en contraste con los órganos femeninos, en gran parte ocultos, influyen sobre la percepción del cuerpo. Sin embargo, las diferencias sexuales en cuanto a la imagen corporal y el concepto de sí mismo no provienen solamente de las diferencias biológicas sino también de las variaciones en los roles sexuales que asigna predominantemente la cultura.

Todo adolescente necesita tener una sensación de su propio valor y cualquier cosa que lo haga sentir inadecuado o inferior puede suscitar prontamente en él alguna clase de reacción defensiva. Los estudios de Ackerman (1949) citado por Caplan (1973), comprueban que las aberraciones del comportamiento de los jóvenes de ambos sexos que se hallan en la segunda década de la vida son ocasionadas frecuentemente por una incorrecta reacción ante la sensación de ser diferentes.

Los adolescentes que sufren diversos trastornos de la personalidad los manifiestan en distorsiones del concepto del cuerpo. Algunos expresan su sensación de pequeñez o inferioridad en comparación con su padre a través de una preocupación irrazonable por el tamaño de su pene; en otros, una hiperplasia mínima de los pechos en la pubertad o una demora del comienzo de la adolescencia reactualizan o suscitan una ansiedad de castración.

3) *Factores sociológicos.* En el curso de su desarrollo el individuo se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su ambiente y aprende a adaptarse a ellas. Tanto las presiones como la adaptación tienen lugar en un medio social, de manera que la persona es objeto a la vez de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones, sobre cuya base puede alterar su conducta o reafirmarla. En ocasiones la presión del ambiente desencadena un "mecanismo de retroalimentación", por obra del cual las tensiones primarias son estimuladas por otras secundarias. Lo que conduce a menudo a un círculo vicioso de repercusiones.

La actitud de los padres o sus sustitutos deja una huella indeleble en el concepto que tiene el niño de sí mismo, de su cuerpo y de las funciones de éste. Desde la primera infancia, la madre expresa su actitud hacia el niño en la manera en que lo sostiene, lo alimenta, lo toca y lo cuida. Más tarde expresa también verbalmente su aprobación o desaprobación.

Según Bruch (1941, 1943 y 1948) citado por Caplan (1973), la forma en que el niño evalúa su cuerpo refleja los valores de quienes lo atienden. Los niños aceptados por sus familias habitualmente no sobrestiman ni subestiman a sus cuerpos. En cambio, cuando el niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia llega a menospreciarse. A su vez, las familias que tienden a enfatizar la significación del aspecto y el funcionamiento físico les inculcan a los hijos a menudo una sobrevaloración de la seguridad que ofrecen la "belleza física" o la "musculatura". Los adolescentes que cimientan de ese modo su sensación de seguridad están menos dispuestos a aceptar cualquier desviación en la configuración corporal o a adaptarse a ella, que aquellos a quienes sus familias les han enseñado a respetar el carácter único de cada individuo.

A menudo, los padres suscitan la ansiedad inicial del adolescente a raíz de su aspecto y adecuación sexual con una mirada, una frase, o un persistente interés por el desarrollo genital o la estatura del hijo o por la demora en la menarca o el peso excesivo de la hija, transfiriéndoles a sus hijos su preocupación por la propia insuficiencia. Muchos padres, dentro de un grupo estudiado, rechazaban abierta o encubiertamente a sus hijos por diversas razones. En ocasiones, sus ataques, inconscientemente malignos, tienen el fin de satisfacer sus propias necesidades psicopáticas. Se debe de recordar que las motivaciones inconscientes de la conducta de los padres respecto del hijo pueden ser opuestas a las conscientes, suscitando así una mayor confusión tanto en el adolescente como en los progenitores.

El adolescente puede llegar a pensar que dificultades que no tienen relación entre sí provienen únicamente de su "desfiguración".

Los adolescentes se muestran extraordinariamente sensibles a su concepto del yo. Reaccionan instantáneamente ante lo que piensan de sí mismos y lo que los demás piensan de ellos. Dado que su imagen de la propia persona se halla en constante fluidez, son especialmente vulnerables ante los juicios de los demás. La aprobación o la desaprobación de los otros asume una importancia enorme.

Más importante que la desventaja objetiva que constituye un desarrollo sexual inadecuado es la desventaja social que éste entraña para el adolescente. Una desviación respecto del grupo provoca una respuesta muy negativa de los

pares y casi asegura que se lo tratará de un modo diferente que a sus compañeros. Los adolescentes tratan de una manera muy discriminatoria a las personas que padecen desventajas físicas. Estas personas gozan de menor prestigio dentro del grupo, con frecuencia se las evita, no obtienen su cuota de atención del sexo opuesto y a menudo se las trata con abierto desprecio y hostilidad. Los adolescentes aprovechan los defectos de sus rivales para aventajarlos en la competencia por el prestigio dentro del grupo y por los favores del otro sexo. La reacción del individuo ante su propia "desviación" es en gran medida un reflejo de la reacción social ante la misma. Durante la adolescencia cuando depende tanto del grupo de pares en lo que toca a su prestigio social, tiende a aceptar como verdadero el valor que el grupo le atribuye.

El médico, a su vez, puede reforzar o aliviar con sus actitudes las ansiedades del adolescente. Tiene que ser particularmente cuidadoso en la estimación de la situación y la prognosis de los individuos que se hallan en las zonas fronterizas de lo que es una maduración normal.

4) *Imagen corporal ideal.* De acuerdo a Josselyn, (1959) citado por Caplan (1973) el adolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. A lo largo de su niñez, se lo ha comparado con otros respecto a su altura, el peso y su inteligencia. Ahora el adolescente se compara sin darse cuenta con sus pares. Los medios de comunicación de masas contribuyen a esto con un énfasis excesivo en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando al que se aparta de él.

Para aumentar su confusión, el adolescente descubre, que a menudo, el ideal del yo, el concepto abstracto de la persona que se esforzó por ser en el curso de la niñez, basado habitualmente en identificaciones con el padre del mismo sexo y en la conceptualización del ideal por el padre del otro sexo, no es apto como modelo de lo que él quisiera ser, en cuanto adolescente. Para alcanzar la individualidad tiene que ser diferente, creándose así un concepto amorfo de sí mismo.

Durante este período en el que el ideal del yo es tan inestable, el adolescente puede sentirse muy ansioso, volviéndose hacia el grupo de sus

pares. La pandilla o grupo es uno de los muchos ejemplos del esfuerzo que realizan los adolescentes por hallar una imagen satisfactoria de sí mismos a través del intercambio con otros que luchan por conseguir el mismo objetivo.

Preocupación por los cambios físicos

La conciencia y el interés que de su cuerpo tiene el adolescente se acentúa mucho más si su cuerpo atrae la atención y tal vez los comentarios de los adultos y los coetáneos. Esto es así en particular cuando los deseos sexuales por los miembros del sexo opuesto comienzan a aparecer. Esta acentuada importancia que el adolescente da a su cuerpo puede adoptar varias formas; entre ellas, un mayor interés por el sexo opuesto, la apariencia y el desarrollo personal, la fuerza y la resistencia y la salud. De éstas, tal vez la más común y la más fácil de observar es la atención que ponen en los miembros del sexo opuesto.

Con estos cambios de interés por los aspectos físicos del sexo, los adolescentes no sólo tienden a generar curiosidad por la presencia física de otras personas, sino que también empiezan a pensar en sus propios cuerpos desde el punto de vista de los otros individuos que probablemente pueden observarlos. Hay un cambio a partir de una preocupación egocentrista en el propio cuerpo por sí mismo, hasta una preocupación por el cuerpo en relación con otras personas. Los motivos se combinan a menudo en un individuo determinado o pueden variar de un sujeto a otro. El adolescente tiene deseos conflictivos. Por un lado quiere tener una buena apariencia, ser atractivo, exhibirse; por el otro, desea ocultar los atributos físicos que lo avergüenzan. Por supuesto, esta última actitud es errónea, pero lo suficientemente real cuando existe. Muchas jovencitas cuyos senos empiezan a desarrollarse se niegan a ponerse en pie y permanecer erectas cuando han de recitar enfrente de la clase; se agachan o asumen posturas desgarbadas que consideran menos "reveladoras". Otras muchachas se enorgullecen de sus cambios físicos y usan ropas demasiado ajustadas o algunas otras formas de llamar la atención para mostrar su nueva madurez. Ambas actitudes son insanas o al menos el resultado de ideas erróneas y se les puede atribuir a una educación deficiente sobre el verdadero significado de los cambios físicos. Los padres y los maestros pueden ayudar al adolescente si lo preparan para que acepte su transformación, si le explican su significado, y le explican lo que debe y no

debe hacerse. El problema de la primera menstruación en las muchachas o de la primera eyaculación en los varones suele ser uno de los aspectos en los que el individuo no ha sido debidamente preparado. Si no se le ha preparado adecuadamente, pueden surgir errores innecesarios de interpretación, el temor o la repugnancia.

No se debe suponer que los varones se ajustan a los cambios físicos con más facilidad que las niñas. Las ropas ajustadas que un muchacho considere demasiado reveladoras o la probabilidad de excitación erótica y posible erección son una fuente constante de preocupación para muchos adolescentes del sexo masculino. Un muchacho evitaba recitar frente a su clase de décimo año hasta el extremo que se escapaba de la escuela cuando pensaba que le iban a pedir que pasara al frente. En una conversación con el psicólogo escolar, afirmó que se excitaba sexualmente con facilidad y a menudo experimentaba la erección. Estaba en constante terror de que esto se notara, en particular si lo observaban los miembros del sexo opuesto. Se cuentan varios casos en los que jóvenes de ambos sexos han usado ropas gruesas, vendajes o algún otro aditamento sobre lo que consideran órganos sexuales muy prominentes. También hay casos en los que se ha agregado relleno artificial para mejorar una naturaleza muy frugal. A veces, un tipo de exhibicionismo en el vestir o en las modas auspiciadas por la cultura en la publicidad, en la "elegancia" o en otras formas, muestra una preocupación exagerada por el yo físico. Una playa atestada de gente puede ser un buen lugar de observación para contemplar ejemplos de tal exhibicionismo, tal vez la propensión que existe en Estados Unidos y en algunas partes de Europa occidental por los baños de sol, aunque tenga diversos orígenes, es en parte un ejemplo más de la preocupación por el yo físico.

Pero el sexo es sólo un aspecto del crecimiento físico. Los adolescentes también se preocupan por su apariencia y sus funciones corporales. Esa preocupación ocurre a veces por razones de atracción sexual, pero también intervienen otros motivos, uno de los más comunes es el de tener una buena apariencia y el de revelarse a otras personas de acuerdo con el propio concepto de sí mismo. La preocupación física puede exagerarse mucho y si en realidad se aparta demasiado del concepto ideal, el adolescente puede realizar intensos esfuerzos por mejorar la realidad. Si fracasa en esto, entonces pueden aparecer sentimientos acentuados de inseguridad, inferioridad y ansiedad. A veces parece que un adolescente no puede quedarse a solas.

Los aspectos faciales son particularmente penosos para los adolescentes. Por desgracia muchos jóvenes tienen erupciones cutáneas, barros, puntos negros o manchas en la piel de un tipo o de otro.

Como los adolescentes le dan gran importancia a la apariencia, tienden a dedicarle mucho tiempo a su arreglo personal. Los padres de las muchachas adolescentes están familiarizados con las largas horas que éstas pasan frente al espejo en su dormitorio y también en su cuarto de baño. Los varones no son reacios a contemplarse en el espejo.

Las anomalías notorias del crecimiento también son perturbadoras. Las dificultades del adolescente incluyen un cambio de voz, unos cuantos vellos en la barba que los padres desorientados no permitirán que se rasuren, un desarrollo demasiado rápido de algunas partes del cuerpo, (piernas largas o pies grandes) demasiada grasa, una constitución física muy frágil, pecas y muchas otras características. Casi cualquier anomalía del desarrollo representa una fuente potencial de vergüenza para el individuo o también de rechazo por parte de sus coetáneos.

Capítulo 4

Autoatribución y autoconcepto

Introducción a la teoría de la atribución

La teoría de la atribución es el estudio de las creencias de la gente acerca de por qué pasan las cosas. Las atribuciones se hacen a fin de predecir y comprobar los hechos. Es más probable que la gente haga atribuciones acerca de cosas poco comunes o desagradables. Hay muchos tipos diferentes de atribuciones y situaciones que producen diferentes atribuciones. Estas y otras atribuciones pueden clasificarse a través de muchas dimensiones. Los investigadores de la atribución con frecuencia han considerado si la causa es interna a la persona o es del ambiente externo. Las causas pueden clasificarse de acuerdo con lo variables o estables que son y si están bajo el control de la persona.

Al hacer la atribución causal, el hecho mismo proporciona información a la persona que trata de entenderlo. Jones y Davis, citados por Cozby, (1988) han considerado que se deben examinar los efectos de una acción y los efectos de acciones alternativas para hacer atribuciones. Además del acontecimiento mismo, también empleamos información acerca de cómo reaccionan otras personas en la misma situación. Si todos se conducen de la misma manera, sus acciones nos indican sus características únicas. Jones y Davis citados por Cozby, (1988) proponen que hacemos deducciones correspondientes acerca de la gente cuando sus acciones tienen pocos efectos y baja deseabilidad social (o consenso, en los términos de Kelley).

Otra fuente de información es la conducta pasada de la persona. Kelley citado por Cozby, (1988) designa la conducta previa hacia sí mismo y a diferentes objetos, como consistencia y distinción. También postula que la gente emplea el principio de covariación para examinar la consistencia, la distinción y el consenso, y atribuye un hecho a la causa con la cual covaría.

También constituye otra fuente de información el conocimiento que tenemos acerca de nuestros propios sentimientos. Schachter y Bem, (citados por Moscovici, 1986), proponen que la gente no siempre podría conocer exactamente cuáles son sus sentimientos y emplear claves externas acerca del medio para ayudarse a clasificar sus sentimientos. El adiestramiento para designar erróneamente los sentimientos (o en algunos casos para designarlos más apropiadamente) se ha empleado en el tratamiento de insomnio así como en otros trastornos).

Nuestros motivos intrínsecos también pueden alterarse al designar erróneamente nuestra propia conducta. Dar a la gente una recompensa de su motivación intrínseca para hacer esta actividad. Una vez que el sujeto percibe su conducta como un medio para obtener un premio, tal vez no continúe la actividad a menos de que siga habiendo la recompensa. Sin embargo, las recompensas pueden emplearse para incrementar el interés en tareas que no son, en particular, motivadoras.

Las atribuciones causales tienen numerosas consecuencias para la persona que hace la atribución. La estabilidad de la causa subyacente tiene un efecto sobre nuestras expectativas para el futuro. Los resultados atribuidos a la capacidad o a otros factores estables nos guían a la expectativa de logros similares en el futuro. Estos efectos de estabilidad parecen intervenir en las diferencias sexuales y raciales. Se espera que las mujeres y los negros se desarrollen a niveles más bajos que los hombres y los blancos. Las expectativas también podrían guiarnos a la profecía de autorealización, donde las expectativas iniciales influyen en la forma en que reaccionamos hacia otros, la cuál a su vez, afecta sus resultados.

Las atribuciones también influyen en las evaluaciones que hacemos de otros y de nosotros mismos. Recompensamos más y castigamos más los resultados si se atribuyen a causas internas que a causas externas. La motivación para los logros, al parecer, requiere la creencia de que nuestros propios esfuerzos producen éxito. Los sujetos de bajos logros, que se rinden cuando fracasan pueden adiestrarse para hacer diferentes atribuciones y así persistir en el logro.

En este capítulo se revisaron varios modelos de por qué la gente hace atribuciones causales. Kelley (1967), así como Jones y Davis (1965) citados por Moscovici (1986), propusieron modelos muy lógicos y racionales. Comparados con estos modelos racionales, parece haber numerosos "prejuicios" en la forma en que la gente hace atribuciones. Los éxitos se atribuyen más a factores internos, que los fracasos. Esto sirve para mantener la autoestima. Nuestras atribuciones también son influenciadas por la relevancia hedónica y tendemos a atribuir los hechos a la gente más que a los efectos ambientales, siempre que sea posible. La gente podría considerar apropiadamente la información de consenso al hacer sus juicios acerca de la causalidad. Finalmente, una vez que

hacemos una atribución, tendemos a quedarnos con ella, aún a la luz de pruebas no confirmatorias.

Teorías de la atribución

La mayoría de nosotros nos preocupamos por nuestra salud y estamos dispuestos a tomar medidas preventivas para garantizar que nos mantengamos en buenas condiciones y no caigamos enfermos. No cabe duda que nuestra actitud al respecto no es estrictamente racional. De lo contrario, no habría nadie que fumara cigarrillos. Aparentemente, los fumadores subestiman el riesgo de contraer un cáncer de pulmón (Eiser, Sutton y Wober, 1973) o la gravedad de esta enfermedad. Tales creencias erróneas se hallan muy extendidas y no se limitan a los fumadores y al cáncer de pulmón.

Así pues, el juicio que hacemos sobre los demás y sobre nosotros mismos puede ser erróneo. he aquí un ejemplo importante e interesante: el efecto de *Primus Inter Pares* (PIP), explicado por Codol (1976) citado por Moscovici (1986). En una serie de estudios, Codol mostró que, al parecer, todos nosotros nos consideramos mejores que la media de los demás, lo que evidentemente resulta imposible. Según este autor, este efecto es una manifestación de la tendencia humana, muy fundamental y motivada, consistente en ser al mismo tiempo similar a los demás y diferente de ellos.

Nadie ha contribuido más que Heider a la comprensión del juicio social. En su psicología de las relaciones interpersonales (Heider, 1958) citado por Moscovici (1986), Heider intentó descubrir como percibimos y explicamos nuestro propio comportamiento y el de los demás en la vida cotidiana. Su análisis y su conceptualización, basados en gran medida en la manera de como hablamos de los acontecimientos ordinarios y la manera de como los explicamos por escrito, concede una gran importancia a las "propiedades importantes del carácter y de la psicología de otra persona, como pueden ser sus acciones, sus motivos, sus afectos, sus creencias, etc." (Heider, 1958) citado por Moscovici (1986). Si no se atribuye el comportamiento de una persona a estos rasgos latentes, sus actos serán en gran medida incomprensibles. Heider propone conceptos fundamentales como la necesidad, la causa y el poder, para analizar las nociones del sentido común relativas al comportamiento humano.

He aquí una ilustración aún mejor de nuestra necesidad ineludible de atribuir los acontecimientos observables a rasgos humanos, incluso si dichos acontecimientos son, además, de naturaleza abstracta. Esta ilustración se la debemos a la película producida por Heider y Simmel (1944) citados por Moscovici (1986), en la que se ve como se desplazan tres figuras geométricas: "en la medida en que el esquema de los acontecimientos mostrados en la película es percibido en función de los movimientos en tanto que tales, el esquema presenta un caos de elementos yuxtapuestos. Pero cuando las figuras geométricas adquieren caracteres personales, de manera que sus movimientos son percibidos en función de motivos y sentimientos, aparece una estructura unificada" (Heider 1958), citado por Moscovici (1986).

Al hacer esto, el observador, explica el comportamiento como un efecto causado por una disposición. El actor y el acto son percibidos como una unidad causal, al igual que en las experiencias de Michotte sobre la causalidad física; dos objetos que chocan entre sí (como dos bolas de billar son vistos como una Gestalt cinemático (Michotte, 1946) citado por Moscovici (1986).

Por supuesto, los procesos de atribución de este tipo no son más que una parte de la percepción del otro y del juicio sobre él. La atribución de un comportamiento a rasgos latentes constituye tan solo la primera etapa de la formación de una impresión sobre otra persona. Para que el observador llegue a un juicio definitivo de conjunto es necesario que *integre* todas las informaciones disponibles, ya sean inconsistentes o no. Una vez integrada la observación aparece una representación que sobreentiende una teoría (de la personalidad) implícita completa sobre el observador.

Si bien es evidente que hubo muchos otros desarrollos significativos, las cuatro teorías esbozadas a continuación constituyen las principales contribuciones teóricas en este campo. Cada una aborda y analiza un aspecto algo diferente de la percepción social, pero los intereses compartidos coinciden entre sí, lo que era previsible, ya que el análisis teórico de Heider (1958) ha proporcionado los fundamentos de las tres teorías restantes.

La teoría de Heider del "Análisis ingenuo de la acción"

La "psicología ingenua" de Heider intentó formular los procesos a través de los cuales un observador desprovisto de formación o un psicólogo ingenuo comprenden el sentido de las acciones de otra persona.

La formación de la unidad está relacionada con el proceso mediante el cual el origen y el efecto, el actor y el acto, son vistos como partes de una unidad causal. Heider se interesó especialmente por los diversos grados de semejanza entre ambas partes de la unidad, sufriendo así la influencia de los principios de la organización de las percepciones formulados por Wertheimer. De esta forma, considera que factores como la similitud y la proximidad determinan el lugar de la atribución. Si dos acontecimientos son parecidos entre sí o se desarrollan uno cerca del otro, es probable que uno de ellos sea considerado la causa del otro.

La consecuencia más importante de este lazo inevitable entre actor y acto es que, en general, una atribución "a la persona" es más verosímil que una atribución "a la situación", ya que las personas son consideradas como el "prototipo de los orígenes".

El hecho de que una persona sea vista como una causa primera o "local", más allá de lo cual no podemos retrasar la cadena de las interferencias aleatorias; este hecho implica que el comportamiento (o su efecto) pueda ser anulado con mayor facilidad y justificación si se "destruye" el origen absoluto de los efectos. De este modo, la atribución excesiva a la persona tiene un fundamento claramente motivado, pues cumple funciones sociales y psicológicas.

El análisis ingenuo de la acción, que no representa sino una parte de la psicología del sentido común de Heider, trata de las relaciones entre el comportamiento observable y las causas que no pueden ser observadas. Heider sostiene que ésta es una actividad humana fundamental que permite que los individuos creen una organización a partir del caos y establezcan relaciones entre estímulos que cambian continuamente y las propiedades estables del entorno. Esto conduce a su vez a la distinción entre causas externas e internas. Las causas internas son factores situados en el interior de la persona (como por ejemplo, el esfuerzo la capacidad y la intención), mientras que los

factores externos se hallan en el exterior de la persona (por ejemplo, la dificultad de la tarea y la suerte).

Debemos comprender que Heider no concibió estos factores como si fuesen independientes entre sí. La capacidad y la dificultad de la tarea, por ejemplo, están relacionadas dentro del concepto ingenuo de "poder". Y algunos factores tampoco actúan solos sobre el comportamiento. El esfuerzo y la intención se combinan con la capacidad para influir sobre el comportamiento. Las "buenas" intenciones no bastan por sí solas y la capacidad no es capaz de conducir a la acción, según el sentido común, si no se añade el esfuerzo.

En su análisis de las fuerzas debidas al medio, Heider no se limitó al efecto de los factores aleatorios y a los aspectos materiales de la situación. Si bien estos últimos recibieron una gran atención en investigaciones posteriores, la utilidad de la obra de Heider reside, de hecho, en aportar un análisis detallado y fino de los determinantes sociales del comportamiento humano.

La teoría de la "inferencia correspondiente" de Jones y Davis (1965)

Como reconoció Heider, el criterio de intencionalidad resulta decisivo en la causalidad personal y la teoría de Jones y Davis (1965) citado por Moscovici (1986); representa una tentativa de conceptualizar cómo los individuos realizan inferencias sobre las intenciones de una persona y, alternativamente, sobre sus rasgos de carácter.

El problema del observador consiste en decidir qué efectos de una acción observada provienen, llegado el caso, de una intención del actor; los dos criterios esenciales son el conocimiento y la capacidad supuestos. Para inferir que algunos de los efectos provienen de una intención, el observador debe creer que el "actor" conocía las consecuencias de su acto. Además, este actor debe ser considerado "capaz" de producir los efectos observados. Así pues, estas son las condiciones previas para que se atribuyan intenciones, que a su vez constituyen condiciones necesarias a las inferencias relacionadas con las características personales subyacentes del actor. La finalidad de la teoría de la inferencia correspondiente es: "construir una teoría que explique de forma sistemática las inferencias de un observador sobre lo que un actor intentaba

lograr con una acción particular" (Jones y Davis, 1965) citado por Moscovici (1986).

El concepto central de la teoría, la inferencia correspondiente, está relacionado con el juicio del observador consistente en creer que el comportamiento del actor es causado por un rasgo particular o corresponde a dicho rasgo. De esta forma, las disposiciones subyacentes se expresan de forma directa en el comportamiento. Un ejemplo simple de dicha inferencia sería atribuir el comportamiento agresivo de alguien al rasgo de "ser agresivo". En suma, el trabajo de Jones y Davis constituye una exposición de las condiciones que facilitan la construcción de inferencias correspondientes. Primero, el principio de los "*efectos no comunes*" propone que la disposición, o la intención, que gobierna la acción es indicada por aquellas de sus consecuencias que no comparte con las acciones alternativas; cuanto menor sea el número de efectos no comunes, menos ambigua será la atribución. De esta forma, la teoría supone que los efectos comunes de dos campos de elección no pueden explicar por qué se ha elegido un término de la alternativa y no otro. El segundo factor de la teoría, la "*deseabilidad social*", tiene relación con lo que el observador cree que harían otros actores en la misma situación. Si bien Jones y Davis reconocen que los efectos que normalmente son deseables para los actores indican mejor sus intenciones, también señalan que los efectos universalmente deseados aportan muy poca cosa al observador sobre los rasgos únicos de un individuo. De esta forma, Jones y Davis aportan una serie de proposiciones sobre cómo un observador busca la causa de una intención en el carácter. Como lo indica el título de este estudio, estos autores intentaban saber cómo los observadores dan el salto que les permite inferir "las disposiciones en base a los actos. De manera general podemos considerar que el modelo de Jones y Davis constituye un conjunto de previsiones válidas para ciertos tipos de comportamientos, pero no para todos.

La teoría de la "Covarianza y de la configuración" de Kelley (1967)

La contribución de Kelley se basa en la proposición de Heider consistente en afirmar que para llegar a comprender el medio, es necesario hacer un análisis causal parecido al método experimental (Kelley, 1967) citado por Moscovici (1986). Kelley comienza planteando la siguiente pregunta: ¿qué información se emplea para llegar a una atribución causal y de qué manera se

produce este fenómeno ? Se describen dos casos diferenciados por la cantidad de información disponible. En el primer caso, la persona que realiza la atribución cuenta con informaciones provenientes de fuentes múltiples y puede percibir la covariación de un efecto observado y de su posible causa. Pero en el segundo caso, la información proviene de una sola observación; de manera que la atribución debe tomar en consideración la configuración de los factores que constituyen causas plausibles para el efecto observado.

Al describir la atribución en el caso de la covarianza, Kelley utilizó, al igual que Heider, una versión ingenua del "método de las diferencias" de J. S. Mill: se atribuye un efecto a una condición que está presente cuando el efecto también lo está, y que esté ausente cuando también lo está el efecto. La lógica subyacente de la covarianza, sostiene Kelley, es parecida a la de la técnica estadística conocida con el nombre de análisis de varianza (ANOVA).

En términos de un análisis de varianza, las variables independientes constituyen las tres maneras posibles de examinar las variaciones observadas en los efectos: a) variaciones relativas a las personas (información de "consenso"); b) variaciones relativas a las entidades (información de "diferenciación"); c) variaciones relativas al tiempo y/o a las modalidades (información de "consistencia"). La variable dependiente es indicada por el hecho de saber si el efecto tiene lugar o no. El efecto de covarianza propone que se considere al efecto como producto del factor con el que varía.

Kelley (1972, 1973) citado por Moscovici (1986) reconoce que el modelo ANOVA ha sido idealizado y que existen circunstancias en que el observador carece de la información, la motivación y el tiempo necesarios para examinar observaciones múltiples. En estos casos de datos incompletos, las atribuciones se realizan en base a una observación única, empleando esquemas causales. Esos esquemas constituyen creencias relacionadas con la forma de interacción de ciertas especies de causas para obtener una especie específica de efecto y pueden ser ilustrados mediante dos principios que han recibido una atención particular en la literatura especializada. El primero es conocido con el nombre de "principio de sustracción" y enuncia que el papel de una causa determinada en la producción de un efecto determinado es sustraído si están presentes otras causas plausibles. El principio de "aumento" tiene relación con la idea común de que, si sabemos que existen coacciones, sacrificios o riesgos

implicados en una acción que debe llevarse a cabo, se atribuye en mayor medida la acción al actor que en otras situaciones.

La teoría de las atribuciones para "el éxito y el fracaso" de Weiner (1972)

La teoría avanzada por Weiner (Weiner, 1979; Weiner et al., 1972) (citado por Moscovici, 1986) trata sobre las atribuciones en un contexto relacionado con la realización de una tarea y se preocupa particularmente de las explicaciones que se han dado del éxito y del fracaso. Esta teoría, al igual que las otras, debe mucho a Heider, quien estudió las atribuciones de la realización en el contexto de la distinción entre la atribución a la persona y al medio (por ejemplo, atribuir el fracaso a la falta de capacidad o a la dificultad de la tarea) y describió los conceptos de *poder*, *intentar*, *fortuna*, y *dificultad* en su análisis ingenuo de la acción.

Weiner (citado por Moscovici, 1986) propone que estos cuatro factores son empleados por los individuos para predecir y explicar el desenlace de los acontecimientos en terrenos relacionados con la realización de una tarea. Los individuos hacen el inventario de su propio nivel de capacidad (o del nivel de un ejecutante), de la cantidad de esfuerzo aplicada, de la dificultad de la tarea y de la fuerza o dirección de la fortuna. Bajo estos factores, se halla un esquema de clasificación en tres direcciones, según el cual las causas son clasificadas en función de su estabilidad (estable - inestable), del lugar de control (interno - externo) y de la posibilidad de control (controlable - incontrolable). De esta forma, podemos concebir los cuatro factores de la siguiente manera:

- a) CAPACIDAD — estable, interna, controlable;
- b) ESFUERZO — inestable, interno, controlable;
- c) DIFICULTAD DE LA TAREA — estable, externa, incontrolable;
- d) FORTUNA — inestable, externa, incontrolable.

Por supuesto, la información utilizada en este esquema, debe ser recogida en el medio social de una u otra manera. La capacidad percibida se basa en el grado de éxito anterior a una tarea específica o en tareas similares, y la consistencia en la realización hace que se atribuya una capacidad. La dificultad de la tarea se deduce de su realización por parte de otras personas; si otras

muchas personas han tenido éxito, se considera que la tarea es fácil; si otras pocas personas han tenido éxito, es considerada difícil.

AUTOPERCEPCION

Modelos de autopercepción

Teoría de Bem sobre la autopercepción

La teoría de Bem (citado por Cozby, 1988) trató de explicar la forma en que sabemos qué actitudes tenemos. Tratando de explicar algo de la investigación clásica sobre los efectos de la presión social en el cambio de actitudes, Bem sugirió la idea radical de que nuestras actitudes son inferencias de la información en cuanto a nuestro propio comportamiento y a varias fuerzas externas. De hecho, sugirió explícitamente que inferimos nuestras actitudes exactamente de la misma manera y utilizando justamente los mismos tipos de información que cuando inferimos las actitudes de otros. Al principio Bem no se interesó en los procesos generales de la percepción de las personas, pero pronto se hizo evidente que si él estaba acertado, los modelos generales de atribución se podrían utilizar para explicar la autopercepción.

Sumisión forzada. El análisis de Bem se presentó originalmente como una alternativa a la teoría de la disonancia cognoscitiva. En la formulación inicial de ésta teoría se definió la disonancia cognoscitiva como una función del número, la pertinencia y la importancia de cogniciones contradictorias. Se supone que la disonancia es incómoda y por lo tanto el individuo está motivado a reducirla, ordinariamente alterando sus cogniciones sobre él mismo o sobre el mundo. Cuando una persona dice una cosa y cree otra, se crea disonancia. Como la cognición de lo que uno ha dicho no se puede cambiar fácilmente, en este caso, la disonancia es muy probable que se reduzca haciendo que la propia creencia coincida con la información. Sin embargo, en la medida en que la persona, tiene una justificación para emitir el comportamiento la disonancia se atenúa; se ha sumado otra cognición, consonante con la cognición de que uno ha hecho la afirmación. La "mentira" está justificada.

Motivación intrínseca. La controversia sobre la sumisión forzada no es completamente irrelevante para la teoría de la autopercepción. Entre otras

cosas, ha señalado el camino para el análisis de un problema con muchas implicaciones en la vida real. Se podría reformular la situación de sumisión forzada como un análisis de la forma en que el premio influye en los sentimientos de gusto. Por ejemplo, parece que los sujetos a quienes se les prometió una pequeña cantidad de dinero por decir que les gustaba una tarea monótona aumentaron su gusto por la tarea. También es posible que un premio demasiado grande pueda disminuir el gusto de la persona por actividades que inicialmente disfrutaba. Generalmente las personas hacen tareas porque disfrutan de ellas en sí mismas (motivación intrínseca) o porque esperan algún premio extrínseco (motivación extrínseca) por hacerlas. Muchos teóricos de la educación han creído por mucho tiempo que los premios en forma de pago, (estrellas doradas o calificaciones) pueden tener efectos sobre la motivación intrínseca. Traducido a términos de atribución, fuerzas externas sobresalientes pueden atenuar el poder que se percibe de las fuerzas internas por medio de la operación del principio de descuento. El modelo de autopercepción de Bem ilustra el hecho de que descontamos las fuerzas internas ante poderosas fuerzas externas en la atribución de las causas de nuestro comportamiento y el de los otros.

Teoría de Schachter sobre autorrotulación emocional

La afirmación básica de la teoría de autopercepción de Bem dice que cuando las claves internas sobre nuestros sentimientos son "débiles, ambiguas o difíciles de "interpretar" (1972), inferimos nuestros sentimientos con base a nuestras observaciones de nuestro propio comportamiento y de las fuerzas situacionales que lo influyen, de la misma manera que lo haría un observador extraño que no tiene acceso a nuestro estado interno. Tenemos muchas posibles fuentes de información acerca de nuestros sentimientos, las cuales incluyen las señales internas, el comportamiento y el contexto situacional. Si las señales internas son vagas o no aportan información tenemos que confiar más en el comportamiento y el contexto situacional. Muchas personas probablemente piensan que como regla general las señales internas deben de ser las más importantes de estas fuentes de información, pero Bem afirma que en realidad las señales internas comúnmente son bastante "débiles, ambiguas y poco informativas", y así con mucha frecuencia confiamos en nuestras observaciones de nuestro comportamiento en su contexto.

La teoría de Schachter afirma que esto no es así. Lo mismo que Bem, afirma que las señales internas no son suficientes para decirnos que emociones estamos sintiendo, aún en el caso de las emociones que de ordinario se consideran fundamentalmente diferentes como la felicidad y la ira.

La afirmación de Schachter de que hay pocas diferencias notables asociadas con las diversas emociones está de acuerdo con los hallazgos de muchos investigadores que han tratado de investigar la fisiología de las emociones.

En una teoría que postula un estado indiferenciado de excitación fisiológica se deben agregar algunos mecanismos no fisiológicos para explicar por qué sentimos tan distinto y nos comportamos de maneras tan diversas cuando estamos felices que cuando estamos furiosos. Lo mismo que Bem, Schachter agregó un componente cognoscitivo al postulado de la excitación general, diciendo que inferimos nuestras emociones a partir de otras señales. Schachter no destacó las mismas claves que Bem. Mientras que Bem destacó las observaciones del propio comportamiento y el contexto situacional y restó importancia a las señales internas, Schachter hizo énfasis en las observaciones del propio estado interno y del contexto situacional y no se interesó en las señales del comportamiento. Schachter propuso que la experiencia de la emoción requiere dos cosas: (1) un estado de excitación fisiológica indiferenciado, que dice a la persona que está agitada, y (2) una inferencia cognoscitiva, basada en señales situacionales, que dice a la persona lo que significa la agitación. En resumen, las personas buscarán y encontrarán una definición emocional cuando están fisiológicamente excitados y no saben por que lo están; cuando saben que su excitación viene de una fuente "no emocional" no buscarán ni encontrarán una definición emocional.

Es evidente que nuestro comportamiento no siempre se utiliza como una información a partir de la cual inferimos nuestras actitudes y emociones. Podemos tener dos grandes clases de información acerca de nuestros propios estados internos. La primera y más obvia son nuestros sentimientos directos conscientes. Pero también podemos tener información de nuestros comportamientos, de nuestras reacciones emocionales, y del comportamiento de otros con nosotros. Cuando la persona tiene que hacer un juicio explícito de sus estados internos, estas fuentes de información, se pueden ponderar

diferencialmente y promediar. (Brow y Cols, 1975) (citado por Moscovici, 1986).

Varios factores influyen en la ponderación. El énfasis o la atención pueden aumentar la importancia de cierta información, mientras que la ambigüedad y la falta de claridad de la información pueden reducir su importancia. En particular, los estados internos, frecuentemente son poco claros, reduciendo así la importancia de esa información y dando al comportamiento y a otras señales externas mayores pesos relativos. Como ha dicho Bem "en la medida en que las señales internas son débiles, ambiguas o difíciles de interpretar, el individuo se encuentra funcionalmente en la misma posición de un observador externo, un observador que necesariamente debe de confiar en esas mismas señales externas (comportamentales) para inferir los estados internos del individuo (Bem, 1972) citado por Moscovici (1986). Se puede agregar que cuando las señales externas son ambiguas las personas pueden atender más a las señales internas. Por último, la importancia de la decisión puede influir en la ponderación de la información. El estudio de Taylor (1975) citado por Moscovici (1986) sugiere que los sujetos pueden descontar la información fisiológica cuando los juicios acerca de las actitudes pueden tener consecuencias futuras.

Expresión facial

Esta teoría de la "retroalimentación facial" conduce a la hipótesis de que si se impide que el rostro asuma una expresión emocional la persona experimentará poca o ninguna emoción. De igual manera, algunos teóricos han afirmado, que si una persona "pone cara alegre" realmente se sentirá alegre.

La evidencia de que podemos modificar nuestras emociones cambiando conscientemente nuestra expresión facial es débil. El estudio de Lanzetta y cols. (citado por Moscovici, 1986) indica que el dolor puede ser controlado por la fuerza de voluntad de esta manera, pero que las "emociones reales" como el temor y la tristeza aparentemente son más difíciles de influir.

Algunos teóricos han afirmado que los intentos por controlar las propias emociones tienen un efecto contrario: que "esconder" nuestros sentimientos sólo sirve para intensificarlos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Autoatribución y comportamiento

Varios estudios de investigación sugieren que las autoatribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente.

Atribuciones Autogeneradas. Esta clase de estudios se refiere a los efectos de las atribuciones que las personas obtienen de su propio comportamiento, por ejemplo: se indujo a algunas amas de casa a colocar en sus ventanas una pequeña señal o a firmar una petición en apoyo de un asunto social particular. Prácticamente todas cumplieron con esta pequeña solicitud. Luego otro experimentador pidió permiso para colocar en el ante jardín de cada una de estas mujeres una señal grande y fea. Hubo una considerable cantidad de aceptación de esta segunda solicitud, mayor para estas mujeres que para un grupo de mujeres a las cuales simplemente se pidió autorización para colocar la señal en el ante jardín sin que antes hubieran aceptado la pequeña solicitud de la señal en la ventana o de firmar una petición. Una explicación para este fenómeno del *pie - en - la - puerta* es que una vez que las mujeres habían aceptado la primera solicitud adoptaron una visión de ellas mismas en la cual se consideraban propicias a la aceptación y a la ayuda.

Exito - fracaso

Una de las más obvias e importantes áreas de la investigación sobre autoatribución se refiere a las atribuciones después del éxito y el fracaso. Es importante saber por qué los demás han tenido éxito o fracaso, porque necesitamos hacer predicciones en cuanto a su comportamiento futuro y a menudo porque tenemos que decidir si premiamos o castigamos a los demás por sus éxitos o fracasos. Las autoatribuciones son importantes por la misma razón. Cada uno de nosotros tenemos que decidir que clase de objetivos profesionales buscar y que clase de tareas emprender; en efecto, debemos hacer predicciones sobre nuestro desempeño futuro. También tendemos a premiarnos después del éxito sintiéndonos orgullosos y ocasionalmente celebrando y a veces nos sentimos iracundos, avergonzados o culpables y molestos después del fracaso. Sin embargo, las autoatribuciones tienen efectos más generales. Nuestros sentimientos acerca de nuestras capacidades y nuestros esfuerzos afectan nuestra autoestima general y pueden afectar

nuestra motivación y nuestro comportamiento en una amplia variedad de situaciones.

Parece que muchos psicólogos piensan que hay un conflicto entre la atribución sesgada por el yo (es decir, la atribución que se basa en los motivos personales de aparecer bien) y la atribución "racional" (es decir, la que se basa en modelos de atribución). Se han hecho muchas investigaciones tratando de demostrar que las atribuciones están en parte controladas por las necesidades del yo del perceptor.

Varios estudios apoyan la idea de que las necesidades de autoexaltación y autodefensa desempeñan un papel en la autoatribución del éxito y del fracaso.

Los hallazgos referentes a atribuciones también tienen implicaciones para cambiar el comportamiento de las personas en situaciones de logro. La evidencia sugiere que las personas que fallan de manera constante o que tienen una baja autoconfianza a menudo autoatribuirán sus fracasos a su falta de capacidad. Por supuesto, ese es un juicio verídico, pero en muchas situaciones de logro, la poca capacidad de logro se puede compensar con un incremento en el esfuerzo. Es obvio que este puede ser otro ejemplo de personas que reaccionan ante los rótulos negativos con esfuerzos renovados por rebatir tales rótulos.

Capítulo 5

Adolescencia

ADOLESCENCIA

El término adolescencia se deriva de la palabra latina *adolecere* que significa "madurar". En nuestra cultura, la adolescencia es el período intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante el cual, el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto. Definida de esta manera, la adolescencia, en relación con etapas previas, es una fase definida culturalmente, más que biológicamente. Muchas otras culturas carecen de una etapa del desarrollo que corresponde a nuestra adolescencia; los individuos postpúberes se consideran adultos. En la sociedad occidental en general, la adolescencia se inicia con la llegada de la pubertad, y termina más o menos indefinidamente, cuando los adolescentes se convierten en adultos jóvenes. Esta transición se indica con ligeros cambios en el "status" al finalizar la adolescencia, o cuando se acerca el fin de esta etapa. Terminar el bachillerato, obtener el derecho al voto, beber alcohol, conducir un vehículo; son eventos que hasta cierto punto otorgan el estatuto de adulto. Con frecuencia, estos eventos se presentan en momentos diferentes, y podrían o no coincidir con la independencia y autosuficiencia que en general se relaciona con la edad adulta. Esta falta de coherencia de leyes y costumbres indica que al alcanzar el estatuto de adulto en nuestra sociedad, podría ser fuente de conflictos y ansiedad para muchos adolescentes Conger, (1977) citado por Vargas y Casillas (1985).

La vida humana transcurre marcada por una serie de hechos biológicos y sociales que son interpretados como etapas o momentos de cambio. Así, por ejemplo, el nacimiento, los primeros pasos, la entrada a la escuela, el matrimonio, la jubilación y la muerte se consideran sucesos relevantes en el curso de la existencia. Empero, la mayor parte de las etapas biológicas se funden unas con otras y no es posible predecir con exactitud cuando comienzan o terminan. De acuerdo con las leyes mexicanas, al cumplirse los 18 años se inicia la vida adulta y con ella el ejercicio de una serie de derechos y obligaciones tales como la autorización definitiva para conducir automóviles, la posibilidad de votar en las elecciones nacionales o la disposición de ser juzgado por tribunales para adultos.

La realidad biológica es muy distinta. La adolescencia, aún cuando es una etapa que marca el paso de la niñez a la vida adulta, no cuenta con manifestaciones concretas que anuncien con precisión su principio o su fin. Es

un proceso que ocurre en lapsos variables de tiempo y que se caracteriza por cambios en la forma, el tamaño, las proporciones y el funcionamiento del organismo. Se inicia, transcurre y termina, en forma diferente según géneros y los distintos grupos humanos.

Cada sociedad define la adolescencia de manera distinta. Por ejemplo, en el campo mexicano una niña puede contraer matrimonio e iniciar su vida adulta antes de haber terminado su crecimiento y su maduración sexual. En cambio, en la ciudad los estudiantes universitarios con frecuencia obtienen la independencia económica después de haber cursado una licenciatura y a veces; luego de terminar grados de especialización: es decir, mucho tiempo después de concluida la etapa de crecimiento y maduración del aparato genital.

Cambios biológicos, la pubertad

Hay que distinguir entre la adolescencia que es un proceso biológico, psicológico, sociocultural y la pubertad, que se refiere exclusivamente a las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital. La pubertad comprende los siguientes cambios fundamentales:

1. La aceleración y posterior desaceleración del crecimiento del esqueleto que se conoce como "estirón de la adolescencia".
2. La aparición de cambios en la composición del cuerpo, como resultado del aumento de la masa del esqueleto, del desarrollo de la musculatura, y de cambios en la calidad y distribución de la grasa.
3. El desarrollo de los aparatos cardiovascular y respiratorio, que ocasiona, particularmente en los varones, aumento de la fuerza y de la resistencia del organismo durante la actividad física.
4. El desarrollo de las glándulas del aparato reproductor: ovarios o testículos, que producen las hormonas. Estas a su vez, son las responsables de las características sexuales secundarias de hombres y mujeres.
5. Cambios en la organización corporal que modulan y coordinan al organismo, modificado en su estructura y función. Sin duda, el cambio más evidente es

el aumento de tamaño y la adquisición de las proporciones del esqueleto y del cuerpo en su totalidad. En esta etapa se crece a un ritmo acelerado, similar a la de los primeros años de la vida.

Durante la pubertad se puede llegar a crecer hasta diez centímetros por año en el momento de máxima aceleración. Por lo mismo, hay temporadas en que las piernas de los jóvenes son muy largas y sus cabezas demasiado pequeñas. En las niñas se desarrollan los senos, mientras que el resto de su cuerpo sigue teniendo apariencia infantil. A los varones les cambia la voz, y les crece bigote y barba. Dejan de tener apariencia de niños para dar la imagen de adultos.

Además, las distintas partes del cuerpo no crecen al mismo tiempo ni de la misma manera. por ejemplo, los pies suelen iniciar su crecimiento antes que el resto del cuerpo, dando la impresión de ser enormes y desproporcionados. Posteriormente se desarrollan las extremidades inferiores, con lo cual las piernas se ven demasiado largas para el tamaño del tronco. No obstante, a la postre se alcanza la armonía del cuerpo del adulto joven.

Cabe destacar que las mujeres suelen iniciar y terminar su crecimiento antes que los hombres. Las diferencias entre los sexos son importantes y se traducen en tamaños y siluetas distintas. Por ejemplo, las mujeres tienen las caderas proporcionalmente más anchas y los hombros más estrechos que los varones.

Durante la pubertad, aumenta la musculatura, particularmente en los hombres. La grasa se acumula en las mujeres en algunos sitios como los hombros, los senos y los glúteos, dando forma a las "curvas" de su silueta.

El crecimiento de la musculatura se manifiesta en el aumento de la fuerza corporal, que va acompañada de una mayor capacidad funcional del corazón, de la producción de más hemoglobina y de los pulmones. Por esta razón, es la mejor edad para los deportes competitivos. Una nota interesante es que el momento de mayor capacidad física aparece un poco después de que se ha llegado al máximo de la aceleración del crecimiento y casi al final de la maduración sexual.

El aparato genital tiene un patrón de crecimiento bastante definido. En las mujeres la primera menstruación es un signo de que la maduración de los

órganos genitales y la aceleración del crecimiento están llegando a su fin. Tal vez este aspecto del crecimiento genital es el que más llama al adolescente mismo. No solamente afecta a aspectos visibles de su cuerpo, sino que tiene repercusiones en su manera de pensar y de actuar en sociedad. Esto es lógico, ya que desde el punto de vista de la evolución biológica la pubertad es la etapa en que el individuo se prepara para la reproducción.

Los cambios corporales tienen repercusiones sobre la alimentación de los individuos, pero para poder hablar de ellos es necesario tomar en cuenta las modificaciones psicológicas y sociales que ocurren durante la adolescencia.

Desarrollo físico en las mujeres

La secuencia de los fenómenos de la pubertad se inician a los 9 años y se manifiestan por aumento de diámetro de la pelvis y por la profusión del pezon. Posteriormente, al año se presenta el desarrollo mamario que regularmente es simultáneo en los dos pechos. La maduración completa dura tres años aproximadamente. El desarrollo mamario puede causar dolor o molestia.

Simultáneamente, se inicia el crecimiento del vello púbico, se propaga hacia los grandes labios hasta formar un triángulo de base superior y vértice inferior. Un año después de la aparición del vello aparecen los cambios en el epitelio vaginal y cambia el PH haciéndose más ácido. En esta etapa los órganos genitales internos y externos inician su crecimiento, los labios mayores se hacen gruesos y turgentes, los menores crecen, el clitoris crece y el introito o la vagina se amplía y se congestiona. Durante esta época el ovario, el útero y la vagina crecen en forma acelerada y alcanzan sus dimensiones definitivas.

Hacia los 13 o 14 años los pezones cambian de color y se aprecia una glándula mamaria bien desarrollada en sus porciones glandular y maternal. Aparece el vello axilar. Lo más importante dentro de esta etapa es la aparición de la

menarquia, esto representa el inicio de la vida reproductiva (Consejo Nacional de Población, 1982).

El ciclo menstrual se compone de tres fases que se configuran en un ciclo promedio de 28 días: la fase folicular, la ovulación y la fase lútea.

No todos los ciclos menstruales que se presentan durante esta primera fase son ovulatorios y por lo tanto fértiles. Puede ocurrir que se de una desproporción cronológica entre menstruaciones y ovulaciones y todas estas pueden ser variaciones dentro de la normalidad.

Posteriormente aparece el acné y la voz cambia con un ligero descenso en el timbre.

Cambios psicológicos o cognoscitivos

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es también una época de transición o de cambio, con frecuencia traumático, de la vida infantil a la adulta. En esta etapa el joven enfrenta a su modo sus conflictos intelectuales y morales. Lo hace con reglas propias, que no son necesariamente generales, y muy poco tienen que ver con las que él mismo empleaba durante su infancia. Mientras el adolescente adquiere la capacidad para abstraerse y buscar soluciones a sus problemas en el mundo real, el niño resuelve sus problemas de manera mecánica, usando como modelo el mundo físico que lo rodea. En la adolescencia se aprende que un mismo efecto puede tener varias causas; esto es particularmente importante en las relaciones humanas. Por ejemplo, si se encuentra con personas enojadas, interpreta su enfado de múltiples maneras y no necesariamente causado por él mismo en ese momento: sabe que ese estado de ánimo puede deberse a un conjunto de circunstancias; a algo ocurrido en el pasado o a la acumulación de hechos. Así, el adolescente comienza a manejar sus relaciones con los demás en función de la realidad y lejos de la perspectiva que tenía durante su niñez.

En esta etapa de la vida los jóvenes descubren que el mundo no es armónico y que en ocasiones no hay coherencia entre los ideales aprendidos y la

realidad. Valores tales como justicia, igualdad, honradez y otros aprendidos durante sus primeros años, no funcionan ahora como reglas absolutas; por el contrario, suelen ignorarse constantemente; padres, maestros y otros adultos cercanos, enseñan una conducta y practican otra. Es de esperar en consecuencia que el adolescente tienda al escepticismo, que se agrupe con personas de su edad y se identifique con héroes reales o imaginarios, como los que le ofrecen los medios de comunicación. Se adoptan costumbres, lenguaje, modismos, ropa, música que se identifican con su edad, pero que al mismo tiempo lo hacen diferente y más adulto. Ahora se siente juzgado y utilizado por la sociedad. El ambiente de la escuela lo presiona y se ve obligado a luchar por buenas calificaciones o al menos para obtener el "pase", además de obtener su individualidad. Empieza a relacionarse con el sexo opuesto y se enfrenta a la autoridad.

La sexualidad adquiere un lugar eminente en la vida del adolescente. El vigor y el deseo sexual son intensos. Aún cuando hay una clara necesidad de amar y de ser amado, existe un temor a relacionarse y a ser criticado. Es natural la imperiosa necesidad de independizarse de la familia y de ser autosuficiente.

Desarrollo psicológico

Para Erickson (1977) es básico que durante la adolescencia los cambios sexuales y otros efectos de la pubertad imponen una reorganización del concepto de sí mismo. Sugiere que las posibilidades de desarrollo de la personalidad adolescente se dan entre los polos de la "identidad" y la "confusión de roles". El desarrollo sano implica la adquisición de un sentido de identidad del yo, que es un problema general de los adolescentes. Señala que el fracaso en lograr la identidad tiene su base en la confusión de roles, concretamente en la sexualidad y la elección vocacional que son los fundamentos principales de la identidad.

Si los jóvenes tienen una idea del tipo de rol adulto que desean ser, esto puede servirles como guía o principio organizador de su sentido de identidad. Si no se desarrolla un sentido sólido de identidad, la persona joven permanecerá probablemente en la confusión con respecto a sí misma. No desarrollará una idea clara y segura de quién y qué es. El adolescente que se

halla en esta situación buscará probablemente un rol estable identificándose con figuras culturales o populares o enamorándose. El principio que aquí subyace nos dice que si el joven no puede adquirir un sentido de identidad mediante sus propios recursos internos tratará de lograrlo apelando a recursos externos.

Finalmente, Erickson (1983) sugiere, que las preocupaciones del adolescente por las ideologías y los credos morales pueden comprenderse como una consecuencia de la confusión de roles. El adolescente busca nuevos valores personales. En la medida que su identidad es inestable, se siente atraído por ideologías que prometen proporcionar estabilidad o por lo menos un anclaje moral sólido.

Allport (1977), menciona que la búsqueda de identidad en la adolescencia es la característica primordial de esta etapa y señala que el adolescente no percibe el inicio de la madurez y tampoco lo sabe la sociedad. La imagen de sí mismo en el adolescente depende de otras personas. Busca popularidad y teme al ostracismo. En su cabello, en sus gustos, sigue las preferencias que imperan en su grupo. Raras veces se atreve a ponerse en contra con las costumbres que rigen entre los muchachos de su edad. La imagen de sí mismo y su sentido de identidad no son suficientemente firmes para resistir este esfuerzo.

La tan conocida tendencia del adolescente a la rebeldía tiene una importante relación con su búsqueda de la identidad, es decir, le sirve de reafirmación. Es la última etapa de su lucha para la autonomía.

La búsqueda de la identidad se revela en el modo con que el adolescente ensaya diversas caracterizaciones. La manera de hablar, el peinado, el modo de caminar, de vestirse, la imitación de un héroe o modelo.

El adolescente busca la seguridad de saber que puede atraer a otras personas y desempeñar un papel aceptable en las relaciones con el otro sexo. El enamoramiento no es a menudo sino un ardid para poner a prueba la imagen de sí mismo.

Al mismo tiempo se agudiza el conflicto de los impulsos sexuales. El adolescente sabe que existen serias prohibiciones y le resulta difícil armonizar los deseos carnales con las normas.

En algunos casos el joven puede hallar en la religión soluciones que mitiguen su sufrimiento o que por el contrario lo intensifiquen.

El núcleo del problema de la identidad es la selección de una ocupación o de otro objetivo en la vida. Sabe que en el futuro ha de seguir un plan y a este respecto su sentido de sí mismo adquiere una dimensión que falta en la infancia. Con frecuencia los objetivos del adolescente son demasiado altos ya que éste se encuentra en una etapa de idealismo, por lo que sus objetivos habrán de terminar en la desilusión.

De acuerdo con Allport, hasta este momento de la vida, el individuo habrá desarrollado gradualmente los siguientes aspectos del sí mismo:

- Sentido del sí mismo corporal
- Sentido de una continua identidad del sí mismo
- Estimación del sí mismo (amor propio)
- Extensión del sí mismo
- Imagen del sí mismo
- El sí mismo como solucionador racional
- Esfuerzo orientado

El desarrollo cognoscitivo o intelectual, conceptualizado por Piaget, es simplemente un proceso coherente de cambios sucesivos y cuantitativos en las estructuras cognoscitivas (esquemas), y que cada estructura con un cambio correspondiente se deriva lógica e inevitablemente del anterior (Wadsworth, 1989).

El conocimiento, para Piaget, es una construcción originada por las acciones del niño (ya sean acciones físicas o mentales), y el conocimiento es de tres tipos: físico, lógico - matemático y social.

El conocimiento físico es el conocimiento de las propiedades físicas de los objetos, fenómenos o acontecimientos, por medio de la manipulación (con los sentidos). Así, las experiencias activas se integran a sus esquemas (Wadsworth, 1989); además los objetos nos permiten captar sus propiedades sólo en la medida en que tenemos contacto con ellos (Wadsworth, 1978).

El conocimiento lógico - matemático es el conocimiento construido mediante la reflexión acerca de las experiencias con los objetos y los acontecimientos Gallagher y Reid, (1981) citados por Wadsworth (1989). El niño inventa el conocimiento lógico - matemático; éste no está implícito en el objeto, sino que se constituye a partir de los actos y reflexión del niño con los objetos. (Wadsworth, 1989).

El conocimiento social es aquel al que los grupos sociales o culturales llegan por acuerdos, por convicción; las reglas, los sistemas morales, los valores, la ética, etc. A diferencia del conocimiento físico y lógico - matemático, el conocimiento social no puede extraerse de las acciones efectuadas con los objetos, sino de las interacciones con otras personas (Wadsworth, 1989).

El afecto tiene varios aspectos, entre ellos los sentimientos subjetivos (el amor, la ira, la depresión) y los aspectos expresivos (las sonrisas, los gritos, las lágrimas) Cowan, (1981) citado por Wadsworth (1989). Existen dos aspectos importantes del afecto que conciernen al desarrollo intelectual. El primero es la relación con la motivación o estimulación de la actividad intelectual. El segundo aspecto se refiere a la selección, ya que la actividad intelectual siempre se dirige a determinados objetos o sucesos; para Piaget, ésta selección no es producto de las actividades cognoscitivas, sino del afecto, en este caso, el interés (Wadsworth, 1989).

Piaget (1963b) sintetiza las etapas del desarrollo cognoscitivo:

1. Etapa de la *inteligencia sensomotora* (0 - 2 años).
2. Etapa del *pensamiento preoperativo* (2 - 7 años).
3. Etapa de las *operaciones concretas* (7 - 11 años).
4. Etapa de las *operaciones formales* (11 - 15 años o más).

Debido a las características de la muestra, únicamente se hará mención de la etapa de operaciones concretas y de la etapa de operaciones formales.

En la etapa de *operaciones concretas* el niño desarrolla la capacidad de aplicar el pensamiento lógico a los problemas concretos, donde una operación intelectual es un sistema de acciones internalizadas y totalmente reversible (Piaget, 1981). En esta etapa el niño se aleja del egocentrismo, puede adoptar el punto de vista de los demás y su lenguaje hablado es social y comunicativo; también puede captar las transformaciones. Además de la reversibilidad, como ya se mencionó, evolucionan dos operaciones intelectuales importantes: la *seriación* y la *clasificación*, que son la base de los conceptos numéricos. También hay un desarrollo afectivo y el cognoscitivo. El desarrollo de la voluntad permite la regulación del razonamiento afectivo, comienza a evaluar los argumentos, permitiéndole así comprender la intencionalidad y aumenta su capacidad para evaluar los motivos al formarse juicios. Así mismo, se puede observar el desarrollo de los conceptos morales del niño, como la comprensión de las reglas, la mentira, los accidentes y la justicia (Wadsworth, 1989).

En resumen, en la etapa concreta los niños pueden realizar las siguientes tareas para poder resolver problemas:

- Clasifica objetos agrupándolos en categorías similares.
- Trabaja con números.
- Entiende los conceptos de tiempo y espacio.
- Distingue entre realidad y fantasía.
- Entiende el principio de conservación.

La etapa de las operaciones formales se caracteriza por el pensamiento abstracto. En esta etapa surge el pensamiento *hipotético deductivo*, que es la habilidad de razonar sobre cuestiones hipotéticas y reales y la de extraer conclusiones de premisas hipotéticas; y el *pensamiento científico - inductivo* que es característico de la ciencia, es el razonamiento de lo específico a lo general. Otra característica es la *abstracción reflexiva*, la cual trae nuevos conocimientos del conocimiento previo por medio del pensamiento trascendiendo lo observable.

Así las capacidades cognoscitivas del adolescente que ya ha desarrollado por completo las operaciones formales son cualitativamente iguales a las de los adultos.

No todos los adolescentes y adultos desarrollan por completo las operaciones formales, aunque - según Piaget - todas las personas normales tienen la capacidad de hacerlo Gallagher y Reid, (1981) citados por Wadsworth, (1989). El desarrollo de los sentimientos normativos, la autonomía y la voluntad durante las operaciones formales propician la construcción de sentimientos idealistas y el posterior desarrollo de la personalidad durante las operaciones formales (Wadsworth, 1989).

Capítulo 6

Método

DEFINICION DE CONCEPTOS

Obesidad

Dentro del marco de este estudio y de acuerdo con investigaciones previas (Gómez Pérez-Mitré, 1993b), obesidad se define teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) > 27 y obesidad masiva > 31 . A esta definición debe de agregarse que existe consenso con respecto a que el exceso de grasa corporal es el resultado de un balance calórico positivo prolongado, es decir, de períodos largos en los cuales la ingesta alimentaria es mayor que el gasto calórico.

Imagen corporal

Es una categoría subjetiva: se refiere a una representación psicosocial, es una especie de "fotografía" dinámica, en movimiento, y producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Autopercepción de imagen corporal

Se refiere a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo, durante su existencia y a través de diversas experiencias, la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa. Estas percepciones evaluativas pueden ser favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo y son agrupadas generalmente bajo el nombre de satisfacción insatisfacción (Bruchon - Schweitzer, 1989).

Distorsión de la imagen corporal

Distorsión de la imagen corporal es el nombre que se ha dado a lo que puede considerarse como el factor central y común a los desórdenes

Alteración de la imagen corporal Operacionalmente se define como la diferencia que puede encontrarse entre la estimación subjetiva (autoclasificación del peso corporal como resultado de la autopercepción), que el sujeto hace de su cuerpo y la medición real u objetiva del peso y talla, que se obtiene del Índice de Masa Corporal (IMC).

Para fines del presente estudio se define operacionalmente el IMC (Peso / talla²) para efectos de clasificación del peso corporal como sigue:

Peso		IMC
Peso muy por abajo del normal	<	15
Peso por abajo del normal		15 - 18.9
Peso Normal		19 - 22.9
Sobrepeso		23 - 27
Obesidad		>
Obesidad masiva o mórbida	>	31

Estos criterios o puntos de corte para clasificar el peso corporal se derivan de la primera validación diagnóstica del uso del IMC para adolescentes mexicanos (Saucedo de Molina y Gómez Peresmitré, 1997).

Autoatribución

La autopercepción de un individuo frecuentemente refleja la manera en que otras personas significativas en su medio ambiente se han comportado con él. Si los otros consistentemente lo han tratado de una manera especial y le muestran que tienen una cierta actitud hacia él, especialmente en sus años jóvenes de formación él aceptará sus apreciaciones hacia él y tratará de actuar de acuerdo con las apreciaciones que tienen de él.

Problemas de investigación

Problemas generales de investigación

¿ Se relaciona la autoatribución de un grupo de adolescentes obesas con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) y con alteración (subestimación / sobrestimación) de las mismas ?

¿ Se relaciona la autoatribución de un grupo de adolescentes con peso por abajo del normal (delgadas), con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción y subestimación / sobrestimación) de las mismas ?

Problemas específicos de investigación

¿ La autoatribución de las adolescentes obesas será diferente de la autoatribución de las adolescentes delgadas ?

¿ La imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) de las adolescentes obesas será significativamente diferente de la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) de las adolescentes delgadas ?

¿ La alteración de la imagen corporal (subestimación / sobrestimación) de las adolescentes obesas será significativamente diferente a la alteración de la imagen corporal (subestimación / sobrestimación) de las adolescentes delgadas ?

Hipótesis de trabajo

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre la autoatribución de las adolescentes obesas cuando se compara con la autoatribución de las adolescentes con peso por abajo del normal.

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) de las adolescentes obesas cuando se le compara con la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción) de las adolescentes delgadas.

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre la alteración de la imagen corporal (subestimación / sobrestimación) de las adolescentes obesas cuando se les compara con la alteración de la imagen corporal (subestimación / sobrestimación) de las adolescentes delgadas ?

DEFINICION DE VARIABLES

Variables independientes

Obesidad:

Definición conceptual:

La obesidad se puede definir como el exceso de masa grasa en el organismo.

Definición operacional:

Se considerará obesa a la persona con IMC > 27.

Delgadez

Definición Conceptual:

Se denomina delgadez cuando la cantidad de grasa corporal se encuentra por abajo de lo esperado según normas establecidas relacionadas con la salud.

Definición Operacional:

Se considerará delgada a la persona cuyo IMC caiga dentro de un intervalo que vaya de 15 a 18.9. Estos puntos de corte para obesidad y para delgadez se tomaron de la escala combinada del Índice de Masa Corporal validada en muestras de adolescentes mexicanos (Saucedo - Molina, T., & Gómez Peresmitré, G., 1997).

Variables dependientes

Imagen corporal

Definición conceptual:

La imagen del cuerpo como una configuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y de acuerdo a diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas de belleza y de rol y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. (Bruchon - Schweitzer, 1992).

Satisfacción / insatisfacción es el grado de aceptación o rechazo hacia el propio cuerpo. Y por alteración de la imagen corporal se entiende el mayor o menor acercamiento perceptual con la imagen real.

Definición Operacional:

Se considera que la persona tiene insatisfacción con su imagen corporal cuando el resultado de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal sea positiva o negativa. Mientras mayor sea la diferencia, mayor será la insatisfacción.

Se considera que la persona tiene satisfacción con su imagen corporal cuando el resultado de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal sea igual a cero.

Alteración de la imagen corporal

Definición Conceptual:

La alteración de la imagen corporal constituye un factor de riesgo en el desarrollo de desórdenes alimentarios.

Definición Operacional:

La alteración de la imagen corporal se estima como la diferencia entre autopercepción del peso corporal menos el Índice de Masa Corporal real (IMC real). Las diferencias positivas se interpretan como sobreestimación; mientras que las diferencias negativas como subestimación. Una diferencia igual a cero se interpreta como no alteración.

Autopercepción del peso corporal

Definición Conceptual:

Se define como el peso corporal que el sujeto cree o piensa que tiene.

Definición Operacional:

Autopercepción del peso corporal se medirá conforme a lo que los sujetos de estudio respondan al reactivo correspondiente a *Peso*.

Índice de Masa Corporal real:

Definición Conceptual:

El antropólogo belga Adolph Quetelet propuso este índice desde el siglo pasado y se le emplea cada vez más, ya que ha demostrado ser un buen indicador de la masa corporal de un individuo. Su fórmula es: $(\text{Peso} / \text{talla}^2)$.

Definición Operacional:

Para fines del presente estudio se define operacionalmente el Índice de Masa Corporal real como $(\text{Peso} / \text{talla}^2)$; en donde peso y talla se miden con báscula y estadímetro respectivamente.

Autoatribución:

Definición Conceptual:

La autopercepción de un individuo frecuentemente refleja la manera en que otras personas significativas en su medio ambiente se han comportado hacia él. Si los otros consistentemente lo han tratado de una manera en especial y le muestran que tienen una cierta actitud hacia él, especialmente en sus años jóvenes de formación él aceptará sus apreciaciones hacia él y tratará de actuar de acuerdo con las apreciaciones que tienen de él. Por ejemplo, sabemos si somos atractivos o feos escuchando comentarios sobre nosotros; también sabemos si somos inteligentes o tontos comparando nuestras habilidades con la de los otros; también nos sabemos interesantes o aburridos observando la frecuencia con la que se nos busca o evita nuestra compañía. Existe mucha evidencia sugiriendo que hasta nuestras percepciones de muchos de nuestras

estados internos (actitudes, emociones y preferencias) son fuertemente influidos por varios factores externos.

Definición Operacional:

Conjunto de características positivas o negativas que un sujeto responde que tiene al elegir los reactivos de la *escala de autoatribución*.

METODO

Diseño de investigación

La presente investigación puede clasificarse como un estudio confirmatorio, de campo, con un diseño de dos grupos con observaciones independientes combinado con otro de observaciones dependientes o intrasujeto.

Muestra

La muestra fue probabilística ($n = 110$) con selección sistemática al azar de una muestra mayor con ($N = 1915$); ($n = 64$ adolescentes con sobrepeso y obesas; IMC 23 a 31) y ($n = 46$ adolescentes con peso por abajo del normal; IMC 15 a 18.9) extraídas de una población formada por todas las adolescentes mujeres que estudian el bachillerato en escuelas públicas y privadas del D. F. y zonas conurbadas. Los sujetos fueron mujeres de edades entre los 15 a los 21 años de edad.

Instrumento

Se aplicó el cuestionario sobre "Alimentación y Salud" Gómez Pérez - Mitré (1993, 1993b, 1995) con formato mixto, que exploró las siguientes áreas: *sociodemográfica* (reactivos 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 32 y 33, con 2 y 5 opciones de respuesta); *imagen corporal* (sección C y sección H que son dos escalas visuales sobre figura corporal con 9 siluetas humanas que van de una figura humana muy delgada a una muy gruesa o gorda, pasando por un punto

medio con peso normal); *autoatribución* (sección D que es una escala del tipo Likert con 46 reactivos con 5 opciones de respuesta que van desde no me describe nada, hasta me describe exactamente, pasando por me describe regular). Ver Anexo A. Las respuestas se dieron en hojas de respuesta para lector óptico.

Se sometió a las escalas de atribución a un análisis factorial de componentes principales y rotación varimax, que dio como resultado 6 factores que explican el 53.5 % de la varianza. No obstante, al analizarlos se decidió quedarse con los 4 primeros debido a que el valor alpha de los otros dos restantes era menor a .50 como se detalla en la siguiente tabla:

	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4	
D17	.76446	D22	.70756	D26	.71197	D7	.75233	
D19	.74785	D34	.66677	D15	.62932	D32	.72230	
D13	.74638	D25	.58429	D27	.51916	D20	.70856	
D21	.73856	D11	.54593	D10	.48770	D8	.69594	
D12	.72677	D29	.52749	D28	.41756	D18	.57464	
D6	.71353	D14	.50209					
D9	.70403	D33	.49240					
D31	.65706	D3	.40406					
D5	.50398							
D1	.49034							
D4	.45801							
D2								
Valor Eigen	9.578		3.452		1.772		1.377	
% de var.	3.452		9.9		5.1		3.9	
α	.9007		.7849		.7131		.7698	
α escala total = .9080								

Los reactivos de la escala de atribución se agruparon en dos polos: atributos positivos y atributos negativos, para facilitar su análisis estadístico.

Procedimiento

Se solicitó la autorización a los directivos de escuelas de bachillerato del, D.F. y zonas conurbadas para la aplicación del instrumento.

Se llevó a cabo la aplicación del Cuestionario de Alimentación y Salud, de manera colectiva, dando la siguiente información: "La Facultad de Psicología de la U. N. A. M., está llevando a cabo una investigación acerca de la alimentación y salud integral (física y psicológica) de los estudiantes mexicanos. Toda la información que ustedes proporcionen será confidencial con fines exclusivos de investigación, por lo cual las respuestas se guardarán en anonimato absoluto".

A la muestra total ($n = 110$) se le hicieron mediciones antropométricas. De ellas se tomaron, para el presente estudio, el peso y la talla medidos directamente con los que se calculó el Índice de Masa Corporal Real. El procedimiento que siguió el equipo médico se ajustó a las técnicas internacionalmente recomendadas (Galván, 1992) para asegurar la confiabilidad de tales mediciones.

Para la medición del peso se utilizó una báscula marca "Torino" peso - persona de 140 kg. y para medir la estatura se construyó un estadímetro de madera.

Las adolescentes fueron pesadas de pie, sin zapatos y con la menor ropa posible, sobre la báscula peso - persona. Esta se recalibraba cada 5 sujetos con un peso conocido (pesa de 5 kg.) y utilizando el tornillo lateral de ajuste para mantenerla en todo momento balanceada.

Para medir la estatura se ponía a la adolescente de pie, sin zapatos con los pies paralelos ligeramente separados de las puntas, con los talones, las nalgas y los hombros, así como la parte superior de la cabeza en una misma línea vertical. La cabeza debía mantenerse levantada y el borde inferior de la órbita de los ojos tenía que permanecer en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo. Los brazos quedaban rectos y distendidos a uno y otro lado del cuerpo, la cabecera del estadímetro se bajaba hasta topar con la parte alta de la cabeza, tomando en cuenta el espesor y arreglo del cabello.

Una vez aplicado el instrumento a la muestra formada por 110 sujetos de sexo femenino (46 de bajo peso y 64 de sobre peso) se capturaron los datos y se procesaron con el paquete "SPSS - PC" (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para el ambiente gráfico Windows 3.x) obteniéndose los siguientes resultados:

Capítulo 7

Resultados

RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue conocer como se relacionan el peso corporal (obesidad y bajo peso) de un grupo de estudiantes adolescentes con autoatribución y con imagen corporal (satisfacción / insatisfacción y distorsión). En esta parte del trabajo se proporcionan los resultados obtenidos del análisis de las variables de interés dando inicio con la descripción de la formación de las muestras de estudio y la descripción de los sujetos de las muestras.

Formación de los grupos de estudio en función de la variable peso corporal

Se aplicó el instrumento a una muestra mayor (N = 1915). De acuerdo con el IMC real se formaron las dos muestras de este estudio:

El grupo de estudiantes con peso abajo del normal se formó tomando en cuenta que su IMC real estuviera dentro del rango de 15 a 18.9 y el grupo de estudiantes con sobrepeso cuyo IMC real estuviera dentro de 23 a 31; quedando constituidos los dos grupos como sigue:

- Grupo con peso por abajo del normal (n = 46)
- Grupo con sobrepeso (n = 64)

1. - Descripción de los sujetos de las muestras

Edad promedio

	Muestra bajo peso	Muestra sobrepeso
Años	Porcentaje	Porcentaje
15 años	30.4 %	28.1 %
16 años	6.5 %	12.5 %
17 años	19.6 %	9.4 %
18 años	23.9 %	29.7 %
19 años	13.0 %	14 %
20 años	4.3 %	4.7 %
21 años	2.3 %	1.6 %
\bar{x}	17.043	17.094
D. E.	1.686	1.678

Tabla 1

¿ Qué estás estudiando ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Carrera Técnica	2.2 %	Carrera Técnica	3.1 %
Carrera Comercial	2.2 %	Carrera Comercial	1.6 %
Bachillerato	63 %	Bachillerato	57.8 %
Licenciatura	32.6 %	Licenciatura	37.5 %

Tabla 2

¿ Trabajas ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Sí	6.5 %	Sí	14.1 %
No	93.5 %	No	85.9 %

Tabla 3

Actualmente vives con:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Familia nuclear (padres y hermanos)	87 %	Familia nuclear (padres y hermanos)	84.4 %
Padre o Madre	13 %	Padre o Madre	12.5 %
		Hermano (s)	3.1 %

Tabla 4

Como puede verse en la tabla 2, los porcentajes más bajos correspondieron para la muestra de bajo peso, a "carrera técnica" y "carrera comercial" (2.2 % respectivamente). El porcentaje más alto fue para "bachillerato" (63 %).

Con respecto a la muestra de sobrepeso, el porcentaje más bajo correspondió a "carrera comercial" (1.6 %), seguido de "carrera técnica" (3.1 %), y el porcentaje más alto correspondió a "licenciatura".

A la pregunta ¿ Trabajas ? la muestra de bajo peso respondió "no" (93.5 %) , y solo el 6.5 % respondió que "sí".

Para la muestra de sobrepeso, sólo el 14.1 % respondió "sí", y el 85.9 % respondió que "no".

Como puede verse en la tabla 4, para la muestra de bajo peso el 87 % de los sujetos de la muestra viven con la familia nuclear mientras que para la muestra de sobrepeso el porcentaje es ligeramente menor (84.4 %).
Lugar que ocupas entre tus hermanos

Lugar que ocupas entre tus hermanos

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Soy hija única	6.5 %	Soy hija única	8 %
Soy la mayor	39.1 %	Soy la mayor	31.7 %
Ocupo un lugar intermedio	28.3 %	Ocupo un lugar intermedio	38.1 %
Soy la más chica	26.1 %	Soy la más chica	22.2 %

Tabla 5

El 39.1 % de los sujetos de la muestra de bajo peso respondió que era la hija mayor. Para la muestra de sobrepeso, el porcentaje mayor, fue de 38.1 % para la respuesta de que ocupan un lugar intermedio.

El 18.6 % de los sujetos de la muestra de bajo peso, a la pregunta de si habían tenido vida sexual activa, contestaron que "sí", mientras que para la muestra de sobrepeso sólo el 13.3 % contestó que "sí". Ver tabla 6.

¿ Tienes o has tenido vida sexual activa ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
No	81.4 %	No	86.7 %
Sí	18.6 %	Sí	13.3 %

Tabla 6

¿ Tienes hijos ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Sí	27.3 %	Sí	26.7 %
No	72.7 %	No	73.3 %

Tabla 7

A la pregunta, ¿ Tienes hijos ?, el 72.7 % de la muestra de bajo peso contestó que "no", mientras que para la muestra de sobrepeso la respuesta negativa fue ligeramente mayor con 73.3 %. Ver tabla 7.

El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
N\$ 2000 o menos	30.4 %	N\$ 2000 o menos	28.1 %
N\$ 2001 a 4000	32.6 %	N\$ 2001 a 4000	25 %
N\$ 4001 a 6000	21.7 %	N\$ 4001 a 6000	23.4 %
N\$ 6001 a 8000	6.5 %	N\$ 6001 a 8000	1.6 %
N\$ 8001 a 10000	8.8 %	N\$ 8001 a 10000	14.1 %
N\$ 10001 o más		N\$ 10001 o más	7.8 %

Tabla 8

Para la muestra de bajo peso, el ingreso mensual familiar - medido por el instrumento -, menor de N\$ 2000 o menos correspondió al 30.4 % de la población de la muestra, mientras que sólo el 8.8 % de la población de la muestra reportó tener un ingreso mensual familiar de entre N\$ 8001 a 10000.

Para la muestra de sobrepeso, el ingreso mensual familiar menor de N\$ 2000 o menos, corresponde al 28.1 % de la población de la muestra, mientras que solamente el 7.8 % de la población de la muestra reporta tener un ingreso mensual familiar de N\$ 10000 o más.

¿ Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Padres (uno o los dos)	93.5 %	Padres (uno o los dos)	90.6 %
Tú y padre y / o madre	6.5 %	Tú y padre y / o madre	6.3 %
		Tú	1.6 %
		Tú, hermanos y / o padres	1.5 %

Tabla 9

Como se muestra en la tabla 9, para la muestra de bajo peso, el 93.5 % reporta que le ingreso mensual familiar lo aportan los padres, mientras que para la muestra de sobrepeso, el 90.6 % del ingreso mensual familiar lo aportan los padres, y sólo el 1.6 % de los sujetos sostienen ellos solos a sus familias.

Años de estudio de tu padre:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Menos de 6 años	6.5 %	Menos de 6 años	12.7 %
De 6 a 8 años	26.1 %	De 6 a 8 años	14.3 %
De 9 a 11 años	17.4 %	De 9 a 11 años	15.9 %
De 12 a 14 años	8.7 %	De 12 a 14 años	17.5 %
De 15 a 17 años	17.4 %	De 15 a 17 años	23.8 %
De 18 o más	23.9 %	De 18 o más	15.8 %

Tabla 10

Como se ve en la tabla 10, para la muestra de bajo peso, con respecto a los años de estudio del padre, sólo el 8.7 % de los sujetos contestaron que su

padre, había estudiado 12 a 14 años, y el 26.1 % contestó que su padre había estudiado 6 a 8 años.

Con respecto a la muestra de sobrepeso, el 12.7 % de los sujetos contestaron que su padre había estudiado menos de 6 años, y el 23.8 % contestó que su padre había estudiado de 15 a 17 años.

Años de estudio de tu madre:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Menos de 6 años	13 %	Menos de 6 años	10.9 %
De 6 a 8 años	19.6 %	De 6 a 8 años	28.1 %
De 9 a 11 años	28.3 %	De 9 a 11 años	17.2 %
De 12 a 14 años	21.7 %	De 12 a 14 años	21.9 %
De 15 a 17 años	8.7 %	De 15 a 17 años	14.1 %
De 18 o más	8.7 %	De 18 o más	7.8 %

Tabla 11

Para la muestra de bajo peso, con respecto a los años de estudio de la madre, sólo el 8.7 % contestó que su madre había estudiado entre 15 y 18 o más años, mientras que el 13 % reportó que su madre había estudiado menos de 6 años.

Para la muestra de sobrepeso, sólo el 7.8 % contestó que su madre había estudiado 18 o más años, y el 10.9 % reportó que su madre había estudiado menos de 6 años. Ver tabla 11.

¿Cuál es la ocupación de tu padre ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Obrero	6.7 %	Obrero	5 %
Comerciante	8.9 %	Comerciante	18 %
Empleado	46.7 %	Empleado	42.6 %
Profesionista	35.6 %	Profesionista	31.1 %
Empresario	2.1 %	Empresario	3.3 %

Tabla 12

A la pregunta, ¿Cuál es la ocupación de tu padre ?, el 2.1 % contestó que era empresario, el 6.7 % contestó que su padre era obrero, el 8.9 % contestó que su padre era comerciante, el 35.6 % contestó que su padre era profesionista y 46.7 % contestó que su padre era empleado.

Para la muestra de sobrepeso, el 3.3 % contestó que su padre era empresario, el 5 % contestó que su padre era obrero, el 18 % contestó que su padre era comerciante, el 31.1 % contestó que su padre era profesionista y el 42.6 % contestó que su padre era empleado. Ver tabla 12.

¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Ama de casa	62 %	Ama de casa	46.7 %
Empleada doméstica	2.2 %	Empleada doméstica	
Obrera	4.4 %	Obrera	10 %
Comerciante	11.4 %	Comerciante	20 %
Profesionista	20 %	Profesionista	23.3 %

Tabla 13

A la pregunta, ¿Cuál es la ocupación de tu madre?, el 2.2 % de los sujetos de la muestra, contestó que su madre era empleada doméstica, el 4.4 % contestó que su madre era obrera, el 11.4 % contestó que su madre era comerciante y el 20 % contestó que su madre era ama de casa.

Para la muestra de sobrepeso, el 10 % de los sujetos contestaron que su madre era obrera, el 20 % contestó que su madre era comerciante, el 23.3 % contestó que su madre era profesionista, y el 46.7 % de los sujetos contestaron que su madre era ama de casa.

2. - Descripción de las variables relacionadas con peso corporal

Edad de tu primera menstruación:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Menos de 9 años	2.2 %	Menos de 9 años	3.1 %
9 a 11 años	29 %	9 a 11 años	42.2 %
12 a 14 años	64.4 %	12 a 14 años	54.7 %
15 a 17 años	4.4 %	15 a 17 años	

Tabla 14

Como puede verse en la tabla 14, a la pregunta "Edad de tu primera menstruación", para la muestra de bajo peso, el porcentaje más bajo fue "menos de 9 años" (2.2 %); y el más alto (64.4 %) correspondió a la respuesta de "12 a 14 años".

Para la muestra de sobrepeso, el porcentaje más bajo fue "menos de 9 años" (3.1 %); y el más alto 54.7 % para la respuesta de "12 a 14 años".

¿ Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
No	48.9 %	No	27 %
Sí	51.1 %	Sí	73 %

Tabla 15

Se encontró que el 51.1 % de la muestra de bajo peso, ha tenido problemas con su peso corporal, así también la muestra de sobrepeso (73 %). Ver Tabla 15.

Tú problema es o era:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Sobrepeso	14.8 %	Sobrepeso	81.3 %
Falta de peso	85.2 %	Falta de peso	18.7 %

Tabla 16

Se encontró que para la muestra de bajo peso, la mayoría de los sujetos tenían falta de peso (85.2 %) mientras que la muestra de sobrepeso el 81.3 % tenía sobrepeso. Ver tabla 16.

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

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
No	93.1 %	No	32.3
Sí	6.9 %	Sí	67.7

Tabla 17

Se encontró que el 93.1 % de los sujetos de la muestra de baja peso, no han hecho dieta para controlar su peso, mientras que para la muestra de sobrepeso, el 67.7 % de los sujetos si han hecho dieta para controlar su peso. Ver tabla 17.

¿ Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Menos de 9 años	40 %	Menos de 9 años	6.5 %
9 a 11 años		9 a 11 años	10.9 %
12 a 14 años	20 %	12 a 14 años	23.9 %
15 a 17 años	40 %	15 a 17 años	50 %
18 a 20 años		18 a 20 años	6.5 %
21 o más		21 o más	2.2 %

Tabla 18

Se encontró que, para la muestra de bajo peso, un 40 % de los sujetos de la muestra hicieron su primera dieta antes de los 9 años, y otro 40 % la hizo entre los 15 a los 17 años. Para la muestra de sobrepeso, el 2.2 % de los sujetos hicieron su primera dieta después de los 21 años, y el 50 % entre los 15 a 17 años. Ver tabla 18.

¿En los últimos 6 meses has hecho dieta ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
No	50 %	No	46.9 %
Sí	50 %	Sí	53.1 %

Tabla 19

Para la muestra de bajo peso, se encontró que una mitad de la población (50 %) ha hecho dieta en los últimos 6 meses; y la otra mitad no la ha hecho (50 %).

Para la muestra de sobrepeso, se encontró que, el 53.1 % si ha hecho dieta para controlar su peso y sólo el 46.9 no la ha hecho. Ver tabla 19.

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

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
No	64.4 %	No	73 %
Sí	35.6 %	Sí	27 %

Tabla 20

Se encontró que el 64.4 % de los sujetos de la muestra de bajo peso no ha tenido problemas con su forma de comer en los últimos 6 meses, mientras que para la muestra de sobrepeso el 73 % tampoco ha tenido problemas con su forma de comer en los últimos 6 meses. Ver tabla 20.

El problema consiste en que:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad	29.4 %	Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad	16 %
Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil	29.4 %	Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil	32 %
Comes hasta que te duele el estómago	29.4 %	Comes hasta que te duele el estómago	40 %
Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas	5.9 %	Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas	12 %
Comes y sigues comiendo hasta que vomitas	5.9 %	Comes y sigues comiendo hasta que vomitas	

Tabla 21

Se encontró, en la muestra de bajo peso, que el 29.4 % de la población, comía muy poco, menos que la mayoría de las personas de su edad. Y que el 5.9 % comía y seguía comiendo hasta que vomitaba.

Para la muestra de sobrepeso, el 12 % de la población contestó que comía y seguía comiendo hasta que sentía náuseas y el 40 % contestó que comía hasta que le doliera el estómago. Ver tabla 21.

¿ Qué peso te gustaría tener ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Mucho menor del que actualmente tengo		Mucho menor del que actualmente tengo	36.5 %
Menor del que actualmente tengo		Menor del que actualmente tengo	57.2 %
El mismo que tengo	41.3 %	El mismo que tengo	6.3 %
Más alto del que actualmente tengo	58.7 %	Más alto del que actualmente tengo	

Tabla 22

Para la muestra de bajo peso, se encontró que sólo el 41.3 % deseaba tener el mismo peso y el 58.7 % contestó que quería tener un peso más alto del que actualmente tenía. Mientras que para la muestra de sobrepeso, sólo el 6.3 % contestó que quería tener el mismo peso. Y el 57.2 % contestó que deseaba tener menor peso del que actualmente tenía. Ver tabla 22.

¿ Cómo te sientes con tu figura ?

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Muy Satisfecha	13 %	Muy Satisfecha	1.6 %
Satisfecha	63 %	Satisfecha	17.2 %
Indiferente	10.9 %	Indiferente	25 %
Insatisfecha	8.7 %	Insatisfecha	51.6 %
Muy insatisfecha	4.4 %	Muy insatisfecha	4.6 %

Tabla 23

Se encontró, que para la muestra de bajo peso, sólo el 4.4 % manifestó sentirse muy insatisfecha con su figura, y el 63 % dijo estar satisfecha con su figura.

Para la muestra de sobrepeso, sólo el 1.6 % dijo estar muy satisfecha con su figura, el 25 % dijo estar indiferente con su figura y sólo el 4.7 % dijo estar muy insatisfecha con su figura. Ver tabla 23.

Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Muy por abajo de él	4.4 %	Muy por debajo de él	3.1 %
Por abajo de él	65.2 %	Por abajo de él	6.3 %
Estás en tu peso ideal	23.9 %	Estás en tu peso ideal	4.7 %
Por arriba de él	6.5 %	Por arriba de él	68.7 %
Muy por arriba de él		Muy por arriba de él	17.2 %

Tabla 24

De acuerdo a la siguiente escala, tu te consideras:

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Respuesta	Porcentaje	Respuesta	Porcentaje
Obesa (muy gorda)		Obesa (muy gorda)	3.1 %
Con sobrepeso (gorda)	4.3 %	Con sobrepeso (gorda)	68.8 %
Con peso normal (ni gorda ni flaca)	17.4 %	Con peso normal (ni gorda ni flaca)	28.1 %
Peso por abajo del normal (delgada)	73.9 %	Peso por abajo del normal (delgada)	
Peso muy por abajo del normal (muy delgada)	4.4 %	Peso muy por abajo del normal (muy delgada)	

Tabla 25

Como se puede ver en la tabla 24, para la muestra de bajo peso, el 4.4 % de los sujetos manifestaron estar muy por debajo de su peso ideal, y el 6.5 % respondió que estaban por arriba de él.

En cambio, para la muestra de sobrepeso, sólo un 3.1 % de los sujetos dijo estar muy por debajo de su peso ideal, mientras que el otro 68.7 % manifestó estar por arriba de él. Ver tabla 24.

Como se puede ver en la tabla 25, para la muestra de bajo peso, un 4.3 % de los sujetos respondió que tenía sobrepeso (gorda), otro 4.4 % respondió tener peso muy por abajo del normal (muy delgada), un 17.4 % manifestó considerarse con peso normal y un 73.9 % contestó que su peso estaba por abajo del normal.

Para la muestra de sobrepeso, sólo el 3.1 % se consideró obesa (muy gorda), el 28.1 % dijo tener peso normal, y el 68.8 % se consideró con sobrepeso (gorda).

Medias y desviación estándar del IMC real para las muestras de bajo peso y sobrepeso

Muestra bajo peso	Muestra sobre peso
\bar{x} IMC real = 17.218	\bar{x} IMC real = 26.475
D. E. = 0.588	D. E. = 2.592

Tabla 26

Como se puede apreciar en la tabla 26, para la muestra de bajo peso, la \bar{x} del IMC real (17.218) efectivamente, cae dentro de la categoría de "peso por abajo del normal" (delgada).

Así también, la \bar{x} IMC real (26.475) correspondiente al grupo de sobrepeso, efectivamente, cae dentro de la categoría de "sobrepeso". Ver tabla pág. 96.

Como se puede ver en la tabla 28, tanto la muestra de bajo peso ($X = 2.761$), como la de sobrepeso ($\bar{x} = 2.828$), desean tener una figura muy delgada, siendo importante resaltar que las sujetos de la muestra de bajo peso ya cuentan con una figura muy delgada ($\bar{x} = 2.217$).

Como se puede observar en la tabla 29, la muestra de bajo peso, muestra una menor satisfacción ($\bar{x} = - 0.543$) con su imagen corporal, en comparación con la muestra de sobrepeso, en la que sí se aprecia mayor insatisfacción ($\bar{x} = 2.344$).

Continuo del peso corporal medido a través de las siluetas

Valor	Peso
1 - 2	Muy delgada
3 - 4	Delgada
5	Peso normal
6 - 7	Sobrepeso
8 - 9	Obesidad

Tabla 27

**Distribución de los porcentajes y medias de las variables figura ideal /
figura actual para las muestras de bajo peso y sobre peso**

Muestra bajo peso		Muestra sobre peso	
Figura actual		Figura actual	
Peso	Porcentaje	Peso	Porcentaje
Muy delgada	26.1 %	Muy delgada	1.6 %
	45.6 %		
Delgada	19.6 %	Delgada	7.8 %
	4.3 %		6.3 %
	2.2 %		56.1 %
Sobrepeso	2.2 %	Sobrepeso	15.6 %
			9.4 %
Obesa		Obesa	1.6 %
			1.6 %
x	2.217	x	5.172
D. E.	1.228	D. E.	1.242
Figura Ideal		Figura ideal	
Peso	Porcentaje	Peso	Porcentaje
Muy delgada	8.7 %	Muy delgada	6.3 %
	23.9 %		31.3 %
Delgada	52.2 %	Delgada	39.1 %
	13 %		20.3 %
	2.2 %		3 %
Sobrepeso		Sobrepeso	
Obesa		Obesa	
x	2.761	x	2.828
D. E.	0.874	D. E.	0.935

Tabla 28

**Distribución de los porcentajes de la variable satisfacción / insatisfacción
para las muestras de bajo peso y sobre peso**

Muestra bajo peso		Muestra sobre peso	
Valor	Frecuencia	Valor	Frecuencia
- 4	2.2 %	- 4	
- 3	4.3 %	- 3	
- 2	21.7 %	- 2	1.6 %
- 1	23.9 %	- 1	3.1 %
0	28.3 %	0	9.4 %
+ 1	15.2 %	+ 1	6.3 %
+ 2		+ 2	34.2 %
+ 3		+ 3	31.3 %
+ 4	2.2 %	+ 4	6.3 %
+ 5	2.2 %	+ 5	3.1 %
+ 6		+ 6	3.1 %
+ 7		+ 7	
+ 8		+ 8	1.6 %
\bar{x}	- 0.543	\bar{x}	2.344
D. E.	1.629	D. E.	1.673

Tabla 29

Comparación entre las variables figura ideal e IMC real para las muestras de bajo peso y sobrepeso

Muestra bajo peso		Muestra sobre peso	
Figura ideal		Figura ideal	
Peso	Porcentaje	Peso	Porcentaje
Muy delgada	8.7 %	Muy delgada	6.3 %
	23.9 %		31.2 %
Delgada	52.2 %	Delgada	39.1 %
	13 %		20.3 %
Sobrepeso	2.2 %	Sobrepeso	3.1 %
Obesa		Obesa	
\bar{x} peso	2.761	\bar{x} peso	2.828
D. E.	0.874	D. E.	0.935
\bar{x} IMC real	17.218	\bar{x} IMC real	26.475
D. E.	0.588	D. E.	2.592

Tabla 30

Se puede observar, en la tabla 30, tanto el grupo de bajo peso (\bar{x} = 2.761) como el de sobrepeso (\bar{x} = 2.828) escogieron una figura ideal muy delgada (\bar{x} = 2.761). Ver tabla en pág. 96 y tabla 27.

Distribución de los porcentajes de la variable alteración para las muestras de bajo peso y sobrepeso

Muestra bajo peso		Muestra sobrepeso	
Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje
- 2		- 2	4.7 %
- 1	4.3 %	- 1	40.6 %
0	73.9 %	0	54.7 %
+ 1	17.4 %	+ 1	
+ 2	4.3 %	+ 2	
+ 3		+ 3	

Tabla 31

Se puede observar, en la tabla 31, que el grupo de bajo peso presentó sobreestimación y el grupo de sobrepeso presentó subestimación de la imagen corporal.

3. - Comparación entre los grupos de bajo peso y sobrepeso

Los reactivos de la escala de atribución se agruparon en dos polos: atributos positivos y atributos negativos, para facilitar su análisis estadístico.

Para los análisis estadísticos se utilizó la prueba t de student que arrojó los siguientes datos:

Con respecto a la variable atributos *positivos* la media de *bajo peso* fue de 62.26 (N = 46) con una desviación estándar de 0.55 y para *sobrepeso* (N = 64) la media fue de 64.96 con una desviación estándar de 0.47.

Con respecto a la variable de atributos *negativos* la media de bajo peso fue de 45.3696 (N = 46) con una desviación estándar de 0.47 y para sobrepeso, la media fue de 46.7031 (N = 64) con una desviación estándar de 9.737.

• Se obtuvo una $t(108) = -102$ con una $p = 0.311$, esto nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso con respecto a los atributos positivos (ver tabla 32).

• Se obtuvo una $t(108) = -0.74$ con una $p = 0.458$ que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso con respecto a los atributos negativos (ver tabla 32).

En relación con la variable "Figura actual" (correspondiente a la escala "C") del cuestionario, la media para el grupo de bajo peso fue de 2.2174 con una desviación estándar de 1.228 y la media para el grupo de sobrepeso fue de 5.1719 con una desviación estándar de 1.242.

Asimismo para la variable "Figura ideal" (correspondiente a la escala "H") del cuestionario; la media para el grupo de bajo peso fue de 2.8913 con una desviación estándar de 0.849 y la media para el grupo de sobrepeso fue de 3.6094 con una desviación estándar de 1.292.

• Para la figura actual se obtuvo una $t(108) = -12.37$ con una $p = 0.000$, esto nos indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso (ver tabla 32).

• Para la figura ideal se obtuvo una $t(107.24) = -3.51$ con una $p = 0.001$, esto nos indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso (ver tabla 32).

Ahora bien, con respecto a la variable "Alteración de la imagen corporal" (medida por autopercepción del peso corporal - IMC real), la media del grupo de bajo peso fue de -0.2174 con una desviación estándar de 0.593 y la media del grupo de sobrepeso fue de 0.5 con una desviación estándar de 0.591.

• Se obtuvo una $t(96.9) = -6.27$ con una $p = 0.000$ lo que nos indica que si hay diferencias significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso con respecto a la variable de alteración (ver tabla 32).

Con respecto a la variable "Satisfacción / Insatisfacción" con la figura corporal (medida por "figura actual" - "figura ideal") la media del grupo de bajo peso fue de -0.6739 con una desviación estándar de 1.175 . La media del grupo de sobrepeso fue de 1.5625 con una desviación estándar de 1.424 .

• Se obtuvo una $t(108) = -8.73$ con una $p = 0.000$ lo que nos indica que si hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de bajo peso y sobrepeso con respecto a la satisfacción / insatisfacción con la figura corporal (ver tabla 32).

Valores t , planteamiento de las hipótesis nulas, medias y desviaciones estándar

Variable	\bar{x}	D. E.	t	$\bar{E. L.}$	$p.$	α	Decis. Est.	H0
Atrib. Positivos	B. P. 62.2609 S. P. 64.9688	B. P. 0.55 S. P. 0.47	-1.02	108	0.311	≤ 0.05	Acept. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$
Atrib. Negativos	B. P. 45.3696 S. P. 46.7031	B. P. 0.47 S. P. 0.54	-0.74	108	0.458	≤ 0.05	Acept. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$
Fig. Actual	B. P. 2.2174 S. P. 5.1719	B. P. 1.228 S. P. 1.242	-12.37	108	0.000	≤ 0.05	Rech. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$
Fig. Ideal	B. P. 2.8913 S. P. 3.6094	B. P. 0.849 S. P. 1.292	-3.51	107.24	0.000	≤ 0.05	Rech. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$
Alteración	B. P. -0.2174 S. P. 0.5000	B. P. 0.593 S. P. 0.591	-6.27	96.9	0.000	≤ 0.05	Rech. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$
Satisfacción	B. P. -0.6739 S. P. 1.5626	B. P. 1.175 S. P. 1.424	-8.73	108	0.000	≤ 0.05	Rech. H0.	$\mu(\text{bajo peso}) = \mu(\text{sobrepeso}) = 0$

Tabla 32

B. P. = bajopeso
S. P. = sobrepeso

Capítulo 8

Discusión y conclusiones

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En la presente investigación, se trabajó con una muestra de estudiantes mexicanos del sexo femenino. La muestra se subdividió en función de la variable del Índice de Masa Corporal, de tal manera que se formaron dos grupos, uno con peso por debajo del normal (\bar{x} IMC = 17.218, D. E. = 0.588) y el otro con sobrepeso (\bar{x} IMC = 26.475, D. E. = 2.592).

Las sujetos de los dos grupos, en proporciones similares, y en su gran mayoría se encontraban estudiando el bachillerato y licenciatura, no trabajaban, y vivían con su familia nuclear.

Por otra parte, el porcentaje más alto (> 80 %) de las estudiantes en ambos grupos respondieron que no habían tenido relaciones sexuales todavía y un 20 % aceptó haberlas tenido así como tener hijos.

La distribución del ingreso mensual familiar resultó muy similar en los dos grupos, encontrándose el porcentaje mayor dentro de un rango que iba desde dos mil pesos o menos hasta 6 mil pesos mensuales.

Los padres de las estudiantes de ambas muestras (> 75 %) eran empleados y profesionistas mientras que las madres estaban principalmente dedicadas al trabajo del hogar y en segundo término a una profesión. Como puede verse los grupos resultaron muy similares en lo que a las variables sociodemográficas se refiere.

Las diferencias importantes se encontraron en las variables que de una u otra manera se relacionan con imagen corporal. Por ejemplo, resulta interesante que entre estudiantes de bajo peso, se encontrara un porcentaje más alto en la aparición de la menarca en el periodo de 12 a 14 años (64 %) que en el grupo de sobrepeso (55 %) y todavía más que se presentara lo que se llama menarca tardía. (4 %) mientras que ésta no se dio en el grupo de sobrepeso. En el grupo de sobrepeso, la aparición de la menarca entre los 9 y 11 años se dio en un 42 % con 29 % en el otro grupo.

Así también se pudo observar, que tanto para la muestra de bajo peso (51.1 %), como de sobrepeso, la mayoría de los estudiantes (73 %) habían tenido problemas con su peso corporal.

Se comprobó que efectivamente el problema para el grupo de estudiantes de bajo peso era que sufría de falta del mismo, (85.2 %) mientras que para la muestra de estudiantes del grupo de sobrepeso su problema era el sobrepeso (81.3 %).

Es interesante observar que el 93.3 % de los estudiantes del grupo de bajo peso nunca habían hecho dieta para controlar su peso, mientras que por el contrario, el 67.7 % de los estudiantes de la muestra de sobrepeso si la habían hecho.

Para el grupo de sobrepeso, el 2.2 de los estudiantes hicieron su primera dieta después de los 21 años, y el 50 % entre los 15 a 17 años, que corresponden al periodo de la adolescencia, donde la imagen del adolescente depende de otras personas, Allport, (1977).

La mayoría de los estudiantes, tanto del grupo de bajo peso, como el de sobrepeso, manifestaron no haber tenido problemas con su forma de comer en los últimos 6 meses. Entre los que respondieron que si habían tenido problemas, se encontró que el problema en el grupo de bajo peso consistía en que básicamente comían muy poco y que un 5.9 % comía hasta que vomitaba, mientras que en el grupo de sobrepeso el porcentaje mayor de estudiantes (40 %), contestaron que comían hasta que les dolía el estómago.

Es importante señalar la congruencia de éstos resultados ya que entre los estudiantes del grupo de bajo peso, más de la mitad manifestó que deseaban pesar más, mientras que en el grupo de estudiantes de sobrepeso, también más de la mitad deseaba pesar menos.

Debe destacarse, como era de esperarse, que fueron las adolescentes con sobrepeso las que menos satisfechas estaban (17 %) ya que más chicas con bajo peso (63 %) respondieron estar satisfechas con su figura corporal. Esta respuesta a la pregunta directa de satisfacción con la propia figura corporal (ver tabla 22) y el deseo de pesar menos han aparecido consistentemente desde los primeros estudios realizados al respecto Gómez Pérez - Mitré,

(1993b), & Gómez Pérez - Mitré, (1995b) citada por Murrieta, (1997) así como en estudios más recientes en los que se han encontrado porcentajes casi iguales en muestras similares. Por ejemplo, Rivera Monroy (1997) encontró que el 59 % de las adolescentes que respondió sentirse satisfecha con su figura también respondió que quería pesar menos, citado por Murrieta (1997).

Es importante observar, que, los estudiantes de la muestra de bajo peso creían que estaban por debajo de su peso ideal (6.2 %), y se consideraban delgadas mientras que para los estudiantes del grupo de sobrepeso (68.7 %), manifestaron que estaban por arriba de él y se consideraban gordas.

Así mismo, debe señalarse, que, mientras hasta un 70 % de las adolescentes del grupo de bajo peso, seleccionaron como figura actual una muy delgada y sólo un 2 % de la muestra de sobrepeso escogió esa misma figura. Ver tabla 26.

En cambio, en la selección de figura ideal fue notorio como el total de las adolescentes del grupo de bajo peso quería como figura ideal una delgada y muy delgada no obstante que en realidad su \bar{x} IMC real era de 17.2 que corresponde a peso por abajo del normal. Sin embargo es todavía más sorprendente ver como también la totalidad de las adolescentes del grupo de sobrepeso también quería como figura ideal una delgada y muy delgada. Ver tabla 28. Es decir, se nota una clara elección o identificación con una figura actual tendiente a la delgadez (o tipo ectomorfa) no obstante se aspira a tener una figura todavía más delgada, lo que implica una tendencia muy marcada hacia la delgadez y en consecuencia insatisfacción con la figura corporal, como lo señalan los resultados de investigaciones internacionales (Brodie, Bagley y Slade, 1994; Bruchon - Schweitzer, 1992; Cooper Y Fairburn, 1993; Montejo, Berenger, Ruiz y Scigliano, 1995; Davies y Furnham, 1986; Lancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman, 1994; Shlundt y Bell, 1993; Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero y Blouin, 1985, así como los de investigaciones nacionales (Gómez Pérez - Mitré, 1995b; Rivera Monroy, 1997) citados por Murrieta, 1997.

Williamson, Davis, Bennet, Gorecny & Gleaves (1989), señalan que el impulso motivacional para la delgadez puede asociarse como una medida extrema para lograr un bajo peso corporal y / o un muy delgado tamaño corporal. Para Bruchon (1992), este impulso motivacional se asocia con ciertas

normas de belleza y de valor social, impuestas por la sociedad y aceptadas por las mujeres como signo de adecuación a su rol, citado por Aguilar & Rodríguez (1997).

Por otra parte, no se confirmó la hipótesis de trabajo que plantea diferencias significativas entre la autoatribución de las adolescentes obesas y la de las adolescentes con peso por abajo del normal, es decir, la autoatribución de las adolescentes obesas y de las adolescentes con bajo peso resultó la misma independientemente del peso corporal.

Sin embargo, si se confirmó la hipótesis de trabajo que postulaba que la satisfacción / insatisfacción con imagen corporal de las adolescentes obesas será diferente de la satisfacción / insatisfacción de las adolescentes delgadas.

Es decir, mostraron mayor satisfacción las adolescentes con bajo peso, que las que tenían sobrepeso. Ver medias en tabla 27. Estos resultados confirman estudios previos (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Debe señalarse que también se confirmó la hipótesis de trabajo relacionada con la alteración de la imagen corporal, ya que si se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados confirman estudios previos: las estudiantes delgadas y muy delgadas sobreestiman su imagen corporal, mientras que las obesas la subestiman (Gómez Pérez-Mitré, en prensa).

En suma se puede concluir que:

- Las diferencias importantes se dieron en las variables que de una u otra manera se relacionan con imagen corporal.
- Ambos grupos de adolescentes independientemente de su IMC, deseaban pesar menos.
- La autoatribución de las adolescentes obesas y de las adolescentes con bajo peso es la misma.

- La insatisfacción con la imagen corporal es diferente entre las adolescentes obesas que en las delgadas.
- Las adolescentes obesas subestimaron su imagen corporal mientras que las adolescentes delgadas la sobrestimaron.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- Se sugiere trabajar con muestras probabilísticas para que se puedan hacer generalizaciones.
- Hacer estudios en poblaciones masculinas, para poder conocer esta problemática en los hombres.
- Hacer estudios en poblaciones rurales, para poder conocer si existe ésta problemática.
- Analizar con mayor detalle variables sociodemográficas.
- Estudiar el nivel socioeconómico con respecto a conducta dietaria para conocer si existe una relación de bajo peso con nivel socioeconómico bajo.
- Estudiar si existe relación entre nivel de escolaridad, ingreso y bajo peso.

Referencias

REFERENCIAS

- Aguilar, L., Rodríguez, L. A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes de nivel medio superior. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U. N. A. M.
- Allport, G. W. (1983). Psicología de la personalidad. México: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1980). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM - III. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1988). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM - III- R. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM - IV. España: Masson.
- Bourges, H. (En prensa). La nutrición humana. Programa de medicina general e integral.
- Braguinsky, J. (1987). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.
- Bruchon - Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Caplan, G. (1973). Psicología social de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Cozby, C., Perlman D. (1988). Psicología Social. México: Interamericana.

Dolto, T. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Paidós.

Erickson, E. (1977). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

Erickson, E. (1983). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.

Escobar, G. M. J. (1993). Prevalencia de las conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de licenciatura. Universidad Iberoamericana.

Galván, R. (1992). Significado y empleo de las referencias somatométricas de peso y talla en la práctica pediátrica y epidemiológica. Mexico: Bol Med Infant. 49 (6).

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1). 17 - 27.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica. 3 (1). 95 - 112.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Factor de riesgo, distorsión de la imagen corporal: estimaciones subjetivas / mediciones objetivas. Proyecto de Investigación. (mimeo).

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12 (2). 185 - 198.

Gómez Peresmitré, G., & Saucedo - Molina, T. (1997). Validez diagnóstica del (IMC) Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica. 18 (1). 19 - 27.

Gómez PeresMitré, G. (En prensa). Alteraciones de la imagen corporal de escolares mexicanos preadolescentes. 14 (1). 31 - 40.

Gómez Pérez-Mitré, G. (En prensa). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal.

Grenacre P. (1953). Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image. The Psychoanalytic Study of the Child. 8: 79 - 98. En Mahler M. S. (1968). Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz.

Moscovici, S. (1986). Psicología Social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Madrid: Paidós.

Murrieta, M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U. N. A. M.

Rivera, L. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U. N. A. M.

Saldaña, C., & Rosell, R. (1998). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.

Sepúlveda - Amor, J., Lezana, M. A., Tapia - Conyer, R., Valdespino, J. L., Madrigal, H., & Kumate, J. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México. Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica de México. 126 (3). 207 - 225.

Shilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós.

Vargas, L. A. & Casillas, L. E. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. Cuadernos de Nutrición, 16 (5). 34 - 46.

Vargas, L., & Casillas, L. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de nutrición. Mayo - junio. 17 - 32.

Wadsworth, B. (1989). Teoría de Piaget del desarrollo cognoscitivo y afectivo. México: Diana.

Unikel, C. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. Tesis de maestría. Facultad de Psicología U. N. A. M.

Otras
recomendaciones
bibliográficas
sobre el tema

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Avila, G., Lozano, R., & Ortíz, O. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología U. N. A. M.
- Baron, R., Byrne, D., & Griffith, W. (1974). Social psychology, understanding human interaction. Boston: Allyn and Beacon.
- Bouchard, C. (1989). Factores genéticos de la obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 77 - 93.
- Bray, G. A. (1976). The obese patient: major problems in the internal medicine. Philadelphia: W. B. Sanders.
- Bray, G. A. (1978). Recent advances in obesity reasearch. II. London: Newman Publishing.
- Bray, G. A., (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 197 - 217.
- Brodie, D. A., Bagley, K. & Slade, P. D. (1994). Body - image perception in pre and post adolescent females. Perceptual and Motor Skills. 78, 147 - 154.
- Casanueva, E., Kaufer - Horwitz, M., Pérez - Lizaur, A. B. & Arroyo, P. (1995). Nutriología Médica. México: Pédica Panamericana.
- CONAPO. (1982). Familia y sexualidad en la educación de la sexualidad humana. Vol. III. Litografía. Regina de los Angeles. México.
- Crisp, H., Palmer, R., & R, Kalucy. (1976). How common is anorexia nervosa ? A prevalence study. Brith, J. Psychiatry. (128). 549 - 554.

- Darley, J., Gluksberg, S., & Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice - Hall.
- Fairburn, C. G. & Belin, S. J. (1990). Studies of epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychology. 147 (4). 401 - 408.
- Fallon, A., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology. (94) 1. 102 - 105.
- Faulhaber, J. (1989). Crecimiento: somatometría de la adolescencia. México: U. N. A. M.
- Gardner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinnes in women. Psychological Reports. 47. 481 - 483.
- Garfinkel, P. E., Gardner, D. M. & Goldbloom, D. S. (1987). Eating disorders: implications for the 1990's. Canadian Journal of Psychiatry. 32.
- Glass A. R., (1989). Aspectos endócrinos de la obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 165 - 189.
- Gray, S. D., (1989). Diagnóstico y prevalencia de obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 1 - 15.
- Grilo, C. M., (1989). Teasing, body image, and self esteem in a clinical sample of obese women. Addictive Behaviours. 19 (4). 443 - 450.
- Horrocks, J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hsu, L. (1982). Is there a disturbance in body in anorexia nervosa ?. The Journal of Nervous and Mental Disease. 170 (5). 305 - 307.

Humprey, L., & Strober, M. (1987). Familiar contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Consulting and Clinical Psychology. (55).

Johnson, C. L., & Swartz, D.M. (1982). Anorexia nervosa and bulimia. The Sociocultural Context International of Eating Disorders. 1.

Keys, A., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., Fidanza, F., & Menotti, V. (1972). Coronary heart disease: overweight and obesity risk factors. Annals of Internal Medicine. 77 (15).

Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M., Kimura, N. & Taylor, H. (1972). Indices of relative weight and obesity. Journal of Chronic Disorders. 25.

Keys, A. (1980). Overweight obesity, coronary heart disease and mortality. Nutrition Reviews. 38.

Kissebah, A. H., (1989). Peligros de la obesidad para la salud. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 131 - 163.

Levy, A. B., (1989). How are depression and bulimia related ? Journal of Psychiatry. 146 (2). 162 - 169.

Myers, D. (1995). Psicología social. México: McGrawhill.

Nagel, L., (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. Adolescence. 27 (105). 107 - 113.

Nagel, L., (1992). Predisposition factors in anorexia. Adolescence, 27 (106). 380 - 386.

Pike, K. M., (1991). Mothers, daughters and disorderd eating. Journal of Abnormal Psycology. 100 (2). 198 - 204.

Ponce de Leon, L., Monejo, M. L., Berenger, J. C., Ruiz, M. V. & Scigliano, R. (1995). Psicopatología nuclear de la anorexia nerviosa. El debate diagnóstico I. Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica y Ciencias Afines. 23 (1). 19 - 33.

Raven, B. (1985). Psicología social: las personas en grupos. México: C.E.C.S.A. 107 - 117.

Riebel, L., (1991). Dieters, diets and dilemmas. Therapeutics. 313 - 317.

Rodin, J. (1989). Factores psicológicos de la obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1. 53 - 75.

Rodriguez, T., (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. Journal of Adolescence. 16.

Rogeberg, K. (1990). Eating disorders and the family, experiences gathered in a parent support group. Acta Psychiatry Scand. 82 (361). 50 - 51.

Ross, C. E., (1994). Overweight and depression. Journal of Health and Social Behaviour. 35. 63 - 79.

Scott, J., (1991). Validity of the body image detection device. Addictive Behaviours. 16. 411 - 417.

Shneider, D., Mastorf, A., & Ellsworth, P. (1982). Percepción Personal. México: Fondo educativo interamericano.

Taylor, C., (1994). Effects of life-style on Body Mass Index change. Epidemology Resource Inc. 599 - 603.

Williamson, D. A., Davis, L. J., Bennet, S. M., Goreczny, A. J. & Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assesing body image disturbances. Pergamon press. 11. 433 - 446.

Anexo A

ANEXO A

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD FORMA XX (P)

Sección A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

Nombre:

Edad:

Peso:

Estatura:

1. - ¿ Qué estás estudiando ?

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

2. - ¿ Trabajas ?

- A) Sí
- B) No

3. - Actualmente vives con:

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

4. - Lugar que ocupas entre tus hermanos:

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

5. - Edad de tu primera menstruación

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

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

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

7. - ¿ Tienes hijos ?

- A) Sí
- B) No

8. - El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

9. - ¿ Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?

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

10. - Años de estudio de tu padre:

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

11. - Años de estudio de tu madre:

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

12. - ¿ Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal ?

- A) No. Pasa a la pregunta 14
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

13. - Tu problema es o era:

- A) Sobrepeso
- B) Falta de peso

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 17)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

15. - ¿ Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta ?

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

16. - ¿ En los últimos 6 meses has hecho dieta ?

- A) No
- B) Sí

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

- A) No. Pasa a la pregunta 19
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

18. - El problema consiste en que:

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

19. - ¿ Que peso te gustaría tener ?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo.
- B) Satisfecha
- C) Indiferente.
- D) Insatisfecha
- E) Muy Insatisfecha.

20. - ¿ Cómo te sientes con tu figura ?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

21. - Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

31. - De acuerdo con la siguiente escala, tu te consideras:

- A) Obesa
- B) Con sobrepeso
- C) Con peso normal
- D) Peso por abajo del normal
- E) Peso muy por abajo del normal

32. - ¿Cuál es la ocupación de tu padre ?

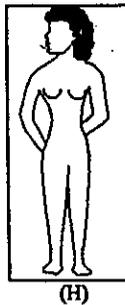
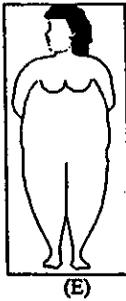
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

33. - ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

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

Sección C

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



Sección D

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

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

Soy una persona:

		Me Describe				
		Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1	Independiente	A	B	C	D	E
2	Confiable	A	B	C	D	E
3	Insegura	A	B	C	D	E
4	Fuerte	A	B	C	D	E
5	Atractiva	A	B	C	D	E
6	Inteligente	A	B	C	D	E
7	Dominante	A	B	C	D	E
8	Rígida	A	B	C	D	E
9	Responsable	A	B	C	D	E
10	Agradable	A	B	C	D	E
11	Incompetente	A	B	C	D	E
12	Productiva	A	B	C	D	E
13	Exitosa	A	B	C	D	E
14	Pesimista	A	B	C	D	E
15	Sociable	A	B	C	D	E

16	Sensible	A	B	C	D	E
17	Eficiente	A	B	C	D	E
18	Desconfiada	A	B	C	D	E
19	Trabajadora	A	B	C	D	E
20	Ansiosa	A	B	C	D	E
21	Estudiosa	A	B	C	D	E
22	Torpe	A	B	C	D	E
23	Sana	A	B	C	D	E
24	Solidaria	A	B	C	D	E
25	Falsa	A	B	C	D	E
26	Optimista	A	B	C	D	E
27	Agil	A	B	C	D	E
28	Controlada	A	B	C	D	E
29	Inestable	A	B	C	D	E
30	Comprensiva	A	B	C	D	E
31	Triunfadora	A	B	C	D	E
32	Agresiva	A	B	C	D	E
33	Triste	A	B	C	D	E
34	Fracasada	A	B	C	D	E
35	Pasiva	A	B	C	D	E
36	Solitaria	A	B	C	D	E
37	Buena	A	B	C	D	E
38	Mentirosa	A	B	C	D	E
39	Interesante	A	B	C	D	E
40	Importante	A	B	C	D	E
41	Lenta	A	B	C	D	E
42	Deportista	A	B	C	D	E
43	Amigable	A	B	C	D	E
44	Enojona	A	B	C	D	E
45	Limpia	A	B	C	D	E
46	Tramposa	A	B	C	D	E

Sección H

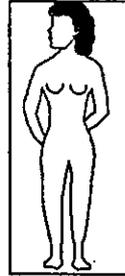
1. - Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



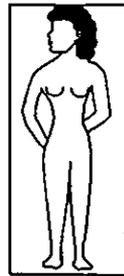
(B)



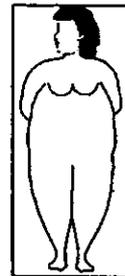
(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)