

178



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON CONDUCTA
ALIMENTARIA: OBESIDAD EN PREADOLESCENTES**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA**

LILLIÁN SAN GERMÁN JOSEFÉ

44

DIRECTORA DE TESIS: DRA GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE
AUTÓNOMA DE MEXICO.

MÉXICO, D. F.



2000

**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**

286921



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTO

A LA DOCTORA GILDA GÓMEZ DÉREZ-MITRÉ

**CONFORME EL TIEMPO FUE PASANDO COMPRENDÍ QUE SU
AFÁN DE AYUDAR GUIAR ENSEÑAR Y TRANSMITIR SUS
CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIA A LOS ESTUDIANTES DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EN ESPECIAL A MI, ME HIZO
RECONOCER Y ENTENDER ESTA NECESIDAD SUYA POR
FORMARME Y GUIARME COMO UNA BUENA PSICÓLOGA.**

**LE AGRADEZCO SU PACIENCIA COMPRENSIÓN Y DEDICACIÓN
PARA QUE SE PUDIERA REALIZAR CON ÉXITO ESTE ESTUDIO.**

MUCHAS GRACIAS.

LILLIÁN

**A TODOS MIS MAESTROS MAESTRAS AMIGOS AMIGAS
COMPAÑEROS COMPAÑERAS QUE CON DEDICACIÓN Y
PACIENCIA ME ACOMPAÑARON Y ORIENTARON EN LA
REALIZACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO LES DOY MI MÁS
SINCERO AGRADECIMIENTO EN ESPECIAL A:**

MTRA. LUCY REIDL.

MTRA. OLGA BUSTOS.

MTRD. JORGE DÉREZ.

LIC. SOTERO MORENO.

LIC. SILVIA PLATAS.

LIC. GISELA DINEDA.

SRA. MARY HERNÁNDEZ.

SRA. YOLANDA MORALES.

SRITA. CITLALLI ROJON.

RL.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD	10
1.1 DEFINICIONES DE OBESIDAD	11
1.2 OBESIDAD	12
1.3 PERSONALIDAD DEL NIÑO OBESO	12
1.4 EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD	13
1.5 COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS DESVIADOS	14
1.6 EPIDEMIOLOGÍA	14
1.7 FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD	15
1.8 FORMAS RARAS DE OBESIDAD INFANTIL	22
1.9 CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD	24
1.10 DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA GRASA	26
1.11 FACTORES QUE DESARROLLAN LA OBESIDAD	27
1.12 PREVALENCIA POR SEXOS, ATRACTIVO, FÍSICO Y FORMA DEL CUERPO	27
1.13 ESTUDIO REALIZADO SOBRE CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD EN MÉXICO	28
CAPITULO 2. TRASTORNOS ALIMENTARIOS	31
2.1 PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS	33
2.2 CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS	34
2.3 DESORDENES DEL COMER	35
2.4 DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	38
2.5 ESTUDIOS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES	42
2.6 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO	43

CAPITULO 3. IMAGEN CORPORAL	48
3.1 INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL	49
3.2 VALIDEZ DE LA CONCEPTUALIZACIÓN EN LA INSATISFACCIÓN DEL TAMAÑO CORPORAL	53
3.3 TIPOS FÍSICOS	53
3.4 AUTOPERCEPCIÓN	55
3.5 CRITICA A LA TEORÍA DE ATRIBUCIÓN	56
3.6 PERCEPCIÓN SOCIAL	57
3.7 FORMACIÓN DE IMPRESIONES	58
3.8 PERCEPCIÓN PERSONAL	58
3.9 PERCEPCIÓN INTERPERSONAL	60
3.10 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL	60
3.11 ESQUEMA CORPORAL	61
3.12 AUTOIMAGEN	62
3.13 AUTOCONCEPTO	63
3.14 CONCEPTO DE SI MISMO	64
3.15 DEFINICIÓN DE ATRIBUTOS PROPIOS	64

CAPITULO 4. DEFINICIÓN DE PUBERTAD O ADOLESCENCIA	67
4.1 MADUREZ SEXUAL	68
4.2 MADUREZ SEXUAL FISIOLÓGICA	69
4.3 DESARROLLO DE LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS	69
4.4 AUMENTO DEL TAMAÑO CORPORAL	70
4.5 EL CUERPO DE LAS ADOLESCENTES	72
4.6 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA	72

CAPITULO 5. PLAN DE INVESTIGACIÓN	81
5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN	81
5.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	81
5.3 HIPÓTESIS	81
5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	82
5.5 VARIABLES INDEPENDIENTES	82
5.6 VARIABLES DEPENDIENTES	83
5.7 MÉTODO	84
5.8 MUESTRA	84
5.9 INSTRUMENTO Y APARATOS	85
5.10 PROCEDIMIENTO	87

CAPITULO 6. RESULTADOS	89
-------------------------------	-----------

CAPITULO 7. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	100
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	104
REFERENCIAS	105
ANEXO (CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD)	121

RESUMEN

El presente trabajo investiga si existe relación entre peso corporal (obesidad y peso normal) y conducta alimentaria de riesgo (satisfacción/insatisfacción), en una muestra de estudiantes mexicanos preadolescentes, con un rango de 10 a 12 años de edad.

La muestra fue integrada con una N= 245 sujetos, que se subdividieron en n= 129 hombres y n= 116 mujeres, que estudian en escuelas primarias y secundarias públicas y privadas del Distrito Federal y zona Conurbada.

Para obtener esta información se aplicó un cuestionario denominado Alimentación y Salud, se realizaron mediciones antropométricas de peso y talla al 20% de la muestra original.

Se utilizó un cuestionario de 52 reactivos que explora las siguientes áreas: sociodemográfica, conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal (satisfacción/insatisfacción).

El presente estudio forma parte de una investigación mayor, denominada "Imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de alimentación", investigación aprobada por el programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (CONACYT98 25845); bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCIÓN

Podemos observar que en los países desarrollados y hoy en día con mayor difusión en occidente, una tendencia hacia mantener un cuerpo delgado, esto ha influenciado fundamentalmente a la población no solo a los adolescentes y jóvenes sino en forma alarmante a los preadolescentes, los cuales presionados por familiares, amigos y medios de comunicación comienzan a tener desórdenes en la alimentación, así se ve como se ha incrementado una gran insatisfacción con la imagen corporal.

En la actualidad existe un gran interés en investigar como el ambiente afecta al ser humano principalmente a los adolescentes, los que se les considera como una población de alto riesgo, por lo que es de suma importancia enfocar estos estudios hacia los aspectos epidemiológicos y etiológicos para evitar obtener algún desorden alimentario: obesidad.

Dentro de la psicología y sobretodo en México se han realizado muy pocas investigaciones en esta área que establezcan la relación entre desorden alimentario e imagen corporal.

Por lo tanto la presente investigación busca dar a conocer la relación que pueda existir entre autopercepción de la imagen corporal y su relación con conducta alimentaria de riesgo.

CAPITULO

UNO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD

La alimentación representa en el ser humano una respuesta altamente condicionada por factores biológicos, psicológicos y culturales. La conducta alimentaria representa una respuesta biológica de todo ser vivo, si esta alimentación pasa de instintiva a una respuesta altamente condicionada por factores como: los psicológicos, sociales y culturales, interviniendo aspectos emocionales y placenteros, se convierte esta conducta en un generador de desórdenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La distorsión de la imagen corporal se relaciona con desórdenes del comer, se sugiere que existe una relación causal entre estas variables (Thompson, 1990). También las diferencias en la percepción pueden ser respuestas influidas por variables que se relacionan con la personalidad, la motivación y las actitudes. Se sabe que la edad se relaciona con ideales de diferentes partes del cuerpo (Cohn, Adler, Irwin, Millstein, Kegeles & Stone, 1987), por lo que en la etapa que sigue a la preadolescencia sobre todo en las niñas ocurren con mayor frecuencia los desórdenes alimentarios (Slade & Russell, 1973).

La forma y la apariencia del cuerpo se relaciona o se encuentra en función de la edad y esta obsesión con el peso y tamaño del cuerpo se establece firmemente durante la adolescencia. Para (Garner, Garfinkel, Stancer & Moldofsky, 1976; Striegel-Moore, Silverstein & Rodin, 1986) el estereotipo de que la mujer con un físico delgado socialmente es más aceptable, contribuye presionando a que la mujer acepte, haga suyo el deseo de la delgadez. Así las niñas preadolescentes (10 años) sienten o están gordas y quieren bajar de peso, esta insatisfacción con su figura, o con diferentes partes de su cuerpo, temor a subir de peso y preocupación exagerada por el cuerpo y por la comida, muestran una tendencia, adicción y obsesión por la delgadez.

Los desórdenes en la alimentación se han incrementado dramáticamente en las últimas décadas, pero este aumento a sido mayor en la población infantil y adolescente, alcanzando proporciones epidémicas en la sociedad occidental sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak y Crago, 1987). Rodin (1989) menciona que la socialización, los rasgos físicos que se convierten en rasgos de personalidad y en valores, se asumen como patrones definitorios de los demás y de uno mismo. Estos prejuicios se pueden encontrar en edades muy tempranas poniendo de manifiesto la estigmatización de la gordura que está presente desde la infancia.

Schumaker (1985) menciona que existen muchos niños que son objeto de reproches que provienen de sus progenitores por tener figura de gordos, ellos estarán encerrados en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio, quedando atrapados en un sistema que los castiga por ser obesos, aumentando la probabilidad de que continúen siéndolo.

Hoy en día existe una preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir los niños y adolescentes con sobrepeso como consecuencia de su propia obesidad. En la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día a potenciar el modelo de la delgadez como un signo externo de aceptación. Se ha investigado que la pérdida de la autoestima durante la adolescencia se debe a la discriminación hecha por los profesores, compañeros y familiares (Saldaña, 1994).

Después de la pubertad, comienzan cambios corporales, iniciándose una mayor preocupación por la figura, porque la distribución de la grasa es desproporcional, provocando estas modificaciones sobretudo en las niñas y adolescentes una mayor atención con respecto a la comida (Koff & Rierdan, 1993).

Estudios epidemiológicos demuestran que la magnitud de este problema esta entre el 5 y 30% de la población infantil y adolescente que tienen sobrepeso (Brownell y Stunkard, 1983). Sin embargo LeBow (1986) señala cifras que van del 2 a 40%. Estas diferencias existen debido a que los criterios que se utilizan para definir la obesidad son diferentes.

DEFINICIONES DE OBESIDAD

Se define a la obesidad como un problema creciente, como una enfermedad degenerativa y como un factor de riesgo para el desarrollo o bien como un factor secundario de otras enfermedades con las que aparece frecuentemente (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Teóricamente se define la obesidad como un exceso de grasa o tejido adiposo determinado por un (IMC) Índice de Masa Corporal (Braguinsky, Mendelson, D'Alessandro, Della Valle, Golberg, Matkman, Mestres, Fain bole & Rein bold, 1976).

Así De la Fuente (1994) describe a la obesidad como una condición caracterizada por la acumulación de grasa en el organismo. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total del tejido adiposo crece en forma desproporcionada en relación con los otros tejidos del cuerpo. La obesidad se relaciona con la edad, se puede decir que hasta los 60 años, tiempo después se revierte; tiene una mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, aunque existe un mayor porcentaje de sobrepeso en los hombres que en las mujeres (Bojontorp, 1985).

Se pueden mencionar factores que intervienen en la obesidad como: los biológicos, la alimentación durante los primeros años de vida, los malos hábitos en la ingestión de alimentos durante la niñez, también los factores socioculturales.

OBESIDAD

Después de numerosos trabajos realizados sobre la obesidad del adulto y su evolución, se deduce que la aparición precoz de la obesidad puede constituir un importante factor de pronóstico. En el plano clínico, la obesidad se define por el excedente de al menos un 20% del peso, con relación a la media normal según la talla. Un excedente superior al 60% constituye un factor de riesgo seguro. Aunque la solicitud de consulta es con frecuencia tardía, alrededor de la pubertad, el inicio de la obesidad puede ser precoz, desde el primer año de vida. Por tanto, el intervalo abarcado desde la edad de aparición hasta la edad de consulta por obesidad, es muy amplio. Hay dos períodos importantes en la constitución de la obesidad, uno alrededor del primer año de vida y el otro, durante el período prepuberal, entre los 10-13 años. Distinguiremos así entre la obesidad primaria y la secundaria.

Según el aspecto y número de los adipocitos, los pediatras describen:

obesidades hiperplásticas en las que el número de adipocitos es muy elevado

Son obesidades que se constituirían ya en el primer año de vida:

obesidades hipertróficas, en las que el número de células grasas es normal, pero su tamaño es excesivo, las obesidades mixtas.

En el plano alimenticio, la obesidad puede sobrevenir como resultado de crisis de bulimia del niño; lo más frecuente es que sea consecutiva a la hiperfagia mantenida por el clima familiar. El exceso de aporte puede ser global o especialmente de glúcidos (féculas o azúcares) absorbidos con frecuencia por la tarde, al regreso de la escuela.

Las obesidades de causa endocrina son excepcionales (menos de 1%) y van acompañadas de retraso en el crecimiento. En el plano psicológico, resulta difícil, una vez instalada la obesidad, distinguir entre la dimensión reactiva o la causal de los trastornos observados.

PERSONALIDAD DEL NIÑO OBESO

En investigaciones realizadas acerca de la tipología característica de la obesidad especialmente mediante la contraposición anorexia-delgadez-hiperactividad y polifagia-obesidad-pasividad (RUC, 1975 citado en Ajuriaguerra, 1987). Los niños obesos son con frecuencia descritos como callados, apáticos, tímidos, aunque puedan tener reacciones de súbita cólera. No obstante, la apatía y la pasividad no son constantes, y por el contrario esos niños pueden estar caracterizados por una cierta actividad física. Otros síntomas,

testimonio de sufrimiento psicológico, van asociados frecuentemente con la obesidad: fracaso escolar, enurésis. Estos síntomas parecen ser más frecuentes en la obesidad secundaria. Cuando la capacidad intelectual es normal o superior, el éxito se halla entorpecido por la inhibición o la pasividad.

No es frecuente que la obesidad se inscriba en un marco con síndromes claros, y realmente se integra a un cuadro psicopatológico preciso como una psicosis, la obesidad puede caracterizarse por su aspecto monstruoso (60% o más de sobrepeso) y por su variabilidad, dando lugar a lo que se ha llamado la obesidad de globo. La obesidad se halla con frecuencia en casos de debilidad mental, la explicación de este hecho implicaría la búsqueda por parte del niño de satisfacciones inmediatas, no simbolizadas, y por la reducción de la función paterna a su papel alimenticio, no educativo. Es frecuente hallar la existencia de carencia afectiva asociada a un cuadro de debilidad o pseudo-debilidad. Hallamos aquí la problemática de lo lleno y lo vacío como factor principal, el niño intenta así, colmar la carencia tan cruelmente percibida.

EVOLUCIÓN DE LA OBESIDAD

Entre el período de aparición de la obesidad y la edad en que surge como motivo de consulta ésta coincide con la etapa de la pubertad, entre los 11-13 años, es el momento en el que los padres se inquietan, y más aún si se trata de una niña que de un niño. Se ha observado que este síntoma persiste a pesar de diversos tratamientos abordados y que sólo de un 15% a un 25% de obesos lo superan, mientras que el resto se mantiene así hasta la edad adulta.

El niño obeso y su familia: la cultura y el determinismo familiar de la obesidad es muy importante, existen familias donde se mezclan los factores genéticos con los hábitos alimentarios, también es frecuente la obesidad en niños de diferentes clases sociales los cuales ingresan a la sociedad de consumo, en estas familias la obesidad se encuentra revestidas del simbolismo de la buena salud. El comportamiento de algunas madres es de responder a cualquier manifestación de su bebé mediante una aportación alimentaria (Bruch, 1975), evidentemente esto perturba la sensación de hambre del niño, y cualquier tensión posterior desembocará en la necesidad de absorber algo.

El niño obeso y su cuerpo: el esquema corporal del niño obeso, está habitualmente perturbado tanto más cuanto más precoz haya sido la obesidad, no es raro que se dé la representación de un cuerpo filiforme y aéreo. La obesidad juega un papel diferente dentro de la identidad y dentro de la identidad sexual según el sexo, esquemáticamente se podría decir que la obesidad en la niña es un medio de afirmación viril de su cuerpo, negando la castración, mientras que en el niño, la obesidad esconde el sexo entre la grasa prepubiana,

constituyendo una especie de protección, enmascarando la existencia misma del sexo.

El niño obeso y su vida fantasmática: bajo la apariencia de fuerza y vigor, se desarrolla a menudo cierto sentimiento depresivo más o menos importante, del que el obeso intenta protegerse: el vacío, la carencia y la ausencia son experimentados agudamente, rápidamente se moviliza una vida imaginativa unida a la moralidad, subyaciendo angustias intensas de devoración, el mundo exterior se experimenta como dañino. Frente a este peligro, la regresión narcisista constituye la segunda vertiente. La obesidad se utiliza como afirmación del yo, reemplazando concretamente a la imagen del yo ideal, de esta forma, la obesidad tendría constantemente un doble papel: por un lado protectora contra el medio ambiente y, por el otro, garantiza la integridad y el valor de la imagen de sí mismo, extendiendo así la variedad de los cuadros clínicos.

COMPORTAMIENTOS ALIMENTARIOS DESVIADOS

Crisis de bulimia: se observa en niños y adolescentes anoréxicos, constituye un impulso irresistible de alimentarse, que sobreviene brutalmente, acompañado o no de sensación de hambre, afectando en tiempo normal a alimentos preferidos o no por el sujeto, frecuentemente sin discriminación, la bulimia la describen como una necesidad imperiosa de llenarse la boca, masticando poco o mucho, auténtica hambre devoradora que puede durar desde algunos minutos hasta varias horas. Estas crisis cesan bruscamente, acompañadas a menudo por una impresión de repugnancia, a la vista del refrigerador devastado, los botes vacíos y la amarga constatación de que, mientras ha durado el fenómeno se ha carecido de todo sentido crítico y de toda higiene alimentaria. Acaban en un acceso de somnolencia, con sensación de saciedad, que puede experimentarse con placer o con disgusto.

Manerismos y desagrado electivos: comportamientos muy frecuentes en la infancia, en ocasiones alterados con períodos de anorexia, conciernen a ciertas especies de alimentos, ya sea con preferencia o con desagrado. Estos gustos o disgustos electivos son un medio de presión y de manipulación del ambiente por parte del niño. El pequeño anoréxico logra que sus padres realicen proezas a fin de conseguir el producto deseado, lo que confirma su omnipotencia sobre ellos.

EPIDEMIOLOGÍA

Existe una gran variabilidad en el porcentaje existente de preadolescentes obesos, porque numerosos estudios demuestran una variación de modo análogo. Esta variabilidad se da

por la diversidad en las definiciones de la obesidad y en los estudios poblacionales. Así las diferencias pueden surgir por pertenecer a familias ricas o pobres, que sean preadolescentes discapacitados físicamente, el lugar en donde viven, la edad, el sexo, las medidas empleadas para obtener el peso relativo, las medidas de los pliegues cutáneos, o la combinación de pliegues cutáneos y peso relativo, finalmente estas diferencias pueden deberse a los distintos puntos considerados como límites y los criterios de la obesidad empleados. Gam (1975) halló diferentes tasas de difusión con diferentes criterios en comparación a otros investigadores.

Stunkard; et al (1972) definió la obesidad, tomaron medidas de gordura (pliegues cutáneos sobre el tríceps) a más de 3300 niños de 5 a 18 años de edad, según este criterio de obesidad, eran obesos el 10% de cada sexo, así resultaba un valor límite de 18mm para los varones y de 23mm para las niñas. También Seltzer y Mayer (1975), estudiaron la obesidad en un grupo de niños y niñas de 6 años de edad, descubrieron que el 8% de las niñas eran obesas y el 11% eran obesos.

FACTORES DE RIESGO DE LA OBESIDAD

Existe una elevada probabilidad de que el sobrepeso de la madre durante el embarazo influya sobre la gordura de los hijos. Mayer (1975), menciona que la probabilidad de tener un hijo gordo aumenta con la gordura de los progenitores, desde un 7% si ambos progenitores tienen un peso normal, hasta un 80% si ambos padres son obesos, pasando por un 40%, si sólo un progenitor lo es.

Gam y Clark (1976) corroboraron la tendencia de Mayer la que visualiza: que el gordo engendra al gordo, los datos del Ten State Nutrition Study, casi 21,000 parejas progenitor-hijo y casi 30,000 parejas de hermanos, revelan la existencia de vinculaciones entre gordura y familia. Los progenitores delgados tienden a tener niños delgados. Los progenitores obesos tienden a tener niños gordos, incluso cuando sólo uno de los padres es corpulento (no importa de cuál de ellos se trate) la corpulencia del niño es afectada significativamente.

Sgaramella (1980) citado en LeBow (1986) observó que los niños obesos con hermanos y hermanas tienden a tener hermanos y hermanas obesos. En (1976) Gam y Clark escribieron a propósito de las familias con tres hijos que hay, un 80% de probabilidades de que por lo menos uno de los dos hermanos de un niño obeso también sea obeso, el ambiente familiar es compartido. Esta corroboración se basa en los resultados obtenidos con más de 2900 familias de 4 miembros (más de 11,000 personas).

Gam, Bailey, Solomon y Hopkins (1981) observan que a diferencia de la situación en la cual hay tres miembros no obesos, la probabilidad de encontrar un cuarto es alta cuando los otros tres miembros de la familia también son obesos; la cifra salta del 13% a más del

40%. En esta vinculación se observa claramente como influye la familia sobre los niños obesos.

Ahora mencionaremos una vinculación muy importante como es la prenatal, la cual se puede ver afectada por otras influencias que frecuentemente afectan a la mujer en espera durante el embarazo. Las acciones de la madre durante el embarazo bien pueden afectar el ambiente en el que se desarrolla el feto, la mujer que cuida su figura, que comienza su embarazo con un ligero sobrepeso, tal vez restrinja su ingestión calórica para atenuar el nivel del aumento que espera y las dificultades que teme para perder peso después del parto. Al hacerlo, crea un ambiente anormal para el feto y es posible que perjudique su desarrollo neurológico y su inteligencia (Berendez, 1975; Churchill y Berendez, 1969). Además, puede también incrementar el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso, lo cual a su vez aumenta el riesgo de mortalidad o morbilidad prenatal (Powers, 1980).

La mujer que vive con grandes dificultades económicas, se ve forzada por las circunstancias a consumir una cantidad excesiva de hidratos de carbono y una cantidad insuficiente de proteínas, puede elevar dramáticamente las probabilidades de tener un infante obeso (DeSchampheleire, Parent y Chatteur, 1980).

Existen dos variables muy importantes que afectan el ambiente del feto: el peso de la madre y su aumento de peso durante el embarazo. Gross, Sokol y King (1980) investigaron sobre el peso de la madre, estudiaron las complicaciones en el trabajo de parto y los pesos de nacimiento del infante en más de 2000 mujeres embarazadas, más del 10% excedían los 90 Kg. de peso. Los problemas durante el trabajo de parto no fueron tan elevados como la relación entre el peso de la madre y el bebé. Simic (1980) menciona que las mujeres pesadas dan a luz a niños pesados, lo cual confirma que el estudio de Gross dice: que era alta la probabilidad de que las mujeres pesadas dieran a luz infantes muy grandes para su edad gestacional; también eran altas las probabilidades de que esas mujeres llegaran al parto después del término. Por otra parte, casi el 10% de las madres con sobrepeso durante el embarazo aumentaron de peso en niveles inferiores a los recomendados; entre las madres sin sobrepeso ese porcentaje fue del 4%, lo cual constituye una diferencia significativa. Por lo tanto es notable que a pesar de las razones que podrían llevar a pensar lo contrario, las madres con importante sobrepeso engendran bebés más pesados.

La función que desempeña la correlación en el aumento de peso durante el embarazo es, un aumento aparentemente inadecuado, aunque indeseable en los términos de la evolución del feto, porque podría perjudicar el desarrollo neurológico, si la embarazada presenta un sobrepeso, la relación más clara es que las madres que habían aumentado mucho de peso, más de 18 Kg., la probabilidad es mayor de tener bebés más pesados que también fueron más gordos que los bebés nacidos de madres que habían aumentado mucho menos. Es muy importante saber en que momento del embarazo se produce el aumento de peso, comúnmente es de 11 Kg. que se dividen de modo desigual entre los tres trimestres;

el peso aumenta menos durante el primer trimestre (9 Kg. más o menos), que durante los dos restantes (Powers, 1980). Al romper o alterar la pauta de cambio de peso, el feto sufre las consecuencias, algunas de estas pueden influir sobre el desarrollo de la obesidad.

Para Hawk (1977) la privación antes del último trimestre, en contraste, provoca problemas de desarrollo en los centros que regulan la ingesta de alimentos y el crecimiento; como resultado, en cuanto la alimentación se hace más abundante, surgen los problemas del apetito y la obesidad.

Existe otra vinculación como es el exceso temprano y el exceso ulterior. Fisch, et al. (1975) evaluaron el sobrepeso y el cambio de sobrepeso, dividiendo el peso por la altura, en una muestra de 1786 bebés, el 5.4% los clasificaron como muy obesos, porque cuando nacieron estos infantes estaban por encima del percentil 95 en el peso para la altura. En un seguimiento longitudinal de estos infantes con sobrepeso, los autores determinaron los pesos relativos a los 4 y a los 7 años, entre los medidos a los 4 años, el 26% todavía estaban en el percentil 90 o sobre él; más del doble de ese porcentaje estaban en el percentil 70 o sobre de él, entre los medidos tres años después, casi el 20% estaban sobre el percentil 90, y más del 55% superaban el percentil 70. De tal modo que algunos recién nacidos con sobrepeso siguen siendo niños con sobrepeso; pero es claro que muchos recién nacidos con sobrepeso pierden el sobrepeso ulteriormente. Así lo menciona Fisch, que el sobrepeso en la infancia no necesariamente refleja la presencia de sobrepeso en el nacimiento; no fueron pocos los sujetos de 4 años con sobrepeso de su estudio que no habían sido recién nacidos con sobrepeso, la categoría de cada sujeto puede cambiar con el transcurso del tiempo.

Dine, Gartside, Gluck, Rheines, Greene y Khoury (1979) sostienen además que a medida que se incrementa el intervalo entre las mediciones, decrece la proporción de niños que siguen siendo pesados. En consecuencia, parece ser que predecir si un niño de determinada edad tendrá o no sobrepeso en el futuro es algo que se hace más difícil a medida que se extiende el lapso que media entre las recolecciones de datos.

Poskitt y Cole (1977) en una investigación sobre cambio de peso y de medida de pliegues cutáneos (en 4 sitios), muestra que la probabilidad de que los infantes obesos tengan sobrepeso a los 5 años es mayor que la probabilidad de que el niño se convierta en obeso a esa edad. No, obstante, la tendencia a conservar el sobrepeso puede anunciar una obesidad ulterior (el infante obeso que se convierte en un niño con sobrepeso puede pasar a ser obeso en el futuro). Más que el peso durante la infancia, tal vez la tasa de aumento de peso durante ese período constituya un signo principal de peligro de obesidad ulterior.

Eid (1970) clasificó en su muestra a los infantes que aumentaban de peso a ritmo rápido, promedio o lento. Registro los pesos ganados, durante las primeras semanas, los primeros 3 meses y los primeros 6 meses ulteriores al nacimiento, más tarde examino a esos niños cuando tenían la edad de 6 a 8 años, midiendo peso, altura y pliegue cutáneo.

Llego a la conclusión de que los niños que aumentaban rápidamente se convirtieron finalmente en niños más pasados, una cantidad significativamente mayor de los niños obesos y con sobrepeso de 6 a 8 años habían pertenecido al grupo de los infantes de aumento rápido.

Existen otros factores de riesgo como lo menciona Kessen (1980) presenta variables como la familia, el apetito y el pliegue cutáneo, y Milstein (1978) menciona que los infantes delgados son más atraídos por el gusto dulce, ambos autores especulan que los infantes de alto riesgo tienen pliegues cutáneos que van de moderados a gruesos, progenitores con sobrepeso, y una sensibilidad acentuada a los sabores en general, y al sabor dulce en particular.

También existe otra vinculación con la alimentación, esta alimentación esta estrechamente vinculada con el aumento de peso y con el aumento de grasa en la primera etapa de la vida (Jelliffe y Jelliffe, 1975). Se menciona que si la alimentación es excesiva en etapas críticas del desarrollo, quizás a causa de una susceptibilidad genética, a ese sujeto le costará mucho más mantenerse delgado cuando sea adulto, o sea, que la idea es que los niños gordos que se convierten en adultos gordos bien pueden sobrellevar una condición constante que se origina en la morfología de su tejido adiposo.

Así como se ha mencionado, el excedente de calorías conduce a un aumento del tejido adiposo, sea a través del almacenamiento de triglicéridos en las células grasas ya existentes (hipertrofia); sea a través de la formación de nuevas células grasas (hiperplasia). Muchos adultos gordos que se convirtieron en gordos de niños presentan muestras de hiperplasia de células grasas, mientras que muchos adultos gordos que engordan en la adultez tienen predominantemente una hipertrofia de las células grasas (Salans, Cushman y Weismann, 1973).

Hirsch, 1975; Powers, 1980; Rodin, 1979b; Salans (1981) mencionan que, hay individuos que se convirtieron en gordos siendo adultos con un número excesivo de adipocitos, lo que indican que la relación entre la edad de desencadenamiento de la obesidad y la hiperplasia de las células grasas es inexacta. A pesar de lo antes mencionado, Knittle (1975) sostiene que en los obesos de menor edad, a diferencia de sus padres más delgados, se produce más tempranamente una proliferación de las células grasa, cita datos longitudinales sobre jóvenes obesos y no obesos, algunos de sólo 2 años de edad, y encuentra que los niños gordos tienen adipocitos más grandes y más numerosos. De acuerdo con Knittle, la hiperplasia adiposa puede producirse a los 6 años; algunos de estos niños hiperplásicos representan también células grasas de tamaño incrementado.

En la obesidad intratable tiene un origen temprano es central el hallazgo de que la pérdida de peso en niños y adultos obesos se acompaña de una contracción de las células grasas, antes bien que de una disminución de su número, se necesitan estudios para ver si los pacientes obesos hiperplásicos que han mantenido su pérdida de peso durante

períodos prolongados presentan cambios en la cantidad de células grasas (Salans, 1974). Sin embargo, la observación de la estabilidad del número de adipocitos y los períodos probables de desarrollo de estas células --durante la última parte de la gestación, el primer año de vida y entre los 9 y 13 años de edad-- lo que conduce a aconsejar que se trate al niño obeso tempranamente. Hay que tratarlo antes de que la hiperplasticidad alcance valores adultos.

Hager, Sjostrom, Arvidsson, Bojorntorp y Smith (1978) sostienen que el tratamiento precoz puede hacer más lento el ritmo de proliferación de las células grasas. Ese consejo refleja que el número de adipocitos condena al portador a toda una vida de privaciones constantes para mantenerse delgado, con resultados pobres. Nisbett (1972, 1974) aduce que el cuerpo se defiende de cualquier penetración en su almacenamiento básico de grasa --un valor fijo de grasa corporal-- y trata de restaurar el equilibrio perturbado por un desequilibrio energético negativo prolongado.

Se pueden reunir pruebas circunstanciales para sustentar lo que Nisbett previene, ni la lógica ni las pruebas indirectas demuestran que la obesidad en la adultez, si comenzó en la niñez y sea inmodificable (Simic, 1980). Además hasta el momento nadie ha imaginado un modo válido para definir el valor fijo de grasa en cada individuo (Rodin, 1975). Y aun más elemental, nadie hasta ahora ha aislado la señal que las células grasas insatisfechas deberían enviar al sistema nervioso central, influyendo lo suficiente en la ingesta como para devolver al individuo a un estado de gordura (Hirsch, 1975).

Existen otras vinculaciones como son las primeras prácticas alimentarias, en donde la madre poco después de haber dado a luz tiene que decir cómo va alimentar al bebé. Existen opiniones que difieren, algunos defienden al amamantamiento sosteniendo que la leche de la madre es naturalmente superior a la fórmula patentada para satisfacer las necesidades de la salud y la nutrición del infante. También se menciona que es menos probable que el amamantamiento esté asociado con la obesidad del infante, con la del niño, o con ambas (Collip, 1980; Dornier, 1979; Neumann y Alpaugh, 1976; Ounsted y Sleigh, 1975; Taitz, 1971).

Sin embargo Powers (1980) menciona "El amamantamiento durante los primeros 4 a 6 meses no sólo proporciona todos los nutrientes que el bebé necesita, sino que probablemente también reduce las probabilidades de una obesidad ulterior". (pag 60). Un problema de alimentación con la fórmula manufacturada es que se han detectado que tiene que ver con la información reflejada en cada comida, cuando el infante toma leche del biberón, aquella información es externa y no interna. La madre percibe que el biberón está vacío y al hacerlo estima si la criatura ha ingerido o no una cantidad suficiente; por lo tanto es la madre, y no el niño, quien controla la magnitud de la ingesta (Wright, 1981).

Esta manera de alimentación con biberón resulta perjudicial, priva al infante del control sobre la cantidad consumida y por lo tanto de la aptitud para regular el consumo.

Crow, Fawcett y Wright (1980) especulan que este problema de la información reflejada es central en el desarrollo de la obesidad, incluso aunque sea correcta la sospecha de que es más probable que la sobrealimentación se produzca en los sujetos que toman biberón, la demostración de que la sobrealimentación es responsable de la obesidad en la infancia y la niñez adolece de falta de coherencia. Por otra parte, hay quienes no están de acuerdo con la idea básica de que el almacenamiento, por la razón que fuere, excluye definitivamente la obesidad. Fomon (1980) así como Yeung, Pennell, Leung y Hall (1981) informaron que el tipo de alimentación en la infancia (amamantamiento o biberón) no permite predecir la obesidad del niño.

Fomon concluye con sus datos longitudinales con 380 niños, de los cuales 255 fueron alimentados con biberón durante la infancia y 131 fueron amamantados; el 13% del primer grupo eran varones y en el segundo grupo era el 13% niñas, midieron el pliegue cutáneo subescapular y se dividió el peso por la altura, este autor demostró que la obesidad a los 4 meses aproximadamente estaba correlacionada significativamente con la obesidad a los 8 años.

Para Morris, Farrier, Rogers y Tapper (1982) mencionan que todavía queda por ver exactamente cómo las estrategias de alimentación durante la infancia influyen sobre la obesidad en los infantes y niños, también Dubois, etal. (1979) sostienen que las madres que alimentan con biberón a sus criaturas y que les dan tempranamente alimentos sólidos podrían no ser culpables de convertirlos en gordos.

También la relación madre-hijo tiene grandes vinculaciones posnatales, durante la infancia, en gran medida las relaciones entre ambos se centran en la comida (Lloyd y Wolff, 1980) el bebé llora, la madre interpreta el llanto como un pedido de alimento, y le da de comer. El resultado, tanto para la madre como para el bebé, es que se incrementan las probabilidades de que en el futuro el encadenamiento de las acciones sea análogo, el niño aprende que el llanto es una herramienta para obtener comida, y la madre aprende que dar de comer es el método para poner fin a un llanto ruidoso; por otra parte, la madre podría creer que acciones como esta detienen el llanto de la criatura, que además presenta otros signos de satisfacción, y que son las correctas y significan que ella es una buena madre.

Bruch (1969, 1970, 1973, 1981) ha sido la primera en enunciar las consecuencias de largo alcance que la relación madre-hijo tiene sobre la obesidad del niño, también afirma que acostar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede muy bien equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos. También menciona que la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión, como resultado de la confusión, por lo tanto, la sobrealimentación enseña estabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer; la sobrealimentación temprana monta la escena para la ingesta excesiva ulterior. Los

mensajes contradictorios son un método para poner fin a un llanto ruidoso; por otra parte, la madre podría creer que estas acciones detienen el llanto de la criatura, y que además presenta otros signos de satisfacción.

Entre los otros factores posnatales que afectan potencialmente la ontogenia de la obesidad infantil se cuentan la inactividad, la enfermedad, las infecciones, las intervenciones quirúrgicas, y a propósito de la relación madre-hijo, la separación provoca el aumento de peso.

Dentro de las vinculaciones genéticas, se puede mencionar que, si es cierto que el gordo engendra al más gordo, este fenómeno se debe a influencias ambientales o es el resultado de la herencia, por lo que Poskitt y Cole (1978) sostienen que la causa es la herencia, un estudio, donde hallaron que la incorporación de calorías era indiscriminadamente variable; los sujetos con sobrepeso comían más o menos lo mismo, es decir que la cantidad de energía consumida era similar. Resultaba significativo, no obstante, que las madres y sus niños se asemejaron en cuanto al exceso de peso; eran más los niños con sobrepeso que tenían madres con sobrepeso.

Por lo tanto, Poskitt y Cole llegaron a la conclusión de que las variables genéticas, más que las concernientes al régimen, podrían haber desempeñado un mayor papel en el proceso de determinar qué sujetos tendrían sobrepeso a la edad de 5 años. Las variables genéticas pueden también subyacer en la transmisión del tipo corporal: los padres aportan el mesomorfismo (masculinidad) y las madres el endomorfismo (redondez), e investigando los regímenes de los niños cuyo seguimiento se realizó, es como ya se ha mencionado, los efectos de la genealogía familiar son evidentes.

Gurney (1936), Garn y Clark (1976) y Mayer (1975) demostraron que, cuando ambos padres son obesos es más probable que la prole sea también obesa que cuando sólo uno de los progenitores o ninguno de los dos padece ese trastorno. Sin embargo todavía no está claro si los niños corpulentos heredan el exceso o lo adquieren en los mundos que sus padres, abuelos, tíos, tías y maestros crean para ellos. Tampoco está claro si el hecho es común.

Existe el aporte genético y a esa variación se le denomina heredabilidad, esta heredabilidad va de cero (ningún efecto genético) a uno (dominancia genética total). Puesto que la estimación de la heredabilidad es correcta si se excluyen variables tales como la edad, el sexo y la adiposidad (Hawk, 1977), resulta razonable estudiar mellizos del mismo sexo. Los gemelos monocigóticos son por lo general idénticos y en consecuencia deben presentar una correlación igual al respecto de cualquier característica genéticamente determinada en su totalidad. Tener hermanos y hermanas obesos refleja una herencia común o un ambiente.

Existen estrategias para investigar el problema de la relación herencia- ambiente en la obesidad infantil, una de ellas consiste en estudiar a los progenitores: las semejanzas del

niño con los padres cuando está biológicamente relacionado con ellos y cuando no lo está.

Shenker, Fische!!! y Lang (1974) estudiaron la categoría de los niños adoptivos, determinaron que los infantes varones criados por madres adoptivas con sobrepeso eran significativamente más pesados en varios momentos de mediciones como a los 6 meses y a los 7 meses de vida, que los criados por madres adoptivas sin sobrepeso; las tendencias eran análogas en el caso de las niñas. La explicación más cauta de estos resultados es que las madres adoptivas con sobrepeso crearon ambientes para sus bebés (quizás les daban más comida) diferentes de los que establecían las madres menos pesadas. Por supuesto, no existía ninguna relación biológica entre madre e hijo. Comparando las dos categorías a las que nos estamos refiriendo, Garn, Cole y Baliley (1977) informaron sobre incrementos de gordura tanto en hijos biológicos como en adoptados; esos incrementos variaban según las características de la pareja de padres (un padre obeso, dos padres obesos); sería difícil encontrar una explicación genética para estos resultados.

Para Bray (1976) enfrentamos en la actualidad el desafío de comprender que aporta cada uno de esos tipos de fuerzas, y en especial cómo y cuándo el control ambiental puede atenuar los efectos de las predisposiciones genéticas.

FORMAS RARAS DE OBESIDAD INFANTIL

Existen variedades de la obesidad en las cuales los niños afectados son por lo general bajos y gordos debido a factores endocrinológicos y otros factores endógenos tales como la función tiroidea insuficiente, el cortisol excesivo o tumores. Entre las formas poco frecuentes que pueden ser transmitidas genéticamente se puede mencionar:

Síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl: niño obeso con hipogenitalidad, retraso, visión disminuida, sindáctilo (dedos de manos y pies soldados), polidáctilos (dedos adicionales).

Síndrome de Alstrom-Hallgren: niño obeso con diabetes, sordera nerviosa, ceguera infantil.

Síndrome de Prader-Willi: niño obeso con marcada hipotonía, apetito voraz.

Cuando el infante crece, los síntomas clásicos son hipotonía, hipogenitalidad y retardo, todos estos factores se han mencionado de forma independiente, surgiendo ocasionalmente interrelaciones posibles. Estas interconexiones pueden ser por ejemplo: sobrealimentación durante el embarazo, desarrollo de células grasas en útero en el nacimiento, sobrealimentación, sobrepeso y gordura en la infancia; que se hará manifiesto en años ulteriores de la niñez, en la adolescencia y en la adultez; los resultados de esta interacción de factores pueden ser afectados por el sexo y por variables socioeconómicas.

Además, es posible que exista una relación entre el momento en que se produce la sobrealimentación en la niñez y las predisposiciones genéticas a la obesidad. Es posible que la capacidad para ser sobrealimentado, para incorporar un excedente de calorías,

resulte más visible en los últimos años de la niñez (Brook, Lloyd y Wolff, 1972); si esto es así, el tratamiento temprano puede ser más fácil en su aplicación que el tratamiento tardío (Powers, 1980). La prueba en términos generales, es el registro de todas las interconexiones entre los factores que contribuyen a generar la obesidad infantil.

Existen factores de riesgo que los clínicos temen por sus pacientes de que lleguen a morir por ser gordos, preocupándoles el hecho de que la obesidad y el sobrepeso se vean acompañados de una multitud de dificultades físicas, tales como hígado graso, infecciones del tracto respiratorio, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, hiperinsulinemia, baja producción de hormonas del crecimiento, tendencia a enfermarse en forma cardiovascular, elevada tensión arterial.

También podemos mencionar que con demasiada frecuencia, la sociedad condena al obeso, a diferencia del enfermo o de la persona deforme, puede que se piense que el obeso es un débil de carácter. Tal vez sus padres le digan que no ha hecho lo que se supone que debió hacer para evitar la gordura, o que hace algo que la provoca. Quizás los padres con sus palabras y actos, lo responsabilicen de lo que ocurre, o le comuniquen la idea de que es merecedor de hostigamiento, es posible que él mismo esté de acuerdo. Vistas las cosas así, el obeso cree que tiene la culpa de ser como es, y cuando se le trata mal puede ser llevado a aceptar esa actitud con respecto a él como una conducta justa.

Lerner (1969b) menciona que la ridiculización de la gordura no es una excepción, muchos adultos denigran al obeso y algunos cuando ocurre que el obeso es un niño, no caen en el maltrato abierto pero no modifican sus sentimientos negativos (Morgavan, 1976). menciona que los adultos pueden adoptar ciertas actitudes burlescas respecto de los jovencitos obesos. Hoy en día, como en el pasado, los jóvenes enfrentan el estigma de la obesidad, con mucha frecuencia los medios de comunicación tienen gran influencia al respecto, los estigmatizadores abundan; enérgicamente transmiten sus mensajes, hoy más que nunca no se considera que el infante gordo es el infante sano, sino que también se toman en cuenta las interacciones con la familia y los amigos, los niños aprenden cosas sobre sí mismos. Para algunos, el ser gordo es traumático; esa condición da forma a las autodefiniciones que subyacen en cualquier distorsión psicológica (Bruch, 1975; Turner, 1980) del auto concepto y de la imagen corporal que esos sujetos pongan de manifiesto.

En esencia se ha dicho que muchos niños obesos, pero de ningún modo todos, enfrentan perturbaciones que resultan de un efecto social negativo, cuyo origen está en la forma de sus cuerpos, descubriendo cuales son los niños obesos candidatos a ese trastorno. De todos modos se sugiere que muchos de los niños que son objeto de reproches provienen de progenitores gordos, están encerrados ya, o pronto lo estarán, en un círculo vicioso de rechazo y aislamiento. Corren el riesgo de quedar atrapados en un sistema que los castiga por ser obesos y que, al hacerlo, aumenta la probabilidad de que continúen siendo. Quizás reciban varios mensajes dobles o contradictorios, emitidos en el

hogar y en el juego, que estrechan el círculo vicioso.

Podemos mencionar algunos mensajes dobles como:

Termina tu almuerzo si quieres postre, pero deja de comer tantos dulces sino quieres ser gordo.

Hasta los 12 años los niños oyen este mensaje, que tiene varios puntos de apoyo en las estructuras de creencias de los progenitores, el que tan frecuentemente lo emite. Dejar comida en el plato es desperdiciar la buena suerte; comer todo lo que se tiene delante equivale a nutrirse bien; comer postre es ser recompensado; ser un niño gordo es comer en exceso.

La comida es esplendor, pero la gordura es fea:

La contradicción consiste en este caso en la duplicidad de la verbalización; se trata de una discordancia entre lo que se hace en el hogar y lo que allí se dice. La situación familiar es que se dan cantidades copiosas de comida rica y gustosa, albergando modelos obesos que ingieren y disfrutan de esa comida mientras condenan la gordura. Los niños obesos de todas las edades gozan y sufren en las familias que dicen que menos que la abundancia es insuficiente e incluso pecaminosa, y que la obesidad es a veces una ofensa punible.

Coma para ser amistoso, pero los mejores amigos no son gordos:

Esta es una contradicción que oyen enunciar los niños mayores y los adolescentes obesos, no es coherente comer por razones sociales y querer seguir siendo delgado. De esta incoherencia pueden caer víctimas los jóvenes obesos que para hacer vida social frecuentan restaurantes conocidos por su cocina rica en hidratos de carbono y grasa.

Juega con nosotros para ser uno de los nuestros, pero no nos gustan los gordos, que no son buenos atletas.

Los niños y los adolescentes aprenden a realizar muchas acciones apropiadas para sus edades formando alianzas con sus padres en el campo de juego. Cuando no pueden participar en los deportes o quedan relegados a roles inferiores, el niño se ve privado de oportunidades de desarrollo físico y social, esto es lo que frecuentemente le sucede al jovencito obeso.

Resumiendo, estos mensajes son unos cuantos que hay, pero existe una gran cantidad de mensajes contradictorios que exhiben los jovencitos obesos (Rallo, 1982) estos mensajes confunden e incrementan los problemas en los niños obesos.

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

La palabra obesidad se utiliza para especificar el tipo de obesidad, que se puede clasificar como:

1) Según las características anatómicas adiposo y su distribución. Esta clasificación anatómica se basa en el número de adipocitos y la distribución regional de grasa. El número de células grasas aumenta más rápidamente al final de la infancia y en la pubertad, y puede incrementarse durante la vida adulta. El número de células grasas puede triplicarse normalmente con la obesidad de la infancia y la adolescencia. La obesidad hipercelular tiene grados variables en el crecimiento de las células grasas, este tipo de obesidad suele empezar en la fase temprana, o bien a la mitad de la infancia, pero también en la vida adulta. La obesidad hipertrófica, se le llama así cuando la obesidad se inicia durante la vida adulta, o a veces en el embarazo, incluye el crecimiento de células de los tejidos adiposos con lípidos, también guarda relación con la distribución de grasa androide o truncal. Su distribución se estima según los pliegues cutáneos.

2) La edad de comienzo de la obesidad. La obesidad puede iniciarse a cualquier edad, al nacer el peso de los niños que serán obesos más adelante durante la infancia tienen la misma distribución en la frecuencia que mantendrá el peso normal en la época posterior de la vida. La primera aparición de la obesidad en la infancia, es cuando aumenta rápidamente la grasa corporal, durante el primer año de vida, el tamaño de las células grasas aumenta casi al doble, no habiendo un incremento medible en el número de adipocitos, pero esta obesidad del primer año de vida es relativamente probable que la persona se vuelva obesa. Existe un segundo periodo de obesidad infantil llamada obesidad progresiva que va de los 4 a los 11 años de edad, en este periodo puede haber una desviación progresiva del peso corporal desde los límites superiores de la normalidad para la talla correspondiente a la edad; este tipo de obesidad suele persistir toda la vida coexistiendo con un incremento en el número de adipocitos. La obesidad se presenta al mismo tiempo que comienza la menstruación en las niñas, y en las niñas obesas suele ser en edad temprana. La mayor parte de la obesidad se desarrolla al final de la pubertad, se calcula que menos de la tercera parte de los obesos adultos ya eran en la infancia, los primeros años de vida del niño son importantes para la vida adulta en el desarrollo de la obesidad en ambos sexos. En las mujeres este acontecimiento se centra en el embarazo, al embarazarse la mujer después del parto pesará varios kilos de más, durante dos años más a comparación de la mujer que no ha estado embarazada, para algunas mujeres en el embarazo aumentan de peso hasta 50Kg.

En los hombres, la ganancia de peso ocurre del paso de la adolescencia la cual es una etapa muy activa, a los primeros años de vida adulta, persiste un aumento de peso corporal durante toda la vida adulta hasta la tercera edad, desde los 54 hasta los 62 años el peso se conserva relativamente estable, después de esta edad empieza a disminuir en ambos sexos. El desarrollo de la obesidad posterior a esta edad es raro, lo cual se puede deber a un trastorno intenso del equilibrio energético.

3) Factores etiológicos. Existen diversas causas para la obesidad, como las genéticas, donde aparecen las alteraciones endocrinas raras que son un factor causal de la obesidad.

También están los síndromes genéticos, las causas como las de la hipófisis, enfermedades suprarrenales, ováricas, hipoparatiroidismo, así como el antecedente familiar de la obesidad distribución de grasa, las costumbres dietéticas tomando en cuenta la ingesta de grasas saturadas.

Dentro de otros factores causales de obesidad podemos mencionar a la inactividad física, las dietas las que con una sobrealimentación puede iniciar la obesidad infantil, los lactantes que ganan cantidades excesivas de peso durante las seis primeras semanas de vida tienen una probabilidad mayor de ser obesos más tarde durante la infancia, y la incidencia de obesidad en niños preescolares y escolares puede estar aumentando. Los lactantes que crecen más rápidamente en las primeras semanas de vida pueden ser más gordos después, existen diferencias al respecto pero los datos obtenidos sugieren que, tanto la cantidad como la calidad de alimento disponible durante las primeras semanas de vida, pueden ser un factor ambiental importante para la etiología de la obesidad infantil, la introducción temprana de alimentos también puede estimular la aparición de obesidad. También la frecuencia de las comidas cambia el metabolismo de la glucosa y la concentración de colesterol.

DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA GRASA

Para valorar la distribución localizada de la grasa se miden los pliegues cutáneos en tronco y extremidades, la circunferencia del cuerpo en la región abdominal y la región glútea, se ha comprobado que la localización de los depósitos de grasa son diferentes, tanto para los hombres como para las mujeres, en los varones tienden a presentar más grasa abdominal llamándose a esa distribución androide, y en las mujeres tiende a reunir mayor cantidad de grasa en las zonas glúteas y caderas llamándose a esta distribución ginoide.

Las complicaciones cardiovasculares, diabetes, hipertensión entre otras se relacionan con el incremento de la grasa abdominal, siendo más riesgosas las cardiopatías en los varones.

Bruchon (1992) realizó investigaciones respecto a la tipología constitucional, preguntando la parte subjetiva (intrasubjetiva) de las relaciones entre la apariencia física y la personalidad (percepciones, actitudes, comportamientos afectivos inducidos por sujetos de aspecto diferente). También el atractivo físico es una de las características individuales fundamentales que permiten no solo describir a los individuos sino predecir percepciones y comportamientos efectivos de que son objeto, y después las imágenes que ellos elaboran de sí mismos.

FACTORES QUE DESARROLLAN LA OBESIDAD

La obesidad puede desarrollarse a cualquier edad, en la infancia la obesidad se acompaña de hiperplasticidad del tejido graso, y en la vida adulta el tejido suele ser hipertrófico. La edad es importante para determinar el peligro de la obesidad, es mayor el grado de peligro antes de los 40 años que después, la duración, progreso y aumento de la obesidad son importantes para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por lo que es importante determinar la edad de inicio de la obesidad.

El sexo es otra variable para el desarrollo de la obesidad, en la pubertad la mujer es más gorda que el varón, tendiendo a ganar más grasa durante la vida adulta, puede presentar trastornos menstruales como amenorrea, osteoartritis. La obesidad morbosa puede provocar trastornos pulmonares como apnea de sueño, se ha comprobado que las personas obesas sufren problemas psicológicos y sociales como la imagen corporal esta muy perturbada, porque él inicio de la obesidad fue en la etapa de la infancia en donde pudieron haber sido discriminados en la escuela o en el trabajo.

PREVALENCIA POR SEXOS, ATRACTIVO FÍSICO Y FORMA DEL CUERPO

Mayer (1968) con diferentes estudios demostró que el exceso de peso es un factor de riesgo tanto para desencadenar enfermedades y la muerte. En los países occidentales la obesidad aparece con mayor frecuencia en las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, y los hombres parece alcanzar su peso máximo antes que las mujeres.

El atractivo físico, menciona Byrne (1971) que todo individuo es percibido por los otros de una manera más o menos deseable o indeseable, en donde esta percepción está inducida sobre todo por el atractivo físico o la falta de atractivo físico de la persona observada. Lyman, Hatfield & Macurdy (1981) mencionan que existen diferentes tipos de información en un encuentro con un desconocido como son: las características físicas del otro, los comportamientos observados y los rasgos de personalidad inferidos. Lo que más determina la primera impresión global (positiva o negativa) es el conjunto de las características físicas tal como las percibimos en los otros.

Para describir la forma corporal, se han utilizado los somatipos de Sheldon, y esto es por su popularidad su disponibilidad y la gran ventaja de hacer fáciles las comparaciones en los diferentes estudios. El tipo ectomorfa moderada (delgada) en las formas femeninas es considerado como el más bello de manera homogénea, desde la edad de 6 años en las niñas y de 8 años en los niños.

Podemos mencionar que se han realizado investigaciones epidemiológicas, con respecto a la obesidad tomando en cuenta también el sobrepeso, y se señala que la prevalencia se incrementa con la edad: con mayor frecuencia en adultos que en jóvenes y adolescentes (Braguinsky, Mendelson, D'Alessandro, Della Valle, Golberg, Matkman, Mestres, Fain bole y Rein bold, 1976).

En esta investigación concluye Braguinsky y Cols, que la diferencia más importante encontrada con respecto a obesidad estuvo dada por la edad, independientemente del sexo: hombres y mujeres, con edades de 15 a 34 años, tenían un exceso de peso significativamente menor que los hombres y mujeres de 35 a 54 años de edad.

ESTUDIO REALIZADO SOBRE CONDUCTA ALIMENTARIA Y OBESIDAD EN MÉXICO

Gómez Peresmitré, & Ávila Angulo (1998) realizaron una investigación cuyo propósito fue explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad, comparando estas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, se trabajó con un diseño de 4 grupos con observaciones independientes, con una muestra no probabilística (N = 222) constituida por adolescentes hombres (n= 124) y mujeres (n= 98) con edad promedio $X= 16.96$, $DE= 2.15$ y $X= 16.98$, $DE= 2.21$, respectivamente. Los grupos formados por peso corporal quedaron: peso por abajo del normal (52); peso normal (52); sobrepeso (52); y obesidad (66).

Se utilizó un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), su aplicación fue colectiva, se tomaron medidas antropométricas siguiendo las normas recomendadas para asegurar la confiabilidad de las mismas, tomando sólo peso y estatura para la obtención del IMC.

Los resultados mostraron que los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron de manera más importante entre las adolescentes mujeres que entre los hombres, entre las mujeres, el factor conducta alimentaria compulsiva fue de mayor peso, las adolescentes con peso normal son las que respondieron tener menor medida dicha conducta que las adolescentes obesas que se encontró lo contrario. Las chicas con peso por debajo del normal mostraron mayor tendencia a tener este tipo de conducta, que las de peso normal, entre los hombres la conducta alimentaria compulsiva no aparece diferencialmente significativa, así la conducta alimentaria normal tiene mayor presencia entre las adolescentes con peso normal que entre las más delgadas y es entre las chicas con sobrepeso y las obesas en las que se presentan en menor medida. Estos resultados son congruentes con lo esperado teóricamente, ya que los grupos cuyo peso se

encuentra fuera de lo normal (con peso por abajo y por arriba de la norma) presentan más conductas alimentarias anómalas (conducta compulsiva) y menos conducta alimentaria anormal.

Dentro de los factores de riesgo el más importante en los trastornos de la alimentación es el que agrupa variables que exploran preocupación por el peso y por la comida. En este estudio los resultados mostraron que el grupo que menos problemas tiene al respecto es el de los adolescentes hombres y mujeres, con peso por debajo del normal, la preocupación se incrementa con el peso, ósea, a más peso mayor preocupación, en las mujeres con sobrepeso presentan más preocupación que entre las obesas, este factor fue el único que resultó ser común por género y con valores medios similares. También existen los resultados asociados con la explicación (atribución de control interno o externo) que las adolescentes hacen con respecto a ciertas conductas alimentarias, como: asociar control de la ingesta con el control de otro tipo de conductas, o sentir admiración, respeto por las personas que comen con medida; Fueron respuestas aceptadas en mayor proporción por las adolescentes con sobrepeso y peso normal, mientras que las obesas y las chicas con peso por abajo del normal fueron las que menos lo hicieron. Las obesas fueron las que en menor medida aceptaron que ciertas conductas alimentarias pudieran involucrar explicaciones fatalistas, también las adolescentes con peso normal aceptaron en mayor porcentaje.

Entre los hombres, se encontró un factor que no estuvo presente entre las mujeres: este fue el de la conducta compensatoria, los adolescentes obesos respondieron tener menos conductas alimentarias de este tipo, mientras que sucedió lo contrario con los de peso normal. Las respuestas dadas a estas variables, que componen el factor de la conducta alimentaria compulsiva, las de la preocupación por el peso y la comida así como las que se dieron a los factores de la conducta dietaria repiten los mismos problemas reportados.

Se concluye que, entre las mujeres adolescentes, la variable obesidad mostró estar clara y directamente asociada con conducta alimentaria compulsiva, así como con conductas dietarias (crónicas, restrictivas e hipocalórica) e inversamente relacionada tanto con la aceptación de atribución de control interno como de control externo en la explicación implícita que hacen de la conducta alimentaria. En los hombres adolescentes, se encontró como factor distintivo de género, un factor compuesto por variables asociadas con conducta compensatoria. Se encontró además un factor común a hombres y mujeres que fue el de preocupación por el peso y la comida. Así mismo, la conducta alimentaria normal resultó entre las mujeres, inversamente relacionada con obesidad y sobrepeso.

CAPITULO

DOS

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen investigaciones en el área de los trastornos de la conducta alimentaria, las cuales se basan en aspectos fundamentales como los factores socioculturales asociados con su incidencia, los tipos específicos de desórdenes y el perfil psicológico asociados con éstos. La anorexia y la bulimia nervosa dependen en gran medida de los factores socioculturales y del momento histórico en el que se estudian. Los factores ambientales que tienen influencia en el desarrollo de estas enfermedades, se encuentran los más conocidos como la participación en deportes y actividades en las que el peso debe ser restringido para su ejecución, como el ballet (Hamilton, Brooks-Gunn y Warren, 1985; Szmuckler, 1985; Garner, 1980, 1987; Warren, Stanton, Blessing, 1990); la gimnasia (Rosen, McKeag, Hough y Curley, 1986); las luchas (Enns, Drenowski y Grinker, 1987); la natación (Dummer, Rosen, Heusner, Roberts y Counsilman, 1987) y el modelaje (Garner, Garfinkel, Rockert, Olmsted, 1987).

Existen variables culturales que al interactuar con fuerzas psicológicas, juegan un papel muy importante en la producción de síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria, como resultado (Garner et al, 1978, 1980, 1987) han propuesto que las personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria giran alrededor de áreas de la cultura en donde existe una localización exagerada hacia el tamaño del cuerpo así como grandes expectativas de logro.

Unikel y Gómez Peresmitré (1996) encontraron que las conductas anómalas del comer, se presentaron en mayor proporción entre las estudiantes de danza, como son: seguimiento de dietas, sentimientos de culpa después de comer y atracones, aunque esta última sin diferencias significativas cuando se compararon con las estudiantes de secundaria y preparatoria. La autopercepción del peso corporal, se encontró una tendencia general a percibirse más pesadas y a tener deseo de ser más delgadas, más marcado entre las estudiantes de danza.

También Gómez Pérez-Mitré (1999) realizaron una investigación titulada factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos, en la cual se encontró, que son los niños más que las niñas quienes realizan mayor número de comidas al día, esto nos indica que los varones tienen menos preocupación por el peso corporal, lo cual se respalda con los hallazgos de la literatura de (Hsu, 1982; Nagel y Jones, 1992). Así en esta línea, se encontró que son los niños de quinto grado, más que los de sexto, quienes comen más, podemos decir con esto que a más edad o mayor acercamiento a la adolescencia, hay mayor preocupación por el peso y menos ingesta de alimento, como se encontró en los niños de sexto grado. Los carbohidratos

fueron consumidos en mayor medida por los niños que por las niñas, su mayor consumo fue en la cena: el té lo consumieron en mayor medida las niñas, el resto de los alimentos los consumen más los varones. Aquí vemos como las niñas se preocupan más por su peso que los niños.

En las escuelas públicas los niños reportan que comen más y mayor cantidad de carbohidratos que en las escuelas privadas, por lo que nos inclinamos a pensar que los niños de escuelas públicas tienen menor preocupación sobre su físico, y que los niños de las escuelas privadas podrían tener más presión social para estar "en línea".

En los problemas alimentarios como --comer más cantidad y más rápido que los demás, "atragantarse", "comer a escondidas"-- se presenta más en los varones de sexto grado de escuelas privadas y en los de quinto grado de escuelas públicas, lo que confirma que es en los niños y no las niñas es más común detectar estas conductas, estos problemas se presentan en ellos sin importar si son de diferente estrato socioeconómico, o si son de diferentes edades (más jóvenes los de quinto que los de sexto grado), tal vez los niños están menos preocupados por los modales que las niñas, y que tienen más apetito por una mayor actividad o ejercicio. Pero la relación que se encontró entre problemas alimentarios y autopercepción negativa y ésta con las relaciones familiares autoritarias, nos lleva a pensar en su posible naturaleza como factor de riesgo

En las mujeres se encontró que son las que más relaciones autoritarias perciben tener y los varones respondieron tener menos relaciones autoritarias, esto se entiende porque las niñas comienzan a tener un interés propio por estar entrando a la etapa de la adolescencia, se preocupan más por el cuerpo y el atractivo físico aumenta, tratan de mantener su peso disminuyendo la ingesta de alimentos, por lo que los padres se preocupan presionándolas a un mayor consumo de alimento.

En esta investigación, los resultados de mayor relevancia se deben subrayar las relaciones que se encontraron como: la autopercepción negativa y los problemas alimentarios y entre la autopercepción negativa y las relaciones familiares autoritarias, ya que nos indica el curso a seguir en el proceso de investigación y determinar, si son las relaciones familiares autoritarias antecedentes a los problemas alimentarios, o bien, es porque ya existen estos problemas que se dan en las relaciones familiares autoritarias. Asimismo, la relación más importante es conocer si la autopercepción negativa precede o es efecto de los problemas alimentarios. Finalmente, la naturaleza exploratoria del presente estudio cumplió con sus objetivos, proporcionando información de interés para elaborar y probar hipótesis en nuevos estudios.

Garner y Garfinkel (1980) señalan que aunque la presión para estar delgada es un factor importante, la evidencia general es que se trata de un desorden multicausal, entre los factores potenciales predisponentes se han encontrado: características de personalidad, desórdenes perceptivo-conceptuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos

de interacción, características de personalidad en los padres y actitudes de los padres hacia el peso, control y forma del cuerpo. Aunque muchas personas pueden poseer dichos antecedentes, es solamente en aquellas en quienes un comentario o evento sin importancia aparente, lleva a la "idea fija" de que la pérdida de peso mejorará los sentimientos de ineficacia e inadecuación que tiene la persona de sí misma.

PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El estudio de las características de la personalidad que padecen trastornos alimentarios, radica en que son enfermedades que se pueden convertir en la expresión del potencial patológico de individuos con vulnerabilidades particulares de personalidad, que viven en culturas que promueven la insatisfacción extrema con el cuerpo en las mujeres (León et al, 1993). La evaluación de las características de personalidad y conducta de manera continua, debe permitir a los investigadores distinguir entre los factores asociados con los problemas del comer episódicos que se resuelven con el tiempo, y con los factores que son indicadores premórbidos del desarrollo eventual de un desorden alimentario crónico, los estudios acerca de los rasgos de personalidad de pacientes con trastornos alimentarios, muestran la presencia de un cúmulo de rasgos "neuróticos":

Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990) encontraron que los síntomas neuróticos y depresivos y las características obsesivas de la personalidad, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo de los desórdenes alimentarios. Los estudios realizados señalan la presencia de rasgos obsesivos del 27% a 61% de las diversas muestras descritas, timidez y dependencia del 21% a 48% y ansiedad del 51% a 64% de los casos. Las investigaciones demuestran que el tipo de personalidad predominante es del 69% a 87%, se comprende de la combinación de rasgos obsesivos, inhibición y conformismo (Vitousek y Manke, 1994).

Se ha estudiado la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con desórdenes alimentarios, los principales diagnósticos reportados son los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad, esto es en términos generales sin considerar los diferentes subtipos dentro de los trastornos alimentarios, los estudios realizados investigando las diferencias entre subtipos de patologías alimentarias, se ha reportado que las pacientes con anorexia nervosa restrictiva, presentan menor grado de psicopatología, mientras que aquellas que presentan tanto anorexia como bulimia nervosa, se sitúan en el extremo opuesto.

Braun, Sunday y Halmi (1994) encontraron que el 63% de los pacientes (N=105) tenían historia de algún desorden afectivo, la mitad habían experimentado uno o más episodios de depresión mayor, las anoréxicas restrictivas presentaron en menor grado

historias de depresión en comparación con las bulímicas, mientras que la depresión mayor era aún más común en las pacientes con ambos diagnósticos, por otro lado se confirmó que la ansiedad y los desórdenes afectivos representan condiciones comórbidas para anoréxicas y bulímicas, y que las bulímicas son más propensas al abuso de sustancias. También se encontró que 69% de los sujetos de la muestra presentaron por lo menos un trastorno de la personalidad, siendo menos común en las anoréxicas restrictivas. Los autores mencionan que no queda claro sin embargo, si el trastorno de personalidad coloca a los pacientes en riesgo para el desarrollo de un desorden alimentario, o si el desarrollo de estas enfermedades tienen un efecto particular en el desarrollo de la personalidad.

Cash y Hicks (1990) encontraron la existencia de una alta relación entre la auto-evaluación del peso en personas de peso normal y los trastornos de la conducta alimentaria, así como la preocupación por el peso, la imagen corporal, el seguimiento de dietas y el ajuste emocional, cuando las personas se auto-evalúan gordas, a pesar de tener un peso normal, se califican más negativamente, se sienten más insatisfechas con su cuerpo y su salud y su ajuste emocional es menor al de los sujetos control, manifestándose en un menor grado de satisfacción en la vida, depresión, menor auto-aceptación de sí mismos y de los otros.

Wood, Waller y Gowers (1994) encontraron en un estudio prospectivo a dos años con 33 adolescentes mujeres, que la medición de las conductas anómalas y de la autoestima, tienen valor predictivo en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Aunque la presencia de un síndrome parcial no se relaciona necesariamente con el desarrollo de anorexia y bulimia nervosa, se puede ver como en una etapa inicial de la enfermedad, el peligro de que una joven alcance esta etapa, radica en que el control del peso y la comida se conviertan en una recompensa, desarrollando entonces, un síndrome más grave. Los autores mencionan que la posibilidad de detectar los trastornos de la conducta alimentaria a través de variables no relacionadas con la comida, como la autoestima, permitirá detectar la enfermedad en etapas más tempranas, simplificando por lo tanto la intervención.

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS

La anorexia y la bulimia fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III, 1980). El avance en el conocimiento de estas enfermedades ha dado como resultado el planteamiento de nuevos criterios diagnósticos, ahora conjuntados en la nueva versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (APA, 1994) cuyas principales

modificaciones con respecto a la versión revisada (DSM-III-R 1987).

Para la **anorexia nervosa** se plantean dos subtipos en base a la presencia o ausencia de episodios de ingesta voraz que se denominan: bulímica y restrictiva respectivamente. Las modificaciones al diagnóstico de la bulimia nervosa radican en la definición de los episodios de ingesta voraz como: Comer en un periodo corto de tiempo, una cantidad de comida que es definitivamente mayor a la que cualquier persona comería en el mismo lapso y a la sensación de falta de control durante este episodio. Por otro lado las conductas compensatorias del comer excesivo se dividen en dos grupos:

- 1) vómito auto-inducido o uso de laxantes.
- 2) sin método de purga, (dietas estrictas exceso de ejercicio o ayunos).

Además se incluyen los siguientes criterios: la preocupación persistente sobre la forma y el peso del cuerpo se encuentra influenciada por la forma del cuerpo y por el peso. La distorsión no ocurre exclusivamente durante episodios de anorexia nervosa.

Estos nuevos criterios diagnósticos, permiten organizar a los pacientes en grupos más homogéneos, posibilitando así el planteamiento de tratamientos específicos para cada trastorno, en los aspectos médico y psicológico. Actualmente los trastornos de la conducta alimentaria ocurren en personas con toda clase de historias de peso y aún más, se sabe que la utilización de la historia del peso para hacer las diferencias diagnósticas, trae como consecuencia separaciones artificiales, los rasgos diagnósticos importantes que se deben tomar en cuenta son: El uso de purgantes como una estrategia para controlar el peso y la pérdida de control en el comer y la obsesión por volverse delgado o permanecer delgado.

Button y Whitehouse (1981) plantearon que la existencia de lo que ellos denominaron anorexia subclínica o síndrome parcial de los desórdenes del comer, mencionan que el seguimiento de dietas por razones estéticas, puede traer consigo el desarrollo de conductas de tipo anoréxico o aún al desarrollo de anorexia nervosa y que la detección de casos subclínicos, podría ser de gran ayuda para prevenir el desarrollo de la enfermedad. Wood et al (1994) retoma este término y desarrolla criterios específicos para definir operacionalmente el síndrome parcial de los desórdenes del comer.

DESORDENES DEL COMER

Dentro del área social, se debe enfatizar que la inmensa mayoría de los pacientes anoréxicos son mujeres adolescentes y jóvenes; ya que los estándares actuales de belleza imponen un cuerpo esbelto, principalmente en las mujeres. Durante los años 50s, hubo una gran influencia que tuvo un cambio en la concepción médica sobre salud-enfermedad, pues hasta esta década la delgadez se asociaba con enfermedad, a partir de entonces se fueron encontrando datos que señalaban una relación inversa entre obesidad y expectativas de

vida (Braguinsky, 1987).

En el DSM IV (APA, 1994) propone, una nueva categoría diagnóstica, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, el cual incluye casos de anorexia y bulimia nervosa, en donde se cumplen todos los criterios diagnósticos excepto uno, no se cumple con la duración de un síntoma específico y el síndrome de comer en exceso (binge-eating syndrome), el cual consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento, sin el uso de métodos compensatorios.

Existen diferencias clínicas entre anorexia y bulimia nervosa, el perfil clínico de ambos desórdenes incluyen: deseo de estar delgada, disturbios en la imagen corporal, conductas anómalas del comer y uso de métodos de purga para atenuar los efectos del comer en exceso.

Garnier, 1980b, Schlundt y Johnson, 1990; Russell (1990) desarrollaron investigación sobre este tema, dejando claro que ambos trastornos parten de una etiología multicausal.

Schlundt y Johnson, (1990) mencionan que existen dos descubrimientos que argumentan la necesidad de un modelo más comprensible de los trastornos de la alimentación: 1) El entrecruzamiento sustancial entre anorexia y bulimia. 2) El hecho de que las conductas características (atracones, métodos para compensar el comer excesivo y el deseo de evitar aumentar de peso) existen en un continuo en población general. También estos autores plantearon un modelo tridimensional de los trastornos de la conducta alimentaria, se basa en tres dimensiones que son:

a) **Peso corporal:** fluctúa desde la emaciación severa hasta la obesidad masiva y las personas oscilan constantemente en este continuo a lo largo del tiempo, por sus múltiples variables tanto conductuales como genéticas que controlan el peso del cuerpo, las distinciones diagnósticas sobre esta dimensión tienen poca validez, salvo en los casos en los que la persona tiene deseos de hacer modificaciones al respecto.

b) **Control de la conducta:** aquí se refleja el control sobre la ingesta de alimento, en cuyos extremos se observa el ayuno prolongado y los atracones frecuentes, también se incluye el conflicto anorexia-bulimia, el cual es la principal manifestación de estos trastornos. Clínicamente un paciente con estos trastornos debe ser descrito en términos de la frecuencia y temporalidad de las alternancias entre seguimiento de dietas y los atracones.

c) **Intensidad de la obsesión por el peso corporal:** El miedo a engordar es la principal característica clínica de estos trastornos, así como la fuerza motivacional del conflicto entre hacer dietas y comer en exceso, la variación en el grado de miedo fluctúa entre un miedo intenso a engordar y ninguna preocupación por el peso. El miedo se manifiesta como: miedo a engordar, miedo a las consecuencias de subir de peso, obsesión por adelgazar, un peso ideal irreal, disturbios en la imagen corporal y fobias específicas hacia los alimentos.

El miedo a las consecuencias de comer alimentos "prohibidos", generalmente con alto contenido calórico, lo lleva al individuo a mantener un control estricto sobre su

alimentación, si el temor es débil, se considera a la persona como "consciente del peso" o como un "comedor restrictivo". Cuando el temor es moderado, la persona mostrará mayor alternancia entre sus conductas controladas o descontroladas del comer. Si la preocupación por el peso se acentúa, se desarrollan las conductas y consecuencias necesarias para diagnosticar anorexia o bulimia nervosa.

Andersen (1983) argumentó que los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder control sobre el comer. Los pacientes que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria, tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y bulimia y de bulimia y obesidad. Tanto la anorexia como la bulimia son motivados por un deseo de ser delgada y el temor a ser gorda, la diferencia básica consiste en la manera en cómo el individuo enfrenta el temor a perder el control, ya sea por la restricción alimentaria (anoréxico restrictivo), o ya sea que el individuo pierda el control en el comer, en donde la purga se adopta como estrategia compensatoria.

La anoréxica restrictiva es más perfeccionista y compulsiva, mientras que la bulímica es más impulsiva y relajada, sin embargo, explícitamente reconoce que estos trastornos y su expresión son determinados por múltiples variables.

Gómez Pérez-Mitre (1993) realizó una investigación sobre los desórdenes del comer, encontró que el análisis factorial de las variables del instrumento arrojó una estructura multifactorial, en donde el factor denominado "interés o preocupación por la imagen corporal" quedó constituido, por la variable satisfacción con la imagen corporal, misma que mostró, la carga factorial más alta comparada con las de las otras variables que se agruparon en dicho factor, las otras variables fueron autopercepción del peso, reacción a tener un peso mayor al reportado, culpa por comer con exceso y resistirse (luchar con uno mismo) a consumir alimentos "engordadores", en este factor quedó incluido el elemento de culpa, así como el de la lucha que surge en el esfuerzo que la persona hace para mantener el control sobre su ingesta.

El seguimiento de dietas reductoras de peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos, que implica no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma. La teoría de la restricción (Restraint Theory) propone que la conducta alimentaria de los dietantes puede desinhibirse por diferentes condiciones que van desde los estados emocionales (consumo de alcohol), hasta la misma violación de la dieta, que es lo que se conoce como un efecto paradójico (conducta reactiva), que se dispara por la restricción en la ingesta alimentaria (Polivy y Herman, 1985).

Existen gran cantidad de factores que contribuyen a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo, la imposición ideológica de un modelo femenino es muy importante, ha ejercido una presión social que se difunde a través de los medios de comunicación social. Esta influencia ha generado un porcentaje muy alto de mujeres que

acuden a tratamiento para "reducción" de peso a más de (90%), este porcentaje esta formado no precisamente por obesas ni mujeres con sobrepeso importante, sino por personas que de acuerdo con su Índice de Masa Corporal, se encuentran dentro de los límites del peso normal, con leve sobrepeso, y aun con peso inferior al normal (Stunkard, 1984).

Dentro de la investigación de los desórdenes de comer, se ha encontrado que la gran mayoría de los casos de obesidad son de origen indiferenciado, lo que significa, que no hay una etiología definida (Braguinsky, 1987, p140).

DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Dentro del estudio de la imagen corporal y de la alteración o distorsión de la imagen corporal, aparecen en la literatura de los desórdenes del comer desde hace más de tres décadas con las importantes aportaciones de Bruch (1962). También existe gran cantidad de información respecto al problema de la distorsión de la imagen corporal que se relaciona con los desórdenes del comer, incluso hay sugerencias de una relación causal, entre estas variables (Thompson, 1990).

Dentro de las alteraciones cognoscitivas experimentadas por la persona anoréxica a lo largo de su evolución se encuentran las alteraciones de la imagen corporal, lo cual parece resultar del hecho central en muchos casos de anorexia nervosa. La paciente extremadamente delgada niega su extrema delgadez, parece sobre valorar sus dimensiones y no reacciona ante ellas del modo que sería normal, esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan acusada en ciertos casos que se ha hablado de dimensiones delirantes (Bruch, 1962, citado en Toro y Vilardell, 1987), y en alguna ocasión se relacionó la anorexia con procesos psicóticos, planteando frontalmente la posible existencia de un trastorno perceptivo o del pensamiento semejante al observado en la psicosis (Toro y Vilardell, 1987). También señalan que la sobreestimación del propio cuerpo no es patognomónica (síntoma caracterizado por una enfermedad) de la anorexia nervosa, señalan que se presenta en obesas y en adolescentes, en mujeres de población general y en accidentados con desfiguraciones físicas, entre otros.

Cooper y Fairburn (1993) mencionan que la insatisfacción con la imagen corporal es un hecho prominente de la psicopatología de la bulimia nervosa. Usualmente está presente en grado severo, es hábil y se ve firmemente asociado con el nivel de humor depresivo. No tiene, sin embargo, significación diagnóstica: no está presente en todos los pacientes y sí se encuentra en muchos individuos sin trastornos de la alimentación. Por el contrario, ideas sobrevaloradas acerca de la imagen corporal o el peso son peculiares de la bulimia y la anorexia nervosa, relativamente estables, firmemente relacionadas con la baja autoestima

de los pacientes y un dato indispensable para el diagnóstico de ambos trastornos (citados por Ponce de León, Montañó, Berenger, Ruiz y Scigliano, 1995, p. 31).

La distribución por sexo y edad de este trastorno tiene una morbilidad predominante en adolescentes y jóvenes sobre todo en el sexo femenino. (Halmi, Casper y Eckert, 1979; Halmi, Goldberg y Casper, 1979) realizaron estudios que demuestran que las edades más afectadas están entre los 12 y los 25 años, antes y después de estas edades la incidencia del trastorno, o la aparición del mismo es irrelevante. También se ha observado que los adolescentes de 14 a 18 años constituyen el mayor riesgo dentro de ese rango de edades.

Existen factores de riesgo en poblaciones normales en donde Davies y Furnham (1986a) estudiaron un grupo de 182 adolescentes británicas, de 12 a 18 años de edad, el grado de satisfacción experimentado, respecto a nueve características corporales. En general todas ellas, pero sobre todo las dimensiones de la parte superior del muslo, las nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al aumentar la edad. Asimismo, esa insatisfacción se correlacionaba con el sobrepeso autopercibido (real o no real). Los autores concluyen que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima y a la práctica de dietas restrictivas.

Davies y Furnham (1986b) ampliaron esta investigación, en la que señalan que sólo el 4% de su población sufría sobrepeso según las normas de la población general, mientras alrededor del 40% creía pesar excesivamente, oscilando desde el 26% a los 12 años de edad hasta el 49% a los 18 años, además casi la mitad de esas muchachas deseaban modificar su peso, considerando distintos procedimientos para hacerlo.

Gómez Pérez-Mitré (1995a) realizó un estudio sobre el peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal, en el cual define al peso real como: el resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal (peso/talla), la grasa no se puede medir directamente, por lo que sólo representa un indicador de medición indirecta. El peso corporal es un valor agregado, dado por todos los fluidos y todos los tejidos del organismo, quedando incluido el tejido adiposo, entendiéndose que el peso corporal no representa por sí mismo una medida adecuada para la clasificación de la obesidad. La importancia del Índice de Masa Corporal (IMC) es que en adultos no varía con la edad, probando una alta correlación con la grasa corporal así como la baja correlación con la estatura, convirtiéndolo en un índice de gran utilidad (Florey, 1970; Kolsa & Lowe; Nih, 1985; Roche, Siervogel, Chumlea & Webb, 1981; Simopoulos, 1986, citados por Gómez, 1995^a). Se debe tomar en cuenta que las personas que hacen ejercicio en exceso tienden a tener un IMC más bajo que las que no lo hacen, a pesar de que esta clase de ejercitación (excesiva y de alto impacto) incrementa músculo y masa del hueso (Hayes & Rose, 1986).

El peso imaginario lo define como: patrón de respuestas autopercptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo, este funciona en dirección de una

sobreestimación del tamaño del cuerpo y del peso corporal sin tomar en cuenta el peso real, acompañada de respuestas de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal, con un incremento en las respuestas de miedo o temor a subir de peso, rechazo hacia la gordura y preocupación por la comida, entre otras variables.

Distorsión de la imagen corporal la define como: a mayor o menor alejamiento específico, concreto del peso real, es la diferencia entre peso real y peso imaginario (los anoréxicos presentan mayores efectos de distorsión). Imagen corporal corresponde a una categoría subjetiva, es decir, una representación psicosocial, como una fotografía dinámica en movimiento.

En el presente estudio, se utiliza la categoría peso imaginario como precursora teórica empírica de obesidad imaginaria, considerándola fundamental desde la perspectiva del quehacer profesional y de investigación psicológicosocial; para efectos prácticos de la salud, se comporta como factor de riesgo en la misma medida que lo hace la obesidad real. En la literatura internacional el término más utilizado es el de peso ideal que se opone al de peso real, o bien, tamaño corporal real, tamaño corporal ideal (current-ideal) y su discrepancia se conecta con distorsión de la imagen corporal que junto con la preferencia extrema por la delgadez, se consideran los determinantes de la variable insatisfacción con la figura o imagen corporal (Williamson, Gleaves, Watkins & Schlundt, 1993), que se refiere al grado de satisfacción/insatisfacción con el propio cuerpo.

También se propuso en este estudio que fuera de carácter exploratorio, analizar y describir patrones de distribución del Índice de Masa Corporal detectando su consecuencia, prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como patrones de distribución y prevalencias de distorsión de la imagen corporal.

El método utilizado fue un diseño de 4 grupos con observaciones independientes, la inclusión de cada uno de los grupos responde a necesidades teórico metodológicas de una investigación mayor de la que se desprende el presente estudio. Las poblaciones fueron: normales formadas por estudiantes con niveles escolares de secundaria a posgrado (N=289), instituciones públicas (n=191) y privadas (n=98), y de estudiantes de danza clásica (n=43); una nueva muestra (N=293), seleccionada no probabilísticamente de una población clínica, formada por hombres (n=38) y mujeres (n=254) en tratamiento para el control de peso. La población estudiantil constituye la población blanco para los efectos de prevención primaria de desórdenes del comer, las estudiantes de danza clásica representan la población especial que, de acuerdo con la literatura internacional (Gamer, Garfinkel, Rockert & Olmsted, 1987; Hamilton, Brooks-Gunn, Warren & Hamilton, 1988; Joseph, Wood & Goldberg, 1982) y nacional (Escobar, 1993; Gómez Pérez-Mitré & Unikel, en prensa; Unikel & Gómez Pérez-Mitré, 1996), se caracteriza por tener una elevada preocupación por el cuerpo, lo que llevaría a esperar los pesos más bajos y una mayor distorsión de la imagen corporal, de la muestra de la población clínica se espera no sólo

casos de obesidad, sino también de obesidad masiva. Con las distribuciones en conjunto se espera una conformación de un continuo de IMC con categorías extremas de ambos lados, lo que permitirá cumplir con los objetivos y aprovechar los beneficios de tales distribuciones.

Los objetivos de este estudio, como se menciono anteriormente, fueron conocer la prevalencia y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en muestras mexicanas, se cubrió el continuo de la variable IMC en el que la muestra de la población de estudiantes de danza clásica fue el 86% de la muestra cayó en las categorías de peso muy por abajo del normal ($IMC < 17.6$) y peso bajo (17.6-19.9), y el porcentaje restante fue del más bajo a la categoría de peso normal. Y en la muestra de la población clínica el 6% tenía peso normal, y el porcentaje restante se distribuyó en las categorías de sobrepeso, obesidad y obesidad masiva ($IMC > 31$).

De acuerdo a la distribución de los patrones esta la muestra de estudiantes de escuelas privadas y públicas, ambas de población abierta: el porcentaje más alto correspondió al peso normal (43%), la obesidad alcanzo el porcentaje de (4%), en este continuo no existen cortes bien definidos, sino que hay traslapes: el peso muy bajo estuvo en las estudiantes de danza, peso bajo en las escuelas privadas, peso normal en la muestra clínica, y en la última categoría las distribuciones quedaron: peso normal en las estudiantes de danza; sobrepeso en las escuelas privadas; obesidad en las escuelas públicas y obesidad masiva en la población clínica. Este continuo se formó solo con muestras del sexo femenino.

Las prevalencias fueron: entre hombres adolescentes (15 a 20 años) y jóvenes (21 a 29 años) no se encontraron índices de obesidad; entre los jóvenes se encontró una prevalencia de sobrepeso del 74%; entre las mujeres adolescentes la prevalencia de obesidad fue de 4% y de 6.3% entre las jóvenes (21 a 29 años), resultados que apoyan que entre los hombres hay más problema de sobrepeso que entre las mujeres, pero que entre éstas, hay más obesidad (Forman, Trowbridge, Gantry, Marks & Hogelin, 1986); entre las mujeres adultas (30 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado se encontró el 10% de obesidad; entre las mujeres de la muestra clínica (mujeres en tratamiento) resultó el 26.75% obesidad, 28% obesidad masiva, la mitad del total de las mujeres eran adultas con una media de 37 años. En ambas muestras las mujeres adultas son las que sufren en mayor número y con mayor magnitud de obesidad, lo que concuerda con la relación directa edad-obesidad.

La variable distorsión de la imagen corporal, en la muestra de estudiantes de danza fue donde se hizo más evidente, porque una jovencita con $IMC < 17$ se ve y está muy delgada, y si ella se autopercibe gorda, con más peso el resultado es más dramático. Lo que se encontró que se debe destacar es que a menor peso mayor distorsión (en la muestra de bailarinas), esto ya se había reportado en grupos en etapas tempranas de anorexia

(Heillbrun & Friedberg, 1982, citados por Heilbrun & Witt, 1990). Entre las mujeres de la población clínica, se encontró un 5% con IMC peso normal, representando el porcentaje con problemas de distorsión de la imagen corporal.

Estos datos sugieren que la distorsión se ve favorecida por las prácticas alimentarias, las formas de comer y los sentimientos, que son típicos y que se asocian con obesidad, aunque todavía no se pueda considerar como anómalas o patológicas, este hallazgo sugiere que habrá de analizarse si en mujeres con peso normal y con conductas alimentarias relativamente normales se presenta o no distorsión de la imagen corporal. Siguiendo la literatura internacional respecto a que la distorsión con la imagen corporal provoca que se desarrollen prácticas riesgosas que pueden conducir a los desórdenes alimentarios (Unikel & Gómez Pérez-Mitré & Unikel en prensa), aquí los datos sugieren que es porque tengo problemas con la comida que puedo distorsionar mi imagen corporal, este planteamiento se ha postulado en investigaciones previas (Gamer, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Hsu, 1982) y aunque esto fundamenta nuestros resultados, habrá que investigar bajo qué condiciones específicas en el marco de nuestra cultura se presenta este último patrón o secuencia de variables.

ESTUDIOS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES

Halmi, Goldberg y Cunningham (1977) realizaron un estudio de la distorsión de la imagen corporal en 86 adolescentes mujeres con peso normal y edades de 10 a 19 años, encontrando una tendencia a sobrestimar la longitud corporal, así como, una asociación entre las edades más jóvenes y el grado de sobreestimación de la anchura corporal.

Otros estudios también encontraron resultados similares a través de un rango de edad de 15 a 27 años, indicaban que los y las adolescentes sobrestimaban su tamaño corporal, mientras que los adultos jóvenes no lo hacen, estos resultados han llevado a hipotetizar que la habilidad para reportar exactamente la imagen corporal involucra desarrollo perceptual y maduracional Button, Fransella y Slade, 1977; Slade, 1985; Wingate y Christie, 1978 (citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994).

La edad se ha relacionado con ideales de la imagen corporal, se ha reportado que con forme se incrementa la edad la definición de ideal se vuelve más delgada, con esto se puede entender que hay una presión creciente para la delgadez en las poblaciones relativamente más grande, también se ha encontrado que en las postpúberes ocurren con mayor frecuencia los desórdenes alimentarios y la anorexia nervosa es relativamente rara en las niñas prepúberes. Se han hecho supuestos respecto a la preocupación con la forma y la apariencia del cuerpo se relacionan o se encuentran en función de la edad y que esta obsesión con el peso y tamaño del cuerpo llega a ser firmemente establecida durante la

adolescencia, surge una evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando afectando a niños tan jóvenes como son de 6 y 9 años. Existe otra investigación la cual mostró que de las 213 niñas de 9 años de edad entrevistadas, una de cada tres deseaba ser más delgada y muchas de ellas estaban haciendo dieta. El estereotipo de que la mujer con un físico delgado es más socialmente deseable contribuye a las presiones de delgadez entre las mujeres, esta presión ha sido implicada en la contribución de la más alta incidencia de los desórdenes del comer en las mujeres. Para (Burton, 1992; Cohn, Adler, Irwin, Milstein, Kegeles y Stone, 1987; Fowler, 1989; Garner, Garfinkel, Stancer y Modofsky, 1976; Muuss, 1985; Slade y Russell, 1973; Striegel Moore, Silberstein y Rodin, 1986; (citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994) mencionan que se desconoce cómo y hasta qué punto los jovencitos incorporan tales presiones.

Brodie, Bagley y Slade (1994) realizaron un estudio en el que examinaron la imagen corporal percibida e ideal para establecer si el proceso de la adolescencia era un factor que contribuía. Se utilizó un espejo distorsionante y unas imágenes de siluetas para examinar la imagen en los dos grupos: una de 59 preadolescentes y el otro de 41 muchachas postadolescentes, la media de la edad del grupo prepúber fue de 9.3 años y la del grupo postpúber fue de 14.1. El criterio para la formación de estos grupos fue si ya había o no período menstrual, encontraron que la percepción de ellas mismas fue razonablemente exacta pero ambos grupos tuvieron una figura ideal significativamente más delgada, sin tomar en cuenta la etapa de la adolescencia. Las diferencias entre los dos grupos fueron no significativas usando el espejo distorsionante o las imágenes. La única diferencia que los autores encontraron fue cuando se usó una escala de satisfacción corporal, ya que las postadolescentes estuvieron significativamente menos satisfechas acerca de sus partes del cuerpo (excepto las de la cabeza). Los autores concluyen que los disturbios en la imagen corporal no se relacionan con la pubertad, ya que tanto las preadolescentes como las postadolescentes están igualmente interesadas en su imagen corporal, pero las prepúberes tienen aún que desarrollar tal insatisfacción crítica. Thompson (1990) menciona que esto puede deberse, en parte, a que la perspectiva de las sociedades desarrolladas es que las mujeres deben estar delgadas para ser atractivas.

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO

En México, la investigación sistemática en torno a los factores de riesgo en los trastornos alimentarios se inician a partir de (1995), estos proyectos se basan en algunos estudios aislados como por ejemplo:

Gómez Pérez-Mitré (1993a) la cual tuvo como objetivo detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en una muestra de 197 estudiantes

hombres y mujeres, alumnos de preparatoria, licenciatura y posgrado, mostrando como resultado la inexistencia del problema de obesidad (2%), un sobrepeso de 41%, también se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas bulimianoréxicos. La autora concluyó que los factores encontrados prometen mejores resultados dada la complejidad de la conducta alimentaria anómala.

También Gómez Pérez-Mitré (1993b) investigó las distribuciones y las relaciones entre variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y variables que exploran problemas y prácticas relacionadas con el peso corporal, los datos se obtuvieron de una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró una tendencia favorable en la percepción del propio peso y en el grado de satisfacción con la propia figura aunque posteriormente cuando se les preguntó por el peso deseado respondieron que querían pesar menos. Estos resultados indican una dirección opuesta a la de los resultados en investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales.

Sosa y Castanedo (1981) realizaron estudios acerca de los desórdenes alimentarios, uno de los cuales consistió en una revisión bibliográfica e investigación de los casos reportados como anorexia nervosa en un hospital privado de la Ciudad de México. Holtz (1992) realizó un estudio con una muestra de 90 estudiantes de una preparatoria privada de la Ciudad de México en la que se aplicó una traducción del Eating Disorders Inventory-2 (Gamer, 1991), los resultados de este estudio mostraron que la media del peso de las adolescentes de la muestra se encontraba dentro de los rangos normales para estatura y edad, presentando un peso deseado de 3 kilogramos por debajo de éste. Entre las conductas anómalas alimentarias se encontraron porcentajes elevados de seguimiento de dietas (59%), accesos bulmicos (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%), amenorrea (19.3%) y preocupación por el peso corporal (81% de los casos).

Existe otra investigación realizada en la Ciudad de México por Escobar (1993) con una muestra de 929 estudiantes mujeres de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura, su instrumento estaba formado por reactivos que exploran desórdenes del comer y prácticas relacionadas con éstos. No encontró casos de anorexia o bulimia nervosa, pero sí la práctica frecuente de seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas y 37% en escuelas públicas, 48% en estudiantes de nutriología y 64% en otras licenciaturas, preocupación por el comer 45% en escuelas secundarias y preparatorias y un 47% en escuelas secundarias y preparatorias públicas, así como porcentajes menores en estudiantes de nutriología 10%, y 32% en otras licenciaturas.

Con lo que respecta a los atracones los porcentajes fueron: 31% en escuelas privadas y en escuelas públicas fue de 12% entre los estudiantes de secundaria y preparatoria y más bajos entre los estudiantes de nutriología que fue de 6%, y el 13% en las otras licenciaturas. La presencia de vómito autoinducido y uso de laxantes fue mínima.

Álvarez, Roman, Manríquez y Mancilla (1996) realizaron esta investigación cuyo objetivo fue evaluar la relación entre los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia social del modelo estético corporal y el trastorno de la imagen corporal, en una muestra de jóvenes mexicanas. La población estuvo compuesta de 524 estudiantes de sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 25 años, en diferentes carreras de la UNAM-Iztacala, en la muestra se encontró un trastorno alimentario (después de aplicar el Eating Attitude Test) siendo un grupo experimental (n=40), y el grupo control fue de (n=40) se eligió aleatoriamente la población que se reporto sin trastorno alimentario.

Los resultados obtenidos reportan una correlación positiva significativa entre la presencia de un trastorno alimentario y de un trastorno de la imagen corporal, entendiéndose éste como una acentuada insatisfacción y distorsión; incluso se observó que los puntajes de trastorno de la imagen corporal de la población sin trastorno de la imagen corporal de la población sin trastorno alimentario fueron infinitamente inferiores a los del grupo experimental. La influencia social del modelo estético corporal se demostró en esta investigación estar estrechamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria, así como los investigadores difieren de lo que algunos autores han enunciado respecto a que los trastornos de la imagen corporal no son determinantes y exclusivos de aquellas poblaciones con trastorno alimentario, ya que en esta investigación el instrumento aplicado para trastorno de la imagen corporal reportó un puntaje significativamente más alto que en la muestra con trastorno alimentario.

Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Álvarez (en prensa) realizaron esta investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre los trastornos alimentarios y algunos de los factores considerados en la literatura como: presión social, miedo a madurar, insatisfacción corporal, sensación de inafectividad, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, motivación para adelgazar y miedo a engordar, como asociados a la anorexia y bulimia nervosa. Esta muestra constó de 101 estudiantes de sexo femenino de la UNAM-Iztacala, con un rango de edad de 15 a 26 años, de los cuales a 44 se les detectó un trastorno alimentario (27 anoréxicas y 17 bulímicas) a partir de la aplicación del Eating Attitudes Test y del Test de Bulimia. Y en el grupo control (n=57) estuvo constituido por estudiantes de la misma población a las cuales no se detectó ningún trastorno alimentario.

Los resultados obtenidos señalan que la presión social fue el factor que tuvo mayor influencia en las muestras estudiadas, sin embargo, esta influencia fue mayor en el grupo con trastorno alimentario, lo cual sugiere que este tipo de población es más receptiva a los mensajes ya sea de sus amigos, su familia u otros para mantener o lograr una figura esbelta. Los investigadores señalan que para algunos autores el miedo a madurar es característico de las jovencitas que padecen anorexia nervosa, pero, en esta investigación se observó que también suele ser característico de las jovencitas que padecen bulimia nervosa. Estos factores de riesgo que se analizaron en la investigación pudieron ser la

causa del desencadenamiento de algún trastorno alimentario, así como pueden también seguir contribuyendo a que estos problemas se agudicen, los autores por último sugieren que parece existir actualmente un común denominador que es la cultura de la delgadez.

Se han realizado estudios más recientes en población estudiantil de enseñanza básica de la ciudad de México, muestran que en niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 65% para subir el mismo, sin diferencias entre hombres y mujeres. El principal método por el cual estos niños pretendían bajar de peso, era reduciendo el consumo de alimentos engordadores (Gómez Presentiré y Ávila, 1998). Aquí se reporta por primera vez la presencia de conductas de riesgo hacia el comer en preadolescentes mexicanos, lo cual es alarmante que a temprana edad exista esta tendencia, que en algunos casos pueda ser el punto de partida de un desorden alimentario mayor.

CAPITULO

TRES

IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal para el psiquiatra Paul Schilder en su libro Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano (1977) la define como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece, disponiendo de ciertas sensaciones, viendo algunas partes de la superficie corporal, teniendo impresiones táctiles, térmicas, de olor, etc. También menciona que experimentamos nuestra imagen corporal y la de los cuerpos de los otros en un íntimo entrelazamiento, así como nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, de la misma manera, las emociones y acciones de los demás son inseparables de sus cuerpos.

Francoise Dolto (1986) psicoanalista menciona que el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana y por el contrario, la imagen corporal es propia a cada uno: está ligada al sujeto y a su historia; la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales, y agrega que, gracias a nuestra imagen del cuerpo portada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro.

Imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es el conjunto de 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 (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Diferentes trabajos psicológicos muestran que la adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre las adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinésticas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. El resultado final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el cuerpo como único, diferente de los otros y como propio (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Para los neurólogos, el concepto de imagen corporal ha sido de especial interés para poder explicar las sensaciones del miembro fantasma, los psiquiatras han podido explicar extrañas distorsiones de las sensaciones corporales en ciertas psicosis y los psicólogos se interesan en la construcción de la imagen corporal del niño.

La imagen corporal para Schlundt y Bell (1993) es una red multicomponente de cogniciones (percepciones) almacenadas en la memoria a largo plazo, usadas para procesar información en situaciones en las cuales el tamaño, la forma y la apariencia corporal es pertinente. Nunca habrá una sola medida de la imagen corporal, más bien una variedad de tareas de medición que pueden ser usadas para probar estas estructuras y generar

información cuantitativa que sea útil para propósitos clínicos y de investigación.

La imagen corporal no es estática, evoluciona continuamente en relación con el desarrollo del cuerpo y con los cambios que esto implica en las relaciones con el medio ambiente, de modo tal, que los elementos para la construcción de esta imagen corporal no proceden solamente de las percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean.

Dentro de los desórdenes alimentarios se encuentra la distorsión de la imagen corporal, se le considera como el factor principal de éste grupo, también existen otras variables como: autopercepción del peso corporal y/o del tamaño del cuerpo; deseo de tener un "peso ideal", inalcanzable por debajo del normal y la aceptación o rechazo del propio cuerpo o imagen corporal, a estas variables subyace un temor con diferentes grados de profundidad por el cuerpo su forma su tamaño y por la comida.

Las mujeres occidentales son bombardeadas con imágenes de mujeres ideales, la idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una influencia en la conciencia de las mujeres creando conflictos por primera vez durante la pubertad, con lo que la adolescente recibe un discurso de la mujer arquetípica ideal que posee un cuerpo perfecto, estos mensajes advierten a la joven para que no se fie de su cuerpo porque puede engordar y que su cuerpo es el pase a la felicidad, porque a través de su cuerpo puede atraer a los hombres. Esta actitud es inculcada desde la adolescencia y la recuerda durante toda la vida, preocupándose constantemente por su peso, aspecto presentando insatisfacción con su cuerpo. Durante la pubertad se presentan cambios físicos entrando a un cuerpo más redondo y pesado considerándolo menos atractivo provocando angustia.

Para Orbach (1986) en esta etapa es cuando se puede desarrollar una escisión entre el cuerpo y el yo, porque la joven desarrolla inseguridades respecto a su cuerpo lo cual puede estar fuera de control. Berger (1972) menciona que cuando se ve su cuerpo cambiante y lo compara con la norma interiorizada de belleza, se ve a distancia de ella, pudiendo llegar a la anorexia nervosa en los casos más extremos.

INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Para Gómez Pérez Mitré (1993b) el origen de la insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto intervienen un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los procesos percepción, aprendizaje y pensamiento, y por el otro lado es actitudinal, porque además de conocimientos, expresa afecto y una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que en un sujeto socializado

internaliza como adopta o constituye como miembro de grupos y como parte, en su expresión mas amplia, de una cultura.

La insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad, la autopercepción sobrevalorada del peso corporal es más clara en el caso de anorexia. La persona reporta "sentirse o estar gorda" aun frente a condiciones evidentes de emaciación, el problema es el temor intenso que el anoréxico tiene a subir de peso no disminuye aun frente a la notoria y progresiva pérdida del mismo (Agras, 1988).

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

Garner y Garfinkel (1981, citados por Schlundt y Bell, 1993) sugirieron que la imagen corporal es una estructura multidimensional, recientemente se ha argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas, distorsión perceptual e insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

La insatisfacción con la imagen corporal en la anorexia nervosa, se puede basar en una autopercepción muy alejada de la realidad, en la bulimia no sucede así, sin embargo, la persona bulímica comparte con la anoréxica el mismo temor hacia la gordura, el cual lleva a la persona a prácticas de evitación (uso de supresores de hambre), ayunos y dietas altamente restringidas y a prácticas de expulsión (purging) como: vómito autoinducido, uso de diuréticos y de purgantes que, junto con una forma de comer (binge eating), se caracterizan y constituyen el síndrome de la bulimia (Fairburn y Garner, 1986; DSM III, 1980).

También la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona con la obesidad y el sobrepeso, su fundamento real en la obesidad es que puede existir un importante exceso de grasa corporal o no tan importante como: el caso del sobrepeso, dándose una sobrevaloración. Esta insatisfacción se caracteriza, por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo, la persona obesa se relaciona pobremente con su cuerpo: lo "ven" poco; no lo quieren ver; si lo ven reflejado lo desconocen, lo rechazan; lo "usan" poco (sedentarios) y lo "disfrutan" poco (Braguinsky, 1987, p. 211). A parte de la insatisfacción con la imagen corporal se puede presentar o no, accesos bulímicos (binge eating) prácticas de expulsión o de purga y prácticas de evitación (uso de supresores de hambre, ayunos, períodos de dietas restrictivas). Por lo general las personas con problemas de obesidad y sobrepeso se convierten en dietantes crónicos exhibiendo conductas reactivas y recurrentes: períodos de dietas altamente restrictivas, que llevan a accesos bulímicos con o

sin prácticas de expulsión, estas conductas llevan consigo costos psicológicos como: sentimientos de culpa, lucha desgastante que sostiene la persona con ella misma que pone a prueba su control, temores asociados con la pérdida de control, inseguridad y autodevaluación o baja autoestima.

La satisfacción corporal predice muy bien la satisfacción con respecto a sí mismo en uno y otro sexo, pero no se puede afirmar completamente que esta relación sea de sentido único, ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo.

Se han realizado diversas encuestas sobre la satisfacción corporal como la que realizaron Berscheid, Walster y Bohmstedt (1973, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) con (2000 en total) con sujetos norteamericanos, encontraron resultados casi similares con la ayuda de una escala de satisfacción corporal más amplia porque incluye datos faciales. Se encontró, en las mujeres principalmente, las mismas preocupaciones de delgadez, predijeron de modo especial la insatisfacción de las dimensiones del tronco inferior (vientre, caderas, muslos) y el peso, los resultados indicaron que nada parece haber cambiado después de veinte años en las mujeres norteamericanas. Por el contrario, aunque la fuerza muscular fue siempre una fuente de satisfacción en el hombre norteamericano (hombros, pecho, tono muscular), éste valoró la delgadez, ya que un peso elevado predijo la insatisfacción.

Aquí los autores no lo mencionan, pero la satisfacción corporal parece depender de la distancia entre realidad e irrealidad, los individuos parecieron apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.

La satisfacción corporal es un buen predictor de la autoestima, es decir, los sujetos con una satisfacción corporal elevada tenderán a estimarse favorablemente en la escala de autoestima de Janis, pero también en las situaciones reales como éxito para conseguir cualquier cosa. Estas relaciones se sostienen aunque se utilicen escalas de autoestima diferentes como lo hacen Kernaleguen y Conrad (1980, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) que obtuvieron unas correlaciones fuertes entre satisfacción corporal y cuatro puntuaciones diferentes de la autoestima, y unas relaciones entre satisfacción corporal y diversos subtests de estas escalas que distinguen diversos aspectos del sí mismo (físico, moral, personal, familiar, social).

Desde la adolescencia la estatura es una fuente de insatisfacción corporal: los jóvenes más altos y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos Kurtz (1966, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Diversos estudios respecto al sobrepeso demuestra que es un buen predictor de la insatisfacción no sólo en las mujeres, sino, desde los años setentas en los hombres. Esta característica indeseable (cuando es autoevaluada) parece incorporar otras (dientes, pecho, forma de las piernas, estructura del cuerpo, posturas), como si el hecho de ser demasiado

gordo —objetiva o subjetivamente— produjera una insatisfacción. no específica, sino difusa (Gray, 1977; Prytula y Hiland, 1975; Young y Reeves, 1980; Young, Reeves y Elliot, 1978, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Lutte (1991) menciona que los adolescentes obesos tienden a considerarse y a percibir su cuerpo de una forma negativa, pueden ser considerados como desviados de la normalidad en el sentido de que no consiguen respetar las normas culturales dominantes, habitualmente se les considera débiles y glotones, tienden a aislarse porque la gente se burla de ellos y a menudo tienen menos éxito con el otro sexo, asimismo, son discriminados en la escuela y en el trabajo. También (Mendelson y White, 1985, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) mencionan que las actitudes sociales son discriminatorias hacia los obesos penalizados por los demás desde la infancia, existe una disminución dramática de la autoestima en los niños obesos (hacia los 12 años en los niños y hacia los 14 años en las niñas) y la insatisfacción corporal constante de dichos sujetos, es significativa desde la edad de 8 años.

Davis (1984, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) realizó un estudio con 91 estudiantes mujeres, reportando que las que se consideran ectomorfas tienen las puntuaciones de satisfacción corporal más altas, las que se creen endomorfas tienen las puntuaciones más bajas. Esto es, cuánto más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción.

Gómez Pérez-Mitré (1995a) señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una insatisfacción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distorsión de la imagen corporal como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Y define peso real como el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

La antropometría junto con la observación clínica son las técnicas más accesibles como indicadores del estado de nutrición de los adultos, la antropometría consiste básicamente en registrar una serie de mediciones que, en forma aislada o combinada, permiten cuantificar el exceso de peso corporal y la magnitud de las acumulaciones de tejido adiposo. Para tal fin se utilizan, como mínimo, el peso y la talla, una manera de relacionar el peso y la talla es el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un método para estimar sobrepeso y obesidad, y es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado (peso/talla) (Braguinsky, 1987; Vargas y Casillas, 1993).

VALIDEZ DE LA CONCEPTUALIZACIÓN EN LA INSATISFACCIÓN DEL TAMAÑO CORPORAL

Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt (1993) evaluaron la validez de la conceptualización de la insatisfacción del tamaño corporal como una función de la discrepancia entre estimaciones del tamaño corporal real y estimaciones del tamaño corporal ideal. Usaron tres métodos para la estimación del tamaño corporal real e ideal:

- a) Body Image Assessment (BIA).*
- b) Body Image Testing System (BITS).*
- c) Body Image Detection Device (BIDD).*
- d) Body Dissatisfaction Scale of Eating Disorder Inventory (EDI)*

Estos tres procedimientos de evaluación de la imagen corporal fueron administrados a una muestra de 110 mujeres: bulímicas (n=18), obesas (n=34) y sujetos no diagnosticadas con desordenes del comer (n=58). El body Dissatisfaction Scale del Eating Disorder Inventory (EDI) fue usado para medir insatisfacción corporal. Las estimaciones del tamaño corporal actual e ideal predijeron significativamente la insatisfacción corporal; de esta manera, las medidas del tamaño corporal ideal y tamaño corporal real son componentes significativos en la determinación de la insatisfacción del tamaño corporal. Estos datos fueron interpretados por los autores de la conceptualización de la insatisfacción corporal como la discrepancia entre estimaciones del tamaño corporal real y estimaciones del tamaño corporal ideal. Los autores reportaron que el grupo de las bulímicas sobrestimó el tamaño corporal real y subestimó el tamaño corporal ideal, y por lo tanto, la insatisfacción corporal incrementada en personas con un desorden del comer, quienes están en un nivel de peso normal (están abajo del peso normal en algunos casos) es predicha por estimaciones tendencias de ambos tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal.

TIPOS FÍSICOS

Las tipologías que se desarrollan por medio de estudios sistemáticos de los rasgos de carácter en relación con los datos somáticos son muy antiguas y las más conocidas son las de Kretschmer y Sheldon.

Kretschmer (1888-1967) fue el primer psiquiatra en hacer corresponder tipo físico y enfermedad mental (psicosis), clasificó las estructuras corporales en tres tipos: pícnico (ancho), leptosomo (estrecho y largo), atlético (musculoso) y también un tipo mixto o displástico. Corresponden respectivamente a la locura circular (psicosis maniaco-depresiva), a la demencia precoz (esquizofrenia) y a la epilepsia o a los tipos prepsicóticos

(cicloide, esquizoide, epileptoide) y también a tipos normales (ciclotímico, esquizotímico, ixtímico), es decir, respectivamente sociable y realista, taciturno e idealista, lento e impasible (Bruchon-Schweitzer, 1992; Kretschmer, 1967).

Sheldon (1951) estableció una clasificación de las morfologías basándose en datos antropológicos objetivos, ante su fracaso recurrió a un método de apreciación global e intuitiva, la somatoscopia. Realizó tres escalas diferentes:

Endomorfismo = alto, vísceras desarrolladas.

Mesomorfismo = predominan los huesos y músculos.

Ectomorfismo = predomina el sistema nervioso y la piel.

Después de ésta clasificación en su última etapa de investigación busca las correspondencias entre los componentes físicos y temperamentos. Bruchon (1992) menciona que se intenta evaluar los somatotipos y más claro los temperamentos, por medio de escalas ordinales, más próximas a los rasgos (continuos) que los rasgos (discontinuos), así en los años setentas y en los países anglosajones se realizan investigaciones de naturaleza muy diferente, se preguntan sobre la parte subjetiva de las relaciones entre la apariencia física y la personalidad como percepciones, actitudes, comportamientos afectivos inducidos por sujetos de aspecto diferente. También el atractivo físico es una característica individual fundamental que permite no solo describir a los individuos sino predecir comportamientos y percepciones efectivos de que son objeto, y después las imágenes que ellos mismos elaboran de sí mismos.

Brodsky 1954 (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) comprobó las preferencias entre diferentes culturas por el cuerpo masculino mesomorfo (musculoso), existe también un rechazo masivo hacia el tipo endomorfo (gordo), desde la edad de 6 años, y más moderadamente hacia el tipo masculino ectomorfo (delgado). en las formas femeninas, el tipo ectomorfa moderada (delgada sin ser flaca) es el considerado más bello de manera homogénea, desde la edad de 6 años y desde los 8 años por los niños.

El percibir la apariencia física de otros se considera como un proceso global que incluye detalles como forma del cuerpo, sexo, atractivo físico, vestido, gestos, expresiones, traduciéndose en impresiones o evaluaciones que también son globales como agradables/desagradables.

La atracción interpersonal y el refuerzo social diferencial los describe Byrne (1971) como todo individuo es percibido por lo demás de una manera más o menos deseable o indeseable, donde ésta percepción está inducida por el atractivo o no atractivo físico de la persona observada.

Durante mucho tiempo se creyó que la belleza era un gusto personal o que estaba

vinculada a criterios estéticos y universales. Las formas corporales se han descrito utilizando los somatipos de Sheldon, las cuales son características pertinentes de la apariencia física tal como es percibida por los otros, con lo que respecta a las formas femeninas el tipo considerado como el más bello es el ectomorfo moderado (delgada sin ser flaca), así se observa desde los 6 años en las niñas y a los 8 años en los niños.

Berscheid, Walster & Bohmstedt (1974) publicaron sus resultados respecto a que los individuos más hermosos de los dos sexos se consideran más amables, más sensibles, con mayor confianza en sí mismos y con más amigos, también son más dueños de su destino, más conscientes de sus objetivos y menos influenciables. Con lo que respecta al cuerpo femenino el ectomorfo moderado es el que tiene más evaluaciones, considerándolo como signo de juventud, erotismo, éxito; en cambio el cuerpo endomorfo se asocia a la mujer madura, no atractiva, y el cuerpo mesomorfo se asocia a la mujer autoritaria y masculina.

AUTOPERCEPCIÓN

La autopercepción es el autoconcepto que una persona tiene de sí misma, de acuerdo con Shavelson, Hubner & Stanton (1976) mencionan que este constructo puede definirse según en siete características: a) organizada, b) multifacética, c) jerárquica, d) estable, e) implica desarrollo, f) es valuable, y g) diferenciable. Esto es una experiencia individual, en toda su gran diversidad, constituye el dato en el que la persona basa sus percepciones de sí mismo y para reducir la complejidad de estas experiencias, la persona las graba en sus formas simples o categorías.

Las categorías particulares adoptadas por el individuo son la extensión de su cultura particular, como una experiencia de un niño puede girar al rededor de su familia, amigos y escuela, esto se puede sumar a las categorías del estado descriptivo del niño, acerca de sí mismo. Las categorías representan una forma de organizar las experiencias y darles significado.

Bem (1972) propuso la teoría de la autopercepción, la cual hace inferencias similares cuando observamos nuestra propia conducta, al ser las actitudes débiles estamos en la posición de que alguien nos observa desde el interior. Siempre discernimos nuestras actitudes y las de los demás también, los actos que realizamos libremente son autoreguladores, por lo que al escucharnos hablar de uno mismo nos estamos informando de nuestras propias actitudes; al ver mis acciones éstas me dan claves de lo fuerte que son mis creencias, sobretodo si mi conducta no es atribuible fácilmente a presiones externas, esta teoría afirma que nuestras acciones son autoreveladoras

Heider (1958) creador de la teoría de la atribución, realizó el análisis de la psicología del sentido común, por medio de la cual las personas tienden a atribuir la conducta de

alguien a causas internas (disposición de la persona) o a causas externas (algo relacionado con la situación de la persona). Existe también la teoría de la atribución la cual analiza la forma de como explicamos la conducta de las personas, ésta teoría supone que: buscamos darle sentido a nuestro mundo, le atribuimos las acciones de las personas a causas internas o externas, y que lo hacemos de manera lógica y constante (Myers, 1995).

Kelley (1973) formuló también una teoría sobre la atribución, en la que menciona que recurrimos a tres clases de información del tipo conductual a fin de sacar conclusiones sobre la causa: 1) especificidad, a medida que un comportamiento ocurre tendemos a atribuir la conducta a él, 2) consenso, es el grado en que otro interviene en la situación se conduce de la misma forma. El consenso indica que el ambiente es una causa del comportamiento, y el consenso escaso o mínimo sugiere que la causa es específica del sujeto, 3) consistencia de la conducta, a medida de que no cambio siempre se presenta la supuesta causa. Si la conducta no es constante esto se debe a una característica temporal del ambiente.

Jones & Nisbett (1972) mencionan que éste modelo no incluye todos los aspectos del proceso de la atribución, porque parece ser muy susceptible a los grandes prejuicios, el prejuicio más grande puede ser la tendencia general a atribuir los propios actos situacionales y el comportamiento ajeno a factores internos o personales.

Dentro de la psicología social se ha observado que, por lo general atribuimos la conducta de los demás a sus disposiciones o a la situación.

CRITICA A LA TEORÍA DE ATRIBUCIÓN

Ross (1977) menciona que los psicólogos le llaman error fundamental de atribución a la tendencia a dar demasiada importancia a los factores personales al explicar las acciones de otros. Myers (1995) dice que cuando explicamos la conducta de alguien subestimamos el grado en que refleja los rasgos y actitudes del individuo. También suponemos que el mundo es justo, y realizamos una hipótesis de éste, así suponemos que cuando le sucede una desgracia a una persona, decimos que se lo merecía en lugar de poner atención a los factores situacionales que pudo haber sido la causa, de este modo influye en cualquier momento el estado interno de la persona, así como lo que decimos y hacemos dependerá de lo que se introduce a la situación.

Para Gilbert & Jones (1986) cuando los sujetos dan una opinión que alguien más deba expresar después tiende a ver a las personas como si en realidad sostuvieran esa opinión. Cuando los sujetos se autoelogian o se autodesaprueban en una entrevista, están conscientes de el efecto que tendrá sobre la otra persona (Baumeister, Chesner, Senders & Tice, 1988).

Para Fiedler, Semin & Koppetsch, 1991; Mc Guire & Mc Guire, 1986. White & Inunger, 1988, al referimos a nosotros mismos, utilizamos por lo general verbos que describen nuestras acciones y reacciones, y cuando nos referimos a alguien más, la describimos como esa persona es. La psicología social estudia la forma como explicar nuestra propia conducta y como la seleccionamos, interpretamos y recordamos la información de nosotros mismos. Cuando procesamos la información relevante para nosotros, fácilmente atribuimos nuestras fallas a situaciones difíciles, pero cuando tenemos éxito rápidamente nos lo acreditamos. Así (Markus & Wurf, 1987) realizaron investigaciones durante la década de los 80's sobre el sí mismo (self), en donde encontraron que nuestras ideas respecto a nosotros mismos afectan poderosamente la manera en que procesamos la información social. Este self organiza nuestras acciones, pensamientos y sentimientos influyendo sobre la manera en que percibimos, recordamos y evaluamos tanto a las demás personas como a nosotros mismos. Al procesar la información relevante para nosotros mismos fácilmente atribuimos nuestras fallas a situaciones difíciles e igualmente nos damos el crédito a nuestros éxitos, con lo que se esta alimentando una autoimagen favorable, permitiendo así disfrutar los beneficios de la autoestima positiva.

PERCEPCIÓN SOCIAL

La percepción social es el proceso por el cual nos formamos una impresión de otra persona y establecemos una relación con ella, esto implica reducir los rasgos y emociones del otro y definir las expectativas mutuas. La percepción junto con el proceso de atribución sustenta la mayoría de las relaciones sociales (Friedman, 1992 citado por Perlman & Cozby, 1992).

Baéz & Lomeli (1995) mencionan que la percepción resulta afectada por el aprendizaje, la emoción y el resto de características permanentes o momentáneas del sujeto, así como lo puede ser su ambiente. Este proceso de percepción es afectado por los intereses del individuo pero también por deseos, motivos, actitudes, experiencias anteriores y su cultura. Entonces definen a la percepción social como la formación de impresiones y procesos de atribución que un estímulo produce en una persona.

Santoro (1979) llama percepción social a los mecanismos adaptativos que desarrollan los individuos respecto a los cambios continuos del medio físico que son parte del proceso de interacción social, además de esta percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de las propias expectativas. Esta percepción esta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social y cultural, por el tipo de relaciones que el individuo establece con el medio, esta relación no es unidireccional el medio afecta las percepciones de los hombres, a la vez afecta y trastorna el medio ambiente

en función de su desarrollo cultural y social, en base a programas y planes que suponen expectativas sobre la realidad.

Para Allport (1955) la percepción es la manera en que vemos las cosas en algún grado, con una conciencia que entiende el significado o reconocimiento de los objetos. Friedman (1992 citado por Periman & Cozby,1992) propone tres diferencias entre la percepción de objetos y personas: primero en comparación con percibir un objeto inanimado, la percepción social abarca la acción de las personas; segundo nuestras acciones producen reacciones en los demás; y tercero sus acciones son percibidas por los demás y regresan de alguna manera para afectarlo. Por lo que esta percepción social implica interacción.

FORMACIÓN DE IMPRESIONES

El precursor de los estudios sobre la formación de impresiones fue Asch (1946) a través de asignar rasgos lo convirtió en una técnica estándar para el estudio de la formación de impresiones, encontró como los rasgos-estímulo y los rasgos-respuesta se relacionan entre sí, encontrando como los sujetos hacían inferencias y se formaban juicios de las personas.

En la formación de impresiones infieren características psicológicas a partir de la conducta, así como de los atributos de la persona observada y de la organización de inferencias en un todo.

Este proceso se ha definido en base a elementos que interactúan y toma en cuenta la percepción, como Bruner (citado por Santoro, 1979) quien afirmó que el proceso de percepción realiza dos cosas: 1) recodificación de una diversidad de datos que constituye una forma sencilla que coloca dentro de los alcances de nuestra memoria limitada. 2) predicción de acontecimientos futuros que reducen el mínimo de sorpresas. Shraurer (citado por Santoro, 1979) dividió este proceso de formación de impresiones en cuatro: 1) selección de claves, recopilación de la información; 2) inferencia interpretativa, se constituye y se organiza la información inicial con lo que se infieren las características del sujeto; 3) inferencia generalizada, ampliación de la inferencia interpretativa contrastando las características inferidas con otras que se relacionan entre sí lógicamente; 4) formación de expectativas, es otra forma o la emisión de respuestas verbales.

PERCEPCIÓN PERSONAL

El proceso perceptual se inicia con una persona concreta a quien llamamos estímulo

o actor, esta persona puede influir fácilmente en nuestras alegrías, satisfacciones puede causarnos tristeza o dolor, todos tratamos de aprender acerca de otras personas donde tenemos fuertes convicciones en cuanto a su forma en que llegamos a conocer y a entenderla, al conocer a otra persona se comienza a percibirla, no solo se ve como un estímulo físico sino que se percibe su comportamiento obteniendo conclusiones de lo que se ve.

Los rasgos físicos y la vestimenta son aspectos que se encuentran en todas las personas que vemos, frecuentemente son accesibles y obvios, porque todas las personas tienen estatura, peso, ropa que es lo que vemos de inmediato. Por medio de los rasgos estéticos (vestimenta) la gente obtiene inferencias que son bastante inmediatas y que no involucran procesos cognoscitivos complejos. Es más útil saber las cualidades de una persona antes de interactuar con ella, si sabemos cosas negativas que positivas de ella, se podrá evitar la ansiedad. Así se puede explicar porque los juicios instantáneos se refieren a características negativas, observando que desarrollamos en mayor medida la evitación que la aproximación. Estos juicios instantáneos pueden ser útiles, empleándolos activamente para hacerse una idea rápida de como son las otras personas, estos juicios se basan en estereotipos suministrados por la cultura que nos enseña una serie de cosas acerca de las personas, los medios de comunicación refuerzan estos estereotipos.

Schneider, Hastorf & Ellsworth (1982) mencionan que al percibir al sujeto esta percepción implica varios procesos complejos que operan a diferentes niveles, la forma en que se percibe a las personas es solo un aspecto de percepción general y de procesos cognoscitivos con una perspectiva psicológica.

Las características físicas influyen en las percepciones y estas si son específicas cambian mucho de cultura a cultura y de un tiempo a otro, por ejemplo la belleza puede cambiar de pronto. Las inferencias de los rasgos físicos solo se aplican a algunos tipos de perceptores, las personas no tratan de producir impresiones específicas por medio de los rasgos físicos, pero los perceptores tienden a hacer inferencias de todas maneras.

Dentro de la belleza física (Dion, Berscheid & Walster, 1972; Miller, 1970, Snyder, Tanked & Berscheid, 1977) mencionan que los hombres y las mujeres físicamente atractivos no solo se les evalúa de forma positiva, sino que además se les percibe como dotados de más rasgos positivos que las personas menos atractivas. Algunos rasgos que se asignan a las personas atractivas son: sociabilidad, bondad, fortaleza, reactividad sexual y cordialidad. Si consideramos los impedimentos, el color de la piel, el género y el atractivo físico como variables influyentes en la percepción de los demás estamos hablando de estereotipos, estos estereotipos son reforzados por los medios de comunicación, por los padres, por los compañeros.

PERCEPCIÓN INTERPERSONAL

Para Mann (1972) las relaciones interpersonales comienzan con la percepción de la otra persona con un conocimiento y una evaluación de sus atributos, de sus intenciones y de sus reacciones a nuestras acciones.

La percepción de las personas abarca todos los procesos de cognición o entendimiento de un individuo particular o la formación de impresiones de él, esto excluye los procesos más complejos que la simple información, como la estimulación externa que sólo es un factor, porque al evaluar a otros seres vivos intervienen mecanismos emocionales y motivacionales, afectando la información y el juicio que se emite que no siempre corresponde a la información sensorial. Santoro (1979) menciona que se elabora una especie de modelo de la otra persona que permite integrar la información, para predecir la conducta y modular las propias respuestas a fin de lograr los efectos deseados. Para este autor las percepciones constituyen un sistema conceptual relativamente rígido el cual puede ser positivo o negativo en cuanto a su evaluación, que suponen una generalización respecto a los individuos que se incluyen en la clase.

Los estereotipos constituyen formas particulares de percepción y categorización de aspectos de la realidad o de grupos sociales o individuos, son una forma de conceptualización en la que se incluyen en una clase, elementos que poseen ciertas características o atributos.

DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.

Horowitz (1966) afirma que la imagen del cuerpo actúa como ordenador que nos suministra información acerca del cuerpo y de su entorno y que está en constante relación con las percepciones internas y externas, memorias, afectos, conocimientos y acciones.

El desarrollo del cuerpo probablemente es paralelo al desarrollo senso-motriz, así podemos mencionar que hay dos factores que desempeñan un papel especial en la creación de la imagen del cuerpo, estos son: el control motor de nuestros miembros y el dolor. Por lo que el dibujo es una actividad psíquica muy complicada, por lo que los niños se sienten satisfechos con sus dibujos, estos dibujos reflejan la forma en que los niños dibujan las figuras humanas lo cual es su conocimiento y experiencia sensorial de la imagen corporal. Schilder (1989) dice expresan así, en todo caso, el cuadro mental que tienen del cuerpo humano, y la imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental al mismo tiempo que una percepción.

ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal es una representación que cada uno se hace de su cuerpo y que le sirve de referencia en el espacio. Psicológicamente se aplica a un sentimiento que tenemos de nuestro propio cuerpo y de nuestro propio espacio corporal, y fisiológicamente representa la función de un mecanismo fisiológico que nos da el sentimiento que corresponde a la estructura real del cuerpo (Hecaen & Ajuriaguerra, 1952).

El concepto de esquema corporal esta determinado en cada individuo por el conocimiento que se tiene del propio cuerpo, el niño al iniciar su vida siente su cuerpo como un todo difuso, y conforme va pasando a las siguientes fases vive su cuerpo y el del otro como si fuera lo mismo, más tarde comprenderá que los distintos miembros del cuerpo pertenecen a un todo que es el cuerpo del sujeto (Ballesteros, 1982). El mismo autor menciona que el papel que juega el otro es extremadamente importante en la adquisición de la noción del cuerpo, el niño esta unido al otro y adquirirá la noción de ser el mismo a través de la imitación.

El esquema corporal puede definirse como la intuición global o conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, tanto en estado de reposo como en movimiento, en función de la interrelación de sus padres y sobre todo de la relación con el espacio que lo rodea (Ballesteros, 1982).

Ajuriaguerra (1977) señala que la noción del esquema corporal, no se sabe si se trata de un esquema inscrito a un esquema funcional o bien si esta noción se aplica al sentimiento que tenemos de nuestro cuerpo, nuestro espacio corporal representa la función de mecanismos fisiológicos que nos dan el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo.

Wallon (1959) menciona que el esquema corporal no es un dato inicial, ni una entidad biológica o física, sino el resultado de una relación ajustada entre el individuo y su medio. Mucchielli & Boucier (1979), Daurat-Hmeljak, Stambak & Berges (1966) & Coste (1979) afirman que este conjunto de datos que forman el esquema corporal, evoluciona con gran lentitud durante la infancia y parece ser que si no hay ningún contratiempo, esta completamente formado a los 11 o 12 años.

Este proceso evolutivo es sumamente importante, el periodo preescolar y la etapa escolar, ya que es en esta etapa cuando se forma este concepto en el niño, a lo largo del desarrollo psicomotor, el niño va tomando poco a poco conciencia de su cuerpo por medio de las impresiones kinestésicas y sensoriales. Al mismo tiempo va tomando conciencia del espacio únicamente en relación a su cuerpo (Ballesteros, 1982). Este mismo autor menciona que se considera al esquema corporal como conocimiento del propio cuerpo a nivel representativo, se va constituyendo muy lentamente hasta los 11 o 12 años en función de la

maduración del sistema nervioso y de su propia acción; en función del medio y de los otros con los cuales el niño se va a relacionar, así como de la tonalidad afectiva de ésta relación, y en función de la representación que se hace el niño de sí mismo y de los objetos de su mundo con los que se relaciona.

El concepto de uno mismo se forma en el proceso de interacción con otras personas, al nacer la persona responde a la conducta del niño y éste reacciona a su vez; desde el principio de su vida el niño recibe mensajes de las personas acerca de sí mismo de cómo se le juzga y de los efectos que puede tener su conducta (Statt, 1980).

AUTOIMAGEN

La autoimagen se refiere a como una persona se percibe conscientemente a sí misma, su núcleo central consiste en su nombre, sus sensaciones corporales, su imagen corporal, el sexo y la edad (Argyle, 1978).

La imagen corporal es una parte importante de la autoimagen especialmente para las niñas y mujeres jóvenes, a las mujeres les agrada más tener un cuerpo delgado y el busto grande y a los varones les agrada más tener un cuerpo grande, existe claramente un ideal cultural sobre el tamaño y la forma que debe tener el cuerpo (Jourad & Secord, 1955).

Las personas presentan a la vista de los demás una versión algo mejorada de su autoimagen idealizada y censurada de sí mismas, la cuál puede llegar a creerse ellas mismas. Por otra parte, la realidad que aparece en forma de las reacciones de los demás evita que la autoimagen se aparte demasiado de la verdad, sin embargo algunas personas logran aislarse de las opiniones de los demás, de manera que no son conscientes de como se les considera (Argyle, 1978).

El origen principal de la autoimagen y la autoestima probablemente sean las reacciones de los demás; llegamos a vernos a nosotros mismos como los otros nos categorizan, para vernos a nosotros mismos buscamos nuestro reflejo en las reacciones de los otros. Se ha descubierto en diferentes estudios que las autovaloraciones se correlacionan con las valoraciones hechas por los otros, aunque las autovaloraciones son más favorables (Wilie, 1961).

Guthrie (1938) menciona que existen evidencias experimentales de que las reacciones de los otros afectan las autovaloraciones, si los padres le dicen al niño que es listo, le tratan como si fuese poco de fiar, estos atributos pueden llegar a formar parte de la identidad del ego. Los padres son una fuente de autoimagen y autoestima que resultan ser de gran importancia para los niños; aquellos que se ven rechazados llegan a rechazarse ellos mismos y a tener una baja autoestima en su vida posterior. Argyle (1964a) formuló esto como un proceso de introducción como por medio del cual los niños adoptan las

percepciones, actitudes y reacciones hacia ellos de los padres y de otras personas.

Las autopercepciones pueden comprender propiedades objetivas, estas propiedades sólo adquieren un significado en comparación con otras, una fuente importante de autoimagen es la comparación de uno con sus hermanos, amigas u otros que estén constantemente presentes y sean lo suficientemente parecidos como para incitar a la comparación.

Otros orígenes de la autoimagen son los roles que una persona ha desempeñado en el pasado o que está desempeñando en la actualidad. Un niño desempeña muchos papeles y la crisis de identidad de los adolescentes que normalmente ocurre en la sociedad industrial les produce la necesidad de elegir por cuál de estos papeles decidirse (Argyle, 1978). Los niños se identifican con una serie de personas: padres, maestros y otros modelos, admiran a estos modelos y quieren ser como ellos. El ego-ideal se basa principalmente en una fusión de todos estos modelos, por lo que el ego-ideal es el tipo de persona que a uno más le gustaría ser; es un objetivo personal para esforzarse en alcanzarlo, también puede ser la imagen que se presenta ante los demás. Puede basarse en individuos particulares a los que se toman por modelos, y puede consistir en una fusión de características deseadas extraídas de diversas fuentes. El ego ideal puede ser remoto o inalcanzable o ser sólo un poco mejor que la autoimagen (Willie, 1961).

AUTOCONCEPTO

La noción de autoconcepto se deriva directamente de la llamada psicología del yo, particularmente de la teoría del sí mismo, actualmente el sí mismo posee dos significados: uno como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; otro como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación (Hall, 1984).

El autoconcepto es la síntesis de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo, no obstante no es la simple suma de las representaciones del sí mismo, sino, una síntesis organizada, es decir una gestalt, en donde cualquier modificación de los elementos modificará el sistema total. El autoconcepto es por tanto, un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Esto significa una fusión de representaciones mentales, provenientes de nuestra experiencia, en un sistema de apreciaciones que son más o menos estables (Bennett, 1984).

El autoconcepto tiene una fuerte influencia sobre la conducta de las personas, se encuentra directamente relacionado con la personalidad y el estado emocional de los sujetos (Fitts, 1965). Gran parte de la conducta que adoptan los sujetos se emite en forma tal que pueda ser coherente con la imagen que se tiene de sí mismo. Por otro lado para (Fitts, 1965) las personas que tienen un exagerado e irreal autoconcepto, vivirán y se relacionarán

en forma igualmente irreal.

CONCEPTO DE SÍ MISMO

La distancia entre cuerpo percibido y cuerpo ideal predice una insatisfacción generalizada con respecto a sí mismo, principalmente en relación a los diversos aspectos del concepto de sí, y unos trastornos emocionales, como un aumento en las puntuaciones de neurosis (Hendry y Gillies, 1978; Lerner, 1972; Tucker, 1984 citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

La estructura corporal o somatotipo percibido predice además diversos aspectos del concepto de sí y diversos aspectos de la personalidad autoestimada. Los sujetos masculinos que se creen mesomorfos (musculosos) tienen un concepto de sí mismos más favorable que los otros, y al parecer el concepto de sí mismo más desfavorable se encontró en el grupo de los sujetos que se juzgan endomorfos, estos sujetos mesomorfos son más extravertidos y menos neuróticos.

La belleza subjetiva es la que predice mejor diversos aspectos de la autosatisfacción en el adolescente y en el adulto (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973; Minahan, 1971; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). El atractivo físico autoevaluado es el que predice con mayor fuerza la satisfacción corporal. Esto se traduce a que los sujetos que se encuentran atractivos son también los más satisfechos aunque este atractivo autoevaluado esté lejos de ser realista, lo que cuenta aparentemente es sentirse bien en su propio cuerpo más que ser objetivamente bello.

Mitchell y Orr (1976, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) realizaron una encuesta en la que reportaron la misma conclusión anterior: más que el atractivo físico estimado por unos observadores, la belleza estimada por uno mismo constituye uno de los componentes principales de la autoestima, es decir, los sujetos que se encuentran bien físicamente parecen tener un concepto de sí positivo, aunque este atractivo subjetivo no sea realista.

DEFINICIÓN DE ATRIBUTOS PROPIOS

Comenzaremos definiendo atributo el cual lo consideramos como el adjetivo, la característica, el rasgo o la cualidad de un ser, es decir, la percepción de los propios atributos del individuo, definiéndolo como la sensibilidad para conocer las características propias de uno mismo.

William James (1890) definió el sí mismo como la suma total de todo lo que él (el individuo) puede llamar suyo, también afirmó que las imágenes que otros tienen se reflejan

en uno y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto. Consideró que el self-sí mismo está formado por tres constituyentes: el self social o las opiniones que los demás tienen de él; el self material o cuerpo; y el self espiritualizado con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el yo (citado en L'Ecuyer, 1985; Oñate, 1989).

El Yo como instancia cognoscitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa es algo diferente del Mi, como algo conocido o como contenido de experiencia. El Yo como conocido es lo que llamamos autoconcepto y sobre el que trabajamos, y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser (Oñate, 1989). Este autor también menciona que el concepto de self-sí mismo es el único atributo propio del hombre, lo distingue más de los animales que el lenguaje mismo.

Ausubel (1952, citado en Oñate, 1989) define el autoconcepto como la combinación de tres elementos de cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales.

Rogers (1950) menciona que el concepto de sí mismo se puede definir como la estructura del sí mismo, una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia.

Hamachek (1981) plantea que el autoconcepto es la parte cognitiva del yo, y la autoestima la parte afectiva del mismo. La autoestima es determinada por factores que están en transición con la apariencia física, la imagen corporal, la edad, el grado educativo (González (1989, citados por López y Domínguez, 1993).

Martínez y Montané (1981, citado en Oñate, 1989) definieron la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que él siente hacia sí mismo.

CAPITULO

(CUATRO)

DEFINICIÓN DE PUBERTAD

Ausubel (1954) define la pubertad como la condición necesaria para acceder al estado adulto (citado por Lutte, 1991). Fernández (1991) define la pubertad como un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de las hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides se crea un puente entre el niño y el adulto.

Hurlock (1980) menciona que la pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa, la pubertad es el período en que se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta comprende todas las fases de la madurez y no sólo la sexual. La pubertad es un período que coincide con: cerca de la mitad de ella se superpone esta la etapa final de la niñez, y la otra mitad, esta la parte inicial de la adolescencia, en promedio, la pubertad dura unos cuatro años, durante unos dos años, el cuerpo se prepara para la reproducción y aproximadamente los otros dos años sirven para completar el proceso.

Los primeros dos años de la pubertad se conocen como "preadolescencia" y se dice que el individuo es un "púber o niño pubescente". La edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para los varones, sin embargo existe un amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales (Papalia y Wendkos, 1990).

El ritmo de crecimiento y el desarrollo puberal puede cambiar de un adolescente a otro; estas desigualdades en el desarrollo físico se refleja de un modo diferente en el desarrollo mental, psicológico y comportamental, el análisis clínico y la observación sistemática demuestran que los adolescentes que inician el proceso de su desarrollo puberal entre los 10 y 12 años, a los 14 presentan una mayor desconfianza, mayor retención, más sentido práctico, mayor integración social, más estabilidad emocional, espíritu más profundo y reflexivo y mayor resistencia, tanto física como psicológica y mental, que los de maduración tardía, los cuales ofrecen conductas más inestables e inseguras, más impulsivas, tensas y fluctuantes en la relación dependencia-independencia (Fernández, 1991).

Mussen y Jones (1957, citados por Murrieta, 1997) mencionan que los muchachos que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeros que maduran tardíamente, tanto durante la adolescencia como en la madurez. Más adelante en (1958) estos mismos autores descubrieron que las chicas que maduran más tarde son las que presentan una imagen más negativa, obtienen puntuaciones más bajas en la estima de

sí mismas y una mayor necesidad de reconocimiento. Entre los jóvenes, el que madura más temprano tiene una ventaja heterosexual muy definida sobre sus compañeros, ya que en el desarrollo se encuentra más cercano a las chicas de su edad. Jones (1957) demostró que el muchacho que madura temprano tiene una estima de sí mismo notablemente mayor que la que tiene el que madura tardíamente (citados por McKinney et al., 1982).

Para poder establecer la edad de la pubertad debe contarse con criterios precisos que indiquen en qué momento se inicia la transformación del cuerpo y cuándo el niño se torna sexualmente maduro.

MADUREZ SEXUAL

En las niñas, la manerca o primera menstruación ha sido utilizada por siglos como el mejor criterio simple para determinar la madurez sexual, los estudios científicos probaron que la manerca no se presenta ni al principio ni al final del periodo de cambios físicos que se producen en la pubertad, en cambio, se la puede considerar como el punto medio de la pubertad, esto queda justificado por la evidencia de que en los primeros ciclos menstruales no se produce la ovulación, es decir las chicas no son fértiles en los primeros ciclos, y el tiempo entre periodos menstruales se extienden entre dos y seis meses. Todo esto prueba que la maduración sexual no ha sido completa (Montagu, 1959; Parker, 1960, citados por Hurlock, 1980).

En los varones la primera polución nocturna se utiliza como criterio popular de madurez sexual, la primera eyaculación está en cierta medida determinado cultural y biológicamente, pero por lo general se da aproximadamente un año después del comienzo del crecimiento acelerado del pene, en este momento el chico es estéril; sólo después de entre uno y tres años progresa la espermatogénesis lo suficiente como para que aparezca en la eyaculación una cantidad de espermatozoides móviles adecuada para la fertilidad (Montagu, 1946, citado por Schonfeld, 1969). Entonces la primera eyaculación no puede ser utilizada como criterio para establecer el comienzo de la pubertad.

Por lo consiguiente, el criterio más confiable para establecer la madurez sexual en ambos sexos es la evaluación del desarrollo óseo por medio de rayos X (Frisancho, Gam y Rohman, 1969; Tanner, 1962, citados por Hurlock, 1980).

Estudios realizados al respecto revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo, el examen de los huesos de manos y rodillas, hacen posible determinar con precisión cuándo comienza la pubertad y en qué proporción progresa. Los indicadores óseos de la madurez son los cambios sucesivos en el perfil de las zonas terminales de la diáfisis y en el contorno de los centros de osificación de la epífisis (Harding, 1952; Schuttleworth, 1949, citados por Hurlock, 1980).

MADURACIÓN SEXUAL FISIOLÓGICA

Hurlock (1980) menciona que la maduración sexual fisiológicamente los endocrinólogos la describen como la relación directa entre la glándula pituitaria y las gónadas o glándulas sexuales. Esta glándula pituitaria o hipófisis, está situada en la base del cerebro y es la glándula maestra porque sus secreciones estimulan o inhiben la actividad de muchas otras glándulas, se divide en tres partes, lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior produce dos hormonas que se relacionan directamente con el desarrollo de la pubertad. Estas dos hormonas son : la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo, y la hormona gonadotrópica, que estimula la actividad de las glándulas o gónadas sexuales

Poco antes de la pubertad se produce un gradual aumento de la hormona gonadotrópica y al mismo tiempo, las glándulas se hacen más sensibles a estas hormonas. La parte anterior de esta glándula secreta hormonas trópicas que son tan importantes durante la pubertad, debido a la estimulación que recibe del hipotálamo, pero hasta ahora, no se ha podido explicar por qué ocurre esta estimulación en este período en particular de la vida del niño.

DESARROLLO DE LAS CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

Las glándulas endocrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales, son las glándulas sexuales, las gónadas femeninas se denominan ovarios y las masculinas testículos, una vez estimuladas las gónadas empiezan a secretar sus propias hormonas (Hurlock, 1980).

La hormona andrógena, propia del sexo masculino es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática, de los testículos y de las vesículas seminales, al igual que el desarrollo de las características sexuales secundarias (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982; Papalia y Wendkos, 1990, Schonfeld, 1969).

Estas características son:

- Vello púbico, se vuelve paulatinamente más rizado y abundante, forma un triángulo invertido y se extiende luego hasta el ombligo.*
- Pezones, adquieren pigmentación y leves protuberancias se forman alrededor de ellos.*
- Cambio de voz, se hace gradualmente más profunda a medida que se desarrolla la laringe y el alargamiento de las cuerdas vocales que se extienden a través de ella.*
- Crecimiento de vello axilar.*

--Crecimiento de vello facial, sobre el labio superior los costados y en la barbilla.

--Ensanchamiento de los hombros, debido a la presencia de músculos pesados lo que da al tronco una conformación triangular.

Las hormonas gonadales femeninas más importantes son el grupo de estrógenos, estas hormonas son las responsables del desarrollo del útero de la vagina de las trompas de Falópio de los senos y del desarrollo de las características sexuales femeninas secundarias (Hurlock, 1980; McKinney, et al., 1982; Papalia y Wendkos, 1990, Schonfeld, 1969).

--Vello púbico, se hace paulatinamente más abundante y rizado, se extiende por el monte de Venus y forma el característico triángulo invertido.

--Crecimiento de los senos.

--Crecimiento de vello axilar.

Ensanchamiento de los hombros y aumento de la anchura y profundidad de la pelvis.

--Desarrollo de la vulva, como resultado del marcado crecimiento de los labios mayores, también crece un poco el clitoris, como consecuencia de la circulación y se vuelve eréctil.

--Cambio de voz de una tonalidad aguda a otra grave.

Junto con estos cambios aparece en la mujer la manarca o primera menstruación y en el hombre la primera eyaculación. La producción de progesterona es estimulada por una secreción pituitaria, la hormona luteinizante. La producción de progesterona es una de las causas de las variaciones cíclicas tan conocidas en el área emocional, que se presenta en el ciclo menstrual en muchas mujeres. También la progesterona desempeña un papel muy importante en el embarazo, ya que prepara el útero para que se lleve a cabo éste. Si no se verifica la implantación es decir, si la mujer no queda embarazada, el revestimiento del útero que ha formado la progesterona, se desintegra, ya que no se sigue produciendo progesterona, esta degeneración del tejido uterino da origen a la iniciación de la menstruación o flujo sanguíneo. El mismo cuerpo glúteo empieza a degenerarse, pierde su color amarillo y encoge, finalmente, el bajo nivel de progesterona y la disminución de estrógenos da origen a una nueva producción de las hormonas gonadotrópicas pituitarias y empieza un nuevo ciclo (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982; Schonfeld, 1969).

AUMENTO DEL TAMAÑO CORPORAL

El primer cambio físico que ocurre en la pubertad es el aumento del tamaño corporal, se produce una aceleración del crecimiento que en ocasiones alcanza proporciones adultas. Este aumento corporal puberal se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis a un año después de ella.

La aceleración del crecimiento femenino ocurre a los 12.5 años como promedio,

declinando el ritmo gradualmente hasta que se produce un alto del proceso entre los 15 y 16 años. En los varones ocurre a los 14.5 años como promedio y con una declinación gradual hasta los 17 o 20 años, momento en que el crecimiento se completa (Frisch y Revelle, 1969; Martín y Vincent, 1960; Sullivan, 1971; Tanner, 1962, citados por Hurlock, 1980).

El tamaño corporal se mide en función de la estatura y el peso, la estatura esta regulada por la hormona del crecimiento, producida en el lóbulo anterior de la glándula pituitaria, si la cantidad es suficiente, permite que los niños sanos y bien nutridos alcancen su máximo tamaño normal (McKinney et al., 1982; Schonfeld, 1969).

El crecimiento en altura sigue un modelo bastante regular y de manera general, precede al desarrollo del peso, la estatura que un individuo puede alcanzar al completar su crecimiento depende de muchos factores. Los niños por lo general, tienden a alcanzar una estatura semejante a la de sus padres (Bayley, 1965; Henton, 1961; Livson, McNeill y Thomas, 1962, citados por Hurlock, 1980).

Los individuos ectomorfos (altos y delgados) tienen mayor estatura al llegar a la adultez, y los mesomorfos son individuos bajos, gruesos y musculosos. Dentro de las influencias ambientales que afectan a la estatura es la nutrición, los niños que son criados por familias con recursos elevados llegan a tener en promedio mayor estatura adulta que los provenientes de sectores menos acomodados, por haber disfrutado de una mejor alimentación y mayores cuidados durante los años de crecimiento (Garn y Haskell, 1960; Peckos y Heald, 1964; Sullivan, 1971, citados por Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982).

El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de huesos y músculos, los huesos se hacen más grandes y pesados, alrededor de la época en que la muchacha tiene 17 años, sus huesos están maduros o cercanos a la madurez en tamaño y osificación, en los varones los huesos completan su desarrollo unos dos años más tarde, en la edad madura, cerca del 16% del peso corporal corresponde a los huesos (Hurlock, 1980).

En la niñez, los músculos contribuyen al peso total del cuerpo en proporción cercana al 25%; en la edad adulta, la proporción se halla entre el 45 y 50%. Los músculos contribuyen más al peso de los muchachos que en el de las muchachas; la adiposidad contribuye más al peso de éstas que al de los varones. El aumento más marcado de tejido muscular aparece entre los 12 y 15 años en las muchachas y entre los 15 y 17 en los muchachos (Heald, Daugeja y Brunschyber, 1963; Martín y Vincent, 1960, citados por Hurlock, 1980).

En las muchachas dos años antes de la pubertad, en promedio, el peso se incrementa unos 4.5Kg, el mayor aumento, unos es de 6.5Kg, se produce en el año que precede inmediatamente a la pubertad y se produce un aumento adicional de 4.5Kg en el año que sigue a la pubertad, esto significa que en promedio de tres años el incremento en el peso de las muchachas es de unos 15.5Kg. En los varones el aumento rápido de peso se

presenta uno o dos años después que en las muchachas, el incremento medio durante el período puberal es de unos 18Kg, el máximo aumento en el peso se presenta junto con o después del alcance máximo en estatura (Dubois, 1959; Frisch y Revelle, 1969; Garn y Haskell, 1960, citado por Hurlock, 1980).

EL CUERPO DE LAS ADOLESCENTES

Lutte (1971) investigó a nivel internacional sobre los modelos de comportamiento, reportando que, por término medio son las niñas de 13 años y los muchacho de 14-15 años los que presentan mayor atención a su cuerpo, el retrato físico de la persona ideal para las niñas, se resume en una palabra: belleza. Esto se puede describir, que desean tener el cuerpo de una modelo, longilíneo, esbelto, con cabellos rubios y ojos claros; esto es un deseo que revela la necesidad de ser aceptada, solicitada, admirada. Por el contrario, los muchachos son más concisos en sus descripciones y su ideal físico es el de atleta, alto y fuerte, no desprecian la belleza pero ésta es menos importante para el éxito social de los hombres.

Rosenbaum (1979, citado por Lutte, 1991) menciona que muchas adolescentes están preocupadas por problemas de peso, incluso las más delgadas que siempre encuentran demasiado gruesa alguna parte de su cuerpo. Las angustias relacionadas con el peso van unidas a las expectativas sociales, al miedo de no parecerse a los modelos femeninos apreciados en la sociedad, pueden también revelar el deseo y el temor al embarazo, en cambio, los muchachos parecen menos preocupados por los problemas del crecimiento, aunque algunos se inquietan por la estatura, el peso, los músculos y la potencia sexual.

DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

Para Schonfeld (1969) la definición de adolescencia es un período dinámico en el continuo de la vida, durante el cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como de la personalidad.

Se considera que la adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta, se inicia con la pubertad y termina con la madurez. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos de inicio y terminación no están bien definidos.

La definición cronológica de adolescencia por lo general, se determina entre los 13 y 20 años de edad, pero el final de la adolescencia es todavía más difícil de determinar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como la independencia

económica, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso al ejército o contraer matrimonio (Fernández, 1991; Hurock, 1980; McKinney, Papalia y Wendkos, 1990).

Los rápidos cambios de la adolescencia imponen una revisión de la imagen corporal, el adolescente deberá construir una imagen corporal coherente e integrada. Schonfeld (1969) señala que cuanto más eficaces fueron las adaptaciones en la primera fase de la niñez mejores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia, y en consecuencia, una mejor reconstrucción de su imagen corporal. Para este autor la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias.

La adolescencia se considera que su inicio es a partir de los 12 o 13 años y termina entre los 18 y 22 años, es un proceso que inicia en la pubertad y lleva a la madurez sexual, es decir, cuando el individuo es capaz de reproducirse, durante la pubertad maduran las funciones reproductoras, crecen los órganos sexuales y aparecen las características sexuales secundarias.

La adolescencia es un momento particularmente difícil sobre todo los que tienen defectos físicos, el proceso de reelaboración de la imagen corporal y de la aceptación de su cuerpo les resulta más difícil que a los otros adolescentes, la comparación que no pueden dejar de establecer con los otros les da un sentimiento de derrota y la sensación de que no pueden establecer con ellos relaciones partidarias, no sólo por las dificultades objetivas determinadas por su falta de autonomía, sino también porque se sienten disminuidos y son tratados como tales (Lutte, 1991).

La pubertad se inicia desde los 7 hasta los 14 años, aunque generalmente se inicia entre los 9 y 10 años. La madurez sexual se da entre los 9 y 16 años siendo más común entre los 13 y 14 años.

Para Brooks-Gunn (1988) la pubertad es una consecuencia de los cambios originados por una señal fisiológica, que trae cambios emocionales que se pueden manifestar en los hombres como agresión y en las mujeres como agresión y depresión. La adolescencia es una etapa muy importante en el ciclo de la vida de la mujer, una de las principales señales de maduración, es el incremento agudo en la estatura y en el peso, lo cual inicia en las mujeres entre los 9 años y medio y los 14 años y medio, prolongándose aproximadamente durante 2 años (Berhman y Vaughan, 1983).

Durante la preadolescencia y en la primera fase de la adolescencia, ocurre un aumento importante de grasa subcutánea, el ensanchamiento de la cadera se debe al crecimiento de la pelvis, pero también a la acumulación de grasa en esta zona. Al terminar el crecimiento en estatura, sobreviene un nuevo aumento de peso, el depósito de grasas en el cuerpo puede generar ansiedad, provocando la restricción en la alimentación llegando en algunos casos al extremo de la anorexia y bulimia nervosa. En el transcurso de esta etapa

los jóvenes muchos de ellos entran en contacto con sustancias como alcohol, tabaco y drogas. La capacidad de reproducción también representa un riesgo relacionado con la conducta sexual y el embarazo (Petersen y Brooks-Gunn, 1988).

En las mujeres la principal característica de maduración sexual es la menstruación, la menarca ocurre bastante adelantado el proceso de desarrollo; en promedio, a la edad de 12 años y medio (aproximadamente 2 años después del desarrollo de los senos y del útero y después de la explosión del desarrollo); el 80% de las mujeres menstrúan entre los 11 y 15 años de edad. Las variaciones en la edad se deben a factores genéticos y nutricionales, este factor nutricional está asociado a factores socioeconómicos y no se relaciona a factores climáticos.

El proceso de maduración y específicamente la menarca, son experimentados por muchas jóvenes con sentimientos negativos o ambivalentes, pero este negativismo tiende a desaparecer con el tiempo, sin embargo, aún para las mujeres que maduran la imagen corporal pobre y la insatisfacción con el peso son generalizados (Tobin-Richards, Boxer y Petersen, 1983). Este es parte del resultado de la imagen tan difundida de la mujer joven y madura, con cuerpo y proporciones corporales típicos de las niñas prepúberes (Faust, 1983).

Para Brooks-Gunn y Warren (1985b) en algunas personas los depósitos de grasa se vuelven inaceptables y como consecuencia, inician procesos de dietas y ejercicio para mantenerse delgadas. El impacto psicológico de los cambios físicos se manifiesta como una gran preocupación por la apariencia física, el peso, la complexión y el rostro, las mujeres tienden a estar más inconformes con sus cuerpos que los hombres, principalmente con sus piernas y caderas, debido al énfasis cultural que hay sobre los atributos físicos femeninos (Tobin-Richards, et al, 1983).

El desarrollo de los senos se encuentra relacionado culturalmente con el amamantamiento y la sexualidad y a diferencia de la manera de como son vistos se desarrollan comentarios frecuentes que provocan enojo y vergüenza. La mayoría de los problemas de salud de las mujeres adolescentes giran al rededor de la sexualidad y el embarazo, sin embargo en años recientes se han incrementado los índices de consumo de drogas y tabaco (Green y Horton, 1982).

La mortalidad en los adolescentes es prioritaria en el sexo masculino, debido a tres causas principales: accidentes, homicidios y suicidios. Las enfermedades crónicas en los adolescentes se presentan en un 6% de ellas y un 32% son de carácter mental (Newcheck, 1989).

Las mujeres adolescentes son más propensas a la depresión que los hombres de la misma edad, generalmente por causas relacionadas con su apariencia física. Por lo que Berscheid, Walster y Bohmstedt (1973) realizaron estudios que demostraron que la satisfacción con la imagen corporal tiene consecuencias a largo plazo, pues los adultos que

se consideraban atractivos en la adolescencia tienen mayor autoestima y son más felices que aquellos que no pensaron así.

En la adolescencia se incrementa la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, la creciente introspección, el énfasis que se pone en el grupo de padres y en los rasgos físicos, y la creciente tendencia a compararse con normas de origen cultural, y mientras más perturbado afectivamente se encuentre un adolescente menos tolerante estará de su estado físico. Las perturbaciones de la imagen corporal se pueden manifestar en una preocupación por el aspecto y el funcionamiento físico, defectos físicos menores como el tamaño o forma de la nariz, pueden convertirse en factores importantes en el equilibrio de la personalidad, porque para los adolescentes ser diferente equivale a ser inferior.

La actitud de los padres juega un papel muy importante en el concepto que desarrolla el individuo de sí mismo, de su cuerpo y de sus funciones, por lo regular cuando un niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia se menosprecia, y en las familias que se da un gran énfasis al significado del aspecto físico y el funcionamiento físico se sobrevalora la seguridad que brindan los atributos físicos a la persona.

Durante este periodo de la adolescencia existe gran sensibilidad hacia el concepto del yo, los jóvenes reaccionan instantáneamente ante lo que se piensa de ellos, dado que su imagen de la propia persona se encuentra en constante cambio, de tal forma que se acepta como verdadera la opinión de padres, maestros y amigos.

El adolescente crea una imagen corporal ideal a partir de experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, por lo que los medios de comunicación contribuyen de manera extraordinaria en las normas poco realistas, realizando el cuerpo ideal y descalificando a todo aquél que se aparta de él (Schonfeld, 1969).

El periodo crítico en el desarrollo de la identidad es la adolescencia, en el cual el individuo debe conjuntar las experiencias de la niñez con las nuevas demandas y retos de una nueva etapa, el proceso de formación de la identidad es particularmente susceptible de disrupción por los cambios radicales en los roles sociales o expectativas culturales.

El ideal de delgadez tiene una influencia negativa en las personas jóvenes en búsqueda de su identidad, los que suprimen o no reconocen sus propias capacidades y por lo tanto no son capaces de expresarla, estas personas dependen en gran medida de la atención y reconocimiento de los demás. Al no seguir el ideal de delgadez puede traer consigo graves crisis y en casos extremos forzar al cuerpo hacia conductas anómalas para conseguir dicho ideal (Fichter, 1990).

Las mujeres jóvenes han encontrado una serie de nuevas presiones: mayores expectativas de logro, competencia e independencia, valores que se contraponen al rol

femenino tradicional de las sociedades occidentales. El incremento de oportunidades y las presiones, la dificultad para encontrar una identidad viable, ha generado sensaciones de fragmentación, confusión y duda. En términos generales las personas que sufren de anorexia y bulimia nervosa, viven conflictos psicológicos generalizados en nuestra cultura acerca del rol femenino, centrados en áreas tales como autoestima, autonomía y logro, la ansiedad, depresión y confusión son lo suficientemente severas para desarrollar síntomas, que a su vez son defensas ante el estrés psicológico subyacente.

Actualmente, la mayoría de los investigadores acuerdan que la anorexia nervosa es un trastorno propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del desarrollo en este período, particularmente con la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad.

Gómez Pérez-Mitré y Ávila Angulo (1998) realizaron una investigación sobre los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso, encontrando que existen factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso. el hacer dieta lleva a la deshidratación en el comer o a la sobrealimentación y el hacer dieta precede el desarrollo de desórdenes del comer, sin importar la edad del dietante. Se trabajó con una muestra de (N= 487) extraída al azar de la muestra general (2000) se integro por niños de 5º y 6º grados de escuelas públicas y privadas de nivel primaria; del género femenino (n= 245) y masculino (n= 242), la edad promedio fue de $x = 10.8$ o $= .821$, se distribuyo el 82% de la misma dentro de un rango de 10 a 11 años de edad. el nivel socioeconómico de los niños de las escuelas privadas fue catalogado por las autoridades de las mismas como un nivel medio, y en las escuelas públicas se clasificó como un nivel socioeconómico bajo.

El instrumento y las mediciones fueron: un cuestionario con dos versiones, uno para niños y otro para niñas que exploraban las siguientes áreas: conducta alimentaria, mediciones antropométricas, imagen corporal y autoatribución.

En este estudio se analizaron los datos del área de la conducta alimentaria; se trabajó en las mediciones antropométricas con: peso y talla.

El área de la conducta alimentaria midio: a) alimentos de la dieta cotidiana, b) socialización familiar, c) restricción dietaria, d) hábitos y anomalías de la conducta alimentaria, e) conocimiento de los grupos alimentarios. Presentando un $\alpha = .6728$.

Las mediciones antropométricas fueron: a) peso y talla reportados (obtenidos de la muestra total), b) peso y talla medidos (obtenidos de una submuestra) desarrollandose el IMC (peso/talla²): IMC-estimado (con datos reportados), IMC-real (con datos medidos).

El procedimiento: se seleccionaron escuelas de enseñanza primaria públicas y privadas del D.F., y zonas conurbadas, los datos se obtuvieron colectivamente, se obtuvieron submuestras aleatorias con selección sistemática y con tamaños del 15%.

Los resultados: en la conducta alimentaria, el tipo de comidas e ingesta habitual, se encontró que el tipo de comidas seleccionadas con mayor frecuencia fueron los tradicionales desayunos (90%) comida (95%) y cena (76%), mientras que comidas como almuerzo y merienda obtuvieron porcentajes muy bajos. EL ANOVA arrojó una diferencia estadísticamente significativa en la comparación por género: $F(1,485)=3.888$ $p=0.04$.

La frecuencia de consumo de alimentos específicos en la ingesta diaria, mostraron un menor consumo de alimentos considerados como “engordadores” tales como pan, tortillas, tortas, tacos en las escuelas privadas. Así como un bajo consumo de refrescos y galletas en escuelas públicas respondieron consumir café y té, mientras que en el consumo de leche y jugos se invirtió la relación.

Seguimiento de dietas con propósitos relacionados con el peso corporal, se tomó el total de la muestra (N= 487) observándose que el 25% respondió que si había hecho cambios en su alimentación, 19% con intenciones de reducir peso y el 6% para subir de peso. No se encontraron diferencias significativas por sexo ya que un porcentaje similar de niñas (19%) y de niños (18%) respondieron hacer dieta para bajar de peso, el 6% de niñas y el 7% de niños hacían dietas para subir de peso.

Conducta alimentaria de riesgo, prácticas o formas de comer riesgosas o anómalas. Se obtuvo un índice sumando los puntajes de los reactivos, a más alto el puntaje mayor riesgo representa la conducta alimentaria de los niños.

Distribución del IMC-real, IMC-estimado con seguimiento de dietas. Para conocer la distribución del IMC-real se utilizó para efectos de clasificación, la escala combinada del Índice de Masa Corporal resultante del primer estudio de validación de su uso en muestras de niños mexicanos (Saucedo, T. & Gómez Peresmitré, G., en prensa). Se encontró en la prueba de X a la relación IMC-real e IMC-estimado con seguimiento de dieta, en ambos casos diferencias estadísticamente significativas observándose promedios, de los dos IMC, y que correspondían a los que hacían dieta para bajar de peso, significativamente más altos.

La socialización familiar alimentaria y el seguimiento de dieta, se encontró. El promedio más alto fue para bajar de peso y el más bajo fue para no dieta. Y el promedio más alto, correspondió a dieta para subir de peso, mientras que para bajar de peso el promedio fue el más bajo para sin dieta.

El objetivo central de este estudio fue determinar si los niños tan jóvenes como los de la muestra hacían dieta con propósitos relacionados con el peso corporal, o sea, si estaba presente lo que denominamos la práctica o seguimiento de dieta intencional. Y su prevalencia general por sexo, su relación con otras variables importantes en el campo de los desórdenes del comer tales como: contenido de ingesta diaria, formas de comer riesgosas o anómalas, hábitos alimentarios; socialización familiar alimentaria, y con IMC.

En el seguimiento de dieta intencional se puede afirmar con base a los resultados expuestos, que una cuarta parte (25%) de los niños de la muestra analizada, que eran

escolares del 5° y 6° grados de primaria que tenían en promedio 10 años 8 meses de edad, habían hecho en el último año un cambio en su alimentación: un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% para subir el mismo. Prácticamente el mismo porcentaje de niñas y niños tenían las mismas intenciones. Estos resultados confirman los de un estudio previo realizado con adolescentes mexicanos (Gómez Pérez-Mitré, 1993) aunque en la literatura internacional, el reporte más frecuente es que entre los adolescentes más mujeres que hombres hacen dieta para el control del peso. Por otro lado, el hecho de que los niños a esta edad ya hagan dieta intencional confirma los resultados reportados en la literatura especializada, como los de Field et al., (1993) aunque el porcentaje reportado por estos y el correspondiente a la intención de dieta para bajar de peso, es un 20% más alto que el de nuestra muestra. sin embargo, el estudio en cuestión comprendió escolares desde el 5° hasta el 12° nivel, o sea preadolescentes y adolescentes y no reportan datos por separado, razón por la cual no pueden compararse los porcentajes.

Se concluye que, en niños tan jóvenes como los de esta muestra, si se encontró la práctica riesgosa de seguimiento de dieta intencional en una proporción preocupante (121 niños de 487) independientemente de si es similar, menor o igual al reportado en otros países, este resultado podría generalizarse a la muestra total, pero antes formará parte de las hipótesis a probar en dicha muestra. Las niñas evitaban la cena y los niños en general comían más que las niñas, los estudiantes de escuelas privadas consumían mayor cantidad de alimentos, también respondieron consumir en menor número alimentos altos en carbohidratos y grasas. Los escolares que hacían dieta para bajar de peso consumían menos alimentos y con mayor frecuencia que los otros dos grupos dijeron consumir alimentos bajos en calorías, los resultados de estos últimos fueron muy similares, fue evidente que el grupo que hacía dieta para bajar de peso disminuía el consumo de alimentos tradicionalmente considerados como "engordadores", lo que coincide con estudios previos Field, et al., (1993) quienes reportan que entre los preadolescentes no se encuentra un decremento calórico en la ingesta, sino lo que hacen es preocuparse por no ingerir o al menos disminuir el consumo de algunos alimentos considerados "malos o grasosos". Desde un principio se definió que el simple hecho de que los niños aceptaran que estaban haciendo dieta con propósitos relacionados con el peso corporal, independientemente de la composición y cantidad de la ingesta, sería por sí mismo importante en tanto, estaría expresando un interés relacionado con problemas de la imagen corporal, y esto fue lo que precisamente se encontró y lo que confirma esta práctica dietaria como factor de riesgo en el desarrollo de desórdenes alimentarios, como lo demuestra su relación con otras variables.

Se demostró que hacer dieta intencional, sin importar si era para bajar o subir de peso, arrojó promedios estadística y significativamente más altos que los de los que no hacían dietas, en prácticas o formas de comer riesgosas o anómalas. Aquí podemos

observar una tendencia que indica que hacer dieta para subir de peso, también se asocia con prácticas o formas de comer riesgosas. La socialización familiar alimentaria autoritaria, despertando sentimientos de culpa por formas de comer y no tomando en cuenta al niño para los contenidos de la ingesta, significativamente esta asociada con el hecho de que los estudiantes se preocupan por el seguimiento de dieta para bajar de peso. El hacer dieta intencional se relacionaba de alguna manera con el IMC-real y con el IMC-estimado, los análisis arrojaron los promedios significativamente más altos de IMC-real y de IMC-estimado, asociados con dieta intencional para bajar de peso; se observó, congruencia en los resultados: el IMC-real promedio más alto, que correspondía a los que querían bajar de peso, se ubicaba en el límite superior de peso normal, mientras que el IMC-real promedio de los que querían subir de peso, se encontraba dentro del rango de peso bajo y muy por debajo del peso normal, el IMC-real de los que no hacían dieta aunque se encontraba en peso bajo no obstante estaba en el límite superior del mismo.

Con lo que podemos decir que los resultados obtenidos indican que los preadolescentes del presente estudio evidenciaron una proporción mayor en delgadez, de lo que se esperaría en los adolescentes, pero como el peso se incrementa con la edad es posible que el porcentaje encontrado sea lo esperable.

Los porcentajes de peso normal fueron pequeños, entre niñas y niños. Los de sobrepeso y obesidad resultaron más altos entre los niños que entre las niñas, los porcentajes de esta categoría se pueden comparar con estudios previos con adolescentes mexicanos (Gómez Pérez-Mitré., 1993, 1995; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, en prensa).

Por último los autores concluyeron que lo más relevante y central de su estudio es la existencia de un porcentaje preocupante en la práctica de la dieta intencional entre los escolares preadolescentes de su muestra; el hacer dieta entre los preadolescentes es evitar o disminuir los alimentos más populares o conocidos como "engordadores" (altos en carbohidratos y grasas) y que la dieta intencional tiene dos direcciones: una para bajar de peso, que resultó estadísticamente significativa y consistente asociada con las variables documentadas como factores de riesgo en el campo de los desórdenes alimentarios, entre ellas formas de comer riesgosas o anómalas (comer rápido, grandes cantidades de alimento, bulimia nervosa). El hallazgo más importante fue que la otra dirección que toma la práctica de la dieta es con la intención de subir de peso y que ésta también se asoció con algunos de los factores de riesgo además de que querer subir de peso, no sólo estuvo presente entre los niños, que ha sido lo usualmente reportado (Bruchon-Schwitzer, 1992), sino también entre las niñas. Finalmente, lo más valioso de este estudio fue la gran cantidad de información que aportó y que podrá ser utilizada como directriz de futuros estudios, así como para iniciar investigación explicativa o confirmatoria en desórdenes del comer dentro de esta población prácticamente desconocida en nuestro contexto sociocultural.

CAPITULO

CINCO

PLAN DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Detectar si existe relación entre factores de riesgo asociados con Imagen Corporal, Peso Corporal (obesidad, peso normal y delgadez) y la variable sexo.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es el grado de alteración de la Imagen Corporal de los preadolescentes dependiendo el peso corporal (delgadez, peso normal y obesidad)?
2. ¿Cuál es el grado de alteración de la Imagen Corporal de los preadolescentes dependiendo la variable sexo?
3. ¿Cual es el nivel de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal de los preadolescentes dependiendo el peso corporal (delgadez, peso normal y obesidad)?
4. ¿La variable sexo se relaciona con la variable satisfacción/insatisfacción con Imagen Corporal ?
5. ¿La satisfacción/insatisfacción depende del seguimiento o no de dieta con propósitos de control de peso?

HIPÓTESIS

En relación con la variable alteración de la imagen corporal:

1. Los preadolescentes obesos presentan mayor grado de subestimación que los normopeso y delgados.
2. En comparación con las mujeres, los hombres presentan mayor grado de subestimación.

En relación con la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal:

3. Los preadolescentes obesos tienen mayor grado de insatisfacción que los preadolescentes con peso normal y delgadez.
4. Los hombres presentan menor grado de insatisfacción que las mujeres.
5. Los preadolescentes que siguen dieta con propósitos de control de peso tienen mayor grado de insatisfacción que los que no la siguen.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

PESO CORPORAL (OBESIDAD, PESO NORMAL Y DELGADEZ)

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

La obesidad se define como un exceso de grasa o de tejido adiposo.

Peso normal es aquel que presentan los individuos que no tienen un exceso de grasa corporal en su organismo.

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

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE OBESIDAD:

Se define con el Índice Nutricional (IN),

$$\text{Índice nutricional} = \frac{\text{Peso actual en Kg. / talla actual en m}}{\text{Peso en Kg. / talla en m}} \times 100$$

Puntos de corte	
Menor a 77.51	emaciación
Entre 77.51 y 83.5	delgadez
Entre 83.51 y 119.5	peso normal
Entre 119.51 y 136.5	sobrepeso
Mayor a 136.5	obesidad

Saucedo y Gómez Peresmitré (1997)

De acuerdo con los valores propuestos por Saucedo y Gómez Peresmitré (1997):

La obesidad y sobrepeso se determina cuando se presentan valores mayores a 119.51.

Peso normal con valores entre 83.51 y 119.5.

La delgadez se determina con valores menores a 83.5

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Diferencia biológica que distingue a los hombres de las mujeres.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Es la respuesta que los preadolescentes dan a la pregunta ¿ Cual es tu sexo ?

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental o por la no-disponibilidad de alimentos, en el presente estudio se entiende por conducta alimentaria de riesgo el seguimiento de dieta intencional o con propósito de control de peso y hábitos alimentarios inadecuados.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Son los puntajes a las respuestas dadas a los reactivos que miden conducta alimentaria de riesgo.

VARIABLES DEPENDIENTES

SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Se define como el grado de aceptación o rechazo hacia el propio cuerpo.:

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Se considera al preadolescente que tenga insatisfacción con su imagen corporal cuando el resultado de la diferencia de la elección de la figura actual menos la de la figura ideal sea positiva o negativa. Mientras mayor sea la diferencia, mayor será la insatisfacción. Y el preadolescente que tenga satisfacción con su imagen corporal será cuando el resultado de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal sea igual a cero (Gómez Pérez Mitré, 1997,1998,1999).

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Representa el grado de desviación que un sujeto experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación real. Entre ellas, es la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el *Índice Nutricional* o Índice de Masa Corporal del sujeto. Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobrestimación o bien, como subestimación de la imagen real del sujeto (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Esta variable se estima como la diferencia entre autopercepción del peso corporal menos el IN. Las diferencias positivas se interpretan como sobrestimación, mientras que las diferencias negativas como subestimación. Una diferencia igual a cero se interpreta como no alteración.

MÉTODO

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es confirmatoria, de campo, transversal y correlacional desarrollada de acuerdo con un diseño factorial 3×2 , con observaciones independientes.

MUESTRA

El tipo de muestra fue no probabilística de carácter intencional, formada por estudiantes preadolescentes de (10 a 12 años) de ambos sexos, la muestra se integró con una $N= 245$ sujetos, que se subdividieron de acuerdo con los puntos de corte antes señalados como sigue:

	HOMBRES	MUJERES
EMAGECIMIENTO DEL SADEZ	3.8%	1.6%
PESO NORMAL	63.5%	70.7%
SOBREPESO/ OBESIDAD	28.2%	26.7%
TOTAL	100 %	100 %

Esta muestra se extrajo de una población formada por todos aquellos estudiantes hombres y mujeres preadolescentes que acuden a escuelas públicas y privadas del Distrito Federal y zona conurbada.

Características de los Sujetos. Los sujetos de la muestra son estudiantes de primarias públicas y privadas del Distrito Federal y zona conurbada; preadolescentes de sexo masculino y femenino, con un rango de edad de 10 a 12 años.

Además se formo una submuestra con selección sistemática al azar, del 20% de la muestra original, para obtener las medidas antropométricas de peso y talla.

INSTRUMENTOS Y APARATOS

Se aplicó un cuestionario con formato mixto Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995) que explora las siguientes áreas:

1. Sociodemográfica.
2. Conducta alimentaria de riesgo.
3. Imagen corporal.

1.- El área sociodemográfica consta de los siguientes reactivos:

Grado que cursas (5°, 6° y secundaria).

Edad que tienes (años cumplidos)

2.- El área de conducta alimentaria de riesgo.

Esta variable se midió con el siguiente reactivo.

En el último año:

No he hecho cambios en mi alimentación ().

Si hice cambios en mi alimentación ().

Estos cambios fueron:

- para bajar de peso ().
- para mejorar mi salud ().
- por orden del médico ().
- para subir de peso ().
- por otra razón, explica para que...

3.- El área de Imagen Corporal con los siguientes reactivos:

Autopercepción del peso corporal, tiene cinco opciones de respuesta como:

"Creo que estoy", se clasifica:

- ni gorda ni delgada (1).
- delgada (2).
- muy delgada (3).
- gorda (4).
- muy gorda (5).

La variable satisfacción/insatisfacción se mide con dos escalas visuales compuestas de cinco siluetas, cada escala comprende una serie de siluetas que se distribuyen dentro de un continuo de peso corporal que va desde muy delgada hasta muy gorda u obesa, éstas siluetas aparecen ordenadas al azar y en distintos lugares.

Figura ideal dice:

"me gustaría que mi cuerpo fuera como...", y "... si no hay la figura la podrá dibujar.

Figura actual dice:

"mi cuerpo se parece más a..."

La insatisfacción con la imagen corporal se mide como la diferencia entre la figura corporal actual, menos la figura ideal, si el resultado es positivo o negativo nos indica insatisfacción con la imagen corporal, por el contrario si la diferencia es igual a cero existe satisfacción con la imagen corporal. VER ANEXO.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó a las autoridades correspondientes de las escuelas públicas y privadas, permiso para la aplicación del instrumento sobre Alimentación y Salud, ésta aplicación se realizó de forma colectiva, voluntariamente dentro de los salones de clase, se les menciona que se guardó el anonimato, y que se deseaba conocer los hábitos de las niñas y los niños mexicanos, relacionados con la alimentación y la salud en general. Las instrucciones que se les dieron, fueron:

“En la Facultad de Psicología de la UNAM, se está llevando a cabo una investigación sobre Alimentación y Salud Integral (física y psicológica) de los estudiantes de primaria. Toda la información que ustedes proporcionen será confidencial con fines exclusivos de investigación”.

Se capacitó a encuestadores para la aplicación del instrumento, y así realizar su estandarización.

CAPITULO

SEIS

RESULTADOS

1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra estuvo formada por $N = 245$ sujetos el 53% eran del sexo masculino y el 47% del sexo femenino de 10 a 12 años de edad, con una media de edad para los hombres de $X = 11.08$ y $S = .7074$, para las mujeres la media fue $X = 10.69$ y $S = .6075$. (Ver tabla 1).

EDAD

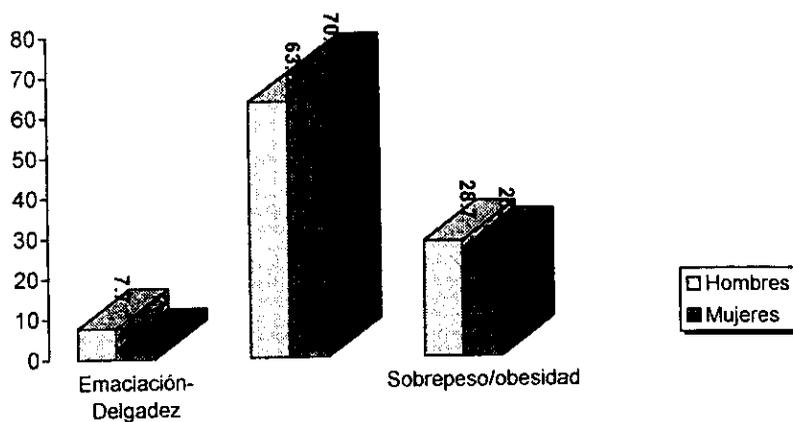
Tabla 1 Distribución porcentual de la variable edad, medias, desviación estándar y porcentaje total por edad.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	% TOTAL
% de edad	(52.8%)	(47.2%)	100%
10	20.9	37.9	29.0
11	49.6	54.3	51.8
12	29.5	7.8	19.2
X edad	11.08	10.69	
DE	.7074	.6075	

PESO CORPORAL

Como se observa en la gráfica 1 el porcentaje más alto de preadolescentes de ambos grupos tenían peso normal, el 29% de los hombres y el 27% de las mujeres presentaron sobrepeso y obesidad, mientras que en la categoría de emaciación-delgadez, ambos sexos presentaron el mínimo porcentaje.

Gráfica 1. Porcentajes de los rangos de las variables peso por sexo



2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE INTERÉS

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL POR SEXO

En lo que respecta a la variable alteración de la Imagen Corporal el 69% de los hombres subestimó su imagen corporal y en más alta proporción que las mujeres (63%), el 20% de las mujeres y el 12% de los hombres no presentaron alteración, de estos últimos el 19% de los hombres sobreestimaron su imagen corporal con respecto al 16% de las mujeres (Ver tabla 2).

TABLA 2. Porcentajes, medias y desviaciones estándar de la alteración de la Imagen Corporal por sexo				
	HOMBRES		MUJERES	
SOBRESTIMACION (+)	19.4		16.5	
SIN ALTERACIÓN (0)	11.6		20.0	
SUBESTIMACIÓN (-)	69		63.5	
TOTAL	100		100	
Medias y desviaciones estándar	X	S	X	S
	-1.12	1.51	-.74	1.07

SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL POR SEXO.

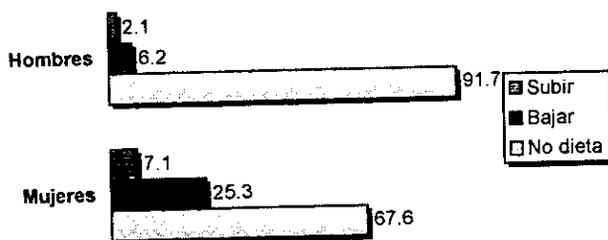
En la tabla 3 observamos que el 46% de las mujeres y el 33% de los hombres estaban satisfechos con su imagen corporal, mientras que un 36% de los hombres y un 19% de las mujeres presentaron insatisfacción negativa (deseaban ser más corpulentos), y el 32% de los hombres y el 36% de las mujeres presentaron insatisfacción positiva (deseaban ser más delgadas).

TABLA 3. Porcentajes, medias y desviaciones estándar de satisfacción/insatisfacción con la imagen Corporal por sexo				
	HOMBRES		MUJERES	
INSATISFACCION (+)	31.3		35.4	
SATISFACCIÓN	32.8		46.0	
INSATISFACCION (-)	35.9		18.6	
TOTAL	100		100	
Medias y desviaciones estándar	X	S	X	S
	.031	1.73	.42	1.31

SEGUIMIENTO DE DIETA POR SEXO

En la gráfica 2 se observa que el 92% de los hombres y el 68% de las mujeres no hicieron dieta con propósitos de control de peso, del 25% de las mujeres y el 6% de los hombres hicieron dieta para bajar de peso, solo el 7% de los hombres y el 2% de las mujeres hicieron dieta para subir de peso.

Gráfica 2. Porcentajes de la variable seguimiento de dieta para control de peso por sexo



3 ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos al aplicar el ANOVA, a las variables dependientes del presente estudio (alteración de la imagen corporal, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal), teniendo como variables independiente sexo y rangos de peso.

Los resultados arrojados por el ANOVA que se aplicó a la variable alteración de la imagen corporal por tres rangos de peso y por sexo, muestran que si existen diferencias estadísticamente significativas, en los dos efectos principales:

Peso corporal ($F(2, 238) = 26.439, p = 0.000$) y sexo ($F(1, 238) = 8.317, p = 0.004$).

Por otro lado, la F de la interacción peso por sexo no resultó significativa, sólo por un milésimo. ($F(2, 238) = 3.009, p = 0.051$). (Ver tabla 4).

Tabla 4 Resultados del ANOVA Alteración de la imagen corporal por tres rangos de peso por sexo.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	P
Efectos principales	87.381	3	29.127	20.398	.000
Rangos de peso	75.506	2	37.753	26.439	.000
Sexo	11.875	1	11.875	8.317	.004
Interacción de doble entrada rangos de peso por sexo	8.593	2	4.296	3.009	.051
Explicada	95.974	5	19.195	13.443	.000
Residual	339.842	238	1.428		
Total	435.816	243	1.793		

$H_0 = X_{delgadez} = X_{normal} = X_{obesidad} = 0$ se rechaza

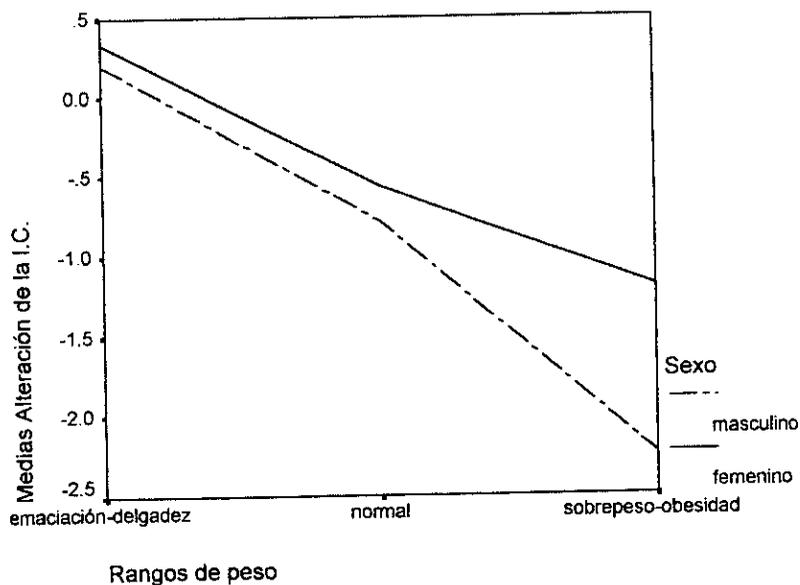
$H_1 = X_{delgadez} \neq X_{normal} \neq X_{obesidad} \neq 0$ se acepta, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 1

$H_0 = X_{hombres} = X_{mujeres} = 0$ se rechaza

$H_1 = X_{hombres} \neq X_{mujeres} \neq 0$ se acepta, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 2

La gráfica 3 y la tabla 5 contienen las medias de alteración de la imagen corporal tanto por sexo como por rangos de peso corporal, éstas indican que los preadolescentes de ambos sexos que se encontraban en la categoría de emaciación y delgadez sobrestimaban su cuerpo; mientras que, los normopeso y sobrepeso-obesos (hombres y mujeres) subestimaban su imagen, siendo éstos últimos quienes alteraron su imagen corporal en mayor grado.

Gráfica 3. Interacción no significativa tres rangos de peso por sexo con la variable dependiente: alteración de la imagen corporal.



Por rango de peso corporal, son los preadolescentes emaciados-delgados quienes sobrestiman ($X=.23$), los peso normal subestiman ($X=-.67$), y los obesos-sobrepeso subestiman pero en mayor grado ($X=-1.76$).

Tabla 5 Medias y Desviaciones Estándar de la Variable Alteración de la Imagen Corporal por Rangos de Peso

SEXO	Rangos de peso corporal	X	S	n
Hombre	Emaciación-delgadez	.2000	1.3166	10
	Peso normal	-.7805	1.3336	82
	Sobrepeso-obesidad	-2.2432	1.2781	37
	Total	-1.1240	1.5104	129
Mujer	Emaciación-delgadez	.3333	.5774	3
	Peso normal	-.5679	1.0717	81
	Sobrepeso-obesidad	-1.1935	.9805	31
	Total	-.7130	1.0823	115
Total	Emaciación-delgadez	.2308	1.1658	13
	Peso normal	-.6748	1.2115	163
	Sobrepeso-obesidad	-1.7647	1.2592	68
	Total	-.9303	1.3392	244

Los resultados que aparecen en la tabla 6 indican que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en 2 de los 3 efectos principales, seguimiento de dieta $F(2,186) = 4.243, p = .016$, y sexo $F(1, 186) = 7.120, p = .008$.

Tabla 6. Resultados del ANOVA Satisfacción/Insatisfacción por seguimiento de dieta para el control de peso, por sexo, por tres rangos de peso.

Fuente de variación	Suma cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	P
Efectos principales	41.188	5	8.238	3.712	.003
Seguimiento de dieta	18.832	2	9.416	4.243	.016
Sexo	15.798	1	15.798	7.120	.008
Rangos de peso	6.557	2	3.279	1.478	.231
Explicada	41.188	5	8.238	3.712	.003
Residual	412.729	186	2.219		
Total	453.917	191	2.377		

$H_0 = X_{delgadez} = X_{normal} = X_{obesidad} = 0$ se acepta
 $H_1 = X_{delgadez} \neq X_{normal} \neq X_{obesidad} \neq 0$ se rechaza, por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo 3

$H_0 = X_{hombres} = X_{mujeres} = 0$ se rechaza
 $H_1 = X_{hombres} \neq X_{mujeres} \neq 0$ se acepta, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 4

$H_0 = X_{no\ dieta} = X_{dieta\ bajar} = X_{dieta\ subir} = 0$ se rechaza
 $H_1 = X_{no\ dieta} \neq X_{dieta\ bajar} \neq X_{dieta\ subir} \neq 0$ se acepta, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 5

Las medias de la variable satisfacción/insatisfacción por sexo, incluidas en la tabla 7, indican que las mujeres tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal ($X = .49$) en comparación con los hombres quienes presentaron un menor grado de insatisfacción pero con diferencia negativa ($X = -.20$).

Tabla 7. Medias y desviaciones estándar de la variable satisfacción/insatisfacción por seguimiento de dieta, por sexo

	Media	D. E.	N
No dieta	.03	1.57	153
Para bajar	.37	1.24	30
Para subir	1.44	1.23	9
Hombres	-.20	1.66	96
Mujeres	.49	1.34	96

Si analizamos las medias por seguimiento o no de dieta con propósitos de control de peso, los preadolescentes (de ambos sexos) que no hicieron dieta casi no presentaron insatisfacción con su imagen corporal ($X = .03$); mientras que, tanto los que hicieron dieta para bajar de peso ($X = .37$) como para subir ($X = 1.44$) presentaron mayor insatisfacción siendo ésta última la más alta.

CAPITULO

SIETE

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio es contribuir al conocimiento en torno a la conducta alimentaria de riesgo y peso corporal entre los preadolescentes, con el propósito de prevenir estas enfermedades en nuestro país, y como ya se señaló, principalmente en la población de preadolescentes.

Con respecto a la distribución del peso corporal se encontró que los preadolescentes en la mayoría de los casos estaban en la categoría de peso normal, como era lo esperado, confirmando diversas investigaciones donde también se ha encontrado que la mayoría de los preadolescentes y adolescentes presentan normopeso (Murrieta, 1997; Navarro, 1999).

En lo que se refiere a la variable alteración de la imagen corporal se encontró que en la mayoría de los preadolescentes de ambos sexos se presentó alteración, los más altos porcentajes subestimaron su imagen corporal (se veían más delgados de lo que en realidad estaban), aunque entre los hombres la subestimación fue ligeramente mayor que en las mujeres. En lo que respecta al sexo masculino los hallazgos del presente trabajo coinciden con los reportados por Bolaños (1998); Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000 y León, 2000 quienes también encontraron grados de subestimación de la imagen corporal en muestras de hombres adolescentes. Los resultados encontrados con la muestra actual de mujeres no coinciden con los reportados por algunos investigadores que encontraron sobrestimación (se ven más gruesas de lo que en realidad están) en mujeres adolescentes y preadolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1997; Bolaños, 1998).

Sin embargo, es importante hacer notar que las sujetos incluidas en la muestra eran muy jóvenes ($X_{edad}=10.7$ años) y de acuerdo con Piaget (citado por Elkind, 1975) la percepción es construida progresivamente a lo largo del desarrollo. En este mismo sentido, Halmi, Goldberg y Cunningham (1977, citado por Pineda, 2000) también encontraron que las mujeres preadolescentes (10 y 11 años) alteraban más su imagen corporal en comparación con las adolescentes de 15 y 18 años; coincidiendo con los resultados encontrados en el presente estudio y con los reportados por Pineda (2000) quien también halló grados de subestimación en chicas con promedio de edad de 11 años.

Cuando se analizó esta misma variable de investigación por categoría de peso corporal los resultados indicaron que los preadolescentes emaciados-delgados (de ambos sexos) tendieron a sobrestimar su imagen corporal; mientras entre los sobrepeso-obesos sucedió exactamente lo contrario: subestimaron su imagen (se veían más delgados de lo que en realidad estaban). Estos resultados confirman los reportados por Johnston (1998), Gama (1999) y León (2000) quienes encontraron en sus respectivos estudios que los estudiantes con sobrepeso-obesidad presentaban subestimación de su imagen corporal, y los estudiantes delgados y emaciados presentaban sobrestimación.

En lo que se refiere a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se encontraron altos niveles de insatisfacción con la imagen corporal, entre las mujeres la insatisfacción tiene diferencia positiva (eligieron una figura delgada como ideal), mientras que entre los hombres tiene diferencia negativa (eligieron una figura más gruesa como ideal). Estos hallazgos confirman los reportados por Estrada y Zuñiga (1997) y Bolaños

(1996). Así mismo, coincide con Brodsky (1954, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) quien comprobó que desde la niñez (ambos sexos) se considera a la figura ectomorfa (delgada) como símbolo de belleza femenino.

Además, estos resultados son preocupantes si se considera que la insatisfacción con la imagen corporal constituye un predictor dentro de los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios (Fabian y Thompson, 1989; León, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993).

Ahora bien, con respecto a la variable conducta alimentaria de riesgo, entre los hallazgos más interesantes se encontró que los preadolescentes que estaban satisfechos con su imagen corporal no realizaban dieta con propósitos de control de peso, sin embargo los insatisfechos sí seguían este tipo de conducta alimentaria anómala; esto concuerda con los hallazgos de Hill (1991), Gómez Pérez-Mitré (1995) y Pineda (2000) quienes en sus estudios con sujetos adolescentes y preadolescentes encontraron que existe una relación directa entre insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta con propósitos de control de peso.

Con base en lo presentado en páginas anteriores se concluye que (en la presente muestra):

1. Existen altos grados de alteración de la imagen corporal entre los preadolescentes.
2. Entre los preadolescentes con sobrepeso y obesos (de ambos sexos) la alteración se presenta en forma de subestimación, siendo ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres.
3. En los preadolescentes emaciados-delgados (de ambos sexos) la alteración se presentan en forma de sobrestimación.
4. Existen altos porcentajes de insatisfacción con la imagen corporal en los preadolescentes de ambos sexos, los hombres quieren tener una figura más gruesa y las mujeres una figura más delgada.
5. Los preadolescentes (tanto hombres como mujeres) insatisfechos realizan dieta con propósitos de control de peso; mientras que los satisfechos no realizan este tipo de conducta alimentaria de riesgo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- La principal limitación de la presente investigación esta relacionada con el tipo de muestreo de la misma ya que es de tipo no aleatorio, es decir que no fue elegida al azar y por lo tanto no se pueden generalizar los resultados.
- Por lo tanto se recomienda trabajar con una muestra de tipo aleatorio, con el propósito de generalizar los datos a la población.
- Se sugiere, realizar programas de prevención con base en las aportaciones que ha arrojado el presente trabajo; es decir, se debe poner especial atención a los preadolescentes ya que presentan serios factores de riesgo asociados tanto con imagen corporal como con conducta alimentaria en la génesis de trastornos alimentarios.
- En futuras investigaciones es conveniente que al hablar de imagen corporal, se incluyera enfoque de género así como esquemas cognitivos y feminidad-masculinidad.

REFERENCIAS

- Agras, W. S. (1988). Eating Disorders. Management of obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Ajuriaguerra, J. (1977). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, J. y Marcell, D. (1987). Manual de Psicopatología del niño. Masson. Barcelona.
- Alvarez, G. L., Román, M., Manríquez, E. y Mancilla, J. M. (1996). Imagen Corporal y Trastornos Alimentarios: en una muestra de universitarias mexicanas. La Psicología Social en México: AMEPSO. 6, 536-541.
- Allport, F. H. (1955). Theories of Perception and the Concept of Structure. New York: Willey.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IV. Washington, D.C.
- Andersen, A. (1983). Anorexia nervosa and bulimia: a spectrum of eating disorders. Journal of Adolescent Health Care. 4:15-21.
- Argyle, M. (1964a). Introjection: A form of social learning. British Journal of Psychology. 55, 391-402.
- Argyle, M. (1978). Psicología del comportamiento Interpersonal. Madrid: Alianza Editorial.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1980). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III, Masson Editores: Barcelona.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1987). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III-R, Masson Editores: Barcelona.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV, Masson Editores: Barcelona.
- Baéz, H. Y., & Lomeli, G. M. (1995). La percepción social del concepto que los estudiantes de enseñanza media superior tienen de sus maestros. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Ballesteros, J. S. (1982). El Esquema Corporal. Madrid: TEA. Editores.
- Baumeister, R. F., Chesner, S. P., Senders, P. S. & Tice, D. M. (1988). Who's in charge here Group Leaders do lend help in emergencies. Personality and Social Psychology Bulletin. 14, 17-22.

- Bem, D. J. (1972). Self-Perception Theory. En L. Berkowitz (ed.). Advances in Experimental Social Psychology. New York: Academic Press.
- Bennett, Ch. C. (1984). Know Thyself. professional psychology. Research and Practice. 15, (2), 271-283.
- Berendez, H. W. (1975). Effect of acetonuria on I.Q. of offspring. En H. S. Cole (comp). Early diabetes in early life. New York. Academic Press.
- Berger, J. (1972). Ways of Seeing. Londres: Viking.
- Berhman, R. E. y Vaughan V.C. (1983). (eds.) Nelson Textbook of Pediatrics (12^o) Philadelphia: Saunders.
- Berscheid, E., Waister, E. y Bohmstedt, G. (1973). Body imagen. The happy American Body: a survey report. Psychology Today. November. 119-131.
- Berscheid, E., Waister, E. & Bohmstedt, G. (1974). The happy american body: A survey report. Psychology Today. November. (7), 119-131.
- Bolaños, M. C. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Bojontorp, P. (1985). Adipose Tissue in Obesity. End: Hirsch, J. & Van, J. B. Itallie (eds). Recent Advances in Obesity Research. V. London: Libbey.
- Braguinsky, S. J., Mendelson, M., D'Alessandro, J., Della Valle, M., Goldberg, F., Matkman, C., Mestres, A., Fain bole, B. & Rein bold, H. (1976). Estudios de prevalencia de obesidad en sectores de la población de Buenos Aires. Trabajo presentado en el sexto congreso argentino de nutrición.
- Braguinsky, S. (1987). Obesidad, patogenia clinica y tratamiento. B.A: Promedicina.
- Braun D.L, Sunday S.R, Halmi K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. Psychological Medicine. 24: 859-867.
- Bray, G. A. (1976). The obese patient, Toronto, W. B Saunders Company.
- Brodie, D. A., Bagley, K. y Slade, P. D. (1994) Body-Imagen Perception in Pre and Postadolescent Females. Perceptual and Motor Skills. 78, 147-154.
- Brook, C. G. D., Lloyd, J. K. y Wolff, D. H. (1972). Relation between age of onset of obesity and size and number of adipose cell. British Medical Journal. 2, 25-27.

- Brooks-Gunn, J. y Warren, M. (1985b). Measuring physical status and timing in early adolescence: a developmental perspective. Journal of Youth and Adolescence. 14: 163-189.
- Brooks-Gunn, J. (1988). Puberal processes and the early adolescent transition. En: W. Damon (Eds). Child development today and tomorrow. Jossey Bass: San Francisco.
- Brownel, K. D. & Stunkard, A. J. (1983). Behavioral treatment for obese children and adolescents. En P. Mc Grath y P. firestone (eds). Pediatrics and Adolescent Behavioral Medicine: Issues in Treatment. Nueva York: Springer.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine. 24 (2), 187-194.
- Bruch, H. (1969). Hunger and instict, Journal of Nervous and Mental Disease. 149, 91-114.
- Bruch, H. (1970). Juvenile obesity: Its courses and outcome, en C. V. Rowlan (comp.), Anorexia and obesity. Boston, Little, Brown.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York, Basic Books.
- Bruch, H.(1975).The importance of overweight. En P. J. Collipp (comp). Childhood obesity. Littleton, Massachusetts, PSG Publishing.
- Bruch, H. (1981). Develomental considerations of anorexia nervosa and obesity, Canadian Journal of Psychiatry. 26, 212-217.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicologia del Cuerpo. Barcelona: Herder.
- Button,E.J. y Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. PsychologicalMedicine. 11: 509-516.
- Byrne, D. (1971). The Attraction Paradigm. Nueva York: Academic Press.
- Cash, T. F. y Hicks, K. L. (1990). Being fat versus thinking fat: relationships with Body image, eating behaviours, and well being. Cognitive Therapy and Research. 14 (3): 327-341.
- Churchill, J. A. y Berendez, H. W. (1969). Intelligence of children whose mother had acetonuria during pregnancy. En Pan American Organization Committee on Medical Research. Perinatal factors affecting human development. Washington, D: C. Pan American Sanitary Bureau Science Publication. 185, 30-35.

- Cohn, L. D., Adler, N. E., Irwin, C. E., Millstein, S. G., Kegeles, S. M. & Stone, G. (1997). Body-figure preferences in male and female adolescents. Journal of abnormal Pshychology. 96, 276-279.
- Collip, P. J. (1980). Differential diagnosis of childhood obesity. En P. J. Collipp (comp.), Childhood obesity (2a. ed.), Littleton, Massachusetts, PSG Publishing.
- Crow, R. A., Fawcett, J. N. y Wright, P. (1980). Maternal behavior during breast-and bottle-feeding, Journal of Behavioral Medicine. 3, 259-277.
- Coste, J. C. (1979). Las 50 Palabras Clave de la Psicomotricidad. Barcelona: Médicay Técnica.
- Daurat-Homeljak, C., Stambak, M. & Bergés, J. (1966). Une epreuve de schema corporel. Revue de Psychologie Appliquee. 16, (3), 141-185.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986a). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology. 59, 279-287.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986b). The dieting and boy shape concerns of adolescent females. Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines. 27 (3), 417-428.
- De La Fuente, R. (1994). Psicología Médica. México: Fondo de CulturaEconómica.
- DeSchamphelre, I., Parent, M. A. y Chatteur, C. (1980). Excessive carbohydrate intake in pregnancy and neonatal obesity: Study in Cap Bon, aTunisia, Archives of Diseases in childhood. 55, 521-526.
- Dine, M. S., Gartside, P. S., Gluck, C. J., Rheines, L. y khoury, P. (1979). Where do the heaviest children come from?. A prospective study of white children from birth to 5 years of age. Pediatrics. 63,1-7.
- Dion, K., Berscheid, E. & Walter, E. (1972). What is beautiful is good. Journal of Personality and Social Psychology. 24, 285-290.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Dorner, G. (1979). Influence of early postnatal nutrition on body weight in adolescence, Information Retrieval (IRL). 4(2491), 67.
- Dubois, S., Hill, D. E. y Beaton, G. H. (1979). An examination of factors believed to be associated with infantile obesity, The American Journal of Clinica Nutrition. 32, 1997-2004.

- Dummer, G. M., Rosen, L. W., Heusner, W. W., Roberts, P. J. y Counsilman J. E. (1987). Pathogenic weight control behaviour of young, competitive swimmers. *Physician in Sports Medicine*. 15: 75-84.
- Eid, E. E. (1970). Follow-up study of physical growth of children who had excessive weight gain in first six months of life. *British Medical Journal*. 2, 74-76.
- Elkind, D. (1975). Perceptual development in children. *American Scientist*. 63, 533-541.
- Enns, M. P., Drewnowski, A. y Grinker, J. A. (1987). Body composition, body size estimation and attitudes towards eating in male college athletes. *Psychosomatic Medicine*. 49: 56-64.
- Escobar, G.M.I. (1993). Prevalencia de 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 inédita. México: Universidad Iberoamericana.
- Estrada, R. D. L. y Zúñiga, F. T. (1997). Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Fabian, L. J. & Thompson, J. K. (1989). Body imagen and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*. 8, 63-74.
- Faust, M.S. (1983). Alternative constructions of adolescent growth En: J. Brooks-Gunn y A C Petersen (Eds.) *Girls at puberty: biological and psychological perspectives* (pp. 105-125). Plenum Press: New York.
- Fernández, E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narcea S. A. de Ediciones.
- Fichter, M. M. (1990). Bulimia nervosa and bulimic behaviour. En Manfred M. Fichter (Eds). *Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy*. John Wiley and Sons: Chichester.
- Fiedler, K., Semin, G. R. & Koppetsch, C. (1991). Language use and attributional biases in close personal relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 17, 147-155.
- Fisch, R. O., Bilek, M. R. y Ulstrom, R. (1975). Obesity and leanness at birth and their relationship to body habitus in later childhood. *Pediatrics*. 56, 521-528.
- Fitts, W. H. (1965). Tennessee Self-Concept Scale. Manual Nashville. Tennessee: Department of Mental Health.

- Fomon, S. J. (1980). Factors influencing food consumption in the human infant. International Journal of Obesity. 4, 348-350.
- Frederick, Ch. & Grow, V. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. Psychology of Women Quarterly, 20, 217-228.
- Gama, A. E. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: Relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología . UNAM, México, D. F.
- Garn, S. M., Clark, D. C. y Guire, K. E. (1975). Growth body composition, and development of obese and lean children. En M. Winick (comp.), Childhood obesity. New York, Wiley.
- Garn, S. M. y Clark, D. C. (1976). Trends in fatness and the origins of obesity. Pediatrics, 57, 443-456.
- Garn, S.M., Cole, P.E. y Baliley, S. M. (1977). Effect of parental fatness levels on the fatness of biological and adoptive children, Ecology of Food and Nutrition. 6, 91-93.
- Garn, S. M., Bailey, S. M., Solomon, M. A. y Hopkins, P. J. (1981). Effect of remaining family members on fatness prediction. The American Journal of Clinical Nutrition, 34, 148-153.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C. & Moldofsky, H. (1976). Body imagen disturbances in anorexia nervosa and obesity. Psychosomatic Medicine. 38, 327-337.
- Garner, D. M. (1978). Sociocultural factors. Lancet II, 674.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine. 10: 647-656.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Rockert, W. y Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. Psychotherapy and Psychosomatics. 48: 170-175.
- Garner, D. M. (1991). Eating disorder inventory-2. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gilbert, D. T. & Jones, E. E. (1986). Perceiver-induced constraint: Interpretations of self-generated reality. Journal of Personality and Social Psychology. 50, 269-280.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993a). 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 imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica. 3 (1): 95-112.
- Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12, (2), 185-197.
- Gómez, Peresmitré, G. y Ávila, E. (1998). ¿ Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista Mexicana de Psicología.
- Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S. Y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1). 4-15.
- González, S. L. M., Lizano, M. M. y Gómez, P. M. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 117-126.
- Green, L. W. y Horton, D. (1982). Adolescent health. issues and challenges. En: TJ Coates, AC Petersen y C Perry (Eds.). Promoting adolescent health: a dialogue on research and practice. (pp. 23-43) Academic Press: New York.
- Gross, T., Sokol, R. J. y King, K. C. (1980). Obesity in pregnancy: Risks and outcome, Obstetrics and Gynecology. 56, 446-450.
- Gurney, R. (1936). Hereditary factor in obesity. Archives of Internal Medicine. 57, 557-561.
- Guthrie, (1938). The Psychology of Human Conflict. New York: Harper.
- Hager, A., Sjostrom, L., Arvidsson, B., Bjorntorp, P. y Smith, U. (1978). Adipose tissue cellularity in obese school girls before and after dietary treatment. American Journal of Clinical Nutrition. 31, 68-75.
- Hall, C. S. (1984). La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad. México: Paidós.
- Halmi, K. A., Goldberg, S. C. y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body imagen in adolescent girls: distortion of body imagen in adolescence. Psychological Medicine. 7, 253-257.
- Halmi, K. A., Goldberg, S. C. y Casper, R. C. (1979). Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry. 134, 71-78.

- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J. y Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. International Journal of Eating Disorders. 4 (4): 465-477.
- Hamilton, L. H., Brooks-Gunn, J., Warren, M. P. y Hamilton, W. G. (1988). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *Medicine and Science in sports and exercise*. 20, (6): 560-565.
- Hawk, L. (1977). Thrusting greatness upon them. Journal of Psychosomatic Research. 21, 277-285.
- Hecquen, H. & Ajuriaguerra, J. (1952). *Mécannaisances et Hallucinations Corporelles*. Paris: Masson et Cie.
- Heider, F. (1958). The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley.
- Hirsch, J. (1975). Cell number and size as a determinant of subsequent obesity. En M. Winick (comp). Childhood obesity. New York. John Wiley & Sons.
- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis Licenciatura. México: Universidad Iberoamericana.
- Horowitz, M. (1966). Body imagen. *Archives of General Psychiatry*. 14, 5.
- Hurlock, E. B. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Editorial Paidós.
- Hsu, L. (1982). Is there a disturbance in body in anorexia nervosa?. The Journal of Nervous and Mental Disease. (170), 305-307.
- James, W. (1890). Reimpreso en 1950. *The Principles of Psychology*. New York: Dover Publications.
- Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. F. (1975). Fat babies: Prevalence, perils, prevention. Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health. 21, 123-159.
- Johnston, T. Y. (1998). Autoatribución e imagen corporal en adolescents obesos y no obesos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México, D.F.
- Jones, E. E. & Nisbett, R. E. (1972). The Actor and the Observer: Divergent Perceptions of the Causes of Behavior. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
- Joseph, A., Wood, I. K. y Goldberg, S. (1982). Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major. *Psychiatric Research*. 7: 53-58

- Jourard, S. M. & Secord, P. F. (1955). Body-cathexis and personality. British Journal of Psychology. 46, 130-138.
- Kelley, H. H. (1973). The process of causal attribution. American Psychologist. 28, 107-128.
- Kessen, W. (1980). Signs of risk of obesity in newborn babies. International Journal of Obesity. 4, 341-347.
- Knittle, J. L. (1975). Basic Concepts in the control of childhood obesity. En M. Winick (comp). Childhood obesity. New York. John Wiley & Sons.
- Koff, E. & Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. Journal Adolescence Health. 146, 433-439.
- Kretschmer, E. (1967). Constitución y Carácter. Barcelona: Editorial Labor.
- LeBow, M. D. (1986). Obesidad Infantil. Una Nueva Frontera de la Terapia Conductual. Buenos Aires, Paidós.
- L'Ecuyer, R. (1985). El concepto de sí mismo. Vilassar de Mar: Oikos-tau.
- Leon G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L, y Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girl. Journal of Abnormal Psychology. 102 (3): 438-444.
- León, H. R. (2000). Alteración de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso (obesidad y peso bajo). Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México, D. F.
- Lerner, R. M. (1969b). Some female stereotypes of male body-behavior relations. Perceptual and Motor Skills. 28, 363-366.
- Lloyd, J. K. y Wolff, O. H. (1980). Overnutrition and obesity. En F. Falkner (comp.). Prevention in childhood of health problems in adult life. Ginebra, World Health Organization.
- López, N. J. y Domínguez, R. (1993). Medición de la autoestima en la mujer universitaria. Revista Latinoamericana de Psicología. 25, (2), 257-273.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.
- Lyman, B., Hatfield, D. & Macurdy, C. (1981). Persons cues in first-impression attraction. Perceptual and Motor Skills. 52, 59-66

- Mancilla, J. M., Manriquez, E., Mercado, L., Román, M. y Alvarez, G. L. (en prensa). Evaluación de la asociación entre trastornos alimentarios y algunos factores de riesgo.
- Mann, L. (1972). Psicología Social. México: Limusa.
- Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. Annual Review of Psychology. 38, 291-337.
- Mayer, J. (1968). Overweight: Causes, Cost and Control. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Mayer, J. (1975). Obesity during childhood. En M. Winick (comp). Childhood obesity. New York. John Wiley & Sons.
- McGuire, W. J. & McGuire, C. V. (1986). Differences in conceptualizing self versus conceptualizing other people as manifested in contrasting verb types used in natural speech. Journal of Personality and Social Psychology. 51, 1135-1143.
- McKinney, J. P., Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Editorial El Manual Moderno.
- Milstein, R. M. (1978). Responsiveness in newborn infants of normal weight and overweight parents. Dissertation Abstracts International. 39, 2478B-2479B.
- Miller, A. G. (1970). Role of physical attractiveness in impression formation. Psychonomic Sciences. 19, 241-243.
- Morgavan, C. B. (1976). Effects of degree of childrens obesity and complaint vs noncomplaint behavior on adult s evaluation and reinforcement of the children. Dissertation Abstracts International. 37, 1919B.
- Morri, S. S., Farrier, S. C., Rogers, C. S. y Tapper, L. J. (1982). Feeding behaviors food attitudes and body fitness in infants. Journal of the American Dietetic Association. 80, 330-334.
- Myers, G. D. (1995). Psicología Social. México: Mc Graw Hill.
- Mucchielli, R. & Boucier, A. (1979). La Dislexia, Causas, Diagnostico y Reeduación. Madrid: Cíncel-Kapeluz.
- Murrieta, C. M. (1997). Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM, México, D. F.

- Navarro, C. (1999). Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal (satisfacción/insatisfacción, sobreestimación-subestimación). Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, México. D. F.
- Nagel, L. y Jones, E. E. (1992). Predisposition factors in the development of eating disorders. *Adolescence*. 27, (106), 380-386.
- Neumann, C. y Alpaugh, M. (1976). Birth weight doubling time. A fresh look. *Pediatrics*. 57, 469-473.
- Newcheck, P. W. (1989). Improving access to health services for adolescents from economically disadvantage families. *Pediatrics*. 84 (6): 1056-1063.
- Nisbett, R. E. (1972). Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*. 79, 433-453.
- Nisbett, R. E. (1974). Starvation and the behavior of the obese. En G. A. Bray y J. E. Bethune (comps). Treatment and management of obesity. New York, Harper & Row.
- Oñate, M. P. (1989). El autoconcepto, formación medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea, S. A. De Ediciones.
- Ounsted, M. y Sleigh, G. The infants self-regulation of food intake and weight gain. *Lancet*. 2, 1393-1397.
- Orbach, S. (1986). Hunger Stricke. Londres: Faber & Faber.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (1990). Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., y Wakeing, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls-a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*. 20: 383-394.
- Perlman, D. & Cozby, P. C. (1992). Psicología Social. México: Mc Graw Hill.
- Petersen, A. C. y Brooks-Gunn, J. (1988). Puberty and adolescence En: E.A, Blechman y K. D, Brownell (Eds.) Handbook of behavioural medicine for women. Pergamon Press: New York.
- Pineda, G. G. (2000). Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de licenciatura. FES-ZARAGOZA. (UNAM), México. D. F.
- Polivy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and Bingeing: A casual análisis. *American Psychologist*. 40 (2): 193-201.

- Ponce de León, C., Montejo, M. L., Berenger, J. C., Ruiz, M. V. y Scigliano, R. (1995). Psicopatología Nuclear de la Anorexia Nervosa. El debate diagnóstico I. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica y ciencias afines. 23 (1), 29-33.
- Poskitt, E. M. E. y Cole, T. J. (1977). Do fat babies stay fat?. British Medical Journal. 1, 7-9.
- Poskitt, E. M. E. y Cole, T. J. (1978). Nature, nurture, and childhood overweight. British Medical Journal. 1, 603-605.
- Powers, P. S. (1980). Obesity: The regulation of weight. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Rogers, C. R. (1950). Client-Centered Therapy. Boston: Houghton. Mifflin. USA.
- Rallo, J. (1982). An exploration of the effects of parental modeling on the acquisition of eating behaviours by obese children. Tesis inédita. University of Manitoba.
- Riviera, M. 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. UNAM, México, D. F.
- Rodin, J. (1975). Effects of obesity and set point on taste responsiveness and ingestion in humans. Journal of Comparative and Psychological Psychology. 89, 1003-1009.
- Rodin, J. (1979b). Obesity. Why the losing battle?. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. 9, 17.
- Rodin, J. (1989). Psychological features of obesity. Medicine Clinical of North América. 73, (1), 47-66.
- Rosen, L. W., McKeag, Hough. D. O. y Curley, V. (1986). Pathogenic weight-control behaviour in female athletes. The Physician and Sports Medicine. 14: 79-86.
- Rosenberg, M. (1968). The logic of survey analysis. New York: Basic Books.
- Ross, L. D. (1977). The Intuitive Psychologist and His Shortcomings: Distortions on the Attribution Process. En L. Berkowitz (ed.) Advances in Experimental Social Psychology. New York: Academic Press.
- Russell, G. F. M. (1990). The diagnostic status and clinical assessment of bulimia nervosa. En Manfred, M. Fichter Editor. John Wiley & Sons: Bulimia nervosa: Basic research, diagnosis and therapy. Chichester.

- Salans, L. B., Cushman, S. M. y Weismann, R. R. (1973). Studies of human tissue. Adipose cell size and number in nonobese and obese apatients. The Journal of Clinical Investigation. 52, 929-941.
- Salans, L. B. (1974). Cellularity of adipose tissue. En: G. A. Bray y J. E. Bethune (comps). Treatment and management of obesity. New York. Harper & Row.
- Salans, L. B. (1981). Adipose tissue cellularity-An update. Obesity and Metabolism. 1, 48-53.
- Saldaña, G. C. (1994). Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Santoro, E. (1979). Percepción Social, En Salazar, J. M. Psicología Social. México: Trillas.
- Saucedo, T. J. y Gómez, Peresmitré. G. (1997). Validez diagnóstica del indice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México. 18 (1), 19-27.
- Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires:Editorial Paidós.
- Schilder, P. (1989). Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Argentina: Paidós.
- Schlundt, D y Johnson, W. G. (1990). Eating disorders: assessment and treatment. Allyn and Bacon: Needham Heights, M. A.
- Schlundt, D. G. y Bell, C. (1993). Body imagen testing system: a microcomputer program for assessing body imagen. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 15, (3), 267-285.
- Schneider, J. D., Hastorf, H. A. & Ellsworth, C. P. (1982). Percepción Personal. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Schonfeld, W. A. (1969). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici. Psicología social de la adolescencia. (pp. 27-43). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schumaker, J. F.(1985). Expirience of loneliness by obese individuals. Psychological Reports. 57, 1147-1154.
- Seltzer, C.C. y Mayer, J. (1975). A simple criterion of obesity. Postgraduate Medicine, 38, A-101-A-107.
- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self concept: Validation of construct interpretations. Review of Educational Research. 46, (3), 407-411.

- Sneider, W. H. (1950-1951). Las Varietes de la Constitucion Psysique de L'homme. Paris: PUF.
- Shenker, I. R., Fisichelli, V. y Lang, J. (1974). Weight differences between foster infants of overweight and nonoverweight foster mothers. Journal of Pediatrics. 84, 715-719.
- Shisslak, C. M. & Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55, (5), 660-667.
- Simic, B. S. (1980). Childhood obesity as a risk factor in adulthood. En: P. J. Collipp (comp). Childhood obesity. Littleton, Massachusetts. PSG Publishing.
- Sgaramella, L. Z., Galante, A., Jayakar, S. D. y Pennetti, V. (1980). Obesity in a grup of Italian elementary school children. Family structure. Journal of Biosocial Science. 12, 487-493.
- Slade, P. D. & Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimension in anorexia nervosa: Cross-section and longitudinal studies. Psychosomatic Medicine. 3, 188-199.
- Snyder, M., Tanked, E. D. & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior on the self-fulfilling nature of social stereotypes. Journal of Personality and Social Psychology. 35, 656-666.
- Sosa, A. L. y Castanedo, L. A. (1981). Anorexia nervosa, revisión bibliográfica e investigación realizada en un hospital general privado. Tesis de la especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. México: UNAM.
- Stunkard, A. J. (1984). The Current Status of Treatment for Obesity in Adults. En Stunkard, A. J. & Stellar, E. (Eds). Eating and its Disorders. New York: Raven Press.
- Statt, A. D. (1980). La Psicología. México: Harla Harp & Row Latinoamericana.
- Striegel-Moore, R. H., Silverstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist. 41, 246-263.
- Stunkard, A. J., d'Aquili, E., Fox, S. y Fillion, R. D. (1972). Influence of social class on obesity and Thinness in children. Journal of the American Medical Association. 221, 579-584.
- Szmuckler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. Journal of Psychiatric Research. 19: 143-153.
- Taitz, L. S. (1971). Infantile overnutrition among artificially fed infants in the Sheffield region. British Medical Journal. 1, 315-316.

- Thompson, J. K. (1990). Body Imagen Disturbance: Assesment and treatment. New York: Pergamon.
- Tobin-Richards, M. H., Boxer, A. M. y Petersen, A. C. (1983). The psychological significance of pubertal change: sex differences in perceptions of self during early adolescence. En: J. Brooks-Gunn y A. C, Petersen (Eds.) Girls at puberty: biological and psychological perspectives. Plenum Press: New York.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. Journal of Clinical Psychology. 40, 1226-1234.
- Turner, T. J. (1980). Obesity in children and adolescents. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1, 43-47.
- Unikel, C. y Gómez Peresmitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología. 16 (4): 121-126.
- Vargas, L. A. y 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.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology. 103 (1): 137-147.
- Wallon, H. (1959). Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. Enfance. 3, (4), 252-263.
- Warren, B., Stanton, A. y Blessing, D. (1990). Disordered eating patterns in female athletes. International Journal Disorders. 9 (5): 565-569.
- White, P. A., & Jounger, D. P. (1988). Differences in the ascription of transient internal states to self and other. Journal of Experimental Social Psychology. 29, 292-309.
- Wilie, R. C. (1961). The Self Concept. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J. y Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Pergamon Press. 11, 433-446.

- Williamson, D. A., Gleaves, D. H., Watkins, P. C. y Schlundt, D. G. (1993). Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body dissatisfaction. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 15, (1), 57-68.**
- Wood, A., Waller., G. y Gowers, S. (1994). Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. European Eating Disorders Review. 2 (1): 6-13.**
- Wright, P. (1981). Development of feeding behavior in early infancy. Implications for obesity. Health Bulletin (Edinb.). 39, 197-205.**
- Yeung, D. L., Pennell, M. D., Leung, M. y Hall, J. (1981). Infant fatness and feeding practices. A longitudinal assessment. Journal of the American Dietetic Association. 79, 531-535.**

11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de :

- A) \$2000 o menos
- B) \$2001 a 4000
- C) \$4001 a 6000
- D) \$6001 a 8000
- E) \$8001 a 10000
- F) \$10001 a 12000
- G) \$12001 o más

12.- ¿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, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros : ¿Quién o quienes ? _____

13.- 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
- G) Sin estudios

14.- 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
- G) Sin estudios

SECCION B

1.- Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses

- () Como hasta que me duele el estómago
- () He perdido el apetito
- () Pierdo el control y como demasiado
- () Me he sentido preocupado porque como muy poco
- () Me he sentido preocupado porque como mucho
- () Otro. Especifica _____
- () Ninguno

2.-¿Cuándo sientes más hambre ?

- Desayuno ()
- Comida ()
- Cena ()

3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?

- | | | |
|------|---------|-----------|
| Poca | Regular | Demasiada |
| () | () | () |

4.-¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre ?

Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente Siempre
 () () (50% de las veces) () ()

5.- Marca con una cruz (X) en la columna que corresponda, los alimentos que consumes durante el día.

	Hoy me desayuné	Ayer comí	Ayer cené
	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Arroz			
Atole (masa, avena, maizena, etc.)			
Atún (Ensalada o Guisado)			
Bohillo			
Café Negro			
Carne de cerdo			
Carne de res			
Catsup			
Cereales preparados			
Crema (Frutas ó guisados)			
Chicharrón			
Chocolate (En leche o agua)			
Ensaladas (lechuga, jitomate, verduras)			
Embutidos (jamón, salchichas, etc.)			
Frijoles			
Frituras (papas, churitos, etc.)			
Fruta (plátano, manzana, papaya)			
Gelatina			
Grasas (Mayonesa, aguacate, mostaza, mantequilla, aceite de olivo)			
Guisado con Carne			
Guisado con Verduras (calabacitas, chiles rellenos)			
Huevos (duros, tibios, fritos)			
Jugos o licuados de frutas			
Leche en polvo			
Leche fresca			
Licuado o batidos.			
Pan blanco (Tipo Bimbo)			
Pan de dulce			
Papas (Hervidas, Fritas, Guisadas)			
Pastas (Spaguetti)			
Pescado			
Pollo			
Postre (dulces, galletas, pastelitos)			
Queso fresco (Cottage)			
Quesos (oaxaca, manchego, pamesano)			
Refrescos			
Sardinas			
Sopas Caldosas (verduras, fideos, lentejas, pollo)			
Torta preparada o sandwich			
Tortillas Guisadas (enchiladas, tacos, chilaquiles, sopes, enfrijoladas)			
Tortillas de maíz			
Verduras (calabacitas, pepinos, zanahorias)			
Yogurt			
Mayonesa			
Pan integral			

6. En mi casa se cocina con:

- Aceite vegetal ()
Mantequilla ()
Manteca de cerdo ()
Aceite de oliva ()
No se ()
Otro. Especifica _____ ()

7.-¿Le pones azúcar a tus bebidas ?

- No ()
Sí () ¿Cuántas cucharadas? _____

8.-¿Le añades sal a tus alimentos ?

- No ()
Sí () ¿Cuánta?: Poca () Regular () Demasiada()

9.-¿Le pones mermelada o mantequilla a tu pan ?

- No ()
Sí ()

10.-¿Le agregas limón a tus alimentos ?

- No ()
Sí () ¿Cuánto?: Poco () Regular () Demasiado ()

11.- Escribe en el siguiente cuadro los alimentos que más engordan ; en el número 1 el que más engorda en el 2 el que le sigue hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

12.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?

- () No. (Pasa a la siguiente sección)
() Sí (Pasa a la siguiente pregunta)

13.-¿ A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal ?

_____ Años

14.-¿ A que edad hiciste tu primera "dieta" (dejar de comer ciertos alimentos).

_____ Años

SECCION C

1. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:

- Mamá ()
Papá ()
Yo mismo ()
Tía(o) ()
Abuela(o) ()
Hermana (o) ()
Otro. ¿Quién? _____ ()

2.- Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

3.- Como tan rápido que siento que la comida se me "abreganta".

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

4.- Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

5.- Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

6.- Mis padres o tutores me presionan (regañan, o amenazan con castigos) para comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

7.- Mis padres o tutores me hacen sentir mal por mi forma de comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

8.- Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda)

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

9.- Como a escondidas de mis padres

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

10.- Me levanto de la mesa hasta termine todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

11.- Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

12.- Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

13.- Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

14.- Mis padres o tutores me permiten que coma hasta que tenga hambre

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

15.- Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me servi.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

16.- Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

17.- Como rápido y mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

18.- A mis padres o tutores les da lo mismo si como mis alimentos o no

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

19.- Mis padres ignoran los alimentos que me gustan y cuales no

Nunca	A veces	Frecuentemente (50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

21. Para controlar mi peso es más fácil:

Dejar de desayunar..... ()
Dejar de comer.....()
Dejar de cenar ()
Dejar de hacer cualquiera de las tres ()
Ninguna de las tres ()

22.. Según yo, como:

Demasiado ()
Mucho ()
Ni mucho , ni poco (regular) ()
Poco ()
Muy poco ()

23. Según mis padres o tutores como:

Demasiado ()
Mucho ()
Ni mucho , ni poco (regular). ()
Poco ()
Muy poco()

24.- A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva. ●

les interesa demasiado..... ()
les interesa mucho..... ()
les interesa regular..... ()
les interesa poco..... ()
no les interesa..... ()

25.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
- les interesa mucho..... ()
- les interesa regular..... ()
- les interesa poco..... ()
- no les interesa..... ()

26.- Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa de manera regular..... ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

27.- En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
- Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
- para subir de peso..... ()
- por otra razón..... () explica para qué _____

28.- En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Amiga(o)..... ()
- Doctor(a)..... ()
- Nadie, lo decidí yo mismo ()

29. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo mismo		

30.- En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Papá..... ()
- Nadie..... ()
- Otra persona, quién _____ ()

31. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
- 2 veces por semana..... ()
- 3 veces por semana..... ()
- 1 vez a la semana..... ()
- ocasionalmente..... ()
- No practico deportes..... ()

SECCION D

1. Llegar a estar gordo:

me preocupa demasiado..... ()

me preocupa mucho..... ()

me preocupa de manera regular..... ()

me preocupa poco..... ()

no me preocupa..... ()

2. Como te sientes con tu figura ?

Muy Satisfecho.....()

Satisfecho.....()

Indiferente()

Insatisfecho.....()

Muy Insatisfecho()

3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :

Nada ()

Poco ()

Regular ()

Mucho ()

4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

5.-Me gusta mirarme al espejo

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

6.-Cuando quiero insultar a alguien lo llamo "gordo" :

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

7.-Admiro a las personas delgadas :

Nada

Poco

Regular

Mucho

()

()

()

()

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

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

9.- Marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

10.- Creo que estoy:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

11.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

12.- Según yo, un niño atractivo es:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

13.- Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gordo..... ()
 Gordo..... ()
 Ni gordo ni delgado ()
 Delgado..... ()
 Muy delgado..... ()

14.- Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente..... ()
 un poco más de lo que peso actualmente..... ()
 lo mismo que peso actualmente..... ()
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

15.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1.-	Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()
2.-	Critican tu peso corporal	()	()	()	()	()	()
3.-	Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()
4.-	Te molestan porque quieren que estés más delgado.	()	()	()	()	()	()
5.-	Te molestan porque quieren que subas de peso	()	()	()	()	()	()
6.-	Se burlan de ti porque estas gordito.	()	()	()	()	()	()
7.-	Se burlan de ti porque estas flaquito	()	()	()	()	()	()
8.-	Se burlan de ti porque estás chaparrito.	()	()	()	()	()	()
9.-	Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()

SECCION E

16. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 1 (nada) hasta el 5 (demasiado), cuánto crees que tienes de cada uno.

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitano	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

4. Mi tórax es :

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5.-Mi cintura es :

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5. Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

Mis muslos son :

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

6. Mi trasero es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

7. Mi estómago es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

8. Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Rígidos	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

SECCION F

1.- En tu casa la familia se reúne en los siguientes tiempos de comida :

Desayuno () Comida () Cena ()
 Desayuno y comida () Desayuno y Cena ()
 Comida y Cena () Desayuno, comida y cena ()
 Ningún tiempo de comida ()

2.- Con que frecuencia se reúnen para realizar tiempos de comida

Nunca A veces Siempre Solo los fines de semana
 () () () ()

3.- Como más lentamente que la mayoría de mis amigos

Nunca A veces Frecuentemente Muy Frecuentemente Siempre
(50% de las veces)
 () () () () ()

4.- ¿Qué es comer mucho ?

5.- ¿Qué es comer suficiente ?

6.- ¿Cuándo dejas de comer ?

Hasta que te sientes lleno ()

Hasta que estas satisfecho ()

Hasta que estas harta ()

7.- ¿Te preocupa comer porque puedes engordar ?

No () Si ()

8.-¿ Cuándo comes de más ?

Cuando te enojas ()

Cuando estas aburrido ()

Cuando estas triste ()

9.-¿ Cuándo te sientes mal ?

Te da hambre ()

Se te quita el hambre ()

Tu hambre es la de siempre ()

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(Si no hay una figura que se te parezca, dibújala)

SECCION G

1. ¿ Cómo te llevas con..?

Tu papá	<u> </u> Muy Bien	<u> </u> Bien	<u> </u> Regular	<u> </u> Mal	<u> </u> Muy Mal
Tu mamá	<u> </u> Muy Bien	<u> </u> Bien	<u> </u> Regular	<u> </u> Mal	<u> </u> Muy Mal
Tus amigos	<u> </u> Muy Bien	<u> </u> Bien	<u> </u> Regular	<u> </u> Mal	<u> </u> Muy Mal
Tus maestros (as)	<u> </u> Muy Bien	<u> </u> Bien	<u> </u> Regular	<u> </u> Mal	<u> </u> Muy Mal
Tus compañeros (as)	<u> </u> Muy Bien	<u> </u> Bien	<u> </u> Regular	<u> </u> Mal	<u> </u> Muy Mal

2. Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)

- Ninguno ()
- Uno o Dos ()
- Tres o Cuatro
- Cinco ()
- Más de Cinco ()

3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?

- No ()
- Sí ()

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión ? :

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
--	-------	---------	----------------	--------------------	---------

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 4. Las amistades | () | () | () | () | () |
| 5. El dinero | () | () | () | () | () |
| 6. La falta de comunicación | () | () | () | () | () |
| 7. La disciplina | () | () | () | () | () |
| 8. La comida o alimentación | () | () | () | () | () |

9. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos, hay o ha habido :

- Sobrepeso ()
- Tabaquismo ()
- Obesidad ()
- Alcoholismo ()
- Delgadez extrema ()
- Ninguno de los anteriores ()
- Todos los anteriores ()

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

- Actitud negativa hacia la obesidad ()
- Preocupación por el peso corporal ()
- Preocupación por la forma de comer ()
- Preocupación por la apariencia física ()
- Insatisfacción con la figura ()
- Todas las anteriores ()
- Ninguna de las anteriores ()

11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- Dietas para el control de peso ()
- Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana ()
- Las dos anteriores ()
- Ninguna de las anteriores ()

12.-Tus padres :

	Sí	No
Criticar la forma de tu cuerpo :	()	()
Criticar el tamaño de tu cuerpo :	()	()
Comparan tu cuerpo con el de tus amigos :	()	()

13.- Te molesta porque :

- Quieren que estés mas delgado ()
- Quieren que estés más lleno ()

SECCION H

Escoge 5 adjetivos o atributos escribiendo los números de cada uno en los paréntesis que aparecen en cada una de las afirmaciones . contesta rápidamente sin pensarlo mucho. No hay respuestas buenas ni malas,

1.-Delgado	16.-enfermo	31.-educado
2.-Guapo	17.-fachudo/desarreglado	32.-inteligente
3.-Alto	18.-amigable	33.-Rico
4.-Blanco	19.-prieto	34.-inútil
5.-Esbelto	20.-desagradable	35.-agradable
6.-Güero	21.-pasivo	36.-malo
7.-sano	22.-feo	37.-bajo(chaparito)
8.-Fuerte	23.-triste	38.-activo
9.-arreglado	24.-débil	39.-alegre
10.-bueno	25.-moreno	40.-estudioso
11.-Compartido	26.-flojo	41.-pelionero
12.-Seguro	27.-grueso	42.-inseguro
13.-útil	28.-responsable	43.-tonto
14.-Grosero	29.-obeso (gordito)	44.-pobre
15.-egoísta/envidioso	30.-irresponsable	

1.-Para ser el líder del grupo :

- () () () () ()

2.-Para que todos quieran ser tus amigos(as) :

- () () () () ()

4.- Para que todos(as) te envidien :

() () () () ()

5.- Para ser la más popular de la clase :

() () () () ()

6.-Para que las chicas se fijen en uno :

() () () () ()

7.-Para obtener buenas calificaciones :

() () () () ()

8.-Para ser la consentida de los papas :

() () () () ()

9.-Para que te inviten a las fiestas :

() () () () ()

✓✓.- Ahora escoge nuevamente 5 adjetivos o atributos para responder a las siguientes preguntas :

1.-¿Cómo crees que te ven... ?

a) Tus amigos : () () () () ()

b) Tu papá : () () () () ()

c) Tu mamá : () () () () ()

d) Tus maestros : () () () () ()

e) Tu misma como te ves : () () () () ()

2.-¿Cómo crees que los demás ven a :

a) Una persona gorda : () () () () ()

b) Una persona esbelta : () () () () ()

3.-¿Cuáles crees que sean los 5 adjetivos que más les gustaría tener a tus amigos ?

() () () () ()

4.-¿Si tu mejor amiga estuviera gordita que cosa le aconsejarías para que baje de peso ?

	5 Consejos para bajar de Peso
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX**

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiante mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general.
El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: **que respondas lo más cuidadosa honestamente posible.**

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

1.- Tipo de Escuela a la que asistes _____

Privada..... ()

Pública..... ()

2.- Grado que cursas: _____

3.- Edad que tienes(años cumplidos) : _____

4.-¿Cuánto pesas ? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas ? : _____ Kg.

5.-¿Cuánto mides ? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides ? : _____ Mts.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

Obrero ()

Empleado en una compañía ()

Empleado en el gobierno ()

Comerciante ()

Profesionista ()

Empresario ()

Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

Ama de casa ()

Empleada doméstica ()

Empleada en el gobierno ()

Comerciante ()

Profesionista ()

Empresaria ()

Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

Eres hija única ()

Eres la más chica ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres la mayor ()

9. ¿Ya estás menstruando?

NO.... () Pasa a la pregunta 12

SI..... () Pasa a la pregunta siguiente

**ESTA PARTE NO LA
CONTESTES**

E.r : _____

P.r : _____

10. Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11.- Tu menstruación se presenta....

regularmente (todos los meses)..... ()

irregularmente (unos meses si, otros no)..... ()

12. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de :

A) \$2000 o menos

B) \$2001 a 4000

C) \$4001 a 6000

D) \$6001 a 8000

E) \$8001 a 10000

F) \$10001 o más

13.- ¿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, Hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

14.- 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

15.- 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

SECCION B

1.- Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses

Como tanto que me duele el estómago ()

He perdido el apetito ()

Pierdo el control y como demasiado ()

Me he sentido preocupada porque como muy poco ()

Me he sentido preocupada porque como mucho ()

Otro. Especifica _____ ()

Ninguno ()

2.- Marca con una cruz (X) en la columna que corresponda, los alimentos que consumes durante el día.

	<i>Hoy me desayuné</i>	<i>Ayer comí</i>	<i>Ayer cené</i>
	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Aguacate			
Antojitos (tacos, sopes, etc.)			
Arroz			
Atole (masa, avena, maizena, etc.)			
Azúcar			
Bolillo			
Café			
Carne de cerdo			
Carne de res			
Cebolla			
Cereales preparados			
Crema			
Chicharrón			
Chile			
Chocolate			
Dulces			
Embutidos (jamón, salchichas, etc.)			
Frijoles			
Frituras (papas, churritos, etc.)			
Fruta			
Galletas			
Gelatina			
Habas			
Huevo			
Jitomate			
Jugos o licuados de frutas			
Leche en polvo			
Leche fresca			
Lentejas			
Mantequilla			
Nopales			
Pan blanco (Bimbo)			
Pan de dulce			
Papa			
Pastelitos			
Pescado			
Pollo			
Queso			
Refrescos			
Sopas (pastas)			
Tortillas de maíz			
Verdolagas			
Verduras			
Yogurt			
Mayonesa			
Pan integral			

3. En mi casa se cocina con:

- Aceite vegetal ()
Mantequilla ()
Manteca de cerdo ()
Aceite de oliva ()
No se ()
Otro. Especifica _____ ()

SECCION C

4. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:

- Mamá ()
Papá ()
Yo mismo ()
Tía(o) ()
Abuela(o) ()
Hermana (o) ()
Otro. ¿Quién? _____ ()

5. Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

6. Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta".

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

7. Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

8. Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

9. Mis padres o tutores me presionan para comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

10. Mis padres o tutores me hacen sentir culpable por mi forma de comer

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

11. Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda)

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

12. Como a escondidas de mis padres

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

13. Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me sirvi o todo lo que me sirvieron

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

14. Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

15. Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

16. Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me servi.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

17. Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

18. Como rápido y mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

19. Para mi es más fácil:

Dejar de desayunar ()
Dejar de comer ()
Dejar de cenar ()
Dejar de hacer cualquiera de las tres ()
Ninguna de las tres ()

20. Según yo, como:

Demasiado..... ()
mucho..... ()
ni mucho , ni poco (regular).. ()
poco..... ()
muy poco..... ()

21. Según mis padres o tutores como:

Demasiado..... ()
mucho..... ()
ni mucho , ni poco (regular).. ()
poco..... ()
muy poco..... ()

22. A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

les interesa demasiado..... ()
les interesa mucho..... ()
les interesa regular..... ()
les interesa poco..... ()
no les interesa..... ()

23. A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

les interesa demasiado..... ()
les interesa mucho..... ()
les interesa regular..... ()
les interesa poco..... ()
no les interesa..... ()

24. Me preocupa subir de peso.

me preocupa demasiado..... ()
me preocupa mucho..... ()
me preocupa de manera regular..... ()
me preocupa poco..... ()
no me preocupa..... ()

25. En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
para subir de peso..... ()
por otra razón..... () explica para qué _____

26. En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
Abuelita(o)..... ()
Tía(o)..... ()
Hermana(o)..... ()
Amiga(o)..... ()
Doctor(a)..... ()
Nadie, lo decidí yo mismo ()

27. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- Muy satisfecha ()
Satisfecha ()
Indiferente ()
Insatisfecha ()
Muy insatisfecha ()

27 (A). Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo misma		

28. En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
Hermana(o)..... ()
Tía(o)..... ()
Abuelita(o)..... ()
Papá..... ()
Nadie..... ()
Otra persona, quién _____ ()

29. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
2 veces por semana..... ()
3 veces por semana..... ()
1 vez a la semana..... ()
ocasionalmente..... ()
No practico deportes..... ()

SECCION D

30. Llegar a estar gorda:

- me preocupa mucho..... ()
- me preocupa..... ()
- me preocupa de manera regular..... ()
- me preocupa poco..... ()
- no me preocupa..... ()

31. Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)

- Nunca ()
- A veces ()
- Frecuentemente ()
- Muy frecuentemente ()
- Siempre ()

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G
()

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

1. Marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cadera					
Muslos					
Pompas					
Cintura					

2. **Creo que estoy:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

3.. **Creo que mis padres o tutores me ven:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

4.. **Según yo, una niña atractiva es:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

5. **Creo que mis amigos y amigas me ven:**

- Muy gorda..... ()
 Gorda..... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada..... ()

6. **Me gustaría pesar:**

- mucho más de lo que peso actualmente..... ()
 un poco más de lo que peso actualmente..... ()
 lo mismo que peso actualmente..... ()
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

SECCION E

1. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 1 (nada) hasta el 5 (demasiado), cuánto crees que tienes de cada uno.

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplida	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos pares de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	_____X_____	_____	_____	_____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos un par de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son	grandes	contestarás la letra	A
Si piensas que son	pequeñas	marcarás la letra	E
Si opinas que son	algo grandes	elegirás la letra	B (como en el ejemplo)
Si crees que tus manos son	algo pequeñas	elegirás la letra	D
Si tus manos no son	ni grandes ni pequeñas	responderás en la letra	C.

1. **Mi cuerpo es:**

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

2. **Mi cara es:**

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

3. **Mi cintura es**

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

4. **Mi busto es**

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruoso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5. **Mis muslos son:**

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Rígidos	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

6. **Mis pompas son**

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Rígidas	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

7. **mi estómago es:**

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

8. **Mis brazos son:**

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Rígidos	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

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

Mi cuerpo se parece más a:



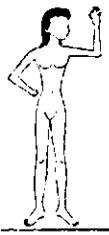
A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(Si no hay una figura
que se te parezca, dibújala)

SECCION F

1. ¿Cómo te llevas con..?

Tu papá	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tu mamá	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus amigos	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus maestros (as)	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus compañeros (as)	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal

2. Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea)

- Ninguna ()
- Una o Dos ()
- Tres o Cuatro ()
- Cinco ()
- Más de Cinco ()

3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigas y/o amigos con los que mantienes una buena amistad?

- No ()
- Sí ()

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión ? :

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
--	-------	---------	----------------	--------------------	---------

4. Las amistades	()	()	()	()	()
5. El dinero	()	()	()	()	()
6. La falta de comunicación	()	()	()	()	()
7. La disciplina	()	()	()	()	()
8. La comida o alimentación	()	()	()	()	()

9. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos, hay o ha habido :

- Sobre peso ()
- Tabaquismo ()
- Obesidad ()
- Alcoholismo ()
- Delgadez extrema ()
- Ninguno de los anteriores ()
- Todos los anteriores ()

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

- Actitud negativa hacia la obesidad ()
- Preocupación por el peso corporal ()
- Preocupación por la forma de comer ()
- Preocupación por la apariencia física ()
- Insatisfacción con la figura ()
- Todas las anteriores ()
- Ninguna de las anteriores ()

11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- Dietas para el control de peso ()
- Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana ()
- Las dos anteriores ()
- Ninguna de las anteriores ()