



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AUTOATRIBUCIÓN ASOCIADA CON OBESIDAD, SOBREPESO Y PESO NORMAL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES PREADOLESCENTES DEL SEXO MASCULINO.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
VERÓNICA CORREA GONZÁLEZ**

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRÉ**





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.

Dedicatoria

A Jehová Dios por ayudarme a alcanzar todos mis sueños.

*A mis padres Graciela y Gregorio
por el apoyo incondicional, por el amor y por respetar mis decisiones.*

*A mis hermanos Adriana, Graciela y
Gerardo por preocuparse por mi
bienestar.*

A Samuel Arellano por las sonrisas, porque al mirarte descubro que el amor es gozo y responsabilidad. Porque no temo al amarte.

AGRADECIMIENTOS:

A Elizabeth por el apoyo incondicional en la elaboración de ésta tesis. Por los sueños alcanzados, las experiencias compartidas. Por la amistad infinita.

A Isabel por la amistad, por ser oportuna. Por las sonrisas.

A Verónica García, Nancy Vargas, Juan Cuate por compartir las mitad de sus noches llenas de azul.

A Gisela por su inigualable disponibilidad.

A Fabián Martínez S por la contención.

A Marina y Eduardo por el cariño, por seguir incluyéndome en sus vidas.

Y todos y cada una de las persona que, de una u otra manera apoyaron en la elaboración de esta tesis. Gracias.

CONTENIDO:

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1

Antecedentes teórico-históricos 1

CAPITULO 2

Adolescencia..... 17

CAPITULO 3

Obesidad..... 30

CAPITULO 4

Autoatribución 60

METODO 86

RESULTADOS..... 97

CONCLUSIONES 107

REFERENCIAS

ANEXO

RESUMEN

La presente investigación* busco determinar si existían diferencia entre la autoatribución de los preadolescentes con obesidad-sobrepeso y emaciación con preadolescentes con peso normal. La muestra fue extraída de la población de estudiantes varones que acudían a la escuelas primaria y secundarias, del Distrito Federal y Área Metropolitana, que estuvieran igualadas en nivel socioeconómico. La muestra estuvo constituida por 213 preadolescentes del sexo masculino que se subdividió en $n = 13$ preadolescentes masculinos eran emaciados y delgados, $n = 138$ tenían peso normal y $n = 62$ tenían sobrepeso y obesidad. Se aplicó un instrumento que exploró la variable sociodemográfica, así como el cuestionario de alimentación y Salud con la finalidad de conocer si existían relación entre la autoatribución y peso corporal. Entre los principales resultados se encontró que la autopercepción de los atributos negativos propios y el seguimiento de dietas con propósito de control de peso dependen del peso corporal de los preadolescentes hombres.

*La presente investigación forma parte de una Investigación mayor IN305599 Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición.

INTRODUCCIÓN

Comer es una actividad vital que se realiza diariamente, sin embargo, es un acto que por sencillo que parezca se ve influenciado fácilmente por factores biológicos, psicológicos y del entorno cultural que lo puede afectar al grado de convertirse en un problema grave.

Actualmente se ha incrementado la población que sufre trastornos de la conducta alimentaria existiendo mayor riesgo según ciertas condiciones. Por ejemplo, se observa la mayor incidencia y prevalencia de estos trastornos en las naciones de primer mundo y estas a su vez influyen en otras culturas de acuerdo al lugar y época histórica y social. A pesar de que en estos países se cuenta con recursos para una adecuada alimentación, se le da cada vez mas atención a ciertos estereotipos que equiparan belleza y juventud con una figura delgada, lo que propicia conductas de riesgo para posibles surgimientos de desórdenes en el comer, entre los que se encuentran principalmente: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad; este estudio se centra de manera particular en la obesidad y en su posible relación con la autoatribución, seguimiento de dietas para el control de peso, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal de individuos con edades de 9 a 12 años.

Es importante mencionar que los trastornos de la alimentación no suelen iniciarse en la adultez, sino en la adolescencia ya que esta etapa de la vida se caracteriza por una búsqueda de aprobación e identidad marcada, la cual trae consigo mucha ansiedad y conflicto interno. Para el adolescente, probablemente mas que cualquier otra etapa de la vida, la apariencia es fundamental, por lo que tener una insatisfacción corporal o el autocalificarse con una serie de atributos negativos, por ejemplo, pueden generar graves conflictos en su persona, los cuales pueden resultar factores desencadenantes de los trastornos de la alimentarios.

Aunado a esto, y debido a los grandes cambios que tienen lugar en la pubertad y adolescencia, es frecuente encontrar niños que, a diferencia de los años anteriores, presentan sobrepeso u obesidad. Esta etapa es conocida como la edad del seguimiento de un gran número de dietas de moda y es claro que hoy en día, quizás más que nunca, los niños y los adolescentes están sujetos a la influencia de una cultura donde impera un ideal físico – delgadez difícilmente alcanzable (Craig, 1989).

En México, los estudios respecto a la obesidad y a los trastornos de la alimentación son muy limitados, especialmente en ciertas poblaciones. Considerando lo anterior, la presente investigación pretende identificar si existe relación entre el peso corporal y al autoatribución, las conductas de riesgo y la imagen corporal en grupos de hombres preadolescentes mexicanos: conformados en grupos de normopeso, sobrepeso – obesidad y delgados – emaciados.

ANTECEDENTES TEORICO-HISTORICOS

Los alimentos se encuentran asociados a una gran variedad de estímulos y sensaciones agradables. La amplia variedad de sabores y colores convierten a los alimentos en vigorosos estímulos que van más allá de ser el vehículo que le permite al ser humano obtener los nutrimentos que se requieren para mantenerse saludable. De acuerdo con Gómez Pérez-Mitre (1993), la alimentación es una respuesta altamente condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen en una fuente de conflicto generadora de desórdenes alimentarios.

Los desórdenes alimentarios son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimenticios y se clasifican de acuerdo con las conductas y con las consecuencias que estas producen en la esfera física, emocional y social, así como en el resultado final "adaptación o muerte" (Palma, 1997). Estos trastornos se caracterizan por disturbios en la conducta de comer que puede iniciarse con la práctica de dietas y la realización de ejercicio excesivo, hasta desarrollar conductas cada vez más riesgosas como el uso de laxantes, ayuno y vómito inducido que puede llegar a ocasionar la muerte. También las actitudes y comportamientos de los amigos y familiares, la influencia de los medios de comunicación y el entorno sociocultural entre otras causas, favorecen la aparición de los trastornos alimentarios entre los que se encuentran principalmente la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y la obesidad.

En el orden biológico el común denominador de los tres, es el balance calórico (la reacción ingreso–gasto calórico) y es precisamente en dicho balance en donde puede encontrarse la interrelación de los diferentes factores, pues, aunque los de orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

ANOREXIA NERVOSA

Para un reducido grupo de personas los alimentos no representan un estímulo bio–psico–social positivo, antes al contrario, puede llegar a convertirse en una obsesión. Estas personas tratan de mantener un ayuno perpetuo y sin importar cuan delgadas se vean, ellas aseguran estar gordas y siempre procuran perder más y más peso, aún con el riesgo de perder su propia vida. El nombre de esta alteración es ANOREXIA NERVOSA.

Muchos son los autores que han escrito a lo largo de la historia sobre la anorexia nerviosa. Se menciona aquí algunos de los más importantes: En 1347 nace Catalina Benincasa, quien a partir de los 16 años y hasta su muerte solo se alimentó de pan, hierbas crudas y agua perdiendo la mitad de su peso. Ella es conocida como Santa Catarina de Siena porque decidió sacrificar su vida por la Iglesia dejando de comer hasta su muerte.

En 1862, Sissi, emperatriz de Austria solo comía un alimento al día, practicaba exagerada actividad física, presentando con ello signos de una desnutrición grave así como un agotamiento debido al ejercicio (Raimbault & Eliachef, 1991).

La literatura teológica del siglo V al siglo VI, refiere casos de jóvenes que ayunaban, esto era interpretado como signo de elección divina o de posesión demoníaca, lo que podía llevar a la canonización o bien a la hoguera. En 1667 en Inglaterra una joven llamada Marthe Taylor despertó un gran interés ayunando durante varios meses, presentando amenorrea antes de la pérdida de peso (Silverman, 1986).

El doctor William Gull, aportó una serie de descripciones entre los años de 1868 y 1888. Fue quien utilizó por primera vez el término anorexia nerviosa, mencionó el criterio central de diagnóstico que difiere a la anorexia nerviosa de otras de enflaquecimiento (Toro y Vilardell, 1987).

La descripción del miedo anormal a volverse obeso como una característica de la anorexia, aparece en 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 en el de Charcot. Este investigador en 1980, pensaba que este padecimiento limitaba con la histeria pero no le pertenecía en exclusiva. Su método para tratar a las anoréxicas se basaba en el aislamiento de las pacientes de sus familiares, quienes tenían que permanecer alejados de éstas y cuando se observaba mejoría, se les permitía verlas. La visita de los familiares era una recompensa al avance en el tratamiento, como tratamiento adicional se utilizaba hidroterapia y fármacos. (Raimbault & Eliachef, 1991).

Bliss & Blanch, 1960, (citados en Murrieta, 1997), revisaron en el desarrollo histórico del concepto y las características clínicas de la anorexia nerviosa, no encontrando en la literatura una respuesta para distinguirlas de otras formas de desnutrición, ellos pensaron una pérdida de 25 libras (12.5 Kg) como una conveniente definición de la condición, cuando la pérdida de peso era atribuible a factores psicológicos.

Freud en 1895 hizo algunos señalamientos acerca de este padecimiento y a pesar de que no logró resolver el enigma de la anorexia, realizó importantes aportaciones para su comprensión. Presento su teoría de la anorexia a partir del caso de Emmi Von en el que denominó a la enfermedad como una cierta forma de abulia. De igual manera menciona que la enferma se niega a comer no porque los alimentos le disgusten, sino porque el comer se encuentra ligado a recuerdos repugnantes de su infancia. Agrega que la anorexia aparece como una forma de melancolía en los adolescentes en quienes su sexualidad está aún inconclusa.

Hacia los años cincuenta, los psicoanalistas enfocaron su interés más en el papel de la madre y las primeras relaciones madre-hijo. Desde el punto de vista de la psicopatología individual Bruch (1973), destaca en los pacientes anoréxicos las siguientes características: la importancia en la imagen corporal, la incapacidad de los padres para favorecer la expresión de sí mismo, la falta de autonomía y la idea de que nunca van a satisfacer las altas expectativas de sus padres.

En los últimos 25 años la comunidad científica empezó a estudiar en forma sistemática, para entender y tratar la anorexia nervosa y la bulimia. En 1980, fue cuando la asociación psiquiátrica Americana reconocía formalmente la existencia, desde el punto psicológico, de estas anomalías. Fue necesario que se incrementara la incidencia de la anorexia nervosa y de la bulimia para que apareciera en el DSM-III.

La anorexia nervosa se define como un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el enfermo (CIE 10, 1992). Se trata de una inanición voluntaria en donde se pierde del 15% en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

Los criterios diagnósticos de la anorexia nervosa según el DSM-IV, consisten en:

- a) Rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal para una determinada edad y talla.
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aún cuando se esté por debajo del peso considerado normal.
- c) Alteración de la imagen corporal.
- d) Ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Gracias al gran número de estudios que se han hecho alrededor de la anorexia se hizo la siguiente distinción en el DSM-IV (1994).

TIPOS DE ANOREXIA

- **Restringido:** durante el episodio actual de anorexia nerviosa la persona no se ha envuelto regularmente en "atracones" de comida ni en conductas de purga.
- **Atracones de Comida-Purga:** durante el episodio actual de la anorexia nerviosa, la persona se ha involucrado regularmente en atracarse de comida o en conductas de purga (por ejemplo vómito autoinducido o uso de laxantes, diuréticos o enemas).

En la anorexia nervosa se encuentra una importante alteración de la imagen lo cual se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Las personas que sufren de estos trastornos afirman que se encuentran obesos, cuando en realidad están por debajo de su peso corporal normal, o incluso están emaciados.

Los anoréxicos con frecuencia se preocupan por el tamaño de su cuerpo y por algunos rasgos de su físico. La pérdida de peso la consiguen por medio de una disminución de la ingesta de alimentos, acompañada de intenso ejercicio. Con frecuencia estos pacientes se provocan vómito o emplean laxantes o diuréticos.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA

De 1956 a 1958 la incidencia de la anorexia nervosa en mujeres de 12 a 25 años de edad, era de 3.98 por cada cien mil y se incrementó a 16.76 por cada cien mil durante los años de 1973 a 1975. (Abras en 1997) (citado en Aguilar y Rodríguez en 1997), recalca que: los casos de bulimia eran raros antes de 1980; no obstante, a principios de 1988 existió un aumento muy importante y representativo de 200 casos al año, que fueron atendidos en la clínica de desórdenes alimentarios de Stanford.

Hay una incidencia de anorexia en la población escandinava de 0.24 por cada cien mil que aumentó el doble en la década de los cincuenta. Actualmente existe una anoréxica por cada doscientas chicas de 16 años y un 1 por cien entre las de 16 a 18 años.

La anorexia nervosa es un desorden alimentario que principalmente afecta a las mujeres adolescentes y a mujeres en adultez joven, siendo rara en los hombres. Romero (1994), hace referencia a los resultados del National Institute Mental Health Survey (1987) que indica que 1 de cada 200 adolescentes entre edades de 12 a 18 años es un grupo de alto riesgo, de los cuales se desarrolla la anorexia y el 90% de los afectados son mujeres, además de que se ha registrado un constante incremento en la incidencia reportada de hombres anoréxicos de aproximadamente del 5 al 10%.

En Nueva York, en la década de los sesenta, el promedio anual de incidencia de anorexia nerviosa fue de 0.55 por 100,000 personas, mientras que en la siguiente década este promedio aumentó a un 3.26 por 100,000 personas. En Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumento 11% entre 1972 y 1981. (Feinholz. 1997).

Según Hoek (1991) la bulimia nervosa es 3 veces más incidente en las grandes ciudades que en las pequeñas poblaciones o áreas rurales holandesas, a diferencia de la anorexia nerviosa que se encuentra con la misma frecuencia en áreas con diferentes áreas de urbanización. En Noruega la prevalencia de la anorexia nerviosa encontrada en 1995 fue de 5.7% en mujeres adolescentes y de .8% en hombres, a diferencia de los países orientales en donde la prevalencia es muy baja. De 1972 a 1981 en Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumento al 11%, por el contrario la bulimia aparece más frecuentemente que la anorexia. En Australia se ha encontrado prevalencia hasta del 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norteamérica va desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarios. (Palma, 1997).

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD

Las personas anoréxicas presentan inteligencia término medio y superior al término medio, son autoexigentes y perfeccionistas obsesivas. Existe un alejamiento de lo sensual y de las necesidades más primarias, desarrollo psicosocial y sexual retrasado, presentan pasividad, sumisión y completa obediencia ante las figuras de autoridad, retraimiento, introversión, timidez, ansiedad, cautela, en las relaciones interpersonales y dependencia intensa a la familia.

Existen cambios en el estado de ánimo, como consecuencia de la inanición, estos se pueden observar directamente en dos posibles modalidades, la primera, se manifiesta como una disminución gradual en la intensidad de sentimientos y emociones que puede llegar casi a la indiferencia real, tanto interna como en la interacción con los

demás, esto da como resultado que la persona anoréxica se aisle. La segunda manifestación, es que cuando algunas personas dejan de ingerir alimentos presentan una reacción de euforia. Algunos autores manejan la hipótesis de la adicción a la inanición debido a que el cerebro interpreta la falta de alimento como una señal de estrés, produce adrenalina y endorfinas (Feinholz, 1997).

Es muy importante mencionar, que cualquiera de las modalidades descritas, si es que se da, presentan una intensidad y con matices que van de acuerdo con la severidad del trastorno y el tiempo de duración del mismo (Feinholz, 1997).

FACTORES SOCIALES

Los factores socioculturales combinados con una historia familiar de conflicto, aumentan la probabilidad de aparición de desórdenes de alimentación (u otro desorden), esta probabilidad es mayor durante la adolescencia la cual es una etapa en la que se busca ser independiente, se lucha por madurar y ser autónomo.

Los adolescentes sufren una inestabilidad interna y familiar que los obliga a buscar solución a los problemas propios de su edad. Esta inestabilidad los hace vulnerables a la publicidad, a las presiones culturales y de grupo.

Dentro de una familia y una sociedad caótica, es fácil para el adolescente perderse y tratar de adquirir control por lo menos en su cuerpo, y así, la anorexia controla lo poco que consume y con ello controla por lo menos en su fantasía a los demás (Barber & Bolaños, 1995).

El deseo de adquirir una figura esbelta resulta ser mucho más importante que la propia salud. La gente gasta grandes cantidades de dinero para comer más alimentos de los que después paga una vez más por el privilegio de hacer ejercicio, dietas y bajar de peso (González, 1992).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1993) la figura femenina socialmente deseable ha sufrido cambios a lo largo de este siglo que termina, que van de una figura llena, durante los años 20, a una cada vez más delgada; a partir de los 50, como lo demuestran los análisis realizados en revistas femeninas de diferentes épocas y los estudios realizados en las concursantes a Miss América, en los que se ha encontrado que el peso, en función de la estatura, ha decrecido significativamente desde 1960.

Aunado a estos cambios sociales de la figura ideal de la mujer, los medios de comunicación desempeñan un papel importante para el desarrollo, sostenimiento e intensificación de los desórdenes alimentarios. Los mensajes publicitarios auditivos o visuales que promueven la venta de productos y servicios favorecedores del adelgazamiento (Toro, 1988).

La mayoría de la publicidad va dirigida predominantemente al sexo femenino, entre los 15 y 24 años de edad. Es decir, la difusión de los mensajes publicitarios favorecen e invitan a estar delgados, estos siguen un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia nervosa.

ANOREXIA NERVOSA EN EL ÁMBITO DE LA NIÑEZ

El DSM-IV tiene dificultades para definir anorexia nervosa en el ámbito de la niñez. Por ejemplo el criterio D establece que debe haber una ausencia de al menos 3 periodos menstruales consecutivos. Esto es claramente inaplicable en este grupo donde la mayoría son pre-menstruales, y los periodos de menstruación son irregulares.

Además, expone el criterio de que el peso corporal debe ser mantenido al menos en un 85% de lo esperado, lo cual es difícil de entender, debido a que el peso solo puede ser calculado sobre la base de la edad y la altura.

Es importante mencionar algunos casos, en los cuales, el niño presenta todos los criterios para un diagnóstico de anorexia, pero cuyo peso es mantenido en un 86% de lo esperado, más aún algunos niños inician su enfermedad cuando se presentan considerable sobrepeso, con una marcada negación a la comida, amplia perturbación en la experiencia de su cuerpo, peso o figura e intenso miedo a la gordura, pero con peso relativamente normal (Bryand, 1995).

Un criterio más práctico de diagnóstico para la anorexia nervosa en niños podría ser (Bryand, 1995):

- a) Determinar la negación a comer.
- b) Una falta para mantener el peso normal esperado para cada edad o la pérdida actual de peso.
- c) Una sobre preocupación con la forma y el peso.

TEORIAS ACERCA DE LA FAMILIA EN ANOREXICAS

Al igual que el adolescente, la anorexia nervosa infantil se relaciona con las contribuciones familiares y sociológicas, pero se han hecho pocas evaluaciones empíricas de estas hipótesis. Bruch (1973) entendió la anorexia como una respuesta a algo que estaba en la experimentación temprana y los procesos interpersonales que rodean la satisfacción de la nutrición y otras necesidades.

Palazzoli (1974) describió a la familia del anoréxico, como sistemas líquidos homeostáticos, gobernados por reglas secretas que ataban patológicamente a las familias que son retadas por el surgimiento de la adolescencia.

También se habla de una falla en el proceso de simbolización, procesos similares a los descritos por el psicoanálisis francés. Cuando estos procesos de simbolización fallan los afectos y las emociones se manejan a un nivel muy concreto mediante la somatización. Ese es el caso de los padecimientos psicósomáticos y los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Stierlin & Weber (1990), en la anorexia nervosa existe un funcionamiento excesivo de los mecanismos de control que son necesarios para regular la alimentación, en el caso de la bulimia estos mecanismos son eficaces puesto que se mantiene el peso normal pero los pacientes se perciben a sí mismos vulnerables de sus compulsiones alimenticias. En las familias de los anoréxicos existen elementos que no se pueden describir aisladamente, los más importantes son: el autosacrificio; el cual se manifiesta con ideas de mejor dar que recibir, el ser abnegado, que las necesidades de los otros son más importantes, otra característica es la importancia que le da la familia al control de los impulsos, incluyendo los sexuales y los alimenticios.

Existe un sentido de justicia en este tipo de familias, el cual determina que todos deben de ser amados y tratados igual. De haber cierta preferencia manifiesta por algún miembro de la familia, debe de ser negada o evitar hablar de ella.

En las familias de las anoréxicas existe un rechazo hacia la comunicación abierta, además de que los padres son sobre protectores, competidores y depositan en sus hijos sus frustraciones. Pueden ser personas muy preocupadas por el aspecto físico y estar delgadas, haciendo énfasis en temas relacionados con dietas.

Si bien, es cierto que existen características psicológicas especiales en las familias de los anoréxicos, ninguna de estas hipótesis ha sido suficiente para explicar el desarrollo de la anorexia nervosa.

BULIMIA NERVOSA

La mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un período corto de tiempo se remontan al siglo XIX, pero estas conductas estaban asociadas a otras enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa.

En 1743 James menciona que la bulimia se caracteriza por una intensa preocupación por la comida. Motherby en 1785, describió tres tipos de bulimia; de tipo hambre pura, la asociada con desvanecimientos y la que finalizaba con vómitos. Hooper en 1825 utilizó tres términos: bulimia canina, emética y sinoréxica, términos que servían para designar un apetito voraz seguido por vómito. Janet en 1903 (citados en Chinchilla, 1994), publicó varios casos de bulimia en su obra sobre "Las obsesiones y la psicastenia".

El abuso de laxantes fue reportado por primera vez por Nogues en 1913 y ocasionalmente lo mencionan a partir de los años treinta; Berkman en el año de 1939 descubrió que el 60% de los pacientes con anorexia nervosa se provocan vómito, no obstante, la bulimia es vista como un síndrome hasta 1940 (Holtz, 1995).

En 1973, Bruch maneja la presencia de ingesta alimentaria compulsiva en sujetos que califica de "gordos-flacos". A Russell (1979), se le atribuye la denominación de bulimia nerviosa y la sugerencia de que este trastorno constituye una entidad independiente de la anorexia nerviosa.

Fue en 1907 cuando Janet publicó una descripción detallada de un caso de bulimia. Sin embargo, apenas, a partir de 1940 esta enfermedad se consideró un síndrome. En 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyó la bulimia en el manual de psiquiatría (DSM IV) como una enfermedad diferente a la anorexia nerviosa.

Los criterios del DSM-IV para bulimia son los siguientes:

A. Presencia de alteraciones frecuentes. Un atracón se caracteriza por

:

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

B. Conductas compensatorias tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

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

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

E. La alteración no parece exclusivamente en el trastorno de la anorexia nerviosa.

En un artículo (<http>) menciona que cerca del 4.6% o 4 de cada 100 mujeres en edad escolar tienen bulimia y cerca de un tercio (34%) de los adultos americanos hombres y mujeres tienen sobre peso o son obesos, muchos de ellos tienen el desorden en el comer del atracón (binge eating), sin que esto sea normal.

La anorexia y la bulimia afectan primordialmente a la gente entre los 10 y los 20 años pero los clínicos reportan ambos desordenes en niños hasta de 6 años e individuos hasta los 76.

Este mismo artículo, señala que sólo del 5 al 10% de las personas con anorexia y bulimia son hombres, la diferencia refleja las expectativas oposicionistas de nuestra sociedad para el hombre y la mujer; esto se refiere a que se espera que los hombres sean fuertes, poderosos, se sientan avergonzados de sus cuerpos delgados; en las mujeres el modelo a seguir es la delicadeza, femineidad y delgadez, por lo que se ven obligadas a perder peso, si en estos intentos pierden el control del hambre pueden llegar a desarrollar un autocontrol rígido o compulsivo, o bien pueden llegar a ser anoréxica, bulímica o ambas.

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD EN BULIMICAS

Las personas que padecen bulimia son personas muy lastimadas y solas, aparentan ser animosas y competentes, la depresión es frecuente. Estas personas suelen ser impulsivas y es común que abusen de fármacos y de alcohol. Tienen poca adaptación social, inhiben sus sentimientos y tienen gran confusión en cuanto a su identidad sexual.

Son personas con muy baja autoestima que sólo estando delgadas serán aceptadas por las demás. Estudios realizados en pacientes que padecían bulimia demostraron que alto porcentaje 52% había sufrido abuso sexual (Feinholz, 1997).

TEORIAS ACERCA DE LA FAMILIA BULIMICA

Según Feinholz (1997) la historia familiar es muy diferente a la de las pacientes con anorexia nerviosa. Son familias conflictivas, con historia de alcoholismo, suicidio, depresión, etc. La comunicación de estas familias es a través de mensajes contradictorios, por lo que a los hijos les cuesta trabajo consolidar su identidad. Los padres suelen devaluar todas las conductas de los hijos y existe muy poca comunicación entre los miembros de la familia.

Por otra parte, la bulimia se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida, en tanto las técnicas de purga se aprendan, frecuentemente, a través de la propia familia y de los amigos (Gómez Pérez Mitre, 1993).

ENFOQUE PSICODINAMICO

Algunos teóricos prefieren considerar que la preocupación de la bulimica de peso normal con respecto a los alimentos y al comer, es evidencia de su fijación en una etapa temprana del desarrollo, conocida como etapa oral, en la que la comida y el hambre dominan los procesos mentales.

Tal parece que la acción que se despliega en el acto bulímico, constituye una realización propiamente hablando; algo es efectivamente devorado, como una tentativa de introyección, prueba misma de una carencia, por lo demás negada. Más allá, de la necesidad de tener la suficiente comida, la incorporación oral como nos la describe Freud y después M. Klein (1945), representa la exigencia de tener a disposición, de manera permanente y cierta, lo que esa comida puede procurar de forma absoluta.

A nivel oral, la única forma de asegurarse definitivamente el objeto amado y todo poderoso, es incorporarlo. Sin embargo, en el hartazgo bulímico, se prueba que en la incorporación, no se perfila bajo un sentimiento de apropiación (lo que sí se observa es la plenitud de la saciedad), señala al contrario, el fracaso de la constitución de un objeto interno. (Igoín, 1990) (Citado en Szmukler, Dare & Treasure, 1995).

A nivel inconsciente y a partir de una ambivalencia en la relación del yo con el objeto, se busca vaciar, agotar o devorar el seno materno, de acuerdo con Klein, como una incorporación de estructura, y que simbólicamente en el acto bulímico se realiza a través de ingerir alimentos que no son el seno materno, pero que tiene como característica el ser comestibles (Igoín, 1990) (Citado en Szmukler, Dare & Treasure, 1995).

La experiencia de la carencia fundamental para este caso, no se refiere a un objeto que le falta al niño, sino a la unidad dual entera, a un desdoblamiento de la vivencia fusional; vacío y colmo. El fallo que se produce se inscribe como huella de un hundimiento. Cuando se ha producido un fallo en la identificación primaria, aparecen las figuras del vacío, que más tarde al vincularse con la comida, la bulimia no haría otra cosa que preservar lo que queda del amor respecto a un objeto. Todo ocurre, más bien como si al querer reencontrar al objeto, cada crisis renovara una tentativa no tanto de buscar al objeto, como la ocasión de amar.

ADOLESCENCIA

"El ser humano no fue hecho para permanecer siempre en la infancia; sale en ella en el momento ordenado por la naturaleza (...) Cambios de humor, apasionamiento frecuentes, una constante agitación de espíritu, hace al niño casi ingobernable, se manifiesta sordo a la voz que antes lo hacia dócil; es como un león enfurecido; desconoce domador y ya no quiere ser dirigido."

J.J. Rosseau

La *pubertad* se caracteriza por las alteraciones, fisiológicas del individuo sobre todas las derivadas de la intensificación de la secreción hormonal y la adolescencia se caracteriza por las modificaciones psíquicas y afectivo-sexuales emanadas de las primeras, son fenómenos específicos del desarrollo normal del ser humano. Su interrelación es recíproca, por lo cual se abarca los aspectos físicos de la pubertad y los psicosociales y emocionales de la adolescencia (Fernández, 1991).

La adolescencia, como se sabe es un periodo entre la niñez y la edad madura, en el que se da una especie de "acomodación" para lograr una adecuada adaptación en la etapa posterior, a través de cambios involuntarios pero necesarios.

Aunque la edad media de inicio es entre los 12 y 14 años; y de los 18 a los 20 para finalizar, tanto la edad de comienzo como el tiempo de duración, es muy variable, ya que puede iniciarse a los 7 u 8 años o hasta los 16 o 18 años, la duración depende de muchos elementos como el sexo, herencia, nutrición, cultura, etc.

La palabra adolescencia tiene su antecedente en el verbo latino "adolescere" que significa crecer o ir hacia la madurez (Hurlock, 1987). Sin embargo, este concepto no ha existido siempre ni se ha mantenido estático, ha ido cambiando en el transcurso de los años.

El interés por subrayar la importancia de la adolescencia aún cuando no se conceptualiza como tal, se manifiesta también en los años posteriores, como en el siglo XVIII, en el cual muchos de los intelectuales de ese tiempo lo tomaban en cuenta, un ejemplo de ello es Froebel, quien hizo hincapié en la importancia de los padres como un ejemplo para los hijos de esta edad (Hurlock, 1987).

En el siglo XIX, la adolescencia comienza a ser vista de otra forma, pues a causa de la industrialización la sociedad se fragmenta dando lugar a estratos sociales más distanciados, provocando a su vez, una mayor marginación y subordinación de los jóvenes, relegándolos a una vida adulta, sometidos a las ordenes de los mayores creándoles así una etapa comprendida entre la infancia y la edad adulta.

Freud (1905) consideró este fenómeno como la recapitulación de las experiencias obtenidas durante los primeros años de vida, reconoció, además, la importancia de esta etapa para la formación de la personalidad.

En los años veinte la inclinación de la investigación de la adolescencia fue en la mayoría biológica, con autores como (Buhler, 1927 & Spranger, 1929) (citados en Hurlock, 1987) quienes afirmaban que todos los sentimientos presentes en esta época de la vida, responde más a una necesidad fisiológica que a estímulos medioambientales.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

La adolescencia tiene un principio biológico que es la pubertad, como ya se mencionó, la pubertad se caracteriza por importantes cambios en el organismo tendientes al pleno desarrollo biológico sexual. Una clasificación de las modificaciones corporales incluye cuatro categorías principales: aumento del tamaño corporal, cambios en las proporciones del cuerpo, desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias (Hurlock, 1987).

La pubertad va acompañada tanto de cambios en el sistema reproductor y en las características sexuales, como en el sistema cardiovascular, en los pulmones, en el tamaño y fuerza de muchos músculos corporales etc. El "estirón" es una de los cambios físicos asociados a la pubertad. Este término se refiere habitualmente a la aceleración del aumento en estatura y peso. Existen muy considerables diferencias individuales en cuanto a la edad de comienzo. En los niños, el estirón puede empezar a una edad temprana como la de 10 años, o tarda como a los 16 años, mientras que en las niñas, el mismo proceso puede iniciarse a los 7 a 8 años, o bien no comienza hasta los 12, 13 o incluso hasta los 14 años.

Tanto el desarrollo físico como la maduración sexual biológica son dependientes de las hormonas sexuales y el funcionamiento del sistema endocrino en general. La hipófisis, glándula situada en la base del cerebro, controla y regula las secreciones de otras glándulas endocrinas. Mediante mensajes químicos contenidos en las hormonas hipofisiarias llamadas gonadotropinas se estimulan las glándulas sexuales, ovarios y testículos para la maduración y liberación de óvulos y espermatozoides. Las hormonas sexuales femeninas estrógenos y la testosterona, hormona sexual masculina, al inicio de la pubertad ingresan en gran cantidad al torrente circulatorio y son responsables de la mayoría de los cambios que ocurren en la pubertad (Coleman, 1985).

En los niños, el primer signo de aproximación de la pubertad está representado por un desarrollo de los testículos y del escroto, seguido por el crecimiento del vello púbico. La aceleración del crecimiento del pene y la aparición del bigote y barba acompañan con frecuencia al brote del desarrollo de la talla y del peso y habitualmente algo más tarde se produce el cambio de voz y aparece la primera descarga seminal o polución.

En las niñas, el crecimiento de los senos y del brote del vello púbico son signos tempranos de la pubertad, seguidos por el crecimiento del útero y la vagina. La menarquia, en sí, tiene lugar relativamente tarde dentro de la secuencia del desarrollo y casi siempre tras el pico o máximo de la velocidad del "estirón".

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La adolescencia es y seguirá siendo una preparación para llegar a la etapa adulta de la vida, en la que todos los estímulos que forman parte de ella facilitarán o harán complicado el aprendizaje de las habilidades necesarias para su satisfactoria resolución.

Durante la niñez, los padres son prácticamente los únicos responsables de cubrir las necesidades de su hijo, en la adolescencia por el contrario, se cuenta con los maestros, orientadores, amigos, etc., pero el joven seguirá manteniendo la dependencia para entrar, en la que necesitará el reconocimiento y el apoyo, evitando así algunas conductas que se contraponen a un buen desarrollo, como son la rebeldía, la depresión y otras.

El adolescente se tornará más susceptible a las situaciones dolorosas, por lo cual, la estabilidad psicológica que haya podido lograr se ve comprometida, aumentando el riesgo cuando no cuenta con personas que le apoyen.

Dentro de las formas de crianza características, se pueden distinguir tres tipos (Hurlock, 1987).

1. Permisiva.- Esta crea en los jóvenes poca comprensión y consideración hacia sus padres y los demás, por lo tanto, sus relaciones interpersonales se hacen difíciles, además de presentar irresponsabilidad.
2. Dominante.- Este tipo de educación puede generar en el adolescente sumisión, temor a la responsabilidad, dificultando su independencia.
3. Democrático.- Aquí se da la oportunidad al muchacho de opinar y decidir por sí mismo sobre sus deseos, pero sin olvidar límites, por lo que se fomenta el respeto y la libertad.

Otros elementos que tienen influencia sobre el desarrollo del adolescente son la situación económica de la familia, sus costumbres, su propia apariencia física y el medio escolar y social.

Uno de los avances más significativo de esta etapa es el intento por lograr la identidad propia, por ello cambiará la conducta infantil por otras que considera adultas, a la vez que luchará contra el medio para ser aceptado, en esta lucha se encontrará con nuevas identificaciones, nuevas pérdidas y nuevos intereses.

Los cambios físicos que sufre el adolescente, lo lleva a experimentar lo social y lo psicológico y a sentirlo de un modo muy distinto de lo que solía suceder en el período anterior. La razón de ello, es que el adolescente siente la transformación biofisiológica, en sus ideales una nueva dimensión, un ensanchamiento de sus expectativas, una ruptura en su continuidad, surge interrogante respecto a su comportamiento, en sus actitudes el vacío y la convulsión. En resumen, por que siente la introversión y la extroversión, el progreso y el retroceso (Fernández, 1991).

Los cambios físicos ejercen un profundo efecto en el individuo, pero quizás lo más importante de todo, es el efecto que tales cambios físicos tienen en la identidad. El desarrollo de la identidad del individuo no sólo requiere la noción de estar separado, sino también un sentimiento de continuidad de sí mismo y un firme conocimiento de como aparece uno ante el resto del mundo.

Los datos experimentales han demostrado claramente que el adolescente medio no sólo es sensible sino que con frecuencia, está dotado de un sentido crítico respecto a su propio físico cambiante (Clausen, 1975) (citado en Coleman, 1985).

Así y debido probablemente en gran medida a la importancia de las películas y la televisión, los adolescentes tienden a mantener normas, idealizadas de atracción física y a sentirse insuficientes o inferiores si no se hallan a la altura de los criterios impuestos por la moda, los cuales se encuentran muy alejados de la realidad.

Lerner y Karabenick (1974) (citado en Coleman, 1985) han demostrado que aquellos adolescentes que se sentían no ajustados físicamente a los estereotipos culturales se inclinaban a tener mal concepto de sí mismo. Algunos estudios han señalado la importancia del papel que las características físicas desempeñan para determinar la propia estimación, en especial del adolescente más joven.

La edad de comienzo de la pubertad se halla asociada con algunas consecuencias psicológicas. (Jones y Byley, 1950) (citado por Coleman, 1985) han demostrado que los muchachos, aquellos que se incluían en el 20 por 100 más lento en su desarrollo físico eran considerados por los adultos como menos atractivos, más inmaduros socialmente y más inquietos, charlatanes y autoritarios. Por otra parte, eran menos simpáticos a sus compañeros y muy poco destacaban como líderes dentro de un grupo.

ASPECTOS SOCIALES

La adolescencia aún cuando marca el paso de la niñez a la vida adulta, no cuenta con manifestaciones concretas que anuncien con precisión su principio o su final. Cada sociedad define a la adolescencia en forma distinta, en la provincia mexicana una mujer puede contraer matrimonio antes de crecer y madurar sexualmente. En caso contrario algunos jóvenes estudiantes alcanzan su independencia económica mucho después de terminar su desarrollo físico y sexual; legalmente la edad adulta es cuando se ejerce el voto (18 años). Algunas personas nunca salen de la adolescencia independientemente de su edad, por lo que es muy difícil saber con exactitud cuando finalizó.

En este ciclo se producen cambios físicos acelerados y psicológicos que implican el proceso de crisis de identidad, desarrollo hacia el pensamiento adulto y asumir nuevos roles sociales. Esta serie de cambios producen en el adolescente dudas y sentimientos de ansiedad y depresión, ya que cambiar significa modificar estilos de vida previos.

Según Rodríguez (1997), el adolescente experimenta el proceso de socialización en el que los individuos incorporan valores, estándares y creencias vigentes en su sociedad.

Los adolescentes se sienten juzgados por agentes externos y presionados a asumir roles para los que no siempre están preparados. En el proceso de establecer su identidad definitiva cobran importancia ciertos modelos.

El adolescente siente la necesidad de estar menos tiempo con sus padres, lo que va a permitir desprenderse de ellos, mostrándose en esta etapa la creciente necesidad de ser más independiente con respecto a las figuras de autoridad. Su interés se va a fijar en la posibilidad de establecer nuevas relaciones, principalmente con otros hombres y mujeres de su edad.

El adolescente desarrolla modas en el vestir, en el saludo, en el lenguaje y en su arreglo personal observándose radical en sus ideas. Esto influye en la actitud de los padres hacia él y va haciendo que el adolescente conforme su identidad, lo que a menudo le llevará a preguntarse quien es él y que es lo que quiere realizar y obtener en la vida.

CONCEPTO DE SÍ MISMO

Tanto los cambios físicos, como el desarrollo intelectual durante la adolescencia facilitan un concepto más complejo y sofisticado acerca de sí mismo, que implica un número mayor de dimensiones, abarcando tanto posibilidades como realidades.

El desarrollo del concepto de sí mismo es probable que se produzca debido a la creciente independencia emocional y a la necesidad de adoptar decisiones fundamentales sobre trabajos, valores, comportamiento sexual, elección de amistades, etc. (González, 1996).

La actitud de los padres juega un papel importante en el concepto que desarrolla el individuo de sí mismo, de su cuerpo y de sus funciones. En muchas ocasiones los adultos se comportan de un modo que debe parecer ambiguo al adolescente: exigiendo en unas ocasiones la obediencia propia de un niño, y esperando, en otras, la independencia de un adulto. Lo anterior puede provocar que el joven ponga en duda muchos aspectos de sí mismo.

Generalmente cuando un niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia se menosprecia. Del mismo modo, en las familias en las cuales se enfatiza el significado del aspecto y funcionamiento físico, se sobrevalora la seguridad que brindan dichos atributos físicos a la persona.

El joven durante esta etapa se encuentra muy sensible hacia el concepto del yo; reacciona rápidamente a lo que se piensa de él, dado a que su imagen se encuentra en constante cambio, la opinión de padres, maestros y amigos es tomada como verdadera. Por otro lado el adolescente crea una imagen corporal a partir de experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, y los medios de comunicación contribuyen en este proceso al plantear normas poco realistas del cuerpo ideal y descalificar a todo aquel que se aparta de él (Schonfeld, 1963) (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

IMAGEN CORPORAL

En ciencias sociales la imagen corporal se considera hoy que surge en general de la interacción social. Parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de las experiencias reales y fantasiosas que provienen en parte de su propio desarrollo físico del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y de la percatación cada vez mayor de las expectativas culturales (Schonfeld, 1963).

Imagen corporal se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica, en movimiento, es producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

En la teoría de la "ventaja sociológica", según la cual el adolescente cuyo tipo somático se parecía al "atlético" (o ideal) gozaba de ventajas especiales y de buenas oportunidades por la imagen positiva que proyectaba. El adolescente de características atléticas tiene más posibilidades de ofrecer una favorable impresión sobre él por los estándares contemporáneos que existen, en cuanto atractivo físico se refiere. Por desgracia el adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, al ostracismo y el rechazo del otro sexo, y a veces es tratado con desprecio y hostilidad (Cabot, 1983) (citado por Grinder, 1976).

En un estudio llevado a cabo por Engel (1959) (citado por Coleman, 1985) éste utilizó la técnica Q-sort, para la comprobación de la imagen de sí mismo, aplicó dicho test a muchachos y muchachas de 13 y 15 años de edad, repitiendo el estudio más tarde, cuando los sujetos tenían 15 y 17 años de edad.

Los resultados mostraron una relativa estabilidad de la imagen de sí mismos entre 13 y 15, así como entre los 15 y 17 años. Sin embargo, Engel demostró también que los incluidos en el 20% de la muestra que manifestaran una imagen de sí mismo negativa en la primera aplicación, eran significativamente menos estables en la visión que tenían de sí mismos en la segunda aplicación.

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

El origen con la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento, y por el otro es una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción vinculada a la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza para ser aceptado y como parte, en su expresión más amplia de una cultura (Gómez, Pérez-Mitré, 1995).

En la actualidad existe un gran número de mujeres jóvenes que se perciben obesas sin serlo, ya que la presión social, principalmente ejercida sobre las mujeres, juega un papel desencadenante en la alteración de la imagen corporal.

Muchas mujeres desde muy temprana edad entran en el mundo de las dietas, diuréticos y aparatos de ejercicio para alcanzar un "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal.

Los constantes mensajes emitidos por los medios de comunicación advierten a la joven que no se fie de su cuerpo, pues en cualquier descuido puede engordar. Al mismo tiempo, los jóvenes reciben el mensaje de que su cuerpo es el medio para alcanzar la felicidad. Dicho mensaje que es inculcado al adolescente se mantendrá en su mente, dando como resultado una constante preocupación por su cuerpo, aspecto y una insatisfacción con su cuerpo (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

IDENTIDAD DE PAPEL SEXUAL

El término de "papel sexual" se emplea para referirse a una serie de estándares o predisposiciones que describen el comportamiento masculino o femenino adecuado en una determinada cultura.

Desde la más temprana infancia, los individuos aprenden que comportamientos resultan aceptables y cuáles no para cada uno de ambos sexos. Este aprendizaje puede no tener forzosamente lugar en un mundo explícito, sino que es más frecuente que sea adquirido por el niño como un aspecto de las normas generales que existen en su medio ambiente (Coleman, 1985).

La identidad del papel sexual puede considerarse que representa el grado en que el individuo cree haberse ajustado al papel sexual descrito. Es decir: la identidad con el papel sexual se refiere a la medida en que una persona, siente que su comportamiento va de acuerdo con los estándares que operan en la respectiva cultura y que determinan el comportamiento masculino o femenino en general. (Coleman, 1985).

Algunos autores han señalado que mientras la identidad de género parece adquirirse muy tempranamente, por lo general antes de los cinco años de edad, el desarrollo de la identidad de papel sexual tiene lugar en etapas más avanzadas de la niñez y tan sólo se convertirá en una cuestión de auténtica importancia cuando el individuo entre en la adolescencia.

Es durante la adolescencia que la identidad sexual se vuelve problemática, como se puede ver, en nuestra sociedad, antes de la pubertad se permite un considerable margen de acción en el comportamiento adecuado al sexo.

Sin embargo, cuando inicia la pubertad, el individuo está sometido a dos presiones. En primer lugar los padres, profesores y otras personas mayores consideran que el joven se acerca a la vida adulta y desean asegurar al joven una adaptación con éxito. En segundo lugar, el grupo de compañeros va ejerciendo una creciente influencia en la determinación de los comportamientos que son aceptados. En ambos grupos destacan los niveles correspondientes a papel sexual y señalan, de manera que no deje lugar a dudas, las sanciones que tendrán lugar si el adolescente se desvía demasiado de la norma (Coleman, 1985).

OBESIDAD

... anatomía es destino... en la medida en que determina, no sólo el alcance y la configuración del funcionamiento fisiológico y su limitación, sino también, hasta cierto punto, las configuraciones de la personalidad. El compromiso y la implicación básicos reflejan también, naturalmente, el plano general del cuerpo.

(Erickson, 1968)

Hubo épocas en que la obesidad era un signo de buena salud, un indicio de buena situación económica del individuo e incluso un atributo a la belleza (Saldaña & Bossell, 1988). Esto ha quedado ampliamente evidenciado tanto en la pintura como en la escultura de la Edad Media y el Renacimiento.

En el mundo oriental, entre los Etruscos, Persas y Egipcios, los modelos estéticos eran las figuras longuilíneas, por lo que la abundancia se representaba en figuras "gordas" como la diosa Apis en Egipto. En la Edad Media entre los siglos V y XV de nuestra era, se observó una gran influencia de la religión cristiana, por lo que se creía que la obesidad era un regalo de Dios, pero a la vez la gula era un pecado capital, además se le daba una gran importancia al hecho de ayunar como un signo de devoción, la corpulencia simbolizaba vientre fértil.

Shor en 1927 afirma que la grasa estaba separada de la sangre y acumulada en pequeñas "bolsitas", el concepto de células adiposas no existía en ese tiempo. Fleming en la segunda mitad del siglo XVIII señalaba que la enfermedad de la obesidad era causada por un desequilibrio entre los sólidos y los humores.

En 1836, Quetelet publicó el índice peso-talla, el cual actualmente todavía se utiliza, un año después aparece un manual antropométrico publicado por Roberts. El concepto estético de obesidad se modificó al finalizar el siglo XIX cuando aparece el primer caso de obesidad hipofisiaria (Ramos, 1995).

Las concepciones estéticas empiezan a cambiar a fines del siglo XIX y a comienzos del siglo XX, en donde autores como Magaña en 1926, refiere que nunca se había llevado a tal extremo de escualidez el prototipo delgado de la figura humana. A diferencia de las épocas pasadas en donde el ser obeso implicaba salud, fertilidad, fortaleza y abundancia; en la actualidad la obesidad está considerada como un grave problema de salud, lo cual la hace una situación no deseable desde el punto de vista médico y desde el ángulo social.

A fines de los 60's una modelo apodada "Twiggy" por su excesiva delgadez modificó la moda de esa época; en la época de los 70's se empieza a evaluar los hábitos alimentarios y el estilo de comer de los niños y adultos obesos y se aplican programas conductuales para el tratamiento de la obesidad.

En este siglo han proliferado los restaurantes de comida rápida y comida chatarra con un alto contenido de azúcares y grasas, lo anterior, aunado al sedentarismo ha originado un incremento de la obesidad, principalmente en los países occidentales. Por otro lado, los medios de comunicación se han encargado de subestimar la imagen de las personas obesas y magnificar las figuras esbeltas, especialmente en las mujeres.

ESTUDIOS Y PREVALENCIA

En los últimos años la obesidad se ha convertido en un grave padecimiento que afecta tanto a los niños como adultos y aparece en todas las esferas sociales. De acuerdo con investigaciones hechas por Foreyt en 1988 el 26% de personas de la Unión Americana entre los 20 y 75 años de edad tienen problemas de sobrepeso.

Lo más importante con relación a los desórdenes alimentarios y a la obesidad es el significativo incremento que han sufrido en poblaciones normales, esto es, poblaciones que no ameritan un diagnóstico clínico, la presencia de algunos de los síntomas de estos trastornos se ha vuelto más frecuente que los cuadros clínicos completos, y mucho más común de lo que se esperaría encontrar en la población general. Y aunque la presencia de estos síntomas en forma aislada no es un indicador seguro de desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señala a los individuos con mayor riesgo de adquirirla. Son personas que tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia, de bulimia y obesidad (Unikel & Gómez Pérez-Mitré, 1996).

De los distintos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexo, se puede concluir que en las sociedades occidentales la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que los hombre parecen alcanzar su peso máximo antes que las mujeres.

En estudios llevados a cabo en Buenos Aires para determinar la prevalencia de obesidad en la población de dicha área, se encontró que entre estudiantes jóvenes y adolescentes del sexo masculino existe una prevalencia del 15.9% y del 18.3% entre estudiantes del sexo femenino (Braguinsky & cols. 1976). Esto utilizando los valores de criterio del IMC de Braguinsky (sobrepeso = IMC de 23 a 27 para hombres y mujeres; obesidad = IMC > 27 para mujeres y > 28 para hombres; obesidad extrema o mórbida = IMC > 31 para hombres y mujeres).

Así mismo, la mayoría de los estudios realizados sobre la obesidad infantil señalan una mayor prevalencia de este trastorno entre las niñas, tanto en la primera infancia como en la adolescencia. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Alonso, Páimes, Sergivia, Ainedo, Dénia & Orti, T (1984), en nuestro país con población escolar se encontró lo contrario: el 30.93% de niños y el 27.78 de niñas entre 6 y 11 años eran obesos, mientras que entre adolescentes de 13 y 14 años el 30% de los chicos era obeso, frente al 29.47% de las chicas.

En cuanto a México, en una recopilación de encuestas nacionales sobre la prevalencia de la obesidad en la República Mexicana, el Doctor González Barronco (1994), encontró prevalencia del 35%.

En un estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitré (1993), en el cual trabajo con muestras de investigación previas pertenecientes a poblaciones normales formadas por estudiantes con niveles escolares de secundaria o posgrado. Se trabajo con un diseño de investigación de 4 grupos con observaciones independientes. Los datos se obtuvieron de las respuestas dadas a los reactivos correspondientes a: variables sociodemográficas, de medición corporal (para la obtención del IMC) y de estimaciones corporales subjetivas (autopercepción del peso corporal, autclasificación del mismo y peso deseado) y que forman parte de los cuestionarios de estudios previos (Gómez Pérez-Mitré, 1993), y de las variables que exploran hábitos, prácticas alimentarias y formas de comer.

Entre los resultados más importantes de este estudio se encontró con porcentajes muy altos, las mujeres de cada subgrupo no respetan horarios establecidos para comer y admiten también en porcentajes muy alto sentir que carecen de control sobre sus alimentos, aunque al parecer no existe una sobrealimentación (hiperfagia) en proporciones importantes. Se encontró que si existe una inclinación por azúcares e hidratos de carbono, y que, si bien la mayor parte de las mujeres no son obesas, si muestran prácticas y formas relacionadas con la obesidad.

En este estudio, entre los hombres adolescentes (de 15 a 20 años) y jóvenes de 21 a 29 años no se encontraron índices de obesidad; entre los jóvenes se encuentra una prevalencia de sobrepeso del 7.4%. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes se encontró una prevalencia de obesidad del 4% y del 6.3% respectivamente, 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 (de 30 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado se encontró, por su parte, un 10% de obesidad.

En México no se cuenta todavía con estadística y datos derivados de investigaciones sistemáticas, epidemiológicas y longitudinales que aporten información amplia y confiable sobre el problema de obesidad en el país, pero la información que se tiene, la muestra como un problema que ha ido creciendo, como una enfermedad crónica degenerativa así como un factor secundario para otras enfermedades con las que aparece frecuentemente asociada (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

DEFINICION DE OBESIDAD

Para Pasqualini (1973) la obesidad es el estado en el cual el organismo acumula un exceso de tejido adiposo, con desviación notoria en la conformación somática. En otros términos, podría definirse como una hiperplasia e hipertrofia difusa de tejido adiposo; este tejido superfluo se distribuye principalmente en el celular subcutáneo.

Rodwell (1993), define la obesidad como un estado patológico caracterizado por la acumulación excesiva de tejido adiposo, almacenándose grasa en forma de triglicéridos. Generalmente se aplica a una persona que está 20% por arriba de su peso estándar, entendiéndose por peso estándar al peso promedio de acuerdo a la talla, complexión y edad referido en las tablas (NCHS, 1983 Y NOM, 1993). Sobrepeso se refiere a las personas con un peso corporal que excede al estándar peso-talla entre un 10% y 20%. Tanto en niños como en adultos, esta alteración se manifiesta cuando desaparece el equilibrio que debe existir entre: ingestión de alimentos y utilización orgánica de los mismos, bien por un aumento del primero o disminución del segundo.

La obesidad es una enfermedad según Braier (1988) (citado en Rodwell, 1993) ya que reduce las expectativas de vida, observándose que los obesos con peso superior al 30% de lo normal para su edad y sexo, pueden ver reducida esta expectativa a la mitad, además de que provoca, complica o agrava otras patologías como: insuficiencia respiratoria y cardíaca, hipertensión arterial, hiperlipoproteinemia, diabetes, tolerancia anormal a la glucosa o narcolepsia.

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento de peso corporal. Este exceso de grasa o de tejido adiposo se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) > 27 en las mujeres, y > 28 en los hombres, y obesidad masiva >31 en hombres y mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 1993 b).

En cuanto a si una persona presenta sobrepeso, esto se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) de 23-27, mientras que el peso normal está dado por un IMC de 19-22.9.

DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

El excesivo contenido de tejido adiposo implica aumento de peso del individuo, por lo que muchas veces se identifica obesidad y sobrepeso. Pero esta idea es errónea; una persona puede pesar más de lo normal para su sexo, edad y talla y no ser obesa; como es en el caso de algunos deportistas con un gran desarrollo muscular.

Gómez Pérez-Mitré (1993) afirma que en la práctica médica se cuenta con diferentes métodos para diagnosticar obesidad y sobrepeso. Sin embargo, los cuantitativos han sido los más utilizados en investigación y entre éstos se han considerado como más prácticos a los denominados índices ponderables. Estos expresan una relación peso-talla y la bondad en la estimación de obesidad o de sobrepeso que puede agregarse con un determinado índice depende de la alta correlación que mantenga con la grasa corporal y de la baja correlación que tenga en la estatura.

Para estimar de una forma aproximada el grado de obesidad, se puede utilizar las gráficas de distribución de peso y talla, que permiten hacer un diagnóstico rápido del estado de nutrición (OMS, 1983, NOM, 1993). Una forma de lograr una mayor precisión es la estimación de peso en relación con la talla, es a través del llamado peso relativo, este se obtiene dividiendo el peso del sujeto entre el peso ideal para su talla y multiplicando el resultado por 100. De acuerdo con este índice se habla de sobrepeso, cuando este es superior en un 10-20% al peso ideal para su talla, y de obesidad cuando está por arriba del 20%. Se considera de primer grado cuando es igual o superior al 20% de segundo grado cuando es igual o superior al 30% y de tercero cuando excede del 40% del peso ideal para la talla. Resultados similares se obtienen mediante el denominado Índice Nutricional que relaciona el cociente de peso y talla del paciente con el cociente de peso y talla media para su edad (Rolland-Cachera, Deheeger, Belliste, Sempe, Guillard Bataille, & Patais, 1984).

En México los indicadores más utilizados para diagnosticar obesidad son el IMC de Quetelet y el Índice Nutricional. Ambos índices se utilizan para estimar obesidad y sobrepeso, el primero de ellos en adultos y el segundo en púberes.

El IMC (peso/talla²), creado por Quetelet, posee precisamente las cualidades de confiabilidad: por una parte, se ha comprobado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal a través de la densometría -se pesa a la persona inmersa total o parcialmente en agua para obtener la densidad corporal- (Durnin & Womerally, 1974; Keys, Fidaliza, Karvonen, Kimura & Taylor, 1972, citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993). Por otra parte, la fórmula del IMC (peso/talla²) al elevar la estatura al cuadrado disminuye la influencia de la misma (NIH, 1985; Simopoulus, 1986) (citados por Gómez Pérez-Mitré).

En nuestro país el IMC ya ha sido validado en 1992 por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré. Con base en los resultados obtenidos por estos investigadores, la obesidad en jóvenes y en adultos se diagnostica cuando los valores del índice son mayores a 27. Sin embargo, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en preadolescentes, por lo que es poco recomendable utilizar este índice para diagnosticar estado nutricional en la adolescencia temprana, por lo tanto, recomiendan utilizar el Índice Nutricional. La obesidad en púberes se estima cuando se obtienen valores mayores de 136.5 (Gómez Pérez-Mitré, Unikel, Saucedo, 1999)

Al utilizar el Índice Nutricional:

$$\frac{\text{Peso actual/talla actual} \times 100}{\text{Peso medio/talla media}}$$

CLASIFICACION DE OBESIDAD

Stukar (1984) (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993) clasificó la obesidad en 3 categorías: 1. Leve, que corresponde del 20% al 40% de sobrepeso, 2. Moderada, que va del 41% de sobrepeso, 3. Severa, cuando el sobrepeso excede el 100%. Según sus criterios el 35% de la población general puede considerarse obesa, indicando que un 25% de mujeres estarían en la categoría de leve, un 9% en la categoría de moderada y el 0.5% en la severa o grave, no existiendo datos comparables para la población masculina.

Braguinsky (1976) ha utilizado los siguientes criterios de clasificación para obesidad:

1. Anatómico
 - a) Androide
 - b) Ginoide
2. Histológico
 - a) Hipertrofia
 - b) Hiperplásica
3. Etiológico
 - a) Causas desconocidas
 - b) Endocrina
 - c) Hipotalámica
 - d) Genética
4. Cronológico
 - a) Infanto-juvenil
 - b) Del adulto
5. Cuantitativo
 - a) Sobrepeso
 - b) Obesidad
 - c) Obesidad extrema o mórbida

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica y la obesidad hiperplásica. La primera se caracteriza por el aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. La obesidad hiperplásica se caracteriza por un aumento del número de células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico.

La obesidad hipertrófica es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta, mientras que la obesidad hiperplásica es más frecuente que aparezca en la infancia (Hirsch, 1976).

En función a la edad de comienzo de la obesidad (criterios cronológicos) se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia.

ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Para Pasqualini (1973) la etiología de la obesidad constituye un problema aún no resuelto, ya que antes se clasificaba como obesidad exógena (provocada primitivamente por excesiva ingestión de alimentos) obesidad endógena (consecutiva a un trastorno del metabolismo). El problema consiste en que no siempre se sabe si el trastorno del metabolismo impulsa a comer en exceso o viceversa.

Existen factores internos y externos, biológicos psicológicos y sociales íntimamente relacionados entre sí, algunos de ellos actúan en el comienzo de la enfermedad, otros en su perpetuación y varios en ambas circunstancias.

FACTORES ENDOCRINOS

Hablar de la parte endocrina de obesidad hace notar que pueden ser reales aquellos casos de obesos con hábitos alimentarios moderados, y empezar a considerar que no necesariamente un "gordo miente".

No obstante que las hormonas han sido consideradas como posibles factores causantes de la obesidad, sólo un número reducido de pacientes ha mostrado evidencias clínicas de padecer endocrinopatía (Bigsby & Muñiz, 1962). En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede en el hipotiroidismo y el síndrome de Cushin (Saldaña, Bosel, 1988).

HORMONA TIROIDEA

Se dice que una alteración de la glándula tiroidea puede tener como efecto secundario el almacenamiento excesivo de tejido graso, debido al decremento de necesidades calóricas. Esto se debe a la alteración que sufre en el funcionamiento del metabolismo basal (Olefsky, 1986). Sin embargo como lo mencionó Olefsky solo una minoría de pacientes con hipotiroidismo son realmente obesos y una pequeña porción de obesos padecen de problemas tiroideos.

SÍNDROME DE CUSHIN

La corteza adrenal secreta diferentes tipos de hormonas como son, la glándula glucotiroidea (hormona de los azúcares), la minercorticea (hormonas del agua y la sal); y las gónadas (hormonas androgenéticas y estiogenéticas). Todas estas hormonas se encuentran implicadas de alguna forma en la obesidad (Bigsby & Muñiz, 1962).

El síndrome de Cushin que es conocido por una hiperfunción de la corteza adrenal, el total del peso corporal no incrementa debido a que se da un almacenamiento masivo en partes específicas del cuerpo como la cara, regiones supraclaviculares, cuello y tronco. Que forman las características específicas del síndrome de Cushin.

Menos frecuentes son las obesidades secundarias a un hipogonadismo primario o las asociadas con el síndrome del ovario poliquístico (Saldaña, 1988). Aunque rara vez la obesidad está causada por este tipo de factores, debe estar siempre presentes en la mente del médico en el momento de evaluar a un paciente obeso.

FACTORES GENÉTICOS

La idea de que la obesidad resulta de comer más de lo que se considera "normal", es difícil de refutar. Todos conocemos a personas obesas que ingieren grandes cantidades de energía. El problema es saber qué es lo "normal", puesto que los requerimientos energéticos pueden variar mucho de un individuo a otro.

Algunas encuestas sobre el consumo de alimentos en niños han mostrado que los gordos no comen más que los delgados. En un trabajo publicado en 1975 se hace referencia a un grupo de 29 mujeres gordas que aseguran no perder peso con las dietas usuales. Estas mujeres fueron sometidas durante tres semanas a una dieta muy controlada de 1500 kilocalorías diarias. Pasando ese lapso, sólo 19 bajaron de peso; nueve no modificaron e incluso una de ellas subió de peso (Lisker, 1986).

Las condiciones del estudio eran tales que resulta imposible argumentar que quienes no bajaron de peso habían ingerido en forma subrepticia alimentos indebidos. Los autores sugirieron que algunas de estas mujeres tenían una eficiencia metabólica superior a las otras y por ello no perdieron peso, a pesar de la dieta relativamente baja en energía (Lisker, 1986).

Ciertos estudios postulan que el exceso de peso tiende a ser familiar: los hijos de padres gordos son gordos con mayor frecuencia que los hijos de padres flacos. El problema ha sido dilucidar si esta obesidad familiar obedece a factores genéticos o bien a hábitos alimentarios familiares.

Algunos estudios realizados en gemelos mono y dicigóticos revelan que la obesidad tiene un alto índice de heredabilidad; además la concordancia en el peso de los niños adoptados es mayor con sus padres biológicos que con los adoptivos, lo que sugiere que en la obesidad hay un predominio de los factores genéticos sobre los socioculturales (Lisker, 1986).

Sin embargo, los datos no son concluyentes como lo comprueba una población, en la que se corrobora la tendencia familiar a la obesidad, y que esta tendencia no se da sólo en sentido vertical (padres e hijos) sino también en el horizontal en la generación de los padres (Garn, 1976 mencionado por Lisker, 1986).

Pero que pasa con las personas que comen todo lo que les apetece y nunca aumentan de peso, mientras otras aumentan un par de kilos en un solo fin de semana festivo. Con el fin de explicar estas diferencias se ha propuesto dos teorías particularmente con una predisposición genética, la teoría de las células grasas y la teoría del punto de equilibrio (Hodson & Miller, 1982).

TEORÍA DE LAS CÉLULAS GRASAS

Las células grasas o adiposas, son células especiales cuya función normal es transformar en grasa los elementos que se extraen del torrente sanguíneo, almacenándolos y liberándolos en forma de ácido graso cuando el organismo requiere energía. El tejido adiposo está formado por 30,000 millones de células grasas, su localización depende de la distribución de la adiposidad en el cuerpo, cuanto mayor sea la cantidad de células grasas en determinada zona, más gorda será la misma (Cormillot, 1988).

El método más aceptado para la medición del tamaño y número de células grasas fue desarrollado por el Dr. Hirisc en la Universidad de Rockefeller en Nueva York. Su técnica consiste en extraer fragmentos pequeños de tejido subcutáneo (abdomen y caderas) mediante la introducción de una aguja insertada directamente en un depósito de grasa. Una vez afuera, las células son separadas o contadas. Mediante el conocimiento del número o tamaño de las células, se distinguen dos tipos de acumulación de grasa en el tejido adiposo. La hipertrofia, que es el almacenamiento de la grasa en las células ya existentes (se da un aumento en el tamaño de la célula); y la hiperplasia, que es el almacenamiento de grasa mediante la formación de nuevas células.

La obesidad se encuentra íntimamente relacionada con el número y tamaño de adipositos. Ashwell y Medel, en 1981 mostraron que las personas con un menor contenido graso en su cuerpo, tenía un menor número de células grasas. Por el contrario una persona con alto porcentaje de grasa, tenía un mayor número de células grasas en el cuerpo.

En la actualidad no se conoce las causas que determinan el número y tamaño de adipocitos, se supone que la herencia juega un papel importante, al igual que las normas de alimentación.

Al parecer el aumento de células grasas grandes se forman en tres períodos críticos: 1) Durante los tres últimos meses de embarazo; 2) El primer año de vida; 3) La adolescencia. De tal forma que las pautas de comida en estas épocas tienen una importancia extrema. En la adultez el número de células difícilmente puede ser alterado, la única excepción aparece en los obesos moderados o masivos (Roche 1981).

En 1980 Bengtsson y colaboradores sostienen que si la alimentación es excesiva en etapas críticas del desarrollo, a ese sujeto le costará más trabajo mantenerse delgado. Los niños gordos que se convierten en adultos gordos bien pueden sobre llevar una condición constante que se origina en la morfología de su tejido adiposo (tamaño y número). Adultos gordos que se convierten en gordos desde niños presentan muestras de hiperplasia de células grasas, mientras muchos adultos gordos que engordan en la adultez tienen predominantemente una hipertrofia en las células grasas (Le Bow, 1986) (citado en Bigsby, 1962).

Gran parte de los investigadores que han estudiado la morfología de las células grasas, coinciden en que la obesidad debe ser tratada de manera preventiva, se aconseja que el niño obeso debe tratarse desde temprana edad, antes de que la hiperplasia alcance valores adultos, ya que de esta forma el tratamiento precoz parece hacer más lento el ritmo de proliferación.

TEORÍA DEL PUNTO DE EQUILIBRIO

Parece ser que el organismo tanto humano como animal dispone de mecanismos reguladores del peso corporal. De la misma manera que existen centros que regulan la temperatura corporal la frecuencia de respiración, o la cantidad de azúcares en el sangre, este centro que en inglés se le da el nombre de -set point- actúa como si fuera un regulador del peso (Saldaña & Bosell, 1988).

Se cree que de alguna forma tanto el apetito como la saciedad están controlados por áreas específicas del hipotálamo. El centro del hambre está en el área ventrolateral del núcleo hipotalámico y el centro de la saciedad en el ventromedio del hipotálamo (Bigsby & Muñiz, 1962).

En la actualidad se piensa que además de regular la ingestión de comida por medio del apetito y la saciedad, el cerebro regula directamente la cantidad de grasa que va a ser depositada en el cuerpo. Así como el centro de alimentación recibe señales positivas que estimulan el comer, y el centro de saciedad por su parte modula este proceso mandando impulsos inhibitorios al centro del hambre. Existen evidencias químicas (neurotransmisores) que informan al cerebro cuánta grasa tiene y también si es necesario aumentarla (Olefsky, 1986). Cómo trabaja este mecanismo y cómo se dirige esta señal del hipotálamo es desconocida. Cada persona tiene diferente tipo de regulador, es decir que tiene un peso de equilibrio programado biológicamente, si el peso cambia, el cuerpo tenderá a volver a aquel peso de equilibrio programando biológicamente, tanto si es superior como inferior al actual.

En otras palabras el peso biológico sería el más adecuado fisiológicamente para esa persona. Probablemente lo determinan varios factores, incluida la herencia genética, las condiciones prenatales, las pautas de nutrición en la infancia, e incluso la forma en que se desarrollan determinadas partes del cerebro (Hodson & Miller, 1982).

Existen varios factores que lo pueden alterar, uno de ellos son las bajadas y subidas de peso constantes, las anfetaminas, la nicotina y el ejercicio. En los obesos su regulador está alterado, pero no roto, como en el caso de las anfetaminas, las cuales producen el efecto del rebote. Hay obesos que, pese a seguir comiendo lo mismo llegan a un punto en que no engordan más, han llegado a su techo.

La pérdida de peso a través de una dieta a probado ser un fracaso. El ponerse únicamente a dieta se ha visto que no funciona, ciertamente se pueden bajar grandes cantidades de peso en un período corto de tiempo, sin comer. Sin embargo, al cabo de un tiempo, el apetito surge, y se vuelve a ganar el peso perdido. Debido a que el organismo está más entrenado a enviar señales de apetito, constantemente al cerebro que lo que se tarda la persona en bajar de peso (Biggsby & Muñiz, 1962).

Aún peor, es que la dieta provoca una baja en su demanda de grasa, por lo que la dieta no le afecta al organismo, cada vez que la persona consigue reducir la ingesta a un nivel más bajo del estado natural, el metabolismo hace ajustes internos para resistir el cambio y conservar la grasa en el cuerpo. La razón de esto radica en la teoría del punto de regulación en donde nuevamente el organismo como defensa manda señales al cerebro para que almacene la grasa. Pero esto no es nuevo, durante décadas se ha sabido que los animales poseen complicados mecanismos fisiológicos para regular el peso en respuesta a cambios estacionales.

METABOLISMO

El factor metabólico es una parte importante en la etiología de la obesidad. Ya que se ha visto que en las personas obesas existe una tendencia exagerada del organismo por almacenar reservas energéticas (Saldaña & Bosell, 1988). Se conoce que el proceso de subir de peso, someterse a dietas, perder peso y recuperarlo más tarde, tiene el efecto de ir haciendo al metabolismo poco a poco más lento e ineficaz para conseguir el ritmo que precisa, lentamente los cuerpos se han adaptado a la tarea de almacenar grasas.

El metabolismo basal es la cantidad de energía que se precisa para mantener vivo a un organismo, representa específicamente la cantidad de energía utilizada por el cuerpo cuando está en reposo. El cuerpo quema calorías para seguir funcionando, tanto si realiza actividad física o no. El metabolismo basal de los adultos se sitúa entre las 1200 y 1800 calorías diarias. El gasto energético del organismo es dividido de la siguiente forma: Necesidades energéticas para el mantenimiento de los procesos vitales básicos; la energía consumida en el ejercicio físico y la energía que se pierde en forma de calor (Saldaña & Bosell, 1988). En las personas obesas, parece ser que hay problemas en la eficiencia de su metabolismo, los obesos muestran tener un aumento menor del ritmo metabólico que las personas delgadas.

El ritmo metabólico en no obesos, una o dos horas después de una comida, se sitúa entre 19 y 25%, en tanto que las personas con sobrepeso muestran un aumento de sólo el 3 al 9%. Por lo que una persona delgada quema más calorías después de cada comida, aún sin necesidad de ejercicio. Esta ineficiencia del metabolismo puede ser una consecuencia de la obesidad por sí misma (Brey, 1976; Hodson & Miller, 1982).

FACTORES SOCIALES

La obesidad es consecuencia de la abundancia, pero los factores sociales influyen mucho para determinar su relativa incidencia en distintos grupos. De los factores sociales más sobresalientes es la relación entre el nivel socioeconómico y el grado de obesidad. Estudios realizados en Inglaterra y los países del norte nos hablan de una relación existente entre el sobrepeso y el nivel socioeconómico bajo (Goldblatt et al. 1965). Las familias más opulentas pueden permitirse el lujo de comprar los alimentos más caros para elaborar su régimen dietético, por otra parte el aspecto esbelto y elegante de la mujer puede considerarse como una atribución especial a los éxitos de su marido en la vida comercial o profesional en general. El predominio de la obesidad es tan considerable entre los grupos socioeconómicos menos favorecidos que resulta en general aceptable, e incluso muchas veces digno de encomio que las mujeres de esta clase poseen la figura de una matrona romana (Craddock, 1976).

El nivel socio-económico es muy importante ya que afecta psicológicamente y también suele modificar los hábitos alimentarios. El mayor poder adquisitivo puede ser utilizado para consumir alimentos de mejor calidad, o también para comer más moverse menos. El menor poder adquisitivo obliga a consumir alimentos que contienen mayor cantidad de hidratos de carbono y grasas (Cormillot, 1988).

Los hábitos alimentarios que se dan alrededor de nuestra sociedad son un factor predisponente para el desarrollo de la obesidad. Las visitas de carácter social donde la anfitriona ofrece insistentemente a sus invitados dulces y demás productos alimenticios con un elevado contenido de azúcares y grasas, y donde las visitas comen por mera cortesía, más de los que les dicta el apetito, constituye un factor potencial para iniciar o mantener la obesidad. En muchos países el ofrecimiento de alimentos y su aceptación son símbolos de afecto y amistad.

La mayoría de las personas en su vida cotidiana, comen a unas horas regulares y no cuando sienten hambre, por lo que muchas personas pierden la sensación de hambre, no comen por necesidad sino más bien por costumbre, esto hace que se genere lo que se conoce como hambre psicológica, la cual viene del cerebro y no de los intestinos. La propaganda comercial y los medios de comunicación son promotores de este tipo de hambre, ya que además de promover productos que no son los más adecuados para consumir, despiertan el antojo de las personas (Saldaña & Bosell, 1988).

La propaganda masiva de estos alimentos ha ocasionado que el número de individuos obesos hayan incrementado notoriamente en especial en las llamadas sociedades industrializadas, donde el consumo de alimentos es desproporcionado a las necesidades de los individuos. La desproporción estriba tanto en la calidad como en la cantidad de alimentos. La cantidad de alimentos ingeridos suele ser superior a la necesaria para cubrir los requerimientos del organismo, y entre los alimentos que integran la dieta acostumbrada predominan los carbohidratos. Al parecer esto se debe al auge comercial que ha tenido los alimentos. Ya que para industrializarlos se necesita extraer sus propiedades alimenticias y ponerles conservas para que el producto dure en el mercado y no se descomponga. Por otro lado elaborar alimentos de alto contenido en harina y en azúcar refinada, baja el costo del producto.

Socialmente la obesidad hoy en día es estigmatizada como una incapacidad física. Diversas investigaciones muestran que se ha ido acumulando la discriminación en contra de los obesos. El obeso sufre no sólo por el estigma de su obesidad, sino también por ser culpado de su condición. A diferencia de otras personas con incapacidades físicas, los obesos son etiquetados bajo términos que implican una responsabilidad personal (flojos, débil, autodestructivo, etc.) (Brownell, 1982).

Sin embargo existe el otro extremo donde las normas culturales y sociales definen lo que es ideal o estético de una época jugando un importante papel en facilitar determinadas enfermedades por ejemplo, el corsé, el romanticismo de la tuberculosis (Perpiña, 1989).

Es en esta relación entre cultura y enfermedad donde se puede afirmar que los nuevos valores estéticos han puesto de moda el ser anoréxico, pero también ha servido de base para denigrar de condición obesa o simplemente el exceso de peso (Perpiña, 1989).

Los medios de comunicación y en sí la sociedad juegan dos papeles contrarios, por un lado invitando a consumir productos chatarra y por el otro definen a la delgadez como signo de belleza y poder.

A través de los procesos de socialización, los rasgos físicos convertidos en rasgos de personalidad y en valores se asumen como patrones definitorios de los demás y de uno mismo. Tales prejuicios se pueden encontrar en edades muy tempranas y los estudios realizados por niños han puesto de manifiesto que la estigmatización de la gordura está presente desde la infancia (Ricardson, 1961 mencionado por Perpiña, 1989).

En las dos últimas décadas confirman la popularidad que han adquirido las dietas reductoras de peso Hill (1991), señalan que en Estados Unidos existe una obsesión nacional por dietas relacionadas con el control de peso, el 50% de las adolescentes dijeron haber empezado antes de los 15 años.

En el Distrito Federal, Gómez Pérez-Mitré & Avila (1999). Estudiaron una muestra de 487 niños que cursaban 5° y 6° grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas, en sus resultados encontraron que un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con la finalidad de subirlo, los porcentajes se comportaron de manera similar en ambos sexos.

Unikel & Gómez Pérez-Mitré (1996), hicieron un estudio con dos grupos de adolescentes, el primero integrado por estudiantes de danza y el segundo por estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas privadas. Los resultados del estudio anterior mostraron en el primer grupo un mayor índice de conductas anómalas características de los trastornos alimentarios, como accesos bulímicos, dietas y sentimientos de culpa asociados con su forma de comer. También en este grupo se observó un mayor deseo de ser delgadas y tener una percepción subjetiva de gordura, aún cuando el peso de las estudiantes era menor al promedio según su edad y estatura; en donde no se encontraron diferencias significativas entre los grupos fue que

en general las adolescentes se perciben con más peso del que tenían, con deseo de ser delgadas, realizaban ejercicio en exceso y se preocupaban por su peso. Una conclusión a la que llegaron estas investigadoras fue que es común en la población en general la presencia de síntomas de algunos trastornos de la alimentación, más que cuadros clínicos completos.

En las últimas décadas, ha tendido a desaparecer la idea que sugiere al logro de delgadez como un ideal de belleza y la presencia de trastornos alimentarios como exclusivo de los países denominados "primer mundo" debido a que investigaciones recientes señalan también la presencia de estos en países tercermundistas.

En México por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré & Unikel (1999) realizaron un análisis de los pesos y estaturas de las personas más bellas de nuestro país, proporcionada por la revista Somos (la cual es una publicación con amplia popularidad entre los jóvenes). Estos investigadores obtuvieron los promedios del IMC y edad de estas mujeres conforme la estatura, peso y edad proporcionados por la revista. El análisis indicó que el estereotipo de mujer hermosa en nuestro país es una joven (edad promedio de 25 años y una desviación estándar de 1), estas cifras corresponden a valores de peso por abajo de lo normal (de acuerdo con los índices validados en muestras mexicanas por Gómez Perez- Mitré, Unikel & Saucedo (1997).

Los investigadores sugieren, que se requiere nuevos mensajes de salud pública si se ha de prevenir efectivamente la obesidad en la adolescencia y sus consecuencias en la salud del adulto. Hacer dieta reductora de peso durante la niñez es un punto particularmente problemático ya que es necesaria una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable, por lo que una reducción sustancial puede resultar muy riesgosa para la mayoría de los niños (Banjour, Thienz, Buchs, Slosman & Bizzoli, 1991).

FACTORES PSICOLÓGICOS

La familia del obeso:

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se originen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primer y más grande socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos (Quiroga, Echeverría, Mata & Ayala, 1990).

En la familia nacen las personas y es en ella donde se tiene la primera escuela; las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en la primera e insustituible escuela de socialización (Juan Pablo II, 1981).

Pocas son las áreas en el desarrollo del niño que escapan de la influencia de la socialización. Valores, actitudes, hábitos y metas son socialmente aprendidos. Los hábitos juegan un papel muy importante en la vida del niño y sobre todo los hábitos alimentarios los cuales se inician desde el nacimiento. El recién nacido no es capaz de sobrevivir sin que alguien le proporcione alimentos, pero cuenta con una serie de habilidades que le permiten interactuar con la comida y con quien se la proporciona. El niño puede oler, gustar, sentir, ver y oír, además de aprender, todo lo cual permite que vayan formándose su actitud hacia el alimento y lo que se el relaciona.

Para el bebé el alimento es una fuente de satisfacción primaria, en cuanto que satisface sus necesidades nutricias y a la vez que le ofrece estímulos sensoriales relacionados con el olor, el sabor y la textura de los alimentos.

LOS CIMIENTOS DE LA OBESIDAD

La principal forma de comunicación del infante es el llanto. Con un poco de atención, la madre puede aprender muy pronto a distinguir su causa, ya sea hambre, frío, sueño, dolor, etc. No obstante, muchas madres responden mecánicamente al llanto del niño dándole alimento, que es una forma eficaz de mantenerlo callado y quieto. Esto ocurre no solamente en los bebés, sino también en los niños mayores. Por desgracia con esta costumbre se enseña a los niños a asociar el alimento con la satisfacción o el encubrimiento de otras necesidades, que no tienen relación con una señal fisiológica del hambre (Castro, 1988).

Los hábitos de alimentación, se refieren no solo a los alimentos que se comen, sino también a las cantidades, a las combinaciones que se acostumbra, a los horarios y a la actitud en general ante la comida. Los buenos hábitos de alimentación implican el consumo variado, suficiente y adecuado de alimentos, acompañado de una actitud positiva ante el hecho de comer. Los malos hábitos involucran conductas o actitudes negativas, rechazo a experimentar alimentos nuevos, dietas rígidas y estereotipadas, rechazo a grupos de alimentos. Esto provoca que se desarrollen patrones de alimentación desequilibrados, que a la larga conducen a la mala nutrición.

Además, las manifestaciones de rechazo de los adultos tales como gestos de disgusto o franca negativa de comer ciertos alimentos son captadas por el niño e incorporadas a su propia categorización de lo que es bueno comer y lo que no lo es. Esto lo lleva a veces a rechazar alimentos que en principio no le resultaban desagradables o a conformarse sólo con alimentos de cierto tipo. La dieta de los obesos está llena de estos errores de alimentación: exceso en el consumo de azúcares, harinas, bebidas dulces, alimentos grasos, etc. (Castro, 1988).

Llega un momento en que el niño puede comer en el mismo horario de comidas que el resto de la familia, con lo cual empieza a aprender otras normas sociales que le enseñarán nuevos significados simbólicos de la comida. Es entonces cuando el chico comienza a asimilar los tabúes, las costumbres, las prácticas particulares de la familia o del grupo social al que pertenece.

Es común encontrar pequeños que presentan obesidad temprana y que desean estar comiendo constantemente. Si se descartan factores orgánicos como posibles causas de la obesidad, se podría pensar que la comida ha adquirido para el niño un significado diferente que el de mera satisfacción del hambre.

Tanto en niños como en adultos obesos, el alimento puede funcionar como un instrumento de presión social que opera en dos sentidos: el sujeto manipula y es manipulado socialmente mediante la comida. Desde que el niño es pequeño y durante su infancia, es frecuente que se use el alimento para premiar, calmar, amenazar, o controlar su conducta fuera de las horas o actividades directamente relacionadas con la comida. Se ofrecen galletas o dulces para calmar el llanto inoportuno. Se premia con caramelos el buen comportamiento en la vida social o con el médico. Se amenaza con quitar el postre si no se come la carne, etc., si el niño tiene una predisposición biológica a la obesidad, este valor simbólico de la comida puede ser un factor precipitante que se manifiesta tanto en la infancia como en la vida adulta (Castro, 1988).

También durante la infancia se aprende a comer según las raciones que se suponen adecuadas en el círculo familiar, independientemente de los factores genéticos, las madres obesas tienden a servir raciones mayores que las madres no obesas. Aunque la diferencia sea en ocasiones de sólo unos cuantos gramos de más, cuando se suman kilocalorías durante un lapso relativamente largo, el resultado a cualquier edad casi siempre es la obesidad.

Si a esto se le agrega una regla común en muchos hogares, que es el acabarse forzosamente todo lo que se sirvió en el plato, se entenderá que las raciones más abundantes producen sobrepesos con facilidad (Saldaña & Bosell, 1988).

OBESIDAD Y CONTROL EN LAS FAMILIAS

La obesidad en nuestra cultura se considera esencialmente un problema de control, el éxito o la falta en la pérdida de peso es popularmente definido como una victoria o derrota para el autocontrol. Debido a que una persona obesa se le considera sin autocontrol, otro, particularmente los miembros de la familia pueden tratar de controlar a ella o a él. Frecuentemente varios miembros de la familia tratan simultáneamente de controlar su peso y el peso de otros miembros de la familia; esto sucede particularmente en familias donde la dinámica de control es un problema. El control de peso puede servir como una metáfora para el control de las relaciones (William & Jill, 1990).

Los niños obesos usualmente tienen dificultades en sus relaciones sociales. La familia puede ser un lugar seguro en el mundo. Los niños obesos tienden a estar cerca de casa, ver T.V. y comer. El tiempo con la familia sustituye el juego y la exploración con los amigos. Para los adolescentes las experiencias de citas con el sexo opuesto serán menos probables que ocurran, ellos pasarán el tiempo con sus familias, en lugar que con una pareja, el dejar la casa se ve menos probable y la familia no tiene que negociar el paso difícil de perder un miembro de la familia (William & Jill, 1990).

OBESIDAD Y ADOLESCENCIA

Como la adolescencia es una etapa de cambios decisivos, tanto desde el punto de vista biológico como en los aspectos familiares y sociales, la psicología de este grupo de individuos se torna muy peculiar. Aparecen conflictos de identidad, de valores, de autoridad, matizados por sentimientos de soledad de incomprensión y de vulnerabilidad. Con un estado de ánimo como este, el adolescente busca refugio. Para algunos, el deporte constituye una ayuda y una guía integral que los orienta hacia el ejercicio y la adecuada alimentación. Para otros que aprendieron que el llanto y la angustia se calman con una galleta, el sobrepeso y una autoimagen de corpulencia, los han orillado cada vez más hacia una obesidad que será difícil revertir.

El adolescente obeso se forma una autoimagen de pasividad, retraimiento o impotencia ante sus esfuerzos de bajar de peso, que a menudo prevalece en toda su vida.

Cuando al principio de la adolescencia se ha acumulado más grasa de la necesaria en el tejido adiposo, existe todavía una oportunidad de deshacerse del exceso de peso sin demasiado esfuerzo. Hacia el final de esta etapa ocurre una considerable secreción de hormona del crecimiento que favorece el "estirón" característico del término de la adolescencia. Sin embargo, el adolescente que adquirió hábitos de alimentación que propician la obesidad, los seguirán conservando en su nueva vida adulta, aunque tengan que hacer algunos ajustes de horarios o de otra índole (Castro, 1988).

El adolescente obeso puede sufrir diversos cambios psicológicos como una imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, síntomas somáticos, los cuales afectan sus patrones alimenticios.

El adolescente come para llenar un vacío de tipo psicológico, por ejemplo por sentimientos de soledad, un adolescente puede pedir una ensalada en presencia de personas con las que coma en un restaurante, pero cuando se encuentra sola come cacahuates, pan con mermelada, chocolates, etc.

Existen dos posibilidades de ser obeso en la adolescencia:

- a) Como continuación de una obesidad infantil.
- b) Como comienzo en la adolescencia (un individuo que hasta entonces era delgado).

Clasificación de la Obesidad en el Adolescente (Bruch, 1973).

- 1) Obesidad constitucional
- 2) Obesidad reactiva
- 3) Obesidad del desarrollo

El valor etiológico de lo psicológico en la obesidad constitucional es escaso. Más importantes son sus consecuencias psicológicas. La obesidad reactiva es un cuadro que se producirá en cualquier momento de la vida: diversas tensiones provocarían una respuesta compensadora de sobrealimentación y esas mismas situaciones desencadenantes conducirán a la disminución de la actividad. En la adolescencia hay numerosas posibilidades de que eso se produzca.

La obesidad del desarrollo es según Bruch (1973) una típica obesidad observable en la adolescencia. Sería una compleja constelación que viene —como su nombre lo indica— formándose paralelamente al desarrollo del individuo en el seno de una familia con características determinadas. Los problemas psicológicos de los niños, púberes y adolescentes con estas características tendrían que ver con los patrones de comunicación disfuncionales, similares a los del desarrollo esquizofrénico. La obesidad reactiva y la obesidad del desarrollo son obesidades defensivas (Bruch, 1973).

En la obesidad reactiva la defensa es como respuesta a un conflicto manifiesto y en la obesidad del desarrollo la defensa es a toda una configuración conflictiva latente y confusa.

En ambas además para tratar estrictamente la obesidad se necesita de un grado de predisposición. Esta es máxima en la obesidad constitucional o primaria que llamamos estructural para remarcar la existencia de una estructura genética—metabólica—psicológica con tendencia a persistir.

Cuando el sobrepeso y/o gordura de la obesidad reactiva o de la obesidad del desarrollo se mantiene un tiempo suficiente decimos que se ha primarizado y funciona psicológicamente como una obesidad estructural.

AUTOATRIBUCIÓN Y AUTOCONCEPTO

... Sin embargo, no solamente la medicina, la ingeniería y la pintura son artes; el vivir es en sí un arte: de hecho el más importante y a la vez, el arte más difícil y complejo practicado por el hombre. Su objeto no es tal o cual desempeño especializado sino la conformación de vivir el proceso de desarrollar lo que cada uno es potencialmente. En el arte de vivir, el hombre es al mismo tiempo el artista y el objeto de su arte; es el escultor y el mármol, el médico y el paciente.

Erich Fromm

PERCEPCIÓN SOCIAL

La percepción social fue uno de los temas de relevancia en la década de los 40 y 50. Nuestras percepciones tienen significado y sentido ya que se derivan de nuestras experiencias. El acto perceptual es como una forma compleja de solución de problemas cuyo objetivo consiste en crear una estabilidad en la cual nuestras percepciones mantienen alguna relación con los eventos externos, la forma en la que percibimos a las personas es sólo un aspecto de percepción general y de los procesos cognoscitivos. Cuando conocemos a una persona entramos a un proceso de recepción no solamente la vemos como un estímulo físico sino que percibimos su comportamiento y obtenemos conclusiones.

La percepción de los objetos y de las personas es semejante en muchos aspectos pero también difieren en varios aspectos importantes. Aunque tanto los objetos como las personas se mueven normalmente pensamos que el comportamiento de los objetos es causado por alguna fuerza externa, mientras que el de las personas es causado por el actor mismo. A menudo percibimos a las personas como agentes causales. Las personas pueden intentar hacer ciertas cosas y causar ciertos efectos; y como vemos a las personas como fuentes de su propia acción, las consideramos capaces de cambiar su comportamiento para lograr los efectos que buscan. Nuestras percepciones de la intencionalidad de los demás con frecuencia nos lleva a organizar el comportamiento de las otras personas en segmentos de intención-acto-efecto que forman unidades perceptuales (Schneider, Hastorf, Ellsworth, 1982).

SEMEJANZAS ENTRE PERSONAS

Suponemos que los otros son semejantes a nosotros en aspectos importantes e inferimos que poseen atributos que no podemos observar directamente pero los advertimos en nosotros mismos. En particular percibimos que los otros poseen estados emocionales; vemos que se sienten iracundos, felices o tristes.

No sólo utilizamos el conocimiento de la forma en que nuestros propios objetivos e intenciones producen nuestro comportamiento para inferir algo acerca de funcionamiento interno de los demás, sino que también se proyecta nuestras características en los demás. Podemos utilizar conocimientos y reglas para entender el comportamiento de otros con el fin de entender el nuestro.

El punto básico es que la comprensión de uno mismo, y de los otros nos refuerza mutuamente y que tenemos ciertas comprensiones "naturales" acerca de por qué la gente actúa en la manera que lo hace.

Cuando interactuamos con las personas podemos darnos cuenta que ellas ajustan su comportamiento en respuesta al nuestro. Podemos tratar de cambiar el comportamiento de la otra persona, para ella también puede tener propósitos y objetivos. Así, cuando tratamos de entender, el comportamiento de la otra persona debemos determinar cómo entiende ella nuestro propio comportamiento. En una interacción cada persona debe entender no solamente lo que la otra está haciendo, sino también lo que él o ella ve como estímulos relevantes (Schneider, et al 1982).

SEMEJANZAS ENTRE PERCEPCIONES DE OBJETO Y PERCEPCIONES DE PERSONAS

Nuestras experiencias de los demás son estructuras, del mismo modo que creamos estructuras en el mundo inanimado categorizando estímulos en los objetos y sus atributos, también creamos orden en el mundo de las personas categorizando a esas personas y su comportamiento. El número de las formas en que categorizamos a las personas es abrumadamente amplio; aquí superamos con amplitud cualquiera de los esquemas que son posibles para el mundo inanimado.

Cuando describimos y probablemente cuando pensamos acerca de las características de una persona utilizamos palabras que representan cualidades bastante abstractas. Damos estructura a nuestras percepciones de las otras personas ubicando en categorías comunes instancias separadas de su comportamiento.

Los investigadores suponen que la manera en que los perceptores categorizan el comportamiento o la gente influye en la manera en que ellos interpretan el comportamiento de los otros y, consecuentemente, la manera en que ellos reaccionan ante el otro. Un mismo comportamiento puede ser rotulado en diferentes maneras: agresivo, irresponsable, o exuberante (Schneider, et al 1982)

Peevers & Secord (1973) (citado en Schneider, et al 1982) han demostrado mientras los niños pequeños se basan en la apariencia, los roles ("es un papá") y las evaluaciones generalizadas ("es buena gente") es decir, en rasgos relativamente externos y no psicológicos de las otras personas, los niños mayores y los adultos se apoyan más en categorías abstractas, internas, motivacionales y rasgos.

Livesley & Bromley (1973) (citado en Schneider, et al 1982) también han demostrado importantes tendencias evolutivas al uso de construcciones más psicológicas a medida que se avanza de edad. Mientras los niños pequeños tienen maneras bastante primitivas de estructurar sus percepciones de la gente, los adultos pueden organizar sus percepciones en torno a categorías que implican suposiciones acerca de la forma en que la gente causa su comportamiento.

Sin embargo, aún en grupos de personas con semejantes niveles de desarrollo, diversos perceptores pueden utilizar distintas categorías para estructurar sus percepciones (Brown, 1976) (citado en Schneider, et al 1982).

Dornbusch (1965) (citado por Schneider, et al 1982) demostró que nuestras experiencias pasadas y nuestros motivos presentes influyen en las categorías que utilizamos. El perceptor desempeña un papel dominante en la selección de las características que se han de observar (y describir) en otras personas.

No registramos pasivamente los atributos de la otra persona sino que seleccionamos y organizamos las percepciones desde el punto de vista de categorías que son particularmente útiles.

Nuestras experiencias de las otras personas tienen estabilidad; los comportamientos de las otras personas varía ampliamente aún en breves períodos, así, los actos interpersonales de otra persona nos proporcionan un estímulo que varía tan continuamente como el que tamaño de su cuerpo suministra a la retina cuando esa persona camina en un salón. Buscamos percibir las propiedades invariables de las otras personas tanto como las propiedades de los objetos.

Cuando percibimos los atributos de otra persona no nos centramos en su comportamiento, que es siempre cambiante como sus intenciones o propósitos. Como estas propiedades invariables no se pueden percibir directamente, nuestra búsqueda de constancia se centra en descubrir relaciones fundamentales entre secuencias comportamiento—efecto, que son observables, e intenciones que no lo son.

Nuestras experiencias de otras personas tienen sentido; vemos a las otras personas como entidades organizadas y sus acciones casi siempre tienen sentido. Sin embargo, en ciertas ocasiones el comportamiento de las demás nos confunde y desconcierta. Posiblemente estas sean las ocasiones que ponen en evidencia nuestros mecanismos interpretativos y tomamos conciencia de nuestras conjeturas acerca del comportamiento de los demás.

PROCESOS MEDIANTE LOS CUALES DESARROLLAMOS PERCEPCIONES ORGANIZADAS DE LOS DEMÁS COMO ENTIDADES CON SENTIDO

En primer lugar, a menudo organizamos su comportamiento en unidades de intención-acto-efecto, y ese procedimiento no sólo nos permite desarrollar cierta organización comportamental, sino que, además, nos permite y aun más nos impulsa a desarrollar ciertas hipótesis que se refiere a sus intenciones permanentes a sus rasgos de personalidad.

En segundo lugar, el sentido se deriva del hecho de que las otras personas son semejantes entre sí y también semejantes a nosotros. Todos compartimos cierta cantidad de características importantes: todos nos comportamos, todos pensamos y sentimos, y algunos de los sentidos estructurados que experimentamos se derivan de la suposición de que las demás personas son como nosotros. La suposición de semejanza puede llevarnos a suponer relaciones entre los comportamientos y las intenciones, como también puede conducirnos a algunos errores.

En tercer lugar los perceptores desarrollan teorías acerca de "lo que hace funcionar a las personas". A estas teorías se les han denominado teorías implícitas de la personalidad. Permiten al perceptor ir más allá de la información acerca de comportamientos y rasgos para inferir que la persona tiene como mayor o menor probabilidad otras cualidades que aún no se han manifestado (Schneider, et al 1982).

ATRIBUCIÓN

El perceptor procesa información básica acerca de la persona estímulo, el comportamiento y el contexto. Indicamos que el perceptor puede haber hecho un juicio instantáneo de la persona con base en la apariencia física o aún en el contexto. El perceptor, ha hecho por lo menos un juicio implícito del tipo de comportamiento (ejemplo: intencionado, reactivo, habitual) que la persona estímulo ha realizado y tiene una idea de cómo es el contexto del comportamiento. Sin embargo, en ocasiones el perceptor desea saber más de la persona estímulo y puede tratar de determinar por qué esa persona se comporta de una manera particular. A esta parte del proceso de percepción se le llama atribución (Schneider et al 1982).

Los investigadores de la percepción de personas estudian la manera en que los perceptores infieren, las personas del comportamiento. El proceso general de determinar las causas del comportamiento se llama atribución. Existen dos clases fundamentales de proceso de atribución.

La primera es la atribución reactiva ocurre cuando vemos el comportamiento de una persona como una respuesta relativamente no constante a menudo involuntaria, a algún estímulo interno o externo. La esencia de la atribución reactiva es la identificación del estímulo interno (como el pensamiento) o externo que ha provocado una reacción particular.

La otra forma de atribución ocurre cuando el perceptor decide que el comportamiento tiene un propósito o intención. Los procesos de atribución entran en acción cuando deseamos entender el comportamiento de otros, determinar por qué ocurre encontrar sus causas (Schneider, et al 1982).

TEORÍAS PRINCIPALES SOBRE LA ATRIBUCIÓN

El mayor impulso a la investigación de la atribución ha sido el análisis teórico de Fritz Heider (1944) (citado por Hewstone, Strube, Codol & Stephenson, 1994) el investigador empieza con tres suposiciones fundamentales.

La primera es que el entendimiento adecuado del comportamiento social de las personas se apoya en una descripción de cómo estas personas perciben e informan acerca de sus mundos sociales.

Segundo, supone que las personas les gusta predecir y controlar sus ambientes. Dice que las personas quieren poder predecir los efectos que su comportamiento tendrá en el ambiente y en ellas mismas, y también quiere estructurar su mundo de modo que les produzca efectos favorables.

Tercero, Heider cree que existen semejanzas básicas entre la percepción de los objetos y la percepción de personas y que el proceso de predecir el ambiente físico no difiere fundamentalmente del proceso de predecir el comportamiento de los demás.

ASPECTOS DE LA PERCEPCIÓN PERSONAL

La percepción de causalidad, para Heider, todos sentimos que controlamos y determinamos por lo menos parte de nuestras acciones y percibimos que los otros tienen poderes similares. En este, que es el proceso más general de la atribución, actuamos como científicos tratando de encontrar razones suficientes y necesarias para la ocurrencia de un comportamiento particular.

Existe una buena cantidad de observaciones y demostraciones experimentales que prueban que las personas organizan sus concepciones del mundo por lo menos parcialmente en torno a suposiciones de causalidad. Esta parece ser una manera fundamental de dar estructura a la experiencia.

Heider no sólo destacó nuestra tendencia a ver el comportamiento de los demás como algo causado sino que también sugirió que las acciones son producidas por alguna combinación de las características personales y las fuerzas ambientales. Una persona puede haber hecho algo porque tenía que hacerlo, pues las causas ambientales eran extraordinariamente fuertes; o puede haber hecho algo porque quería hacerlo, pues las propiedades disposicionales eran suficientemente fuertes para producir el comportamiento dentro del ambiente existente.

TEORÍA DE LAS INFERENCIAS CORRESPONDIENTES

El análisis de Jones & Davis (1965, citado por Moscovici 1975) está relacionado con el juicio del observador consiste en creer que el comportamiento del actor es causado por un rasgo particular o correspondiente a dicho rasgo, en otras palabras estos teóricos sólo se interesan en las atribuciones que uno hace a la otra persona. El segundo factor es la deseabilidad social, tiene relación con lo que el observador cree que harían otros actores en la misma situación.

Kelley (1967) (citado en Hewstone, et al 1994) afirmó que los estudios de la atribución encuentran que la información acerca de la conducta pasada de un actor es muy clara para interpretar su conducta actual, propuso que si se deseaba determinar porqué ocurre algo en particular y se tiene la información acerca de la conducta pasada, entonces se puede analizar sistemáticamente tres fuentes de información:

consistencia, distinción y consenso. Su principio de covariación asume que el acontecimiento se atribuye al factor con el cual covaría y que los factores causales posibles son persona, el objeto de estímulo y las circunstancias.

Teoría de las atribuciones para el éxito y el fracaso, la teoría de Weiner trata sobre las atribuciones en un contexto relacionado con la realización de una tarea donde el individuo hace el inventario de su propio nivel de capacidad, de la cantidad de esfuerzo aplicable, de la dificultad de la tarea y de la fuerza o dirección de la fortuna, para dar explicación al éxito o fracaso de su tarea (citado por Secord & Backman, 1978).

Para Perlman & Cozby (1992), las atribuciones se han clasificado a través de 3 dimensiones:

1. Internalidad, los individuos tienden a atribuir su propia conducta a causas situacionales (externas), mientras los observadores tienden a atribuir la conducta del individuo en cuestión a causas personales.
2. Estabilidad, se refiere a lo permanente o cambiante de las cosas.
3. Controlabilidad, es la capacidad de control de las causas de un acontecimiento, pueden llamarse controlables si las conductas o causas que conducen al acontecimiento están fuera de la capacidad de manipulación de los individuos. Los individuos experimentan un conflicto entre dos fuentes confiables de información: sus propios sentimientos y los juicios de los demás.

AUTOATRIBUCIÓN

Los modelos de atribución se desarrollaron con el supuesto de que las inferencias de atribución guían nuestro comportamiento respecto de las demás personas. En los últimos años estos modelos también han sido utilizados para explicar

las percepciones de nosotros mismos. Desde luego, los filósofos y psicólogos se han interesado durante mucho tiempo en las fuentes de nuestros sentimientos hacia nosotros mismos, pero generalmente no han considerado la posibilidad de que nuestras auto percepciones son manifestaciones de los mismos procesos psicológicos subyacentes que generan nuestras percepciones de las otras personas (Schneider, et al 1982).

La autoatribución es la percepción de los propios atributos del individuo. Los adjetivos, características, rasgos o cualidades con los cuales el individuo se describe a sí mismo. Percepción evaluativa de sí mismo que puede ser favorable (autoatribución positiva) o desfavorable (autoatribución negativa).

La valoración cultural de los atributos físicos afectan de manera relevante la reacción que la gente tiene frente a un individuo. Los jóvenes cuyo físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan una autoatribución negativa. Es importante mencionar que los atributos que uno se pone a sí mismo no solo afecta el autoconcepto, sino también la conducta. Por ello, si los atributos que un individuo se impone determinan su estado, como se siente y como actúa, resulta evidente que tiene una enorme importancia todo lo anterior en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida dell individuo.

TEORÍA DE BEM SOBRE AUTOPERCEPCIÓN

La teoría de Bem (1972), trató de explicar la forma en que sabemos qué actitudes tenemos. Tratando de explicar algo de la investigación clásica sobre los efectos de la presión social en el cambio de actitudes; Bem sugirió la idea radical de que nuestras actitudes son inferencias en la información en cuanto a nuestro propio comportamiento y a varias fuerzas externas. Del hecho, sugirió explícitamente que

inferimos nuestras actitudes exactamente de la misma manera y utilizando justamente los mismos tipos de información que cuando inferimos de las actitudes de otros. Al principio Bem no se interesó en los procesos generales de la percepción de las personas, pero pronto se hizo evidente que si él estaba acertado, los modelos generales de atribución se podrían utilizar para explicar la autopercepción (Schneider, et al, 1982).

Sumisión forzada. El análisis de Bem se presentó originalmente como una alternativa a la teoría de disonancia cognoscitiva (Festinger, 1957) (citado por Schneider 1982). En la formulación inicial de la teoría de Festinger definió la disonancia cognoscitiva como una función del número, la pertinencia y la importancia de cogniciones contradictorias. Se supone que la disonancia es incómoda y por lo tanto el individuo está motivado a reducirla, ordinariamente alternando sus cogniciones sobre él mismo o sobre el mundo. Cuando una persona dice una cosa y cree otra, se crea disonancia. Como la cognición de lo que uno ha dicho no se puede cambiar fácilmente, en este caso, la disonancia es muy probablemente que se reduzca haciendo que la propia creencia coincida con la información. Sin embargo, en la medida en que la persona tiene una justificación para emitir el comportamiento la disonancia se atenúa, se ha sumado otra cognición, consonante con la cognición que uno ha hecho la afirmación. La "mentira" está justificada.

Motivación intrínseca. La controversia sobre la sumisión forzada no es completamente irrelevante para la teoría de la autopercepción, entre otras, ha señalado el camino para el análisis de un problema con muchas implicaciones en la vida real. Se podría reformular la situación de sumisión forzada como un análisis de la forma en que el premio influye en los sentimientos de gusto. Por ejemplo, parece que los sujetos a quienes se les prometió una pequeña cantidad de dinero por decir que les gustaba una tarea monótona aumentaron su gusto por la tarea. También es posible que un premio demasiado grande pueda disminuir el gusto de la persona por actividades que inicialmente disfrutaba.

El modelo de autopercepción de Bem ilustra el hecho de que descontamos las fuerzas internas ante poderosas fuerzas externas en la autoatribución de las causas de nuestro comportamiento y el de otros (Schneider, et al, 1982).

TEORÍA DE SCHACHTER SOBRE AUTORROTULACIÓN EMOCIONAL

La afirmación básica de la teoría de autopercepción de Bem (1972) (citado en Schneider, Hastor, Ellsworth, 1982) dice que cuando las claves internas sobre nuestros sentimientos son "débiles, ambiguos o difíciles de interpretar", inferimos nuestros sentimientos con base en nuestras observaciones de nuestro propio comportamiento y de las fuerzas situacionales que lo influyen de la misma manera que lo haría un observador extraño que no tiene acceso a nuestro estado interno.

Si las señales internas son vagas o no aportan información, tenemos que confiar más en el comportamiento y en el contexto situacional. Bem afirma que en realidad, las señales internas comúnmente son bastante "débiles, ambiguas y poco informativas", y así con mucha frecuencia confiamos en nuestras observaciones de nuestro comportamiento en su contexto.

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

La afirmación de Schachter (1962) (citado en Schnider, et al. 1982) de que hay pocas diferencias notables asociadas con las diversas emociones está de acuerdo con los hallazgos de muchos investigadores que han tratado de estudiar la fisiología de las emociones. Con mucha frecuencia estos investigadores no han logrado encontrar diferencias fisiológicas que correspondan a diferencias en la emoción que se experimenta.

Lo mismo que Bem, Schachter agregó un componente cognoscitivo al postulado de la excitación general diciendo que inferimos nuestras emociones a partir de señales. Sin embargo, Schachter no destacó las observaciones del propio comportamiento y el contexto situacional y no se interesó en las señales del comportamiento. Schachter propuso que la experiencia de la emoción requiere dos cosas:

1. Un estado de excitación fisiológica indiferenciado, que dice a la persona que está agitada.
2. Una inferencia cognoscitiva, basada en señales situacionales, que dice a la persona lo que significa la excitación.

En resumen, las personas buscarán y encontrarán una definición emocional cuando están fisiológicamente excitados y no saben porque lo están cuando saben que su excitación viene de una fuente "no emocional" no buscarán ni encontrarán una definición emocional.

Es evidente que nuestro comportamiento no siempre se utiliza como una información a partir de la cual inferimos nuestras actitudes y emociones. Podemos tener dos grandes clases de información acerca de nuestro propio estado interno. La primera y más obvia son nuestros sentimientos directos conscientes. Pero también podemos tener información de nuestros comportamientos, de nuestras reacciones emocionales, y del comportamiento de otros con nosotros. Cuando la persona tiene que hacer un juicio explícito de sus estados internos, estas fuentes de información se pueden ponderar diferencialmente y promedia (Brow y Cols, 1975, citado en Moscovici, 1975).

ÉXITO-FRACASO

Una de las más importantes áreas de la investigación sobre autoatribución se refiere a las atribuciones después del éxito y el fracaso. Es importante saber por qué los demás han tenido éxito o fracaso, porque necesitamos hacer predicciones en cuanto a su comportamiento futuro y a menudo porque tenemos que decidir si premiamos o castigamos a los demás por sus éxitos o fracasos.

Las autoatribuciones son importantes por la misma razón. Cada uno de nosotros tiene que decidir que clase de objetivos profesionales busca, y que clase de tarea emprender; en efecto, debemos hacer predicciones sobre nuestro desempeño futuro. También tendemos a premiarnos después del éxito sintiéndonos orgullosos y a veces nos sentimos iracundos, avergonzados o culpables y molestos después del fracaso. Sin embargo, las autoratribuciones, tienen efectos más generales. Nuestros sentimientos acerca de nuestras capacidades y nuestros esfuerzos afectan nuestra autoestima general (Schneider, et al. 1982) y pueden afectar nuestra motivación y nuestro comportamiento en una amplia variedad de situaciones.

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

Varios estudios apoyan la idea de que las necesidades de autoexaltación y autodefensa desempeñan un papel en la autoatribución del éxito y del fracaso. Los hallazgos referentes a atribuciones también tienen implicaciones para cambiar el

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

Carol Dweck (1975, citado por Schneider, et al, 1982) señaló que los niños que parecen indefensos ante el fracaso podrían aprender a esforzarse más y a desempeñarse mejor si atribuyesen sus fracasos a la falta de esfuerzo y no a la falta de capacidad. La investigadora trabajó con un grupo de estudiantes que generalmente esperaban fracasar y que parecían entregarse ante el fracaso. Algunos de estos estudiantes recibieron experiencias exitosas, pero dicho tratamiento, no redujo la baja ejecución posterior. Sin embargo, a otro grupo de sujetos, a quienes esencialmente se les dio una retribución al fracaso, hicieron progresos notorios en su ejecución.

En resumen, podemos decir que varios teóricos han afirmado que la percepción de los propios estados internos se basa en muchas de las mismas reglas generales que se utilizan al percibir las cualidades de otros. Bem (1972) ha afirmado explícitamente que las personas que tienen un conocimiento privilegiado acerca de sus propios motivos, actitudes y emociones, y que la percepción de los estados internos en ambos casos se basa en inferencias a partir del comportamiento. (Schneider, et al. 1982) ha sugerido, además, que las emociones a los sentimientos se basan en parte en inferencias tomadas de señales ambientales.

Los modelos de Bem y Schachter han generado una gran cantidad de investigaciones acerca de la percepción de los estados internos. La evidencia en investigaciones, indica que las dos teorías tienen alguna validez general, aunque no

explica todos los detalles de la literatura científica. En particular, las actitudes frecuentemente se infieren a partir del comportamiento como lo sugiere la teoría de Bem pero sólo cuando la persona no puede recordar las actitudes iniciales o cuando esas actitudes no son sobresalientes. Se ha demostrado, que la percepción de las emociones se fortalece con la percepción de las propias reacciones fisiológicas y tal vez por la retroalimentación del comportamiento expresivo del rostro. La percepción de la intensidad de la emoción se puede alterar haciendo que la persona haga falsas atribuciones de las causas de la emoción a alguna fuente externa de esas técnicas de atribución falsa tienen implicaciones para la psicoterapia (Schneider, et al, 1982).

AUTOCONCEPTO

El Yo (entendido como sinónimo de individualidad concreta o sí mismo), no es algo que preexiste en el hombre, sino que él crea. No es fruto de la casualidad, ni de la condición genética propiamente. Llegar a ser una persona emocionalmente sana, feliz que se realiza por completo, que funciona a la perfección o que posee cualquier otra cualidad con que se caracteriza a quienes han obtenido un sano equilibrio, no es algo dado por sí. Al contrario es un estado emocional que se adquiere con el tiempo, es una elaboración que supone un lento proceso de diferenciación a través del cual una persona emerge gradualmente de esa autoconciencia y, define cada vez con mayor claridad su individualidad y su naturaleza (Rodríguez, 1987).

El Yo es la totalidad del ambiente subjetivo de un individuo, es el centro de la experiencia y del significado. Es para el sujeto su mundo interno, puesto enfrente, al mundo externo integrado por objetos y personas. Por lo tanto, el Yo es aquello que conocemos de nosotros mismos; el autoconcepto es lo que pensamos de nuestra persona y la autoestima es lo que sentimos hacia nosotros. El Yo, el autoconcepto y la autoestimación, denotan cada cual un componente particular de la personalidad global de un sujeto (Rodríguez, 1997).

Cada individuo a lo largo de su vida se forma una serie de ideas o imágenes que lo llevan a creer que así es. Se dice que tal estructura cognoscitiva es aprendida, de modo que es factible de modificación y de cambio. Por ejemplo, una madre que trata a su hijo como tonto y se lo repite con frecuencia acaba por convertirlo en un verdadero tonto. En el momento en que cambia esa idea poco a poco puede cambiar la conducta así como la salud mental de ese individuo. El autoconcepto puede limitar en forma poderosa o por el contrario puede ayudar a la autorealización (Rogers, 1968, Rodríguez, 1997).

El concepto de sí mismo se basa en la identidad del sujeto pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos:

- a) La autoconciencia.- Que es el acto por el cual el individuo se puede describir a sí mismo con atributos y categorías.
- b) La autoaceptación.- Como una actitud hacia uno mismo y hacia las propias cualidades personales, encontrándoles su valor único. Habiendo claro está, un reconocimiento objetivo y no emocional de las propias capacidades y limitaciones, de los defectos y virtudes, sin sensaciones importantes de culpa, orgullo o autoreprobación.

Todo esto no bajo un sello de pasividad; más bien la autoaceptación acarrea por lo general a esfuerzos constructivos por parte del individuo (Mercado, 1991, Israel, 1990).

En la concepción que un individuo tiene de sí mismo se incluye también los sentimientos que tiene acerca de su cuerpo. Esto es muy importante para las relaciones con los demás, ya que la interrelación social contribuye a la formación del Yo y por ende al desarrollo de la personalidad. A través de las autoevaluaciones con los demás, el individuo se va moldeando una imagen de sí mismo que estará vinculada, en cierto modo, a las normas y valores que predominen en su sociedad.

AUTOESTIMA

Las personas poseen diversos niveles de conciencia del Yo, y por ende, diversos sentimientos ante su personalidad. La autoestima constituye la dimensión afectiva del Yo, es decir, no solo albergamos ideas sobre lo que somos sino también determinados sentimientos (Rodríguez, 1997).

La autoestima debe residir en el centro de la persona, en su núcleo de identidad y no en valores intermedios y periféricos que la harán débil y vulnerable. Debe residir en el Yo profundo que es independiente de los papeles que se viven pues estos son sólo los medios que manifiesta.

Gran parte de nuestra realidad descenderá de la imagen que de sí mismo se lleve por el mundo, esto ayudará a dar forma al valor de las experiencias de cada cual. Para vivir en la realidad una persona debe agradarse a sí misma –como en realidad es– si desconfía, si está avergonzada, si no puede vivir consigo misma, entonces intentará ser algún otro. Por otra parte, si emplea la confianza que le proporcionan los éxitos pasados para tener una buena estimación puede aceptar la realidad; entonces podrá dedicarse a vivir una vida real y no de fantasías. A veces empleamos gran parte de nuestro tiempo tratando de causar ciertas impresiones en otros, que es difícil que lleguemos a conocernos como somos en realidad; conocer no al ficticio Yo que pretendemos ser, sino a la genuina persona (Rogers, 1968).

CONCEPTO DE SI MISMO.

Tanto los cambios físicos, como el desarrollo intelectual durante la adolescencia facilitan un concepto más complejo y sofisticado acerca de sí mismo, que implica un número mayor de dimensiones, abarcando tanto posibilidades como realidades.

El desarrollo del concepto de sí mismo es probable que se produzca debido a la creciente independencia emocional y a la necesidad de adoptar decisiones fundamentales sobre trabajo, valores, comportamiento sexual, elección de amistades, etc. (González, 1986).

La actitud de los padres juega un papel importante en el concepto que desarrolla el individuo de sí mismo, de su cuerpo y de sus funciones. En muchas ocasiones los adultos se comportan de un modo que debe parecer ambiguo al adolescente: exigiendo en ocasiones la obediencia propia de un niño, y esperando, en otras, la independencia de un adulto. Lo anterior puede provocar que el joven ponga en duda muchos aspectos de sí mismo.

El joven durante esta etapa se encuentra muy sensible hacia el concepto del yo; reacciona rápidamente a lo que se piensa de él, dado a que su imagen se encuentra en constante cambio, la opinión de padres, maestros y amigos es tomada como verdadera. Por otro lado el adolescente crea una imagen corporal a partir de experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas; los medios de comunicación contribuyen en este proceso al plantear normas poco realistas del cuerpo ideal y descalificar todo aquel que se aparte de él (Schonfeld, 1963) (citado en Bruchon-Schweitzer.1992).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

AUTOIMAGEN

La autoimagen o identidad del ego se refiere a como una persona se percibe conscientemente a sí misma. El núcleo central de la autoimagen consiste normalmente 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 muchachas y mujeres jóvenes. A las mujeres les complace más que su cuerpo sea delgado, pero con busto grande. Por el contrario a los varones les agrada más su cuerpo cuando este es grande. Existe claramente una idea cultural sobre el tamaño y la forma que debe tener el cuerpo (Jourad & Secord, 1955).

Las personas presentan a la vista del público una versión algo mejorada de su autoimagen idealizada y censurada de sí mismas, la cual 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. No obstante algunas personas logran aislarse de las opiniones de los demás de manera que no son conscientes de cómo se les considera (Argyle, 1978).

El principal origen 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. En muchos estudios se ha descubierto que las autovaloraciones se correlacionan con las valoraciones hechas por otros, aunque las autovaloraciones son más favorables.

Existen evidencias experimentales de que las reacciones de los otros afectan a las autovaloraciones. Si sus padres le dicen a un niño que es listo, pero lo tratan como si fuese de poco fiar, estos atributos pueden llegar a formar parte de la identidad del ego (Willie, 1961) (citado en Bruchon, 1992).

Los padres son una fuente de autoimagen y autoestima de mayor importancia para los niños: aquellos que se ven rechazados llegan a rechazarse a sí mismos y a tener una baja autoestima en su vida posterior. Argyle (1964 a) formuló esto como un proceso de introyección como por medio del cual los niños adoptan las percepciones, actitudes y reacciones hacia ellos de los padres y de otras personas.

Otro de los 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 las crisis de identidad de los adolescentes que normalmente ocurre en las sociedades industriales produce la necesidad de elegir por cual de estos papeles decidirse (Argyle, 1978).

IMAGEN CORPORAL

En ciencias sociales la imagen corporal se considera que surge en general de la interacción social. Parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de las experiencias reales y fantasiosas que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y de la percatación cada vez mayor de las expectativas culturales (Schonfeld, 1963).

Imagen corporal se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica, es producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

En la teoría de la ventaja sociológica, según la cual el adolescente cuyo tipo somático se parecía al atlético (o ideal) gozaba de ventajas especiales y de buenas oportunidades por la imagen positiva que proyectaba. El adolescente de características atléticas tiene más posibilidades de ofrecer una favorable impresión sobre él por los estándares contemporáneos que existen, en cuanto a atractivo físico se refiere. Por desgracia el adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, y al rechazo del otro sexo, a veces es tratado con hostilidad (Cabot, 1976) (citado en Grinder, 1976).

En un estudio que se realizó con una población de $N = 524$ estudiantes de sexo femenino con un rango de edad de 15 a 25 años y provenientes de la UNAM-Campus Iztacala (Alvarez, G., Roman, M., Manriquez, E. & Mancilla, J. M., 1996) se encontró una correlación positiva significativa entre la presencia de trastornos alimentarios y trastornos de la imagen corporal -acentuada insatisfacción y distorsión-. En otras palabras se encontró que la imagen corporal tiene una relación estrecha con el desarrollo de trastornos alimentarios.

La percepción de la imagen corporal no es una percepción estática e inalterable sino por el contrario, varía a lo largo de la vida por diferentes circunstancias como la enfermedad, el desarrollo físico, los cambios corporales, el desarrollo cognitivo, modificaciones de juicio, lógica, creencias, valores, etc. Grinder (1976), afirma que la apariencia física de un individuo se encuentra influida por aspectos constitucionales y culturales, lo que permite percibir, interpretar, elegir o modificar ciertas propiedades del contexto, tales como su cuerpo. Después de someterse a todas las prácticas embellecedoras el sujeto trata de alcanzar unos objetivos individualistas, pero sobre todo el reconocimiento de los demás.

En otro estudio llevado a cabo con muchachas británicas de 12, 14, 16 y 18 años de edad, se encontró que el 4% de ellas tenía un sobrepeso. No obstante a ello, más del 50% de ellas deseaba adelgazar, cerca del 60% consideraba que debía restringir sus comidas o modificar su alimentación habitual, cerca del 20% se encontraba haciendo algún tipo de dieta para adelgazar y casi un 40% practicaba alguna actividad física (Davies & Furnham, 1986).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Hill (1991) con 213 niñas y 166 niños de 9 años de edad, se halló que los niños de ambos sexos con mayor peso manifiestan una baja autoestima, un notable deseo de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria.

No obstante a ello, ese deseo de un cuerpo más delgado y la motivación para seguir una dieta restrictiva se daba en niños y niñas de todos los niveles de peso. Además, el porcentaje de niñas deseosas de adelgazar superaba en mucho al de los niños.

INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

El origen de la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico social de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otro es una gran disposición o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción vinculada a la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza para ser aceptado como parte de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

En la actualidad existen gran número de mujeres jóvenes que se perciben obesas sin serlo, ya que la presión social, principalmente ejercida sobre las mujeres, juega un papel desencadenante en la alteración de la imagen corporal.

Muchas mujeres desde muy temprana edad entran en el mundo de las dietas, diuréticos y aparatos de ejercicio para alcanzar "un peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal.

Los constantes mensajes emitidos por los medios de comunicación advierten a la joven que no se fie de su cuerpo, pues en cualquier descuido puede engordar. Al mismo tiempo, los jóvenes reciben el mensaje de que su cuerpo es el medio para alcanzar la felicidad. Dicho mensaje que es inculcado al adolescente se mantendrá en su mente, dando como resultado una constante preocupación e insatisfacción con su cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Thompson (1990), tras una investigación, constato que el 95% de las mujeres sobreestima el volumen de sus cuerpos, que el 35% de ellas sobrevaloran las dimensiones de su cintura, mientras que el 17% sobrevalora sus caderas y el 11% sobrevalora sus nalgas.

En un estudio llevado por Cash & Pruzinsky (1990) con 2000 ciudadanos americanos representativos de la población general de estadounidenses, se encontró que un 38% de las mujeres manifestó una clara insatisfacción por su apariencia física. Trece años antes, en 1972, tal insatisfacción era experimentada por el 23% de las mujeres.

En este mismo estudio, del 50 al 57% de las mujeres mostraron preocupación por la parte medio e inferior de su torso y el 45% de ellas dijo estar insatisfecha con su tono muscular. Además el 17% dijo estar preocupada por su altura. De todo esto se pudo concluir que más del 90% de las mujeres manifiesta y experimenta una intensa orientación hacia la apariencia física.

Cabe subrayar que la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o la insatisfacción con la misma, en la mayoría de los casos está asociada con los trastornos de la alimentación y constituye un factor sumamente importante en la integración del autoconcepto de un individuo.

Se considera que existe alteración de la imagen corporal cuando un individuo: tiene una abrumadora preocupación por la obesidad no relacionada con la verdadera magnitud del problema; tienen dificultad para verse al espejo o mirarse en fotos; no se reconoce en su tamaño real cuando adelgaza y cuando sube de peso; se interesa sobretodo por su peso y observa al mundo en términos de peso corporal principalmente (Cormillot, 1988).

Los componentes alteración y grado de satisfacción corporal son el resultado de:

- a) Condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores tales como los medios de comunicación
- b) Variables individuales más o menos objetivas, como peso y tamaño o forma real del cuerpo.
- c) Variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y el tamaño o forma corporal real y el peso y forma deseada.
- d) Comportamientos alimentarios, grupo de pertenencia y clase social (Bruchon, 1992; Gómez Pérez-Mitré, 1993)

MÉTODO

PROPOSITO DEL ESTUDIO Y PROBLEMA DE INVESTIGACION

Investigar la relación que existe entre la autoatribución, seguimiento de dietas y satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal y el peso corporal de preadolescentes masculinos y conocer si éstas se muestran como factores importantes de riesgo para el desarrollo de desórdenes en el comer, con el fin de aportar información para la prevención de estos trastornos. De acuerdo con este propósito se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Existe relación entre la autoatribución y el peso corporal de los preadolescentes masculinos?

OBJETIVO

El objetivo central de la presente investigación es contribuir en el conocimiento de la autoatribución asociada con sobrepeso, peso normal y delgadez en preadolescentes de sexo masculino y de esta manera obtener información para generar alternativas que promuevan la cultura de la salud.

HIPÓTESIS ESTADISTICA

1.- Existen diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución positiva de los preadolescentes hombres dependiendo de su peso corporal (delgadez, peso normal y sobrepeso).

2.- Existen diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución negativa de los preadolescentes hombres dependiendo de su peso corporal (delgadez, peso normal y sobrepeso).

3.-Existen diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento de dietas dependiendo de su peso corporal (sobrepeso, peso normal y delgadez) en los hombres preadolescentes.

4.-La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en los hombres preadolescentes dependiendo de su peso corporal.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Peso corporal (Obesidad, Sobrepeso/Peso normal).

Variable dependiente: Autoatribución, Seguimiento de dietas,

Satisfacción /Insatisfacción con la imagen corporal

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

VARIABLES INDEPENDIENTES

Peso Corporal. Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido el tejido óseo y tejido adiposo.

En el presente estudio se utilizó una muestra que se dividió en dos grupos: uno formado con individuos con normopeso y otro formado con individuos con sobrepeso u obesidad. (Braguinsky, 1987 & Gómez Pérez-Mitré, 1993)

Obesidad: Se define como un exceso de grasa corporal. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total de su tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo (Braguinsky, 1987 & Gómez Pérez-Mitré 1993). A esto se le considera un estado patológico por la acumulación excesiva de tejido adiposo, almacenándose grasa en forma de triglicéridos. Generalmente se aplica a una persona que está un 20% por arriba de su peso estándar.

Sobrepeso: Se refiere a las personas con un peso corporal que excede al estándar peso-talla entre un 10 y un 20%. Tanto en niños como en adultos, esta alteración se manifiesta cuando desaparece el equilibrio que debe existir entre: ingestión de alimentos y utilización de los mismos, bien por un aumento del primero o por disminución del segundo (Rodwell, 1993).

Peso normal o peso estándar: El peso promedio se entiende de acuerdo con la talla, complexión y edad referidos en las tablas (NCHS, 1983 y NOM, 1993).

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

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

VARIABLE DEPENDIENTE

Atribución: Examina de que manera explicamos la conducta ajena. Lo cual hacemos atribuyéndola tanto a disposiciones internas (rasgos, motivos y actividades constantes) como a situaciones externas (Heider, 1980).

Según Kelley (1967) (citados en Myers, 1953) recurrimos a tres clases de información de tipo conductual a fin de sacar conclusiones de información sobre las causas, la primera es la especificidad, la segunda el consenso y por último la consistencia.

Autoatribución: Las investigaciones indican que nuestros sentimientos y creencias son inferidos frecuentemente a partir de nuestro propio comportamiento y de diversos estímulos internos.

Varios estudios de investigación sugieren que las atribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente (Mastor, 1982). Autoatribución, puede entenderse como uno de los procesos a través de los cuales se construye la propia imagen; son los atributos, las características, que incorporamos como producto de la interacción con otros, esto es la interacción social; describe como nos "vemos", como nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto (Morales, 1994 & Myer, 1953).

La autoatribución puede considerarse positiva, cuando un individuo se percibe a si mismo con características favorables, o negativa, cuando el individuo se califica a si mismo de una manera poco favorable (Gómez Pérez-Mitre 1999).

Conducta dietaria (seguimiento de dietas): Conducta dietaria se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (aumentar, reducir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993). Para los fines de la presente investigación, se consideró que el preadolescente manifestó conducta dietaria si acepto que, durante el último año, hizo o estuvo haciendo dieta, aunque hacer dieta signifique que sólo reduce o evite comer algunos alimentos que se consideran "engordadores".

Satisfacción / insatisfacción: La satisfacción /insatisfacción de la imagen corporal tiene un origen de carácter psicológico-social y es de naturaleza cognoscitiva, interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción y pensamiento, y por otro lado, es actitudinal esto es, se refiere a la expresión de afecto y a una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

PESO CORPORAL

Sobrepeso, Peso normal y Delgadez (Peso estándar): Para fines de la presente investigación se utilizará la siguiente estimación de peso corporal con base en las tablas de Índice Nutricional que relaciona el cociente de peso y talla del paciente con el cociente de peso y talla media para su edad (percentil 50 de las tablas, NOM) para su edad y sexo, cuya fórmula es la siguiente (Rolland- Cachera, 1984).Validado en preadolescentes por Saucedo & Gómez Pérez-Mitré 1998

$$\text{Índice Nutricional} = \frac{\text{Peso Actual/Talla Actual}}{\text{Peso Medio/Talla Actual}} \times 100$$

El valor del índice permite diferenciar cuatro situaciones:

Índice Nutricional Normalizado

Entre 77.51 y 83.5 bajo peso

Entre 83.51 y 119.5 peso normal

Entre 119.51 y 136.5 sobre peso

Mayor a 136.5 obesidad

Se considero delgada a la persona cuyo IN cayó debajo o igual a 83.5 (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré).

DEFINICION OPERACIONAL CONDUCTA DIETARIA

Conducta dietaria: Esta variable se estimó a partir del instrumento elaborado para medir conducta dietaria: "En el último año has hecho dieta en tu alimentación"...y "El cambio fue"...

Forma de calificación: los reactivos anteriores se codificaron de la siguiente forma:

| Reactivo | Puntaje |
|--|---------|
| -En el ultimo año: | |
| No he hecho cambios en mi alimentación | 1 |
| Si hice cambios en mi alimentación | 2 |
| Estos cambios fueron: | |
| Para bajar de peso | 4 |
| Para mejorar mi salud | 1 |
| Por orden del médico | 2 |
| Para subir de peso | 3 |

Los puntajes asignados permitieron conocer si los chicos de esta muestra seguían dietas y con qué propósito.

DEFINICION OPERACIÓN SATISFACCION / INSATISFACCION

La satisfacción /insatisfacción con la imagen corporal se estimó con la selección de la figura actual y la figura ideal. La selección de la figura actual e ideal se obtuvo con una escala visual que esta compuesta por 6 siluetas que cubren un continuo de peso, que

va de una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras fueron colocadas al azar y aparecen en lugares diferentes del cuestionario.

La insatisfacción se presenta cuando existen una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal.

Figura actual- figura ideal = 0 una diferencia igual a cero significa satisfacción con la imagen corporal

Figura actual- figura ideal = (+) o (-) una diferencia positiva o negativa significa insatisfacción con la imagen corporal.

Forma de calificación: la puntuación para cada una de las siluetas correspondientes a la figura actual ("Mi cuerpo se parece más a ...") fue como sigue:

| Opciones | Puntajes |
|----------|--|
| D | 1=Nivel de delgadez correspondiente a muy por debajo del peso corporal |
| A normal | 2=Nivel de delgadez correspondiendo a por debajo de peso |
| F | 3= Peso normal |
| B | 4=nivel de sobrepeso |
| C | 5=Nivel de obesidad |
| E | 6=Nivel de obesidad |

La puntuación para la figura ideal ("Me gustaría que mi cuerpo fuera como...") fue como se presenta a continuación:

| Opciones | Puntaje |
|----------|--|
| A normal | 1=Nivel de delgadez correspondiente a muy por debajo del peso |
| C | 2=Nivel de delgadez correspondiente a por debajo del peso normal |
| F | 3=Peso normal |
| E | 4=nivel de sobrepeso |
| B | 5= Nivel de obesidad |
| D | 6=Nivel de obesidad |

Los valores anteriores permitieron conocer el grado de insatisfacción con la imagen corporal de los sujetos, por ejemplo si un chico se percibió con sobrepeso eligió opción B (con puntaje de 4) en la escala de la figura actual, y si deseó tener una figura delgada, eligió opción C (puntaje de 2) en la escala de la figura ideal; al sustituir los valores en la fórmula para medir insatisfacción (figura actual- figura ideal), indicó que esta persona no se siente satisfecha con su imagen porque: a mayor diferencia positiva (+) o negativa (-), mayor es el grado de insatisfacción con la imagen corporal.

Si la diferencia fue igual a cero (0) indicó satisfacción con la imagen; si la diferencia fue positiva (+) la persona desea ser más delgada, si fue negativa(-) quería ser más "gruesa".

Ejemplo:

Formula para obtener insatisfacción \longrightarrow Figura actual - figura ideal = (+) o (-)

Sustitución \longrightarrow $4 - 2 = 2$

En este ejemplo, la persona quería ser más delgada en comparación de cómo se percibía.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

AUTOATRIBUCION

Esta variable se midió con base a las respuestas dadas a la escala de autoatribución sección D del cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré 1993, 1993b, 1995) para preadolescentes compuesta cada una por 46 reactivos. La escala de autoatribución utilizada comprende adjetivos calificativos positivos y negativos con 5 opciones de respuesta que van de 1 (nada) a 5 (mucho). Donde el sujeto marcó con una x de acuerdo a cuanto cree tener de cada uno (VER ANEXO).

En la escala de autoatribución un puntaje alto significa mayor problema, es decir, indica una autoatribución más negativa, y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, indica una autoatribución más positiva.

CONTROL DE VARIABLES

Los sujetos seleccionados debieron cumplir con las características que a continuación se describen:

- Sexo: masculino
- Preadolescentes: de 9 a 12 años de edad
- Ocupación: estudiantes
- Escolaridad: primaria y secundaria
- Nacionalidad: mexicana

MUESTRA

La muestra total de la investigación fue aleatoria de tipo intencional debido a que las muestras debían cumplir con los criterios antes mencionados.

INSTRUMENTOS Y APARATOS

Para la medición de la variable independiente se utilizó el cuestionario de alimentación y salud del formato (XY) (Gómez Pérez-Mitre, 1993, 1993b, 1995), que se compone de 5 secciones que exploran distintas áreas de la conducta alimentaria de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. De estas 5 secciones se utilizó la escala de autoatribución con 5 reactivos tipo likert (con adjetivos positivos y negativos) con 5 opciones de respuesta que van de 1 (nada) hasta 5 (mucho).

TIPO DE ESTUDIO

Este fue de tipo prospectivo, pues "toda la información se recogió de acuerdo a los criterios del investigador y para los fines específicos de éste, posterior a su planeación" (Méndez, 1994).

Transversal, ya que "se midieron una sola vez las variables, evaluándose así las características de los grupos en un momento dado y sin calificar la evolución de sus unidades" (Méndez, 1994).

Comparativo, en tanto "existieron tres muestras y se deseaba comparar algunas variables para contrastar las hipótesis mencionadas" (Méndez, 1994).

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un diseño con observaciones independientes, transversal y Ex-post-facto.

APARATOS

En una submuestra de selección sistemática al azar del 20% de la muestra original se les tomó medidas antropométricas . El Peso corporal se midió con una báscula marca Torino portátil de 150 kilogramos. La talla o estatura se midió con un estadímetro de madera de 2 metros.

Una vez tomadas las medidas de cada sujeto se procedió a clasificarlos en 3 grupos dependiendo de las proporciones entre su peso y su talla. Para formar cada grupo se tomaron las medidas de cada sujeto así como el sexo y la edad. La técnica antropométrica empleada para la clasificación de los adolescentes fue la conocida como Índice Nutricional, la cual relaciona el cociente de peso y talla del sujeto con el cociente de peso y talla media (percentil 50 de las tablas NOM) para su edad y sexo (Rolland-Cachera, 1984, validado en preadolescentes por Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1998).

PROCEDIMIENTO

A) Se acudió a las escuelas primarias y secundarias (públicas y privadas) a solicitar a los directivos su colaboración en esta investigación.

B) Una vez obtenida la autorización se procedió a la aplicación colectiva del instrumento (La participación de los alumnos era voluntaria). Dicha aplicación fue efectuada por personas previamente capacitadas.

C) A los alumnos se les informó que en la facultad de Psicología de la U.N.A.M. se realiza una investigación sobre hábitos alimentarios y problemas de la salud en general, de los estudiantes de primaria y secundaria, por lo que su participación es importante para los fines del estudio, y que los datos que de ella se obtengan serán anónimos y confidenciales.

D) Posteriormente se obtuvo una submuestra del 20% (Selección sistemática y aleatoria). Una vez seleccionados los sujetos se les aplicaron mediciones antropométricas (peso, talla, pliegues corporales, etc.) para determinar los grupos de obesidad, sobrepeso y peso normal, emaciados y delgados.

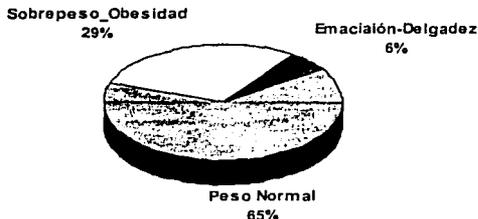
RESULTADOS

Una vez que se obtuvieron los datos, se procedió a capturar y analizar la información a través del paquete estadístico SPSS (versión 8.1). Los principales resultados obtenidos se presentan a continuación.

Descripción de la muestra.

La muestra total de la presente investigación quedó formada por 213 preadolescentes todos de sexo masculino, la edad promedio fue de 11.11 años y una desviación estándar de .69, de éstos chicos 6% eran emaciados y delgados, 65% tenían peso normal y 29% tenían sobrepeso y obesidad (ver gráfica 1); el 46% asistía a 5º grado de primaria, otro 45% asistía a 6º grado y el 10% restante tomaba clases en secundaria. La clasificación de peso corporal se hizo con base en la tablas de índice nutricional validados en muestras de preadolescentes mexicanos (Saucedo & Gómez Pérezmitré, 1998).

GRAFICA 1. Distribución Porcentual del tamaño de la muestra.



La edad promedio de los chicos emaciados y delgados fue de 11 años (D.E.=.60), para los normopeso la media fue 11.12 años (D.E.=.67) y para los sobrepeso-obesos el promedio de edad fue de 11.11 años (D.E.=.74).

Cuadro 1. Medias y D.E. de la variable edad por grupo

| | X | S |
|---------------------|-------|-----|
| Emaciación-delgadez | 11.0 | .60 |
| Normal | 11.12 | .67 |
| Sobrepeso-obesidad | 11.11 | .74 |

2. Descripción de las Variables de Investigación.

2.1 Elección de Figura Ideal

Cuando se presentó a los preadolescentes las siluetas corporales con el propósito de que eligieran aquella que más les gustaría tener, el 40% de los chicos del total de la muestra eligió una figura con peso normal, sin embargo, el 67% de los preadolescentes normopeso escogió una figura delgada y normal atlética como ideal corporal. Mientras que, casi la mitad (47%) y casi una cuarta parte (23%) de los chicos con sobrepeso y obesidad, respectivamente, querían tener una figura con peso normal y delgada. Es interesante señalar que un 17% de los jóvenes emaciados-delgados deseaba tener una figura más gruesa; sin embargo, un 42% de ellos deseaban tener una figura ubicada en las categorías de emaciación y delgadez (ver tabla 1).

TABLA 1. Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Ideal por rangos de peso

| Figura que corresponde a: | Emaciación-delgadez | Normal | Sobrepeso-obesidad | TOTAL |
|---------------------------|---------------------|--------|--------------------|--------|
| Emaciación | 8.3% | 1.4% | 3.2% | 2.4% |
| Delgadez | 33.3% | 29.0% | 22.6% | 27.4% |
| Normal-atlética | 25.0% | 38.4% | 46.8% | 40.1% |
| Sobrepeso | 16.7% | 24.6% | 19.4% | 22.6% |
| Obesidad | 16.7% | 5.0% | 3.2% | 3.8% |
| Otra | | 1.4% | 4.8% | 2.4% |
| Otra | | 1.4% | 4.8% | 2.4% |
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| Total | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Elección de Figura Actual.

Cuando se les pidió a los preadolescentes que eligieran aquella figura que más se pareciera a su cuerpo, con base en los resultados se puede observar (ver Tabla 2) un 25% de los chicos emaciados-delgados consideró que poseía una figura corporal normal-atlética, y otro 25% eligió una figura obesa como figura actual; en comparación con el 39% de los preadolescentes con sobrepeso y obesidad, quienes se consideraban delgados y el 26% con peso normal.

TABLA 2. Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Actual por grupo

| Silueta que corresponde a una figura: | Emaciación-delgadez | Peso normal | Sobrepeso-obesidad | TOTAL |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|--------|
| Emaciada | 16.7% | 13.7% | 4.8% | 11.3% |
| Delgada | 25.0% | 33.8% | 38.7% | 34.7% |
| Normal-atlética | 25.0% | 28.1% | 25.8% | 27.2% |
| Sobrepeso | 8.3% | .7% | 8.1% | 3.3% |
| Obesidad | 25.0% | 23% | 21.0% | 20.7% |
| Otra | | .7% | 1.6% | .9% |
| TOTAL | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

La Tabla 2, también muestra que sólo el 28% de los chicos con normopeso eligió una figura con peso normal atlética como actual, mientras que el 47% eligió una figura delgada y emaciada y el 23% consideró tener una figura obesa.

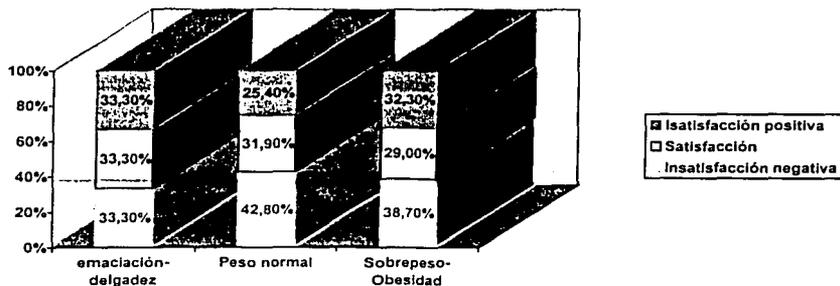
Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal

En cuanto al grado de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, los resultados indican que sólo el 31% de la muestra total estaba satisfecho, mientras que, el porcentaje restante manifestó insatisfacción.

Es muy importante hacer notar que un 33% de los preadolescentes emaciados-delgados, estaban insatisfechos "positivamente", es decir, querían estar aún más delgados de lo que estaban, y otro 33% deseaban estar más robustos o "llenitos".

El 43% de los adolescentes normopeso estaban insatisfechos "negativamente" (querían tener una figura más robusta) y únicamente el 32% estaba satisfecho con su figura corporal. De los chicos con sobrepeso y obesidad 32% querían tener una figura más delgada y sólo el 29% estaba satisfecho, mientras que el 39% estaba insatisfecho "negativamente" (ver Gráfica 2).

GRAFICA 2. Distribución porcentual de la variable Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal por rangos de peso

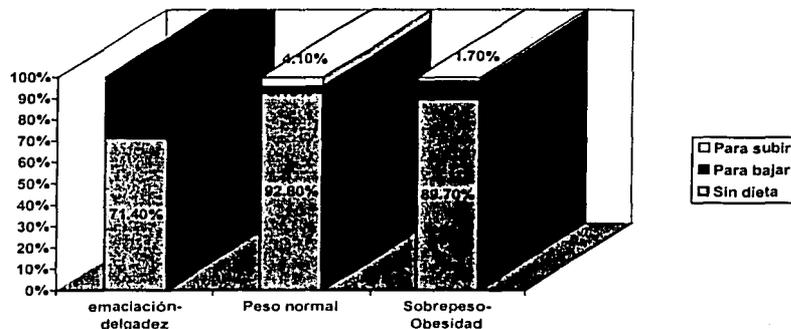


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2.4 Seguimiento de dieta.

Cuando se analiza seguimiento de dieta con peso corporal como se observa en la gráfica 3, altos porcentajes de los tres grupos no realizaban dieta con propósitos de control de peso, de hecho los chicos normopeso resultaron ser los que menos realizaban dieta (93%), mientras que un porcentaje (29%) de los jóvenes con emaciación y delgadez realizaban dieta para bajar de peso. La mayoría de los chicos sobrepeso-obesos no había hecho cambios en su alimentación y el 9% realizaban dietas para perder peso.

GRAFICA 3. Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta por rango de peso



Seguimiento de dieta e insatisfacción con la Imagen Corporal.

En lo que se refiere al seguimiento de dieta con propósitos de control de peso por grado de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, los resultados indicaron que la mayoría de los integrantes de la muestra total (tanto satisfechos como insatisfechos) no realizaban dieta. Sin embargo, un pequeño porcentaje (4.5%) de los chicos con insatisfacción negativa (deseaban estar más "llenitos") realizaban dieta para subir de peso, y también un mínimo porcentaje (4.9%) de los chicos que querían estar más delgados hacían dieta para bajar. Es interesante señalar, que casi un 10% de los preadolescentes satisfechos realizaban dieta tanto para bajar como subir de peso (ver tabla 3).

TABLA 3. Distribución porcentual de la variable del seguimiento de dieta por satisfacción/insatisfacción

| | Insatisfacción negativa | Satisfacción | Insatisfacción positiva | TOTAL |
|------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------|
| Sin dieta | 91.0% | 90.6% | 92.7% | 91.3% |
| Para bajar | 4.5% | 7.5% | 4.9% | 5.6% |
| Para subir | 4.5% | 1.9% | 2.4% | 3.1% |
| TOTAL | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Prueba de hipótesis estadísticas

Con el propósito de averiguar si existían diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución de los preadolescentes varones tomando en cuenta peso corporal (emaciación-delgadez, peso normal y sobrepeso-obesidad), se agruparon las variables que miden autoatribución en dos grupos: positiva y negativa, se aplicó un ANOVA one way los resultados se exponen en las tablas 4 y 5.

| TABLA 4. Resultados del ANOVA One Way Autoatribución Positiva por Rango de peso | | | | | |
|---|-------------------|--------------------|----------------|--------------------|--------------|
| | Suma de cuadrados | Grados de Libertad | Media Cuadrada | F | Probabilidad |
| Entre grupos | 19.238 | 2 | 9.619 | .108 | .898 |
| Dentro de grupos | 14847.140 | 166 | 89.441 | | |
| Total | 14866.379 | 168 | | | |
| Medias y desviaciones estándar de autoatribución | | | | | |
| Emaciación-delgadez | | Peso normal | | Sobrepeso-obesidad | |
| X=53.0 | S=6.3070 | X=51.5514 | S=8.7256 | X=51.7115 | S=11.2186 |
| <i>Ho: X1=X2=X3=0 Se acepta</i> | | | | | |
| <i>Hi: X1≠X2≠X3≠0 Se rechaza</i> | | | | | |
| No se confirma hipótesis de trabajo 1 | | | | | |

De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 4, no existen diferencias estadísticamente significativas en la autoatribución positiva según el rango de peso y por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo 1.

TABLA 5. Resultados del ANOVA One Way Autoatribución Negativa por Rango de peso

| | Suma de cuadrados | Grados de Libertad | Media Cuadrada | F | Probabilidad |
|------------------|-------------------|--------------------|----------------|------|--------------|
| Entre grupos | 100.867 | 2 | 50.433 | 3.37 | .038 |
| Dentro de grupos | 2720.587 | 180 | 15.114 | | |
| Total | 2821.454 | 182 | | | |

Medias y desviaciones estándar de autoatribución

| Emaciación-delgadez | Peso normal | Sobrepeso-obesidad |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| X=16.9000, S=3.7253 | X=15.2522, S=4.0455 | X=14.0000, S=3.5787 |

Ho: $X_1=X_2=X_3=0$ Se rechaza.

H: $X_1 \neq X_2 \neq X_3 = 0$ Se acepta

Se confirma hipótesis de trabajo2.

En cuanto a la autoatribución negativa se concluye que si se presentaron diferencias estadísticamente significativas según el rango de peso, dado que los resultados así lo indican: $F(2, 180)=3.37$ y $P=.038$ (ver tabla 5), por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 2. Las medias (incluidas en la tabla 5) indican que los chicos delgados poseían mayor autoatribución negativa en comparación con sus contemporáneos con sobrepeso-obesos, normapeso..

Otra hipótesis de trabajo era comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables seguimiento de dieta con propósitos de control de peso y el rango de peso, los resultados obtenidos en la prueba de Kruskal Wallis indican que si se encontraron diferencias estadísticamente significativas: ($\chi^2(2)=7.828$ y $P=.020$). Las medias de rango de los grupos señalan que los chicos emaciados-delgados presentan mayor problema con el seguimiento de dieta en comparación con los adolescentes de los otros grupos (ver tabla 6).

| TABLA 6. Resultados obtenidos en la Prueba Kruskal Wallis del Seguimiento de dieta por rango de peso | | |
|---|--------------------|--------------------|
| Chi-cuadrada | Grados de libertad | Probabilidad |
| 7.828 | 2 | .020 |
| Medias de Rango de seguimiento de dieta | | |
| Emaciación-delgadez | Peso normal | Sobrepeso-Obesidad |
| 96.43 | 76.53 | 80.89 |
| Ho: $X_1=X_2=X_3=0$, se rechaza | | |
| Hi: $X_1 \neq X_2 \neq X_3=0$, se acepta | | |
| Se confirma hipótesis de trabajo 3. | | |

Finalmente, con el propósito de confirmar o no la cuarta hipótesis de trabajo es decir, que sí existían o no diferencias estadísticamente significativas en la variable insatisfacción con la imagen corporal según nuestra variable independiente en este caso el rango de peso. Los resultados proporcionados por el ANOVA One Way, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en este aspecto. Sin embargo, es interesante hacer notar que las medias de satisfacción/insatisfacción muestran que los tres grupos presentan insatisfacción negativa, es decir, desearían estar más "lilenitos" o robustos de acuerdo con el ideal social que propone una figura masculina musculosa (ver tabla 7).

| TABLA 7. Resultados del ANOVA One Way Satisfacción/insatisfacción por Rango de peso | | | | | |
|--|---------|--------------------|----------------|--------------------|--------------|
| Suma de cuadrados | | Grados de Libertad | Media Cuadrada | F | Probabilidad |
| Entre grupos | .296 | 2 | .148 | .051 | .951 |
| Dentro de grupos | 615.619 | 210 | 2.932 | | |
| Total | 615.915 | 212 | | | |
| Medias y desviaciones estándar de satisfacción/insatisfacción | | | | | |
| Emaciación-delgadez | | Peso normal | | Sobrepeso-obesidad | |
| X=-.1538 | | X=-.1957 | | X=-.1129 | |
| S=1.9513 | | S=1.7124 | | S=1.6606 | |
| Ho: X1=X2=X3=0 Se acepta. | | | | | |
| Hi: X1≠X2≠X3=0 Se rechaza. | | | | | |
| No se confirma hipótesis de trabajo 4. | | | | | |

CONCLUSIONES

La finalidad del presente estudio fue determinar la relación existente entre las variables autoatribución, seguimiento de dietas, satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal y peso corporal entre preadolescentes del sexo masculino. Se aplicó el cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995). Este estudio forma parte de una investigación mayor, cuyo objetivo fundamental es contribuir a la prevención de los trastornos de la alimentación.

Cabe mencionar que los trabajos de investigación a nivel nacional e internacional con preadolescentes varones son escasos, la mayor parte de investigaciones sobre trastornos de alimentación y específicamente sobre autoatribución son llevados a cabo con poblaciones femeninas por ser este grupo el que ha presentado mayor incidencia en estos problemas.

Con respecto a la variable autoatribución positiva (en donde los chicos se perciben, se califican a sí mismos positivamente por ejemplo, soy limpio, inteligente, ordenado, etc.) se encontró que no depende de su peso corporal. Es decir, que no existen diferencias estadísticamente significativas según el peso corporal. El peso de los preadolescentes no afecta significativamente, ni determina los atributos positivos que éstos se atribuyen a sí mismos. Coincidiendo con los resultados reportados por Gama (1999), quien tampoco encontró diferencias significativas en autoatribución positiva en un grupo de adolescentes femeninas con normopeso y en las adolescentes con sobrepeso y obesidad.

En cambio, llama la atención que con respecto a la autoatribución negativa se encontró, que sí existen diferencias estadísticamente significativas según el rango de peso. Los chicos se autocalifican negativamente según su peso corporal, descalificándose más los preadolescentes delgados y muy delgados (emaciados).

Resulta interesante hacer notar que este tipo de respuestas de autodescalificación en el grupo de jóvenes delgados es una respuesta típica masculina que confirma resultados previos encontrados por Gómez PèresMitré (1999).

Esto es importante en virtud de que, en este estudio, tener bajo peso es una condición que afecta la autoatribución de los estudiantes. Coincidiendo con lo que Hsu (1983) (citado en Bruchon 1992) destacó en sus estudios sobre la importancia del atractivo físico en las sociedades actuales en las que se ha encontrado que en las mujeres, éste atractivo se relaciona con delgadez, mientras que en los hombres prefieren ser más grandes y pesados.

En este mismo sentido Brodsky en 1954 (mencionado en Bruchon 1992), se observó la concordancia intercultural de las preferencias por el cuerpo masculino mesoformo (musculoso) de igual manera en una investigación en 1981 se constató que las siluetas masculinas consideradas como más atractivas por los dos sexos son musculosas, con una cintura más fina que los hombros, (Hovarth, 1981) (citado en Bruchon, 1992).

En esta misma dirección, Gómez Pérez Mitré (en prensa) en un trabajo con una muestra total de 8673 hombres y mujeres distribuidos en tres grupos: pre-púberes, preadolescentes y adolescentes encontró entre los hombres, una mayor presencia del deseo de una figura atlética; es cierto que desean estar más gruesos pero sin grasa y con músculos

Los trabajos anteriores se relacionan con los resultados obtenidos en la presente investigación, donde la figura musculosa fue considerada como figura ideal por un gran porcentaje tanto de los hombres como por las mujeres. Otros estudios han revelado que la autoatribución negativa se encuentra relacionada con problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias (Salazar, Lizano & Gómez Pérez-Mitré, 1999).

En lo que se refiere a la variable seguimiento de dieta con el propósito del control de peso, según el peso corporal, se encontró que en una gran parte de la muestra total no realiza dieta con la finalidad de control de peso: sin embargo se encontró que una cuarta parte de los preadolescentes (chicos con promedio de edad de 11 años) hacen dieta. Sin embargo lo que más llama la atención es que estos niños fueron los más delgados de la muestra, los que siendo delgados y muy delgados eligieron una figura delgada y muy delgada. Esto es preocupante en virtud de que se ha encontrado que entre los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación más reconocidos se encuentran el seguimiento de dietas para el control y reducción de peso (Gómez Pérez-Mitré 1993).

Esto coincide con un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel (2000) con una muestra de adolescentes y jóvenes adultos, en donde se encontró una prevalencia de dietas del 15%. Lo anterior abre las puertas a posibles investigaciones en donde se pueda responder algunas de las siguientes preguntas. ¿A que se debe que mientras una parte de la población existe una relación entre autoatribución negativa y peso corporal bajo otra, la cual tiene igual peso corporal menciona hacer dieta para controlar su peso? ¿Cómo se relaciona el seguimiento de dietas con la autoatribución?

El seguimiento de dietas en edades tempranas no es nuevo como podemos observar en los datos reportados por Sánchez Salgado & Mójica Miranda (1998), quienes encontraron que las edades en donde los estudiantes comentaron haber iniciado su primera dieta, fueron entre los 12 y 14 años de edad. Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998), reportaron que los niños y las niñas de quinto y sexto grado de primaria ya presentan seguimiento de dieta. Encontrando además que precisamente a los 11 años era la edad pico en la que se encontraron la mayoría de los factores de riesgo. Así pues, se considera que este grupo de la muestra (25 % de los preadolescentes) que hacen dieta es el de mayor riesgo.

En otro estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitre (1995) con una muestra de 200 escolares de ambos sexos del quinto y sexto grado de primaria de la ciudad de México se encontró que aproximadamente el 50 % de los jóvenes presentó indicadores de riesgo relacionados con insatisfacción de la imagen corporal.

En los casos mencionados se observa, que tanto los hombres como en las mujeres existe una insatisfacción con la imagen corporal, con base a esto se puede decir que no solo las mujeres se encuentran con un nivel elevado de presión social para cubrir ciertos estereotipos de belleza, sino también, los hombres se encuentran en un nivel semejante de presión para cubrir expectativas sociales. Lo anterior ayuda a los interesados en el tema para que no subestimen la población masculina

Una sexta parte de la muestra con normopeso eligió una figura delgada y normal atlética como figura ideal; al igual que en el grupo de sobrepeso y obesidad donde eligieron una gran parte una figura normal; estos resultados son semejantes a los obtenidos por Gama (1999), en donde un porcentaje mayor del grupo de las adolescentes femeninas con normopeso considera como delgada la figura ideal.

En cuanto a figura actual, los preadolescentes con sobrepeso y obesidad percibieron predominantemente su figura actual con normopeso o delgadas. En tanto que mas de la tercera parte del grupo con peso normal la percibieron como delgada.

En una investigación para conocer la distribución de las variables asociadas con la Imagen Corporal y con el Índice de Masa Corporal (IMC) en una muestra del género masculino, se encontró entre otras cosas, que los estudiantes estaban insatisfechos porque deseaban una figura más gruesa y efectivamente tenían un peso pajo según su IMC mientras que los insatisfechos que deseaban un figura más delgada eran aquellos cuyo IMC indicaba un sobrepeso y obesidad, que IMC de los menos insatisfechos correspondió a peso normal.

Para concluir se requiere subrayar que es preocupante que una cuarta parte de los niños de la muestra estudiada están haciendo dieta y confirman (estudios previos) que también los hombres en edades muy tempranas (en la preadolescencia) están siendo al igual que las mujeres, presionados para conformar sus cuerpos a un estándar ideal que no todos pueden lograr a saber: un cuerpo atlético.

9. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?

NO.... () Pasa a la pregunta 11

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

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente (50% de las veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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) | | | |
| Bolillo | | | |
| 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, churritos, 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, parmesano) | | | |
| 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) | | | |
| Yougurt | | | |
| Mannec | | | |

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 "atraganta".

- | | | | | |
|-------|---------|--------------------------------------|--------------------|---------|
| 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 serví.

| 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 |
| () | () | () | () |

8.- 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
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 |

2.- 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 |
| Gruoso | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | 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 |
| Gruesa | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Delgada |
| Débil | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Fuerte |
| Atlética | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Bofa |
| Bien Formada | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Mal Formada |
| Chica | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Grande |
| Atractiva | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | No Atractiva |
| Gorda | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Flaca |
| Proporcionada | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Desproporcionada |

3. Mi espalda es

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

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 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Bofa |
| 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 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Bofa |
| 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 () Sí ()

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 ()

10. 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
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCION G

1. ¿Cómo te llevas con..?

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

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 :

| | Si | No |
|---|-----|-----|
| Critican la forma de tu cuerpo : | () | () |
| Critican 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(chapamito) |
| 8.-Fuerte | 23.-triste | 38.-activo |
| 9.-arreglado | 24.-débil | 39.-alegre |
| 10.-bueno | 25.-moreno | 40.-estudioso |
| 11.-Compartido | 26.-flojo | 41.-peñonero |
| 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 base de peso ?

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

REFERENCIAS

- Agras, W.W. y Kirkley B.G. (1986). Bulimia: Theories of etiology. New York: Pergamon Press.
- Aguilar, Y. & Rodríguez, A. R. (1997). Relación entre nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes de nivel medio superior. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.
- Alonso, J; Páimies, A; Sergivia, C; Ainedo, A; Dénia, A & Ortí, T. (1984). Prevalencia d' Obesitat en escolars. Comunicació presentada en el XII. Congre's de metges y biólegs de lengua catalana. Benicasim Castellán.
- Alvarez, G; Roman, M; Manriquez; E. & Mancilla, J. M. (1996). La Psicología Social en México. 1 (1), 531-541.
- Argyle, M. (1964 a). Introjection: A form of social learning. British Journal of Psychology, 55, 39-402.
- Argyle, M (1978). Psicología del comportamiento interpersonal. Madrid: Alianza Editorial.
- Avila Rodríguez; Lozano Rodríguez & Ortiz, O (1997) Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barry, A. & Lippman, B. (1990). Anorexia in males. Post Graduate Medicine. 82, (16), 12-165.

- Banjour, J. P ; Thientz G; Buchs B; Slosman D. & Bizzoli, R. (1991). Critical year and stages of puberty for spinal and femoral bone mass accumulation during adolescence. Journal Clinical Endocrinology Metabolism. 73 (3), 555-563.
- Barber, S; Bolaños, C; López – Jensen, Ch. & Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimenticios; anorexia y obesidad. Psicología Iberoamericana. 3 (2), 20-33.
- Bigsby & Muñiz C. (1962). Practical management of the obese patient. NY. International Medical Books Corporation.
- Bliss, E. L. & Brach, C. H. H. (1960). Anorexia Nervosa. Nueva York: Hoeber.
- Braguinsky, J; Mendelson , M; D'Alessandro, J; Della Valle, M; Goldberg, F; Matkman, C; Mestres, A; Fainhole, B; & Dietista Reinhold, H; Estudio y prevalencia de obesidad en sectores de la población de Buenos Aires. Presentado al Sexto Congreso Argentino de Nutricion, 1976.
- Braguinsky, J. (1987). Obesidad, patogenia clínica y tratamiento. B. A: Promedicina.
- Brey, A. (1976). The obese patient, New York. Sunders.
- Brownell, K. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious prevalent and refractory disorder. Journal of Consoling and Clinical Psychology. 50 (6), 820-840.

- Bruch, H. (1973). Eating disorders: obesity, anorexia nerviosa and the person within. New York: Basic Books.
- Bruchon, Schweitzer. (1992). Psicología de Cuerpo. Heider Barcelona
- Bryant-Waugh. (1995). Anotation: Eating disorder in children. Journal of Child Psycho Psychical. 36 (2), 191-202.
- Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (Eds) (1990). Body, Image, develop, deviance and change. Nueva york: Guilford.
- Castro, F. Gutiérrez. (1988). Un asunto de hábitos alimentarios. ¿Cuándo empieza la obesidad? Cuadernos de Nutrición. 11 (3), 3-8
- CIE10, 1992. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Coleman, J. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Cormillot, A. (1988). El arte de adelgazar. Argentina; Vergara.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia y bulimia nerviosa, Madrid, Ergen
- Craddock, D. (1976). A short text book of general practice. Lond: H.R Lewis.
- Craig, G. (1989). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Crip, A (1993). Anorexia nerviosa. British Medical Journal. 287, 855 - 858.
- Davies, E; & Furnham. A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology .59 279-287.

- Eillie, R.C. (1961). The self concept. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Feinholz, D. Kilp (1997). Anorexia y Bulimia, aspectos psicológicos. Cuadernos de Nutrición. 20 (5), 10-20.
- Fernández, Evaristo (1991). Psicología de la adolescencia. Madrid: Narcea.
- Forman, M.R. Trowbridge, F.L. Gantry, E. M. Marks, J.S. & Hogelin, G.C. (1986). Overweight adults in the United States: The behavioral risk factors surveys. The American Journal of Clinical Nutrition. 44, 410-416.
- Gama, E. A.(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 en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Goldblatt, P. More, M. Stunkard, A. (1965). Social factors in obesity Am md Ass. 3 (16) 257
- Gómez Pérez-Mitré G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nerviosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1). 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré G.(1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: Problemas de peso. Revista de Investigación Psicológica, UNAM. 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 Péresmitré, G. (1998) Imagen corporal: ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? Psicología y Ciencias Sociales, 14 (1), 27-33.
- Gómez Péresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y cultura de la delgadez, figura ideal anoréxica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología 1 (16), 153 - 166.
- Gómez Péresmitré, G & Avila, E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Revista Iberoamericana 6 (2) 10-22.
- Gómez Pérez-Mitré G. & Avila (1999). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso? Revista Iberoamericana, 6 (2), 37-46.
- Gómez Pérez-Mitré G ; Granados, A. M; Jáuregui, J; Tafoya, S. A; & Unikel, S. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados Con imagen corporal y con conducta alimentaria en una muestra de género masculino. Facultad de Psicología Div. Est. Posgrado. UNAM.
- Gómez Pérez Mitre, Unikel, S :C : & Saucedo, M.T. (1999). La psicología social en el campo de la salud; Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. La Psicología social en México: FCE
- González Barronco, J. XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de la Nutrición y Endocrinología. Ixtapa Zihuatanejo 28 de Nov, 3 de Dic. 1994.

- González, C. (1992). Evaluación de los tratamientos de tipo conductual en pacientes mujeres con trastornos de la alimentación. Universidad Iberoamericana: México, D.F. Tesina de Licenciatura en Psicología
- González, N. (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.
- González, S. L. M, Lizano, M. M; Rodríguez, A. P. & Gómez Pérez-Mitré G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer. Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 16 (1), 117-126.
- Gordon, R. A. (1990). Anorexia and bulimia: Anatomy of a social epidemic. Oxford:Blackwell.
- Grinder, R. (1976). Adolescencia. México: Limusa.
- Hewstone M, Strube, W. Codo, J & Sthepeson G. (1994). Introducción a la psicología social. Barcelona: Ariel.
- Hill, A. J. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year old girl. British Journal of Clinical Psychology.
- Hirsch, J. (1976). The adipose cell hypothesis. Journal N Engl. Med. 295 :389
- Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. Psychological Medicine. 21 (2): 455-460. Phillip W. Long, M. P. Internet Mental Health (Http://www.mentalhealth.com) copyright 1995-1997.

- Hodson, R. & Miller P. (1982) La mente drogada. Debate Juan Pablo II (1981). Exhortación apostólica familiaris Consortio Documentos Pontificos. 16, 82-90.
- Holtz, V. (1995). Factores Psico-bio-sociales de los desordenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.
- Hurlock, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Igoín, L. (1990). La bulimia y su infortunio. España: Akal.
- Israel Cohen T. (1990). El autoconcepto en adolescentes de primer ingreso en el nivel educativo medio superior. Tesis de Licenciatura Psicología, UNAM.
- Jourad, S. M., & Secord, P.F. (1955). Body-Cathexis and Personality. British Journal of Psychology, 46, 130-138.
- Lehalle, H. (1986). Psicología de los adolescentes. Barcelona: Crítica.
- Lisker, R. (1986). Genética y nutrición en el ser humano. Cuadernos de Nutrición. 10 (1) 3-8.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1980). Barcelona: Masson.
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Barcelona: Masson.

- Méndez, R. I; Namihiria, G. D; Moreno, a. L; Sosa, M. (1994). El protocolo de investigación. México: Trillas. (11-15)
- Mercado Moreno R. (1991). Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Morales, J. F. (1994). Psicología Social. España : Mc Graw Hill.
- Moscovici, S. (1975). Introducción a la Psicología Social Barcelona: Planeta.
- Murrieta, C. C. (1997). Relacion entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Myers, J. (1953) Inactivity as a major factor in adolescent obesity. Annals of the New York Academy of Science. 131, 502.
- Olefsky, J. M. (1986). Obesity in Harrison's principles of interview medicine. México: Mc Graw Hill.
- Palazzoli, M. S. (1974). Self-starvation. Jason Aronson New York. In Hsu, G. L. K. (1983) The actiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine. 13, 231-238.
- Palma, M. D. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición, 20 (5) 21-28.
- Pasqualini, R. (1973). Endocrinología. Barcelona: Científico Médico.

- Perlman, D. & Cozby, P. C. (1992). Psicología Social. España: Mc Graw Hill.
- Perpiña, C. (1989). Hábitos alimentarios, peso e imagen corporal. Revista de psiquiatría de la facultad de Barcelona, 16 (6) 303-312.
- Quiroga, H. Echeverría, L. Mata, A. & Ayala, H. (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología Social en México, 4 (3), 225-230.
- Raimbault, G. & Eliachef, C. (1991). Las indomables figures de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Ramos, C. A. (1995). Obesidad, conceptos actuales. México: página electrónica. http://www.personal_redeth.es/aetca/index.htm
- Roche, A. (1981). The adiposity the member hypothesis. Journal of child development, 17 (3), 31-52.
- Rodríguez Estrada (1980). Psicología de la Organización. México: Trillas.
- Rodríguez, A. (1997). Relación entre nivel socioeconómico la autopercepción de la imagen y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM.
- Rodwell, W. (1993). Nutrition and diet therapy. St. Lours: Mosby. 136-165.
- Rogers, C. (1968). El Proceso de Convertirse en Persona. México: Mc Grall Hill.

- Rolland Cachera, M. F. Deheeger, M. Bellisle, F. Senpe, M. Guifford Bataille, M. & Palais, E. (1984). Adiposity rebound in children : A simple indicator for predictiny obesity. American Journal of Clinical Nutrition. 39 (6), 129-135
- Romero, F. (1994). Adolescent. Boys anorexia nervosa. Adolescence. 29 (115).
- Rosemberg, M. (1979). La autoimagen de la adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine 9, 429-448.
- Salazar, L. M. Lizano, M, Rodríguez. P. & Gómez Pérez-Mitré. (1996) Factores de riesgo en desordenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 3 (5), 112 – 114.
- Saldaña C. & R. Rosell (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.
- Sánchez, S. G; & Mójica, M. V. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico de estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.

- Saucedo, M. T. & Gómez Pérezmitre, G. (1998). Validez de Índice Nutricional (IN) en preadolescentes mexicanos por el Método de Sensibilidad y Especificidad. Revista del Instituto Nacional de Salud Pública, 40 (5), 392-397.
- Schneider, Hastorf, Ellsworth (1982). Percepción personal. España. Fondo de Cultura Interamericana.
- Schonfeld, W. (1963). Body-image in adolescents: A psychiatric concept for the pediatrician. Pediatrics, 31, 845-855.
- Secord, P. & Backman, C.E. (1976). Psicología social. México: Mc Graw-Hill.
- Silverman, J. (1986). Anorexia Nervosa in seventeenth century England as viewed by Physician, Philosophers and pedagogue. An essay. International Journal of Eating Disorders, 5 (5), 847-853.
- Stein, D. & Laakson, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. International Journal of Eating Disorders, 7 (2), 201-210.
- Stierlin & Weber (1990). Qué hay detrás de la puerta de la familia. Mexico; Gedisa.
- Szmukler, G., Dare, C. & Treasure J. (1995). Handbook of eating disorders: theory, treatment and research. Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Thompson, J. K. (1990). Body image, disturbance assessment and treatment. Nueva York: Pergman.

- Toro, J. (1988). Factores Socioculturales en la anorexia nerviosa. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 15 (2), 99-109.
- Toro, J. y Volordell (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona. Edit. Martínez Roca.
- Unikel, S. C. & Gómez Pérez-MLItré. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes estudiantes de danza. Revista de Psicopatología. Madrid.
- William, D. & Jill. E. Harkaway. (1990). Obesity and family firo approach to assessment and treatment, planning. Journal of Marital and Family Therapy. 16 (3), 287-298.
- Willie, R. C. (1961) The self concept. Lincoln. Nebraska: University of Nebraska Press.