

105



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y AUTOESTIMA
EN MUESTRAS DE NIÑOS Y NIÑAS PREADOLESCENTES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.**



**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GEORGINA GUERRERO LONGORIA**

DIRECTORA : DRA. GILDA GOMEZ-PEREZ-MITRE



CIUDAD UNIVERSITARIA

ENERO 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

**"¿O IGNORAIS QUE VUESTRO CUERPO ES
TEMPLO DEL ESPIRITU SANTO, EL CUAL
ESTA EN VOSOTROS, EL CUAL TENEIS DE
DIOS, Y QUE NO SOIS VUESTROS?
PORQUE HABEIS SIDO COMPRADOS POR
PRECIO, GLORIFICAD, PUES, A DIOS EN
VUESTRO CUERPO Y EN VUESTRO
ESPIRITU, LOS CUALES SON DE DIOS".**

**PRIMERA EPISTOLA DEL APÓSTOL SAN PABLO A LOS
CORINTIOS 6 : 19 Y 20.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a esta Universidad que me acogió durante tantos años, me formó profesionalmente y me brindó un panorama lo suficientemente amplio y claro de nuestra sociedad a la que anhelo servir a partir de estos momentos.

Muchas gracias Dra. Gilda por la paciencia y sabiduría con que me guió a lo largo de este proyecto que disfruté desde un principio.

Asimismo agradezco a los sinodales que tan gentilmente me brindaron su tiempo, su colaboración y sus atinados comentarios: Dra. Lucy Reidl, Mtro. Jorge Pérez, Mtra. Milagros Figueroa y Mtra. Lilia Joya.

Quiero agradecer también a Gisela Pineda por el apoyo, las sonrisas y su disposición en todo momento.

A José Manuel Martínez y Maricarmen Montenegro por su presencia enriquecedora en distintas etapas de la carrera.

... a la Dirección General de Bibliotecas de la
... a difundir en formato electrónico e impreso el
... de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Georgina Cuervo
Univ. de
10-211-2002
[Firma]

DEDICATORIAS

Este trabajo deseo dedicarlo a toda la gente maravillosa que me ha rodeado a lo largo de mi vida:

Papi, sé que estás ante la presencia de nuestro Dios y aunque hace ya tantos años del sobre que recibiste cuando me aceptaron en esta facultad, te dedico este esfuerzo porque nunca has salido de mi mente y de mi corazón.

Mami, que con tu apoyo y sobre todo con tu ejemplo en las pruebas y momentos más tristes y difíciles me mostraste que siempre hay un camino que seguir y un nuevo día que esperar. Gracias por ser la mejor.

Carlos y Marcela, que sabemos y sentimos que las distancias no menguan sino acrecientan nuestros lazos y nuestro amor, gracias por su ejemplo de fortaleza y tesón día con día.

Doña Celia, quien diga que no puedes ver se equivoca porque tienes la mirada más clara y transparente, tú mejor que nadie ves con los ojos del alma y te dedico este trabajo con todo mi amor y admiración.

Priscila y Aranza, mis tesoros más grandes, mis bendiciones, mis triunfos y las mejores maestras que la vida pudo poner en mi camino, las amo mis niñas.

Gonzalo, sin ti a mi lado no podría escribir estas líneas y le doy tantas gracias a Dios por haberte puesto en mi camino por ser idóneo en mi vida y que juntos hayamos entendido que el amor es benigno, el amor no tiene envidia, no se envanece, no busca lo suyo, no guarda rencor, todo lo cree, todo lo espera y sobre todo saber que el amor nunca deja de ser.

INDICE

Resumen	6
Introducción	7
I. Marco Teórico	9
A) Antecedentes Históricos.	9
B) Definición de conceptos.	10
1. Trastornos de la conducta alimentaria.	10
Anorexia Nervosa.....	11
Características diagnósticas (DSM-IV, 1994):	11
Bulimia Nervosa.....	13
Características diagnósticas (DSM-IV, 1994):	14
Obesidad.	16
Obesidad en la infancia.	18
2. Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.....	19
3. Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.	20
4. Autoestima.	21
II . Etapas Del Desarrollo: Pubertad, Preadolescencia y Adolescencia	23
A) Pubertad.....	24
Pubertad en las niñas.	29
Pubertad en los niños.	32
B) Preadolescencia.....	34
C) Adolescencia.	39
El Adolescente obeso.....	44
III. Autoestima	49
Autoestima y pubertad.	55
Autoestima y obesidad.	55
Autoestima e imagen corporal.	58
IV. Factores de riesgo asociados con imagen corporal	60
A) Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.....	60
B) Alteración de la imagen corporal.....	63
C) Preocupación por el peso corporal.....	63
D) Actitud hacia la delgadez/ obesidad.	64
Investigaciones realizadas en México y en el extranjero.	64
V. Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria.....	68
A) Conducta alimentaria de riesgo: conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica.	68
B) Seguimiento de dieta restrictiva.	69
Investigaciones realizadas en México y en el extranjero.	69
VI. Metodología	71
A) Objetivo General.	71
B) Preguntas de investigación.	71

Factor de riesgo 1. Conducta alimentaria de riesgo.	71
Factor de riesgo 2. Imagen corporal.	72
C) Hipótesis de trabajo.	73
Factor de riesgo 1. Conducta alimentaria de riesgo.	73
Factor de riesgo 2. Imagen corporal.	73
D) Definición de variables.	74
Definiciones conceptuales. Variables dependientes. Factor 1.	75
Seguimiento de dieta restrictiva.	75
Definiciones conceptuales. Variables dependientes. Factor 2.	75
Imagen corporal.	75
Satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal.	75
Preocupación por el peso corporal.	76
Autoestima.	76
Definiciones conceptuales. Variables independientes.	
Factores 1 y 2.	76
Sexo.	76
Escuela pública.	76
Escuela privada.	77
Definiciones operacionales.	77
Satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal.	77
Preocupación por el peso corporal.	77
Autoestima.	77
E) Diseño de investigación.	78
F) Muestra.	78
G) Criterios de selección.	78
H) Instrumento y aparatos.	79
I) Procedimiento.	79
J) Análisis de resultados.	80
VII. Resultados.	81
A) Descripción de la muestra.	81
B) Descripción de las variables de estudio que exploran la conducta alimentaria de riesgo.	87
C) Descripción de las variables de estudio que exploran imagen corporal.	96
D) Descripción de las variables de estudio que exploran autoestima.	103
Factor 1. Evaluación positiva.	104
Factor 2. Percepción de competencia.	106
Factor 3. Evaluación negativa.	108
E) Prueba de Hipótesis.	110
VIII. Discusión y conclusiones.	123
Sugerencias y limitaciones.	132
Referencias Bibliográficas.	133
ANEXO A. Cuestionario sobre alimentación y salud para preadolescentes versión niñas.	
ANEXO B. Cuestionario sobre alimentación y salud para preadolescentes versión niños.	
ANEXO C. Cuestionario sobre autoestima.	

RESUMEN

El presente estudio* tiene como propósito conocer la existencia de una relación entre autoestima y las variables de los factores de riesgo de la conducta alimentaria y de la imagen corporal en niños y niñas preadolescentes que cursen del 4° al 6° grado educación primaria tanto de escuelas públicas como privadas del sur de la Ciudad de México.

Para determinar la existencia de dicha relación se trabajó con una muestra no probabilística de carácter intencional definida según el tamaño de la población en las escuelas donde se aplicó el instrumento.

Se aplicó un instrumento que explora entre otras, las siguientes áreas: sociodemográfica; datos antropométricos; hábitos alimentarios y las variables de los factores de riesgo de la conducta alimentaria, de la imagen corporal y su relación con la autoestima.

Entre los principales resultados obtenidos cabe destacar la presencia del conjunto de conductas alimentarias de riesgo encontradas entre los niños que antes se habían estudiado cada una por separado y el presente estudio arroja conclusiones nuevas respecto a la conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes, que entre los varones se presentó con mayor incidencia que entre las mujeres.

También se presentan resultados que confirman la relación que guarda la autoestima con las variables de factores de riesgo de la conducta alimentaria y de la imagen corporal

*Este estudio forma parte de una investigación mayor. Proyecto: "Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y la nutrición".

No. de proyecto: IN305599. A cargo de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCIÓN

El interés y la importancia de realizar el presente estudio, se da en función, por una parte, de que se ha realizado muy poca investigación en México respecto a los factores de riesgo que pueden desencadenar trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes, ya que los estudios realizados en nuestro país relacionados con estos trastornos, no incluyen a los niños pequeños de la muestra del presente estudio, que no pretende investigar los trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos, sino los factores de riesgo que los desencadenan y su posible relación con la autoestima. Además del interés y la importancia de producir conocimientos que contribuyan con estudios futuros en el desarrollo de programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

La razón por la cual se debe pensar en la prevención, es porque los trastornos mencionados constituyen factores de inadaptación individual y social. Asimismo, implican un alto costo para el paciente que los padece. En lo individual, atentan contra su calidad de vida y sus relaciones de todo tipo resultan quebrantadas. En lo social, al paciente le será imposible establecer un desarrollo normal aceptado, y a esto se debe agregar que en ocasiones, la gente se vuelve improductiva.

El motivo de trabajar con la muestra seleccionada, se fundamenta en que además de no existir investigaciones previas, constituye un sector muy vulnerable de la población, si se toma en cuenta que ininterrumpidamente y de manera sistemática, se encuentran sujetos a los mensajes que transmiten los medios masivos de comunicación con relación al culto a la delgadez, ya que éstos, tienen como fin provocar que la imagen corporal se convierta en un valor supremo y

llegue a ser el determinante principal de la autoestima dejando en un segundo plano, aspectos tales como: sentimientos, inteligencia, aptitudes y personalidad.

En el primer capítulo se presentan antecedentes históricos de la presente investigación y la definición de conceptos de trastornos de la conducta alimentaria, factores de riesgo asociados tanto con conducta alimentaria como con imagen corporal y autoestima.

En el segundo capítulo se revisan las tres etapas del desarrollo en que se ubica a los escolares de la muestra: pubertad preadolescencia y adolescencia.

El tercer capítulo presenta distintas definiciones de autoestima y la relación que ésta guarda con la pubertad, la obesidad y la imagen corporal.

En el cuarto capítulo se revisan los factores de riesgo asociados con imagen corporal, sus definiciones operacionales e investigaciones realizadas en México y en el extranjero.

Los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria se presentan en el capítulo quinto, así como sus definiciones operacionales e investigaciones realizadas en México y en el extranjero.

El sexto capítulo presenta la metodología seguida para el presente estudio.

En el séptimo capítulo se presentan los resultados de los dos cuestionarios aplicados mientras que la discusión de resultados, conclusiones, sugerencias y limitaciones se encuentran dentro del octavo capítulo.

I. MARCO TEORICO

A) ANTECEDENTES HISTORICOS.

En cuanto al presente estudio, existe muy poca información de datos referentes a investigaciones anteriores. De lo que se encuentra documentado, entre las principales investigaciones se pueden citar las siguientes:

En 1998 Gómez Pérez-Mitre investigó la relación entre conducta alimentaria y obesidad en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, encontrando como principales resultados:

1. Los factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria se presentaron de manera más importante entre las mujeres que entre los hombres.
2. Una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva, así como con conductas dietarias (crónica, restrictiva e hipocalórica). Las adolescentes con peso normal manifestaron tener en menor medida dicha conducta, mientras que las adolescentes obesas manifestaron lo contrario. Las chicas con peso por abajo del normal mostraron mayor tendencia a tener este tipo de conducta, que las de peso normal. En los hombres, la conducta alimentaria compulsiva no apareció diferencialmente significativa.
3. La conducta alimentaria normal tuvo mayor presencia entre las adolescentes con peso normal que entre las más delgadas y fue entre las chicas con sobrepeso y las obesas en las que se presentaron en menor medida.

4. Respecto a la preocupación por el peso y la comida, el grupo que presentó menos problemas, es el de los adolescentes (hombres y mujeres) con peso por abajo del normal, es decir, a más peso mayor preocupación.
5. Entre los hombres adolescentes se encontró un factor compuesto por variables asociadas con conducta compensatoria.

También en 1998, Gómez Pérez-Mitre realizó un estudio para determinar si los escolares mexicanos preadolescentes hacían dieta con propósitos de control de peso, mostrando como principales resultados:

1. El 25% de los niños (estudiantes del 5º y 6º grados de primaria) aceptaron realizar este tipo de dieta, tanto para bajar como para subir de peso.
2. Se encontró que las niñas evitaban la cena y que los niños comían más que las niñas.
3. Los estudiantes de las escuelas privadas consumían mayor cantidad de alimentos pero número de alimentos altos en carbohidratos y grasas.
4. El grupo que hacía dieta para bajar de peso disminuía el consumo de alimentos "engordadores".

B) DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

1. Trastornos de la conducta alimentaria.

Dentro de los principales trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y la obesidad. El DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4º Ed.) señala y describe a los dos primeros como trastornos, mientras que la obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Anorexia Nervosa.

El término anorexia proviene del latín **an**, prefijo restrictivo y **orexis**, apetito, mientras que el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico, lo que afirma que las personas que padecen anorexia nervosa sí sienten hambre aún cuando afirman no sentirla. La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo (Alvarado y Moreno, 2000).

Características diagnósticas (DSM-IV, 1994):

Las características esenciales de la anorexia nervosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nervosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

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

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales.

Algunas personas se encuentran "obesas" mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas.

El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas están conscientes de su delgadez, pero niegan que ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla, la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante) es indicadora de una disfunción fisiológica. La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia nervosa puede retrasar la aparición de la menarquia.

Existen dos subtipos en la anorexia nervosa:

- *Tipo restrictivo.* Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, los individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- *Tipo compulsivo/ purgativo.* Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad e insomnio; incluso, pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor.

Se han observado en estos enfermos características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nervosa están ocupadas con pensamientos relacionados con la comida. La observación de las conductas asociadas a otras formas de inanición sugiere que las obsesiones y las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición (Alvarado y Moreno, 2000).

La anorexia nervosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

La primera manifestación de la anorexia nervosa tiene lugar, en el 85% a 90% de los casos, entre los 10 y los 25 años de edad con un clímax de frecuencia entre los 13 y 14 años. La mayoría de los niños no desarrollan anorexia nervosa hasta que no llegan a la adolescencia pero algunos niños pueden llegar a mostrar algunos rasgos a la edad de 8 o 9 años, aunque no se producen muchas de las características normales de dicho trastorno (Alvarado y Moreno, 2000).

Bulimia Nervosa.

El término bulimia proviene del griego **bous** buey y **limos** hambre y se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos , el ayuno o el ejercicio excesivo.

Características diagnósticas (DSM-IV, 1994):

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

Se define "atración" como el consumo a lo largo de un período corto (inferior a dos horas), de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían. Los atracones pueden no producirse en un solo lugar.

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

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, pero a medida que progresa la enfermedad estos atracones se caracterizan por conductas de alteración del control, ya sea en dificultad para evitar los atracones o dificultad para terminarlos.

Dentro de este trastorno se presentan conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso, como es la provocación del vómito, que produce la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

Las personas bulímicas pueden estar sin comer uno o más días, o realizar intenso ejercicio físico, como compensación al alimento ingerido durante los atracones. Además ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse y estos factores determinan su autoestima.

Existen dos subtipos en la bulimia nervosa:

- *Tipo purgativo.* Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- *Tipo no purgativo.* Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otro tipo de conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Los individuos que presentan bulimia nervosa generalmente tienen un peso normal aunque pueden también presentarse ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad.

Las consecuencias son parecidas a las de la anorexia nervosa, pero debido a los vómitos pueden presentar: pérdida significativa y permanente del esmalte dental; las glándulas salivales en algunos individuos se encuentran aumentadas de tamaño; presentan irregularidades menstruales y amenorrea; desgarros en el esófago; rotura gástrica y arritmias cardíacas entre otros. Además de las consecuencias psicológicas implicadas en el individuo y la familia (Alvarado y Moreno, 2000).

Obesidad.

Esta palabra proviene del latín **obesitas**, a causa de que yo como (Casanueva y cols.,1995).

El término obeso se aplica a personas que acumulan una cantidad de tejido adiposo al menos en un 20% por encima de su peso ideal.

Es común pensar que la obesidad es causada por sobrealimentación; de acuerdo con el modelo popular las personas robustas ingieren más calorías de las que sus cuerpos necesitan y éstas se convierten en grasa corporal.

La herencia puede estar implicada en la obesidad, ya que los genes parecen predisponer a los individuos a la obesidad por medio de mecanismos que afectan el apetito, preferencias de sabores, saciedad, actividad física y metabolismo que se refiere a los distintos procesos a través de los cuales la energía está disponible para las células del cuerpo. Es probable que se herede una disposición a una inactividad relativa o a preferir alimentos dulces o a almacenar los nutrientes como grasa.

Nuestras historias de alimentación como niños pueden determinar nuestro peso adulto, al menos en dos formas diferentes: hábitos alimentarios y maquinaria de células grasas. Algunos niños excedidos de peso tienen la probabilidad de desarrollar los tipos de alimentación y de patrones de actividad que los mantienen pesados.

Los padres contribuyen a establecer la frecuencia de la ingesta de los niños al programar las comidas y determinar asociaciones entre la alimentación y actividades, lugares y momentos particulares. Asimismo promueven el establecimiento de los hábitos alimentarios que contribuyen al peso de sus hijos; determinan lo que el niño come y definen criterios para la cantidad de alimento que constituye una ración y cuántas de ellas son permitidas. Enseñan a identificar como "lleno" un cierto estado de distensión del estómago, ya que "lleno" puede

estar relacionado con una percepción dolorosa, de pesadez o con una sensación más ligera(Davidoff, 1990).

De acuerdo con Goldman (1989) la cantidad de grasa corporal se incrementa con el paso de la edad, incluso cuando se conserva constante el peso, además de que la obesidad es un trastorno crónico y progresivo. La grasa en exceso puede estar distribuida de manera uniforme o irregular, habiendo tal vez mucha mayor cantidad en ciertas regiones que en otras.

Actualmente en las sociedades industrializadas se ha incrementado el nivel de la maquinaria productiva así como el de la vida socioeconómica en general por lo que los estilos de vida desarrollados facilitan el almacenamiento de grasa que, lejos de asegurar la supervivencia, ahora frente a un mayor sedentarismo y la relativa abundancia y fácil acceso de los alimentos, atenta contra ella (Gómez Pérez-Mitre, 1998).

En el intento de entender mejor la complejidad de un proceso como el de la obesidad se deben tener presentes circunstancias que muestran cómo es más fácil almacenar que eliminar grasa:

- a) Existe una susceptibilidad metabólica, una tendencia de los adipositos a retener grasa o a aumentar en número al seguir dietas ricas en grasas (Callaway, Foreyt, Nickolls y Vanitalle, 1993);
- b) Consumir comidas copiosas produce cambios enzimáticos que estimulan la lipogénesis, a diferencia de repartirlas en varias ingestas durante el día (Bray,1972); en el sujeto que come en exceso y de manera constante de acuerdo con Callaway et al., (1993) pueden encontrarse diversas causas psicógenas y/o neurológicas;
- c) El valor hedónico de ciertos alimentos que combinan grasa y azúcar (Drewnowski y col. (1985);
- d) Comer más y más rápidamente y tener poca actividad;

e) La alteración del horario de la alimentación, saltarse alguna o algunas comidas, puede producir que el sujeto sienta que se está muriendo de hambre (todo lo anterior citado por Gómez Pérez-Mitre, 1998).

Obesidad en la infancia.

Para Bruch (1974), la obesidad en la infancia no es una condición uniforme. Puede variar desde un sobrepeso leve, durante períodos de inactividad o exceso de alimentación temporal, hasta grados severos y grotescos de aumento de peso que deformen al niño, acompañados de un pobre funcionamiento en todas las áreas de su vida.

Los factores de la obesidad pueden manifestarse desde la lactancia. Los mecanismos de la succión y de la ingestión de alimentos producen la amortiguación del llanto y la motilidad exagerada, ya que producen una acción calmante, independientemente del malestar corporal. Cuando el niño puede relacionar la conexión entre las sensaciones de desagrado corporal, con la reducción de estas por la ingesta se constituye su experiencia emocional con respecto al alimento.

Si ésta conexión es continua y forzada de forma permanente, el mecanismo de la ingesta va a experimentar, por su efecto positivo sobre la reducción de las sensaciones de desagrado o tensión, una intensificación de su tendencia racional.

De esta manera el niño transforma al alimento en una recompensa y paliativo emocional. La comida se convierte en un sedante de tensiones y satisfacción de otros deseos, que en pura necesidad alimenticia (Cormillot, 1977).

Conforme los niños van creciendo, existe un incremento en la incidencia de la obesidad y en los riesgos de enfermedades del corazón (Aristimino, Foster, Voors, Srinivasan y Berenson , 1984). Además, la obesidad en la infancia está

asociada con un grupo de factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares (Smoak, Burke, Webber, Harsha y Berenson, 1984, citados por Corbin, 1997).

2. Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.

Se entiende como factor de riesgo todo aquello que incrementa la probabilidad de que se presente un determinado tipo de conducta alimentaria.

Entre los factores de riesgo más conocidos relacionados con la conducta alimentaria se encuentran:

- Conducta alimentaria de riesgo, dividida a su vez en conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria compensatoria y dieta crónica.
- Seguimiento de dieta restrictiva.

La conducta alimentaria compulsiva es un comportamiento caracterizado por una ingesta excesiva de alimento y de manera constante; el sujeto se harta, come más rápido que los demás y en ocasiones, come sin darse cuenta.

Al hablar de dieta crónica, se entiende el conjunto de comportamientos relacionados con el peso corporal que realiza un individuo, como puede ser consumir menor cantidad de alimentos, consumir alimentos bajos en calorías, de manera recurrente, continua o de larga duración (Gómez Pérez-Mitre, 1998).

El seguimiento de dieta restrictiva es el conjunto de comportamientos con intenciones relacionadas con el peso corporal que realiza un individuo y que tiene que ver con conductas o prácticas de evitación. Estas prácticas de evitación se

relacionan con el consumo de alimentos altos en grasas y carbohidratos, asimismo, con la práctica de ayunos, saltarse comidas y con el uso de inhibidores de hambre.

3. Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.

Entre los factores de riesgo relacionados con la imagen corporal, se encuentran:

- Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.
- Preocupación por el peso corporal.

La imagen corporal según Bruchon (1992) es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

Hablar de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, es referirse al grado con el cual a la persona le gusta o disgusta y en consecuencia acepta o rechaza el tamaño y forma de su propio cuerpo (Cash & Brown, 1987; Thompson, 1990. Citados por Schlund & Bell, 1993).

Para Alvarado y Moreno (2000) la preocupación por el peso corporal se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, en su peso corporal.

4. Autoestima.

Es un proceso evaluativo del individuo con respecto a sus atributos, capacidades y desempeños, que determina sus sentimientos de valía.

La autoestima es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es aquello que liga la personalidad del niño y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz.

Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el niño utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa del desarrollo en que se encuentre.

La autoestima no es conocerse a uno mismo, aunque pudieran confundirse estos conceptos. El conocimiento de uno mismo es una teoría, es lo que se cree de sí mismo, aunque lo que se cree no corresponda con el comportamiento, teniendo presente que la autoestima es un sentimiento que siempre se expresa con hechos (Clemen y Bean, 1996).

En un estudio de diferentes modelos explicativos de la autoestima (Caso, 1999) revisó el modelo propuesto por Pope, McHale y Craighead en 1988, quienes expusieron un modelo desde una perspectiva cognitivo-conductual, señalando, por un lado, la existencia de un entorno formado por el hogar, la familia y la escuela con compañeros y profesores, donde ocurren sucesos y por otro lado, la existencia de áreas personales que pueden producirse en cualquier momento y llegar a influirse mutuamente. Estas áreas personales son la biológica, la conductual, la cognitiva y la emocional.

Pope y cols. Consideran que la autoestima en niños y preadolescentes se encuentra integrada por varios componentes: el social, el académico, el familiar, el corporal y el global.

La autoestima social abarca los sentimientos de uno mismo respecto a las relaciones interpersonales. La autoestima académica se relaciona con la

evaluación de uno mismo como estudiante (que implica valoración de la aptitud, éxito académico y satisfacción con el propio rendimiento). La autoestima familiar refleja sus propios sentimientos como miembro de la familia. La autoestima física se basa en la satisfacción de su imagen corporal (apariencia y capacidad física) y la autoestima global se refiere a la valoración general de uno mismo basándose en la evaluación de todas las áreas.

Consideran que la autoestima es el resultado de la diferencia entre la percepción real de uno mismo y la percepción ideal. Siendo así, una gran diferencia = baja autoestima y una diferencia mínima = alta autoestima.

Entre sus principales aportaciones se encuentran estrategias específicas para el fortalecimiento de la autoestima ya que proponen atender un área problemática en particular enseñando habilidades a los individuos para mejorar su rendimiento y examinar la diferencia entre percepción real y percepción ideal de sí mismo para ayudar a la persona a modificar esa percepción ideal para alcanzar sus objetivos y a cambiar la percepción real para que logren verse de manera más positiva (citado por Caso, 1999).

II. ETAPAS DEL DESARROLLO: PUBERTAD, PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA

La pubertad y la adolescencia no son el mismo proceso. Se trata de dos procesos íntimamente relacionados pero no son el mismo y tampoco son exactamente simultáneos.

El término pubertad califica las manifestaciones físicas de la maduración sexual, en cambio el de adolescencia califica los procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad. La pubertad implica cambios corporales, mentales y conductuales por lo que debe ser encarada como una unidad psicofísica y no disociada drásticamente; pero el término preadolescencia se reserva para designar los cambios psicosociológicos (Blos, 1971).

De acuerdo con De Moragas (1965), puede afirmarse que allí donde ha habido una pubertad también ha habido una adolescencia, pero la afirmación contraria podría no ser posible en algunos casos. Si por un trastorno orgánico, la pubertad no apareciera o apareciera de una manera muy atenuada, no dejaría de manifestarse la existencia adolescencial. A esta existencia le faltarían los estímulos procedentes de la modificación corporal rápida que provoca la pubertad y carecería también de los estímulos de las situaciones vitales que las gónadas plantean. Pero quedaría aún toda la problemática adolescencial que no se refiere a lo genital.

La pubertad es un cambio radical en las estructuras bioquímicas. El cambio de la preadolescencia se refiere a los deseos y las aspiraciones, los estados de ánimo, la estimativa de los valores, la concepción del mundo exterior y del mundo interior, y a un nuevo enfrentamiento con lo erótico, lo religioso y lo social, con lo pasado y con lo futuro. Comienza antes de la pubertad y no termina hasta después de ella (De Moragas, 1965).

A) PUBERTAD.

Etimológicamente, el término pubertad nace de la palabra latina que designa el vello púbico, así que la pubertad aparecería propiamente cuando naciera ese mechón púbico que no está presente en el niño; pero, en realidad se emplea el término pubertad para calificar las manifestaciones físicas de la maduración sexual.

Esta madurez se da de forma progresiva y dura bastante tiempo. Se culmina en un principio en el momento de la primera ovulación femenina y en el muchacho tiene lugar cuando aparecen los espermatozoides en el esperma; pero se debe tener en cuenta que las primeras menstruaciones no siempre van acompañadas por la liberación del óvulo, de igual forma que las primeras eyaculaciones carecen con frecuencia de espermatozoides. Por tanto, resulta bastante difícil saber, en la práctica, en qué momento acaba la pubertad, es decir, en qué momento el individuo es ya capaz de reproducirse (Leif y Juif, 1979).

Se ha dicho que la pubertad es más precoz en los pueblos meridionales que entre los nórdicos, siendo la causa de esta precocidad el clima cálido, el sol y la luz. También parecen intervenir en esto las condiciones de vida y el nivel social, puesto que la pubertad parece retrasarse más en las clases de nivel socioeconómico bajo que en las de nivel alto; esto podría deberse a que la subalimentación, unida a una mala higiene —origen de enfermedades que debilitan al organismo—, retrasan la pubertad como retrasan el crecimiento.

Pero los factores más constantes que determinan el comienzo de la pubertad son de naturaleza endógena y no exógena como el clima o las condiciones sociales. El primer papel importante lo juega la raza, junto con la herencia.

La pubertad es un fenómeno natural cuya aparición exige la integridad de los mecanismos neuro-hormonales necesarios para su realización, así que el curso normal de la pubertad dependerá de la eficacia funcional de la hipófisis y de las

glándulas endocrinas estimuladas por los impulsos del hipotálamo (Origlia y Quillon, citados en Leif, 1979).

La profunda separación que existe entre la edad infantil y juvenil salta a la vista por las variaciones que experimenta el aspecto corporal.

La pubertad es el momento de la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual, caracterizada en las niñas por el primer flujo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, entre los cuales tal vez sea el más confiable la presencia de espermatozoides en la orina. En realidad, la pubertad no tiene límites claros ni en los varones ni en las mujeres. En un principio la menstruación suele ser escasa e irregular, y a veces pasan meses entre un período y otro. Es posible que los varones no puedan todavía eyacular, aunque ya sientan fuertes impulsos fálicos y hayan descubierto que la proximidad femenina es un poderoso estímulo para la erección (Stone y Church, 1986).

De acuerdo con Zulliger (1987), durante la infancia se dan grandes semejanzas entre niños y niñas en lo que respecta a la figura corporal. Ahora esta figura cambia. La niña, que hasta eso de los 10 años apenas se diferenciaba en peso y tamaño de los muchachos de su misma edad, empieza a crecer rápidamente y hasta los 15 años precede a sus compañeros tanto a lo relativo a la madurez como en el desarrollo intelectual.

Los rasgos del desarrollo están condicionados por las diferencias de sexo. En las niñas, los primeros signos de maduración sexual se empiezan a hacer visibles a partir de los 10 años y medio en el incipiente crecimiento de los pezones y en el redondeamiento de las caderas; más tarde aparece el primer vello púbico y por último empieza a aparecer el vello terminal de las axilas. En los niños, la maduración sexual empieza alrededor de los 11 años con el agrandamiento de los testículos y el alargamiento del escroto, más tarde brota el vello en torno a la raíz del pene y el vello de las axilas. Después aparece el primer bozo en las piernas y en el labio superior, a la vez que se presenta el cambio de voz (Zulliger, 1987).

Resulta importante en esta etapa, el crecimiento en altura que irrumpe en ambos sexos tras los primeros signos de maduración. Es una etapa brusca de crecimiento que puede alcanzar valores de 8 a 10 cm. por año, pero este crecimiento no se da por igual en todo el cuerpo, sino que en primer lugar se da en las extremidades, más en las piernas que en los brazos, mientras que el crecimiento del tronco en altura, anchura y profundidad se refrena extraordinariamente. En contraposición con las extremidades muy largas, el tronco conserva su proporción infantil.

De esta manera se produce un cambio de las proporciones, que rompe la armonía que presentaba la configuración del niño mayor, apareciendo en su lugar la disarmonía pubescente. Pero existen desproporciones no sólo entre las piernas excesivamente largas, y el tronco corto y estrecho, sino también entre otras partes del cuerpo. En las extremidades se dan desfiguraciones acromegaloides: manos y pies aumentan desproporcionadamente con relación a los antebrazos y a las piernas, agrandándose y haciéndose más toscas la nariz, la mandíbula y las orejas. Estos cambios de proporción son más evidentes en los chicos que en las chicas (Remplein, 1971).

De acuerdo con Blos (1971), durante la pubertad, aceleraciones y retardos extremos en el crecimiento de sistemas de órganos particulares producen una distribución desigual de crecimiento dentro de todo el organismo. Un incremento en el tamaño del cuerpo puede no ser paralelo a un incremento proporcionado en el grosor o en la estatura; ni tampoco se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias por igual. Esta falta de uniformidad en el desarrollo físico llamado crecimiento asimétrico, con frecuencia hace exigencias extremas a la adaptabilidad física y mental del sujeto. En relación a esto debe considerarse que el crecimiento frecuentemente ocurre como una secuencia de cambios súbitos más bien que como una progresión gradual y suave.

Los brotes de crecimiento en relación con la altura, el peso, la musculatura y el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias puede estar acompañado por importantes estados emocionales. Un cambio en la autoimagen corporal y una reevaluación del ser a la luz de nuevos poderes y sensaciones físicas son dos de las consecuencias psicológicas del cambio en el estado físico. Y como los cambios físicos que ocurren durante la pubertad son tan marcados y visibles, quienes se encuentren en esta etapa inevitablemente tienden a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus contemporáneos.

El sentimiento de deformidad (dismorfoestesia) puede presentarse en algunos púberes, bajo distintas formas, con síntomas siempre referidos al cuerpo: sentimientos de fealdad, convicción delirante de deformidad física, etc. Pero esto se trata de un prejuicio negativo sobre el peso, la talla o las proporciones corporales, especialmente en la forma del rostro y en los caracteres sexuales (Pedagogía y psicología infantil, 1998).

De acuerdo con Remplein (1971), a la disarmonía de la configuración corporal, va unida una disarmonía de la configuración motora, tanto de las acciones conscientes dirigidas a un fin, como de los gestos inconscientes. Al comienzo de la pubertad aparece una descomposición del movimiento, caracterizada por una particular fluctuación entre un derroche de movimientos y una desviación de los mismos, debido a la falta de dirección ejercida por la voluntad. Así, los movimientos se hacen, por una parte, incontenidos, impetuosos y rebeldes; por otra, torpes, angulosos, rígidos, distraídos y burdos.

Todo el organismo psicofísico se inclina a una mayor fatiga, debido a que los órganos interiores no crecen en la misma proporción que las piernas, y por eso sufren una sobrecarga, especialmente el corazón y los pulmones.

En cuanto al estado de ánimo y al comportamiento, se observa una gran labilidad, es decir, una brusca alternancia entre formas de polaridad opuesta: travesuras-relajamiento, batir un récord a toda costa-pereza, osadía estudiantil-

timidez, comunicabilidad incondicional- impenetrabilidad hostil, interés entusiasta-indiferencia apática.

En el trato social, el púber denota una inclinación a las formas del comportamiento negativas y extremas: apatía, mal genio, insubordinación, oposición, negación, afán de crítica, agresividad, hostilidad, falta de cariño, indiferencia y aislamiento.

Labilidad, negativismo y laxitud, provocan una disminución del rendimiento. En la escuela están distraídos, aturridos, olvidadizos y no muestran interés; su escritura es irregular, emborronada, muestra deformaciones, omisiones y enmiendas, reflejando claramente la desintegración del movimiento ya citada.

Por otra parte, los niños y niñas de esta edad, manifiestan una sed de vivencias que se manifiesta en la pasión por la lectura, así como el deseo cada vez mayor de ir al cine, conocer lugares diferentes, etc. Pero el reverso de la moneda de esta sed de vivencias está representado por el aburrimiento: tan pronto como cesa el aprovisionamiento de estímulos, aparece un desagradable vacío y una tristeza interior.

En esto se refleja el cambio psíquico que se ha operado: la primera y la segunda infancia se hallan tan absorbidas por el juego, que no hay lugar para el aburrimiento; especialmente el niño de la segunda infancia se halla tan entregado al mundo exterior, que en su dedicación a él encuentra siempre su satisfacción. Otro es el caso del púber: los juegos típicamente infantiles, de pronto dejan de tener encanto para él, y las realidades materiales-concretas del mundo exterior pierden progresivamente el interés. Así se llega a la vivencia de la vacuidad, experiencia que no conocía antes; entretanto, se ha hecho en sus predilecciones más exigente que cuando era niño, y con frecuencia no sabe qué hacer porque nada lo llena lo suficiente (Remplein, 1971).

Leif y Juif (1979) caracterizaron la pubertad desde un punto de vista psicológico, como el establecimiento de una autonomía basada en la posibilidad de crear una nueva familia, como un período de transición que conduce a la completa

autonomía del adulto. Además es la edad de las oposiciones y de las contradicciones. La palabra clave ya no es ser grande sino ser libre y ser libre significa vivir de otra manera, buscar nuevas relaciones sociales que ahora habrán sido elegidas. También se manifiesta una oposición a los padres y el individuo púber experimenta la paradójica necesidad de ofrecerse a nuevos ídolos que replacen a sus padres. Al mismo tiempo surge un deseo de comprometerse en una unión que sólo puede concebirse bajo un aspecto ideal o platónico.

Desde un punto de vista psíquico, estos autores toman en cuenta la inteligencia y la sensibilidad. La pubertad se caracteriza por el establecimiento del definitivo nivel intelectual y aunque el individuo conserve la posibilidad de enriquecerse, de realizar nuevas adquisiciones, el nivel mental alcanzado al final de la pubertad es ya el del adulto. Por tanto, la pubertad aparece en este terreno como el final de una evolución. En cuanto a la sensibilidad, la crisis puberal aparece como una crisis de carácter. El niño confía con mayor facilidad en los amigos que en los miembros de su propio hogar; se trata de la aparición de la amistad y del amor bajo una forma frecuentemente apasionada. Es la edad de las amistades celosas, exclusivas, exigentes, de esas amistades "particulares" que algo tienen que ver con el amor aunque aquí se muestren bajo un aspecto heterosexual u homosexual (Leif y Juif, 1979).

PUBERTAD EN LAS NIÑAS.

El cambio puberal o el estado de maduración sexual influyen en la aparición y en la declinación de ciertos intereses y actitudes; es mayor la proporción de niñas que una vez sucedida la menarca, en comparación con niñas premenárquicas, dan respuestas que indican intereses heterosexuales así como intereses en el adorno y en su persona; por otro lado revelan poco interés en la participación en juegos y actividades que requieren esfuerzos físicos intensos.

Participan y se interesan más bien en actividades imaginativas o en soñar despiertas (Blos, 1971).

De acuerdo con la psicología profunda cuyo fundador es Freud, llegado este momento evolutivo se intensifican por un lado todas las ansiedades que se han dado en la fase de separación-individuación respecto a la mamá en el momento inicial de la vida, cuando el infante aprende a caminar, a separarse de la mamá. En la pubertad se reactiva el miedo a la separación y la niña necesita reconfirmar constantemente la constancia objetal de la madre. Necesita que la madre se mantenga comprensiva a pesar de las contradicciones que la niña plantea; le pide un consejo y luego lo rechaza. Necesita reafirmar su identidad tomando a la mamá como modelo, pero tampoco quiere utilizarla como tal. Su estado de ánimo es de desasosiego; el desconcierto incrementa los temores, su humor es depresivo y el control de estas ansiedades, precario.

Las niñas muestran un repentino apego exagerado a los padres, especialmente a la madre. En algunos casos extremos, las fobias sirven para justificarlo.

Se trata de una regresión a la etapa de simbiosis con la madre. La niña en este momento necesita sentir nuevamente a la mamá como madre nutricia, pero le resulta muy difícil disociar ambos aspectos y se incrementa su angustia. En algunos casos, el volver a la madre nutricia va a constituir un hecho. Algunas niñas van a disociar, merced a defensas obsesivas, ambas imágenes y quedarán fijadas a una etapa oral receptiva en un vínculo idealizado con una madre permanente y exclusivamente nutricia. En las niñas esta fijación puede advertirse como simultánea a una tendencia a la obesidad, a veces diagnosticada como obesidad incurable.

El conflicto al comienzo del desarrollo psicológico puberal está muy centrado en la relación con los padres y estalla cuando se percibe el propio desarrollo sexual inminente, lo que enfrenta a la niña con la imagen de los padres sexuados. Si en este momento se da la separación prolongada, muerte, enfermedad o crisis

depresiva de la madre, la crisis puberal de la hija será más severa y se extenderá mucho más de lo que dura ese momento normalmente. Entonces puede haber detenciones del desarrollo, regresiones y conflictos con la feminidad. En esta etapa puberal, el temor de que a la mamá le pase algo se debe a un recrudescimiento de la dependencia afectiva respecto de aquella (Blos, 1971).

De acuerdo con Zulliger (1987), los cambios corporales que registra modifican la imagen de sí misma. A veces el llamado "estirón" y las modificaciones de su imagen corporal que va cobrando formas femeninas, la asustan mucho porque el tiempo que insume incorporar los cambios no corre parejo a la rapidez del desarrollo real que va adquiriendo.

La expectación angustiosa es uno de los síntomas evidentes que presentan las niñas de esta edad y las fobias son infaltables. El miedo a lastimarse y a enfermarse es también constante. Hay una edad en el desarrollo femenino en que surgen histerias de angustia, de conversión e hipocondrías, entremezcladas, formando parte de una crisis evolutiva y esto se describe como el *síndrome de la niña púber* y cuyas manifestaciones permitirían hablar de la neurosis normal propia de esta etapa de la vida (García, 1991).

Con respecto al desarrollo puberal normal, Klein (1948) dice que en las niñas los efectos psicológicos de la menstruación son responsables, en parte, del hecho de que a esta edad las dificultades neuróticas de la niña aumenten muchísimo. Aún si es normal, la menstruación resucita sus viejas situaciones de ansiedad, aunque desde que su Yo y sus métodos de dominar su ansiedad han sido adecuadamente desarrollados, puede modificarla mejor que en su temprana infancia.

Ordinariamente también obtiene una fuerte satisfacción de la aparición de la menstruación. Siempre que su posición femenina haya sido bien establecida durante la primera expansión de su vida sexual, considerará la menstruación como

una prueba de ser sexualmente madura y mujer y como un signo de que puede tener mayor confianza en la esperanza de recibir gratificación sexual y de tener hijos.

Otro aspecto de la teoría kleiniana es el que pone el énfasis en las ansiedades de separación y en los modelos de duelo que surgen para elaborarlas.

En la pubertad se reactiva el modelo de duelo con que la niña se alejó de su madre durante las fases previas. La menarca no es recibida con alegría solamente. Más bien es con lágrimas y pesar o al menos, con marcada ambivalencia ya que es una prueba de que: ha perdido el cuerpo de la infancia; también ha perdido a los padres de la infancia y finalmente ha perdido la fantasía omnipotente de la bisexualidad. Tres pérdidas o tres heridas narcisísticas dolorosas (Zulliger, 1987).

PUBERTAD EN LOS NIÑOS.

De acuerdo con Zulliger (1987) la pubertad masculina es diferente de la femenina por varias razones. En primer término, porque si bien el varón debe realizar el mismo trabajo psicológico que la niña en cuanto a separarse de la madre de la primera infancia, tiene en el padre una figura de identificación que juega un importantísimo papel en ese momento ya que el niño lo busca como su cómplice y camarada.

En segundo término, los cambios corporales que el desarrollo sexual trae aparejados son absolutamente visibles y comprobables en el varón, mientras que en las niñas persiste una ola de misterio acerca de los cambios interiores. La menstruación es, a nivel observable, sangre, y ello tiene una connotación de herida y enfermedad. En el varón, la polución no provoca angustia, al menos en un niño con un desarrollo psicológico normal, ya

que así como la micción fue vivida como el chorro que transmite sensación de poder, la polución será la confirmación de su potencia.

En tercer término, la niña necesita desprenderse de la madre, pero el hecho de ser mujer implica que debe seguir siendo su modelo de identificación y esto hace más complicado el proceso. En una sociedad machista como la nuestra, todos los cambios del varón son recibidos con beneplácito por todos. Incluso por la madre. En el caso de la menarca de la hija, la situación es distinta, ya que la obliga a revivir una experiencia única, maravillosa, pero también angustiante.

En este momento evolutivo pueden suceder dos cosas con los hijos varones: si son introvertidos, pueden encerrarse aún más en su coraza, enfrascados especialmente en explorar el funcionamiento de múltiples aparatos electrónicos.

Si se trata de varones que han sido siempre muy extrovertidos y dinámicos, esta tendencia puede agudizarse hasta resultar insoportables para la familia y para los maestros debido a la hipermotilidad manifiesta.

Todo el interés que el grupo de púberes introvertidos pone en los aparatos (verdaderos sustitutos del aparato sexual), el grupo de los extrovertidos lo pone en el cuerpo como un aparato que no debe cesar de funcionar porque provocaría angustia de impotencia y muerte. Estos púberes se acercan menos a las chicas, más bien se apartan con una actitud de menosprecio. Forman entre ellos una especie de barrera impenetrable (Zulliger, 1987).

Es de llamar la atención un tema de gran importancia en esta etapa del desarrollo y es la situación fundamental sensitiva del púber. En cuanto al sistema auditivo, los chicos de esta edad disfrutan, sobre todo, con los ruidos fuertes; cuando conversan entre sí gritan como si todos fueran medio sordos. La voz estentórea demuestra una conciencia y un desarrollo de poder.

Se puede sospechar que el placer olfativo y, en general, los placeres sensoriales de los púberes están de alguna manera relacionados con la sexualidad, que a esta edad empieza a organizarse de nuevo. En los casos anormales llega a ser con frecuencia muy clara la referencia sexual de las impresiones olfativas.

En cuanto a los estímulos ópticos, estos proporcionan una gran satisfacción a los chicos al disfrutar, por ejemplo, el fuego de una hoguera, los cohetes, los juegos pirotécnicos, etc. Además el sentido de la vista se encuentra en una relación muy especial con la vida amorosa.

En la pubertad, los muchachos reciben probablemente los mayores placeres a través de las sensaciones corporales y de movimiento, y del erotismo dérmico y muscular. Actualmente las actividades deportivas les dan salida, las ordenan, los sujetan y los contienen. Pero cuando todavía queda sin satisfacer una irrefrenable necesidad de movimiento, tiene que encontrar una salida que generalmente está en relación con el placer de la agresión.

Los chicos sienten que en ellos se han despertado fuerzas nuevas, pero todavía no son capaces de dar a esas fuerzas un sentido creador; se les convierten en inquietud interior, no están dirigidas a sus fines propios ni están todavía subordinadas a la jerarquía de valores de los adultos.

Asimismo, se siente desafiado por su destino, que ha hecho de él un extraño ser intermedio: ya no es un niño, ni tampoco un adulto. Su antiguo mundo se ha derrumbado, y todavía no está construido otro mundo nuevo para sustituirlo (Zulliger, 1987).

B) PREADOLESCENCIA.

Se pueden intercambiar los términos pubertad y preadolescencia siempre y cuando se tome en cuenta que la pubertad hace referencia a cambios físicos y hormonales, mientras que la preadolescencia tiene que ver con los cambios psicológicos y adaptativos.

La preadolescencia es la etapa en la vida del niño donde los rasgos infantiles van a iniciar un proceso progresivo de desaparición y en su lugar se

establecerán (también progresivamente) los rasgos correspondientes al adolescente.

Al hallarse el organismo en ese proceso de transformación y en la inmadurez ante las nuevas conductas emocionales que están surgiendo, el preadolescente experimenta cambios muy bruscos en sus estados de ánimo.

Por debajo de muchos conflictos están las actitudes emparentadas de ambigüedad y ambivalencia. Son especialmente ambiguos los sentimientos del preadolescente respecto de su propio cuerpo, de modo que no está seguro de si tienen que actuar como un niño o como un adulto. Tiende a repudiar su yo infantil, pero no con seguridad y sin pesar. Siente una total confianza en sí mismo hasta que llega el momento de demostrar su competencia. Solicita privilegios pero las responsabilidades correspondientes le parecen demasiado pesadas (Stone & Church, 1986).

De acuerdo con Blos (1971), durante la fase preadolescente un aumento cuantitativo de la presión instintiva conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño durante los años tempranos de su vida.

El resurgimiento de los impulsos genitales no se manifiesta uniformemente entre los muchachos y las muchachas debido a que cada sexo se enfrenta a los impulsos puberales en aumento en una forma distinta. Es la preocupación consciente y preconsciente con los órganos sexuales, su función, integridad y protección, y no la relación de estos con situaciones amorosas y su satisfacción lo que sobresale en las situaciones de juego en los preadolescentes. Se puede decir que un aumento cuantitativo en los impulsos caracteriza la preadolescencia y que esta condición lleva a un resurgimiento de la pregenitalidad.

La gratificación instintiva directa habitualmente se enfrenta a un superyo reprobatorio. En este conflicto el yo recurre a soluciones bien conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Esto le permite al niño desarrollar habilidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de

juego y además el dedicarse a muchas actitudes sobrecompensatorias en conductas compulsivas y en pensamientos obsesivos para aliviar su angustia.

Una situación nueva para el servicio de la gratificación instintiva que aparece durante la preadolescencia es la socialización de la culpa, instrumento que ayuda a evitar el conflicto con el superyo. El niño la utiliza para descargar su culpa en el grupo o más específicamente en el líder como instigador de actos no permitidos. El fenómeno de compartir o proyectar los sentimientos de culpa es una razón para el aumento de la significación de la creación de grupos en este estadio del desarrollo.

En esta etapa dos formas típicas de conducta preadolescente tanto en los chicos como en las chicas, dan cierta luz en el conflicto central en los dos sexos. Los chicos son hostiles con las chicas, las atacan, tratan de evitarlas; cuando están en compañía de ellas se vuelven presumidos y burlones. En realidad tratan de negar su angustia en lugar de establecer una relación con ellas. La angustia de castración que lleva la fase edípica a su declinación reaparece y conduce al muchacho a llevarse exclusivamente con compañeros de su propio sexo. En la niña esta fase está caracterizada por una actividad intensa en donde la actuación y el portarse masculinamente, alcanza su clímax. En esta negación muy clara de la feminidad puede descubrirse el conflicto no resuelto en la niñez sobre la envidia del pene, que es el conflicto central de la joven preadolescente.

El conflicto preadolescente típico del muchacho es de miedo y de envidia por la mujer. Su tendencia a identificarse con la madre fálica le alivia la angustia de castración en relación con ella; normalmente se construye una organización defensiva en contra de esta tendencia. La fase típica de la preadolescencia en el hombre, antes de que efectúe con éxito un cambio hacia la masculinidad, recibe su cualidad característica del empleo de una angustia homosexual en contra de la angustia de castración (Blos, 1971).

Para Piaget e Inhelder (1984), al hacer una distinción entre la adolescencia y la pubertad los autores consideran que la incorporación al mundo de los adultos

constituye el hecho fundamental. Insisten en que lo fundamental es la concreción de los nuevos instrumentos lógicos. Si el preadolescente encuentra respuesta a las preguntas que plantea elaborando sistemas y teorías, será porque dispone de la lógica formal que le permitirá manejar el razonamiento hipotético deductivo así como la prueba experimental. Entonces, el preadolescente es aquel individuo que comienza a construir sistemas o teorías ya que reflexiona sobre su propio pensamiento.

El pensamiento formal constituye a la vez una reflexión de la inteligencia sobre sí misma y una inversión de las relaciones entre lo posible y lo real. Estos dos caracteres constituyen la fuente de las reacciones vividas y siempre tan impregnadas de afectividad mediante las cuales el preadolescente construye sus ideales para adaptarse al cuerpo social. Cuando elabora teorías lo hace, por una parte porque ya está capacitado para la reflexión, y por otra, porque su reflexión le permite evadirse de lo concreto actual en la dirección de lo abstracto y lo posible.

El pensamiento formal desempeña un papel fundamental, desde el punto de vista funcional, que logra estructurarse en sus modos generales y lógicos donde la lógica no es ajena a la vida sino es la expresión de las coordinaciones operatorias necesarias para la acción (Inhelder y Piaget, citados por Leif y Juif, 1979).

De acuerdo con Tonolo y De Pieri (1993), de los 10 a los 14 años se desarrollan procesos de identificación hacia otras personas y que después se dirigirán gradualmente hacia la identidad personal en busca de autonomía frente a los otros y al ambiente que les rodea. Donde la identificación, como proceso imaginario en gran medida inconsciente, es determinante en la construcción, en el funcionamiento y en la organización personal.

Para estos autores la identificación también representa un estímulo a la superación de la actual posición del sujeto y han agrupado a las identificaciones en tres diferentes grupos:

- 1) Identificación con modelos *idealizados*, o de personajes de prestigio psico-social, pertenecientes al mundo del deporte o del espectáculo.
- 2) Identificación con modelos *reales*, tomados del ambiente familiar (padre, madre, hermano, hermana), educativo (profesor, maestro, educador) o de amigos.
- 3) Identificación con un modelo *personal-original*, autónomo, pero con ejemplos externos y orientado al desarrollo en cada una de las características propias (p.22)

Los preadolescentes generalmente tienden a imitar modelos famosos y cuando seleccionan y asimilan la manera de hacer y de pensar del otro, superan la angustia de la impotencia personal y afirman la propia imagen ideal. La necesidad de parecerse a alguien, "ser como" un modelo, es casi un paso obligatorio para reconocerse como persona autónoma y para poder entrever los rasgos del propio yo que está construyendo (Tonolo y De Pieri, 1993).

En cuanto a los valores en el preadolescente, la familia es el ámbito donde los chicos crecen con la presencia de un modelo de vida determinante para la formación de estos valores. Tonolo y De Pieri identifican tres aspectos característicos de la familia como foco principal de orientación para los hijos:

- 1) *La experiencia del valor*: el hijo en la familia se experimenta esencialmente como valor, en cuanto persona que merece ser escuchada, amada y valorada por sí misma.
- 2) *La eficacia del ejemplo*: el hijo aprende más con la vivencia que con las palabras, por lo que los padres poseen esencialmente una indiscutible eficacia en la formación de la personalidad de los hijos.
- 3) *La petición de consejo*: el hijo está dispuesto a aceptar el consejo del padre o la madre y en ocasiones lo pone por encima del de cualquier otro; esto se da en la infancia como régimen de

dependencia, pero en ciertos ambientes se extiende también a posteriores etapas de la vida (p.77).

C) ADOLESCENCIA.

El término adolescente se remonta al latín *adolescere*, que significa "crecer hacia" o "crecer". Desde la antigüedad culturas como la romana por ejemplo, rendían culto y ceremonias a la llegada de ésta.

Para Gesell (1987) los once años marcan el inicio de la adolescencia, son una época de transición y de iniciación debido a que el organismo sufre una gran cantidad de pequeñas transformaciones, tanto psicológicas como fisiológicas. En los cambios evidentes de conducta están presentes las alteraciones de la química corporal y del desarrollo de la estructura del sistema nervioso. El organismo está cambiando y esto se manifiesta en forma de impulsividad y mal humor, irritación y entusiasmo, negativismo y espíritu de contradicción, rebeldía hacia los padres y pleitos con los hermanos.

Globalmente, se puede definir a la adolescencia como el período que abarca la segunda década de la vida e incluso una porción de la tercera. Las fluctuaciones de edad están determinadas por factores personales, históricos y culturales.

En esta etapa el adolescente se vuelve cada vez más conciente de sí mismo. Busca un nuevo status como individuo y empieza a desarrollar intereses vocacionales. Las relaciones de grupo adquieren mayor importancia dado que se busca el reconocimiento de los iguales. Las emociones y actividades se vuelven complejas ya que surgen los intereses heterosexuales. También se da una búsqueda de valores en torno a los cuales la persona pueda integrar su vida; es un período en que entran en conflicto el idealismo y la realidad (Horrocks, 1986).

Las emociones se experimentan con mayor fuerza y duración de lo que habitualmente lo hacían, pero el aumento de la emotividad no es característica de todo el período de la adolescencia sino únicamente de los dos últimos años de la infancia y de los dos primeros años de la adolescencia, momento en que los cambios evolutivos son mayores. Y mientras más repentinos y pronunciados sean estos, más probabilidades habrá de que se intensifique la emotividad.

Las emociones pueden tener efectos en la adaptación personal y social del adolescente, ya sean efectos favorables como cuando las emociones proporcionan fuentes de gozo, motivación, vigor y energía corporales, o desfavorables, que son cuando estas perturban la homeostasis corporal, la eficiencia y la personalidad (Hurlock, 1987).

En esta esfera emocional el adolescente llega a ser capaz de orientar las emociones hacia ideales abstractos y no necesariamente hacia las personas. Mientras que anteriormente podía amar a su madre y odiar a un compañero, ahora puede amar la libertad u odiar la explotación. Ha desarrollado una nueva manera de vivir: lo posible y lo ideal captados ambos por la mente y por el sentimiento (Papalia y Olds, 1990).

Con respecto al desarrollo intelectual, Piaget (1984) ha descrito una serie de etapas a través de las cuales se observa un proceso de cambio del pensamiento concreto al abstracto. En la adolescencia se puede pensar más en función de lo que podría ser verdad, no tanto en lo que se observa como una situación concreta; el adolescente puede imaginar una infinita variedad de posibilidades, siendo capaz de razonar hipotéticamente. Y Según Piaget, esta habilidad comienza a los doce años, momento en el cual se determina el estadio de las operaciones formales. Es entonces que la persona puede integrar lo aprendido en el pasado, con las situaciones del presente y sus planes para el futuro.

De acuerdo con Ginsburg y Opper (1988), en la teoría del desarrollo intelectual de Piaget, el adolescente hace que la realidad sea secundaria a la posibilidad. El niño operativo concreto no considera las posibilidades en un plano teórico; en vez de eso trabaja eficazmente con lo concreto y lo real y posee la capacidad de hacer con cosas nuevas lo que ya ha hecho con otras más viejas.

Para el adolescente, por el contrario, la posibilidad va unida a la realidad. Confrontado con un problema científico, comienza no observando los resultados empíricos, sino pensando en las posibilidades que se hallan implícitas en la situación. Se imagina que podrían ocurrir muchas cosas, que muchas interpretaciones de los datos podrían ser factibles y que lo que ha ocurrido realmente es sólo una dentro de cierto número de alternativas posibles. Sólo después de haber realizado un análisis hipotético de este tipo, procede a obtener datos empíricos que sirven para confirmar o refutar su hipótesis. Además, basa los experimentos en la deducción de lo hipotético; no se halla constreñido solamente por lo observado.

El pensamiento del adolescente ha alcanzado un estado de equilibrio muy avanzado. Esto significa que sus estructuras cognoscitivas se han desarrollado hasta el punto en donde puede adaptarse eficazmente a una gran variedad de problemas. Estas estructuras son lo suficientemente estables para asimilar prontamente un cierto número de situaciones nuevas, o sea que el adolescente no necesita acomodar drásticamente sus estructuras a nuevos problemas.

El adolescente es versátil en su pensamiento y puede tratar de muchas maneras un mismo problema y desde un gran número de perspectivas. Además, es poco probable que se sienta confundido ante resultados insólitos, puesto que ha concebido ya de antemano todas las posibilidades.

Para que sea posible una trascendencia en el niño del período de las operaciones concretas a la etapa posterior de equilibrio, es necesario un desarrollo neurológico adecuado, un medio ambiente social idóneo, una experiencia con las cosas y una reorganización cognoscitiva interna.

En relación con la personalidad del adolescente, Stanley Hall consideró a la adolescencia como un período tormentoso y de tensión. Su teoría biogenética se basa principalmente en la importancia que le otorga a los cambios físicos que ocurren durante esta etapa.

La tesis principal de Hall es que hay una analogía entre la evolución de las especies y el desarrollo del individuo desde su concepción, pasando por la adolescencia hasta la adultez. El desarrollo del individuo repite en muchos aspectos el desarrollo de la especie. Así, la adolescencia de una persona es una evocación de etapas anteriores del desarrollo de la humanidad. Hall consideraba que los cambios psíquicos de la adolescencia eran consecuencia de los cambios físicos y fisiológicos. Al concebir la adolescencia como un fenómeno universal decía que la tormenta y tensión que sufren los adolescentes era una experiencia universal (Mckinney, Fitzgerald y Strommen , 1982).

Para Freud la personalidad se desarrolla a través de varias etapas psicosexuales, considera que el desarrollo es una secuencia de cinco etapas: oral (abarca del nacimiento al año de edad), anal (del primer al tercer año de vida), fálica (de los tres a los cinco años de edad), de latencia (de los seis a los doce años) y genital. Las tres primeras representan la fase de la infancia y son determinantes en la formación de la personalidad, ya que los tres primeros años establecen las bases que tendrán repercusiones a través de toda la vida.

El período de latencia es un tiempo de relativa calma y momento para la maduración del yo que consiste en el desarrollo de procesos de pensamiento y actitudes sociales, así como el establecimiento de relaciones fuera de la familia inmediata. Esta etapa se caracteriza por una aparente falta de sexualidad y por la orientación a la realidad.

La etapa genital marca el inicio de la pubertad y la entrada a la adolescencia. Dado que durante el período de latencia se construye y estabiliza la

personalidad del niño, la entrada a la adolescencia es vista como una amenaza de disolución de la estructura que se había formado (Craig, 1994).

Los impulsos sexuales inhibidos surgen nuevamente. El adolescente se enfrenta una vez más con los deseos incestuosos y agresivos de la niñez que le causaron el complejo de Edipo o el complejo de Electra, pero ahora no solo debe reprimirlos sino que debe abandonarlos por completo si quiere mantener un apego saludable hacia sus padres. Así que la tarea más importante para el adolescente es el establecimiento de una sexualidad adulta madura, así como la construcción de una relación igualmente madura entre él y sus padres y otros adultos (Horrocks, 1986).

En su estudio de la niñez y pubescencia, Ana Freud tomó muy en cuenta las relaciones entre el ello, el yo y el super yo. Para ella el proceso fisiológico que se da durante la pubertad tiene gran influencia en el área psicológica, las fuerzas libidinales se desencadenan provocando un desequilibrio psicológico; así es que durante la pubertad se debe recobrar ese equilibrio interno.

Durante la pubescencia, cuando el yo cede a los impulsos del ello, entra en conflicto con las normas morales que ya ha internalizado. Un niño siente una frustración externa cuando una figura de autoridad no le permite alcanzar una meta. Pero el pubescente experimenta una frustración interna al ser su propia conciencia quien le impida el logro de un objetivo.

En este período aumentan los impulsos del ello, incluyendo los apremios sexuales y la lucha que se da entre el yo y el ello ocasiona casi todas las perturbaciones de la etapa pubescente (Freud, 1948).

Para la teoría psicoanalítica son factores internos los que desatan el fenómeno adolescente y se manifiesta en conflictos de integración social. En cambio para las teorías sociológicas la adolescencia es resultado de ciertas

tensiones y presiones que vienen de la sociedad, es decir se pone mayor énfasis en los factores medioambientales (Delval, 1994).

De acuerdo con Gesell (1987), el desarrollo es un concepto clave que se utiliza indistintamente con el término crecimiento, aplicándolo por igual a los atributos mentales y físicos del individuo.

Las pautas evolutivas de la conducta son consecuencia de la interacción entre el organismo y el medio que le rodea, por lo que el objetivo principal de Gesell consiste en describir las secuencias formativas de las manifestaciones conductuales, pues ellas tienen las claves de los mecanismos subyacentes del crecimiento y las direcciones del desarrollo.

El medio ambiente transforma, estimula y propicia el desarrollo, sin embargo, por sí solo no genera la secuencia del crecimiento pues éste es producto de la maduración, la cual se manifiesta a través de funciones, actitudes y destrezas sin la intervención de influencia exterior alguna ya que la maduración representa el producto líquido de la acción de los genes sobre el ciclo del crecimiento, es decir, la biología determina el orden en que aparecen los rasgos de comportamiento y las tendencias del desarrollo.

EL ADOLESCENTE OBESO.

Una de las diferencias de talla que desde la preadolescencia puede afectar seriamente el bienestar emocional y físico es la obesidad. El punto exacto a partir del cual el preadolescente no es simplemente gordito sino que pasa a ser obeso varía, y depende en parte del tipo corporal del niño, en parte de la proporción entre grasa y músculo y en parte de las normas culturales relativas a esta cuestión.

La obesidad es un problema físico y médico en cualquier etapa de la vida, puesto que la persona obesa corre un mayor riesgo de enfermedades graves. Además, el hecho de sufrir sobrepeso también representa un problema psicológico

ya que los chicos gordos son objeto de burlas, de bromas y de rechazo. Ellos saben que tienen un exceso de peso y que tienen mayores probabilidades de experimentar una autoestima menor, depresión y problemas de la conducta como resultado de su obesidad (Lamb, 1984; Israel y Shapiro, 1985 citados por Stassen y Thompson, 1997).

El círculo vicioso del rechazo, aislamiento y autoestima baja que lleva a la inactividad, al exceso de comida como fórmula compensatoria y, a su vez, a más rechazo por los compañeros puede causar una persistencia de la obesidad y esto puede perpetuar los problemas psicológicos (Mills y Adrianopoulos, 1993).

De acuerdo con Colmenares (1996), al adolescente se le describe como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrica, que tiene poco contacto con la realidad y es incapaz de la autocrítica.

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.

Bruch (1977) clasifica la obesidad en el adolescente como:

- Obesidad constitucional (infantil)
- Obesidad reactiva
- Obesidad del desarrollo

En la obesidad constitucional se encuentra presente una estructura genética-metabólica-psicológica con tendencia a persistir, pero el valor etiológico de lo psicológico en la obesidad constitucional es escaso; son más importantes sus consecuencias psicológicas. La obesidad reactiva es un cuadro que puede presentarse en cualquier momento ya que diversas tensiones pueden provocar una respuesta compensadora de sobrealimentación y esas mismas situaciones

desencadenantes conducen a la disminución de la actividad. La obesidad del desarrollo es una típica obesidad observable en la adolescencia, siendo una compleja constelación que se da paralelamente al desarrollo del individuo en el seno de una familia con características determinadas.

La obesidad reactiva y la obesidad del desarrollo son obesidades defensivas. En la obesidad reactiva la defensa es como una respuesta a un conflicto manifiesto y en la obesidad del desarrollo la defensa es a toda una configuración conflictiva latente y confusa (Bruch, 1977).

Dentro de las características principales que se presentan en el adolescente obeso, la pasividad es el factor más importante. La imagen corporal es otro factor presente, siendo la adolescencia el período definitorio en las distorsiones del esquema corporal, donde la visión de sí mismo está objetivada en la incapacidad de verse en el espejo; la visión de sí mismo frente a los demás muestra timidez e ideas equivocadas acerca de cómo son vistos y la visión de sí mismo frente al sexo opuesto está acompañada de inhibición y hostilidad (Penick y Stuncard (1972) citados en Colmenares, 1996).

Para Stassen y Thompson (1997) la obesidad es un problema global que se genera a través de la interacción de una serie de influencias y normalmente no basta una sola razón para explicar un caso concreto de obesidad. Estos autores describen ocho causas de la obesidad:

1. La herencia. El tipo corporal, que incluye la cantidad y la distribución de la grasa así como la estatura y la estructura ósea es fruto de la herencia. También lo son las diferencias individuales en el índice metabólico y en el nivel de actividad.
2. Nivel de actividad. Las personas inactivas queman menos calorías y tienen más probabilidades de sufrir un exceso de peso que las personas activas. Esto es aún más cierto durante toda la infancia que durante el resto de la vida.

3. **Actitudes hacia la comida.** En algunas familias los padres muestran satisfacción cuando los hijos comen grandes cantidades de alimentos e incluso muchas veces les animan a que repitan del mismo plato. El mensaje implícito parece ser que el amor del padre se mide por la cantidad de alimentos que pone a disposición de la familia, el amor de la madre por lo bien que cocina y el amor del hijo por la cantidad de comida que puede ingerir. Además algunas personas consideran la comida como un símbolo de amor y tranquilidad y comen siempre que están alteradas.
4. **Tipos de alimentos consumidos.** Es importante la elección de la comida y las personas adquieren gustos a favor de ciertos tipos de alimentos, según lo que se les acostumbre a comer, especialmente durante la infancia. Las dietas que insisten en la fruta, la verdura y los cereales no provocan un exceso del aumento de peso, mientras que las dietas con alto contenido de grasa y azúcar son ideales para ello.
5. **La sobrealimentación durante la primera y la tercera infancia.** Durante la mayor parte de la vida, la cantidad de las células grasas del cuerpo de una persona se mantiene relativamente constante, sea cual sea la ingesta alimenticia. Los adultos engordan porque cada célula de grasa se llena más, o adelgazan porque cada célula pierde grasa. Sin embargo, durante el período prenatal y durante los primeros dos años de vida, y de nuevo al iniciar la adolescencia, cuando la grasa corporal total se aumenta para preparar al organismo de cara al rápido proceso de crecimiento que se avecina, la cantidad de células de grasa suele aumentar. La malnutrición reduce el ritmo de multiplicación celular y la sobrealimentación lo acelera.
6. **Mirar la televisión.** En las culturas donde esta actividad constituye un pasatiempo sistemático, se correlaciona con la obesidad ya que mientras miran la televisión, los niños son bombardeados por anuncios de comida chatarra. Además, al mirar la televisión, los niños consumen productos para entretener el hambre y queman menos calorías de las que quemarían si estuvieran jugando de forma activa.

7. Acontecimiento desencadenante. En algunas ocasiones el inicio de la obesidad está asociado con un acontecimiento crítico o con una experiencia traumática que genera un sentido de pérdida o disminución de la autoestima y la necesidad correspondiente de una fuente alternativa de gratificación, que en este caso es la comida.
8. Problemas fisiológicos. En algunos pocos casos, la causa se debe a una anomalía en el proceso de crecimiento o en el metabolismo y la obesidad sólo es un indicio de un problema fisiológico complejo que retrasa el crecimiento físico y mental normal (pp. 414-416).

III. AUTOESTIMA

Hasta donde se sabe, la autoestima es un rasgo típico y exclusivamente humano y esto se debe a la capacidad de juicio y sobre todo el juicio que se hace de sí mismo, todos los días, a toda hora desde que se tiene uso de razón.

Para algunos autores, el "self" es el constructo base del autoconcepto y la autoestima, y no es un constructo reciente. Se puede decir que Platón inicia el estudio del self entendido como alma. Aristóteles es el primero en realizar una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Durante el siglo XVII el concepto del self se refleja en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke. Allport consideró los conceptos de Hobbes como un legado para las doctrinas modernas de la autoestima. Para Locke el self era la suma de percepciones y sensaciones del hombre. Más adelante Kant hace la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto. James en el siglo XIX plantea las bases para el estudio del self, entendiéndolo como la suma total de todo aquello que el hombre pueda llamar suyo y está formado por tres constituyentes: self social, self material y self espiritual (Oñate, 1989).

Bischof (1973) retoma la definición que Rogers dio del "yo" como la conciencia de ser o estar funcionando y la amplía consierando al yo como los esfuerzos, el sentimiento emocional y las ideas que el individuo reconoce, interpreta y valora como propios y un aspecto importante del concepto de sí mismo es la autoestima que seún Bischof se refiere al juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor.

De acuerdo con Branden (1999) la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida; es la confianza en nuestro derecho a triunfar y ser felices, el sentimiento de ser

respetados, dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

Para Rob Solomon, la autoestima es la visión honesta, sin adornos ni adulteraciones que tenemos de nosotros mismos, de nuestro valor, de nuestra importancia (citado por Alvarez, 1999).

Virginia Satir (1988) opina que "la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen y está representada por la conducta". La autoestima es la capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad. Cuando las personas se sienten con poco valor, generalmente esperan lo peor y permiten que lo peor suceda, esperan el engaño, el maltrato y el desprecio de los demás y para defenderse se vuelven desconfiadas, solitarias y aisladas. Pero, de acuerdo con la autora, la autoestima de un individuo se puede elevar, sin importar su edad o condición. El sentimiento de baja valía es aprendido, con la posibilidad de desaprenderlo e integrar un nuevo conocimiento en su lugar.

En cuanto al desarrollo de la autoestima, durante la crianza y la primera infancia, existen aportaciones importantes de distintos autores que ponen énfasis en la importancia de estas etapas. Winnicot (1961) menciona lo indispensable que en el período de crianza es el sostén físico para el desarrollo del self que surge del contacto con la madre y sus cuidados para ser, posteriormente, el mismo que se brinda el individuo a sí mismo.

De acuerdo con Ackerman (1966) el niño al nacer posee un potencial hereditario pero carece de un yo, de mente y de personalidad propia. Su individualidad se va formando a partir de la relación madre- hijo. La percepción de la diferenciación entre ambos puede ser un estímulo para el aprendizaje si la autoestima está sostenida por el vínculo de la identificación. Para mantener esta

unión emocional saludable entre madre e hijo, es necesaria una saludable separación del yo individual del niño. Si la unión se encuentra dañada, el proceso de separación se perturba y la autoestima queda disminuída.

Por su parte, Dyer (1978), afirma que la autoestima se desarrolla desde la primera infancia por las normas que denota la sociedad pero principalmente por la interacción familiar del niño, es decir, por la transmisión de sentimientos de valía, capacidad y el valor que muestran de sí mismos los padres hacia los hijos.

De acuerdo con Barkslade (1991) la autoestima es generalmente un sentimiento sutil que comienza en la niñez y es continuamente reforzado por el condicionamiento cultural. La autoestima saludable tiene su origen en la aceptación incondicional que la persona posee a pesar de errores, derrotas y fracasos; esta aceptación permite a cada individuo ser su propia autoridad y hacerse cargo de su propia vida, ya que la autoestima no sólo afecta la percepción particular del ambiente, sino que desempeña un rol importante en las reacciones emocionales, los estados de ánimo y las actitudes. Así, una baja autoestima hará sentir al individuo una persona dependiente, inferior, indigna o culpable; mientras que una persona con elevada autoestima construirá una imagen positiva de sí misma de acuerdo a sentimientos y valores que considere como importantes y esto se verá reflejado en la manera de tomar decisiones responsables, desarrollar autodisciplinas con el fin de alcanzar metas, afrontar el estrés y la angustia sin perder el control y actuar de manera pacífica y positiva en cualquier ambiente.

Es importante tomar en cuenta la influencia que la familia ejerce en el desarrollo de la autoestima; al respecto, Gecas y Schwalbe (1986) mencionan que la familia es vista como una influencia importante en la autoestima ya que en ella se forma un sentido inicial de lo que es uno mismo. Los padres en particular se

consideran como fuentes significativas ya que controlan el ambiente en el que el niño tiene sus primeras experiencias como ser social.

Villa (1997) también concuerda con que el medio familiar tiene una gran influencia en el desarrollo de la autoestima y puede producir un impacto ya sea positivo o negativo puesto que los padres son capaces de propiciar la confianza y el amor propio o crear un ambiente en el que el niño se sienta inseguro y lleno de terror.

Asimismo, Mahabeer (1993) considera a la familia como el núcleo principal de la formación de la autoestima, la cual logra a través de una interacción entre los miembros de la familia un concepto positivo o negativo de sí mismos. Es importante destacar que si los padres poseen una adecuada autoestima, los hijos crecerán en un ambiente saludable creando así un alto nivel de autoestima. En el caso de familias intactas, los padres con alta autoestima serán más competentes, responsables y sensibles en sus relaciones a nivel personal, laboral y familiar; en cambio, en familias desintegradas por divorcio o por ausencia de alguno de los padres, los hijos crean sentimientos ambivalentes hacia los padres, los demás miembros de la familia y su interacción con ellos.

Cada persona es la medida del amor que tiene hacia sí misma, su autoestima es el marco de referencia desde el cual se proyecta (Rodríguez, 1988). Rodríguez propone seis pasos que llevan al conocimiento y desarrollo adecuado de la autoestima:

- *El autoconocimiento* que es identificar las manifestaciones, necesidades y habilidades del yo, así como los roles que vive el individuo, saber cómo es, cómo actúa y qué siente. Al conocer todos los elementos del yo, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada, dejando de lado sentimientos de deficiencia y devaluación de sí mismo.

- *Autoconcepto* que se refiere al conjunto de creencias que se tiene sobre sí mismo y que se manifiestan en la conducta.
- *Autoevaluación* que refleja la habilidad que tiene el individuo para evaluar las cosas y reconocer si le permiten crecer y aprender, si le son benéficas o por el contrario si son malas y pudieran dañarlo.
- *Autoaceptación* que es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como la forma de ser y sentir y ver de manera positiva la posibilidad del cambio.
- *Autorespeto* que se manifiesta al cuidar y satisfacer las necesidades y valores de uno mismo, expresando sentimientos y emociones sin dañarse o culparse.
- *Autoestima*, es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce, se acepta y se respeta, crea una escala de valores y desarrolla sus capacidades, tendrá un nivel adecuado de ésta.

De acuerdo con Coopersmith (1967), para el desarrollo de la autoestima es importante la interacción de los padres con el niño, ya que el nivel de autoestima está determinado por ciertas condiciones del núcleo familiar, como son:

- Una total aceptación del niño con sus cualidades y defectos por parte de los padres.
- La presencia de límites claros y consistentes en la familia.
- El respeto hacia el niño y sus intereses.

Las personas con alto nivel de autoestima se criaron bajo condiciones de respeto, aceptación y definición de reglas claras, son personas que confían en sus percepciones y juicios y creen que sus esfuerzos las conducirán a soluciones favorables y al logro de sus objetivos.

Pero las personas con una baja autoestima se criaron bajo condiciones de rechazo, falta de respeto e inseguridad provocado por la carencia de límites; desconfían de sí mismos y constantemente necesitan de la aprobación de los

demás lo que conlleva a fracasar en las diferentes áreas en las que se desenvuelven (Coopersmith, 1967).

Dentro de cada individuo varía el nivel de autoestima y diversos son los factores determinantes, desde el medio ambiente hasta nosotros mismos, como agentes causales, competidores, activos y creadores de nuestra propia vida (Villa, 1997).

De acuerdo con Alvarez (1999), es posible pensar que las personas con una adecuada autoestima se sienten contentas consigo mismas, que irradian tranquilidad, seguridad y confianza; su postura es erguida, natural, sin tensión exagerada en los músculos, sin rigideces o torsiones; su cabeza descansa suavemente sobre el cuerpo, la mirada es alerta, llena de vida, brillante y directa; sus gestos son naturales, relajados, sin tics o tensiones; la sonrisa es fácil, franca y sin muecas; su hablar, tranquilo, seguro, con voz armónica y sin gritos. La postura, los gestos y los movimientos de quien tiene una buena autoestima reflejan esa confianza en sí mismo y la certeza de que tiene derecho a ser feliz.

Para Cerna (1993) una persona con una alta autoestima, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en que ella misma significa su mejor recurso. La autoestima alta no significa un estado permanente de éxito total, también reconoce las propias limitaciones y debilidades y se enorgullece de sus habilidades y capacidades. Y como la autoestima está determinada en gran medida por las capacidades del ser humano, por lo que puede lograr y aprender, la educación eleva ese sentimiento ya que da la oportunidad de aportar ideas, crear y conocer. Sin embargo, más allá de la carencia de educación y de la capacidad mental, también se da la discapacidad física que puede disminuir el autoconcepto y la autoestima en la medida que la persona no acepte sus limitaciones y su diferencia ante los demás.

Asimismo, Cerna (1993) explica que aquellos niños que nacieron con cierta discapacidad utilizan modos defensivos de adaptación encaminados a reparar simbólicamente la deficiencia, mientras que los niños que han adquirido posteriormente su discapacidad tienden a usar métodos más arcaicos para eliminar su limitación física (como el uso de la fantasía, la cura mágica o la negación).

Autoestima y pubertad.

La autoestima durante la pubertad es influenciada por diversos factores incluyendo el desarrollo físico. La pubertad ha sido señalada por traer consecuencias a la autoestima (Tobin-Richards, Boxer y Peterson ,1983 citados por Hirsch y Dubois, 2000).

Aún no se ha demostrado la relación existente entre pubertad y autoestima. Algunos investigadores han encontrado que existe una asociación entre maduración temprana y baja autoestima (Alsaker, 1992 citado por Hirsch y Dubois, 2000). Asimismo se ha encontrado que quienes maduran tempranamente han presentado niveles menores de autoestima y que esto se asocia con presentar un sobrepeso relativo (Hirsch y Dubois, 2000).

Moss (1990) en su estudio encontró que los adolescentes con una mayor autoestima son más hábiles en cuanto a la solución de problemas que los adolescentes con menor autoestima (citado por Chapman y Mullis, 1999).

Autoestima y obesidad.

La mayoría de los expertos coinciden en que una combinación de factores genéticos y ambientales contribuyen a la aparición y mantenimiento de la

obesidad. Los niños se encuentran mayormente involucrados en comportamientos sedentarios (como mirar la televisión, juegos de video y el uso de la computadora) que favorecen la obesidad y al mismo tiempo tienen menor acceso a actividades físicas.

Emparejado con la disminución de actividades físicas, está el aumento en el acceso a la comida rápida o congelada tan conveniente al actual estilo de vida de muchas familias y estos alimentos fácilmente accesibles generalmente son ricos en grasa y contenido calórico y relativamente pobres en densidad nutricia. La combinación del incremento en el consumo de calorías y el decremento de la actividad física inclinan la balanza a favor del aumento de peso (Jelalian, 2000).

Estudios de investigación han sugerido que los niños y adolescentes con sobrepeso pueden aumentar el riesgo de tener problemas con su autoestima y con la aceptación de los chicos de su misma edad (French, Story y Perry, 1995 citados por Jelalian, 2000) y dado que la cultura actual tiende a idealizar la delgadez, el sobrepeso en adolescentes los lleva a mostrar dificultades en sus pensamientos y sentimientos respecto a su cuerpo.

En cuanto a la autoestima en el obeso, Alvarez (1999) enumera cinco etapas importantes en que se lleva a cabo la autoestima en forma constante las cuales son: conocimiento, comprensión, aceptación, respeto y amor. De acuerdo a las etapas mencionadas, el obeso no siempre se da cuenta de su peso, volumen y figura ya que muchos de ellos no llegan a un consultorio, pero se sabe que están ahí, en sus casas, en sus trabajos, etc. Otros han abandonado toda idea de mejorar su figura, simplemente compran ropa más grande y con frecuencia son negligentes para vestirse; si son mujeres, no tienen espejos grandes en casa, sólo pequeños que usan para maquillarse, lo que en muchas ocasiones hacen en forma exagerada y el resto de su cuerpo no existe, lo esconden detrás de enormes ropas.

Por otro lado, muchos obesos conocen que lo son pero desconocen cuáles son los efectos que la obesidad causa en su salud, los daños que ocasiona el

exceso de grasa en el corazón, pulmones, hígado, riñones, huesos y músculos y eso hace que minimicen el problema.

En la etapa de la comprensión es donde el problema de la autoestima del obeso se agrava. Este conoce su exceso de peso pero no logra entender qué pasa y surgen diversas excusas, cuando la realidad es que cualquier individuo que consume mayor energía de la que gasta, acumulará ese exceso como grasa, y esto es obesidad. El cambio de vida, los embarazos, las penas, los accidentes, por ejemplo, son circunstancias fortuitas para la obesidad, pero el enfermo las acepta como verdaderas, y así su autoestima no puede desarrollarse sanamente.

En cuanto a la etapa de la aceptación que es el proceso básico en la formación de la autoestima, lo que sucede es que el obeso no acepta su obesidad (al no entenderla bien) y además llega a jugar con sus sentimientos renunciando a cualquier acción para corregir el defecto que tanto le afecta. Entonces, si no acepta su obesidad y no la entiende, nunca podrá tomar el camino correcto para superarla; lo que el enfermo debe aceptar es que es obeso sencillamente porque la cantidad de energía que consume es mayor a la que gasta. Cuando se logra esta aceptación el problema está justo en su lugar (en el paciente) y la solución en su sitio (en el propio paciente) y al médico ya no se le verá como el mágico recetador de dietas o pastillas, sino como al colaborador y orientador para que el obeso logre su deseo.

El respeto en el enfermo obeso se pierde porque éste, al no saber qué tiene, ni porqué está gordo o qué debe hacer, llega a aceptar que lo traten como ser humano de segunda clase, además de sentirse impotente, incapaz o imposibilitado para resolver su obesidad. Cuando se logran las etapas anteriores y el enfermo sabe que es obeso, que su problema es una enfermedad y por lo tanto requiere un diagnóstico preciso y un adecuado tratamiento, se tiene respeto a sí mismo.

La última fase de la autoestima, el amor o el autoaprecio, se encuentra muy deprimido o quizás nulo, viendo que algunos obesos se comportan como inválidos

o discapacitados que no aman su cuerpo ni muestran aprecio hacia ellos mismos (Alvarez, 1999).

Se han realizado investigaciones en cuanto a la relación autoestima – obesidad. En un estudio longitudinal de tres años en jóvenes negros se concluyó que la autoestima estaba asociada con la pérdida de peso solo para los que cambiaron de obesos a no obesos, mientras perdían peso, su autoestima iba creciendo (Brien, Smith, Peleg, 1990; Carlat y Camargo, 1991) encontraron que cuando a mujeres con sobrepeso y obesas se les puso en tratamiento y perdieron significativamente peso, el éxito derivó en un incremento de la autoestima (citados por Colmenares, 1996).

Autoestima e Imagen corporal.

Uno de los principales datos que se encuentran en la amplia literatura de la relación Autoestima – Imagen corporal durante la adolescencia en las niñas; es que las niñas que muestran menor satisfacción con su figura corporal y peso, tienden a presentar menor autoestima que aquellas que presentan una imagen corporal más positiva (Thompson, 1996 citado por Hirsch y Dubois, 2000).

Existen factores sociales, en cuanto a la actitud generalizada en contra de la obesidad, que merman la autoestima a imagen corporal de la gente obesa. Estas actitudes han sido encontradas en distintos estudios donde se ha visto cómo el prejuicio existente hacia la obesidad ha tenido efectos poco halagadores.

En su estudio (Rothblum, 1992) en el que a los niños se les dio la oportunidad de jugar con muñecas flacas y gordas, todos los niños, incluyendo a aquellos que podrían identificarse correctamente con muñecas gordas, prefirieron jugar con las delgadas (citado por Loewy, 1998). En cuanto a la socialización, para

los niños gordos es menos probable recibir el título de "mejor amigo" por otros compañeros de su clase (Rothblum (1992) citado por Loewy, 1998).

Cuando a niños de 9 años se les mostraron siluetas de figuras delgadas y gordas masculinas y femeninas, definían a las siluetas gordas como con pocos amigos, los menos preferidos de sus padres, que les iba mal en la escuela, que estaban menos contentos con su aspecto físico y que querían estar más delgados (Hill y Silver, 1995 citados por Loewy, 1998).

IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL

Se entiende como factor de riesgo todo aquello que incrementa la probabilidad de que se presente un determinado tipo de conducta anómala. Dentro de los factores de riesgo más conocidos para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, asociados con imagen corporal se encuentran:

- satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal
- alteración de la imagen corporal
- preocupación por el peso corporal
- actitud hacia la delgadez/obesidad

Para Bruchon (1992) la imagen corporal no es solamente un concepto corporal, sino se trata de la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza, de género, de rol, entre otras, donde la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa, la síntesis final del desarrollo de la imagen corporal se da al percibir al propio cuerpo como único y diferente de los otros (citado por Gómez Pérez-Mitré, 1998).

A. SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La variable satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal es uno de los predictores más importantes de los factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria (Fabian y Thompson, 1989; Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993 citados por Gómez Pérez-Mitré, 1998)

La satisfacción/ insatisfacción es la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes ya que modula las relaciones tanto entre realidades externas más o menos objetivas -peso corporal, por ejemplo- como realidades internas principalmente subjetivas -por ejemplo, percepción de sí mismo- (Bruchon-Schweitzer, 1992 citado por Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo es la que depende de la distancia entre la realidad y la idealidad (Tucker, 1984 citado por Gómez Pérez-Mitré, 1998). La manera cómo se percibe al cuerpo puede ser diferente tanto del cuerpo real como del cuerpo ideal. La satisfacción con la imagen corporal denota adaptación social (Gómez y Acosta, 2000), adaptación personal, una autoestima favorable y equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992 citado por Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Durante la preadolescencia, mientras se dan importantes cambios físicos y biológicos, se llega a presentar insatisfacción con la imagen corporal por la presencia de la maduración biológica y los factores socioculturales (Pineda, Platas y Gómez Peresmitré, 2000). Sin embargo, el impacto puberal es diferente entre niños y niñas (Crockett y Petersen, 1987; Rodríguez-Tomé, 1993) ya que los niños presentan mayor satisfacción a mayor desarrollo puberal o en la medida en que inicie más tempranamente, mientras que entre las niñas, el desarrollo temprano se asocia con insatisfacción corporal. Esta insatisfacción femenina se da porque los cambios puberales incrementan el nivel de grasa en las chicas mientras que en los varones se desarrolla la musculatura (Duncan, 1985 citado por Pineda, Platas y Gómez Peresmitré, 2000).

La insatisfacción corporal femenina, encuentra asociación con la menarca, ya que mientras más temprana sea su aparición, el grado de insatisfacción corporal es mayor y asimismo el seguimiento de dietas para el control de peso (Brooks-Gunn y Warren, 1985; Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith,

1985; Simmons, Blyth y McKinney, 1983 citados por Pineda, Platas y Gómez Peresmitré, 2000).

Una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la conducta alimentaria y otras dificultades psicosociales (Cash y deagle, 1995; Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990 citados por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001) mientras que estar satisfecho con la imagen corporal constituye un factor de adaptación social (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La insatisfacción con la imagen corporal, entre otras cosas, es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que podría estar más o menos alejada de la realidad.

En la anorexia nervosa la insatisfacción se basa en una autopercepción muy alejada de la realidad, mientras que en la bulimia no necesariamente sucede así. En la relación de la insatisfacción con la obesidad y el sobrepeso, la insatisfacción tiene un fundamento real debido al exceso de grasa corporal, que aunque este no sea tan importante en el sobrepeso como en la obesidad, puede darse de cualquier manera una sobrevaloración (Gómez Perez-Mitre, 1993).

Para valorar esta variable, entre distintos procedimientos, se utiliza una serie de figuras corporales desde muy delgadas hasta muy gruesas y los sujetos deben escoger la que piensen que se les parece (figura actual) y la que les gustaría tener (figura ideal). Encontrándose que mujeres de población normal con patrones alimentarios anormales y con desórdenes alimentarios califican su figura ideal de manera más delgada que su figura actual (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

B. ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La alteración de la imagen corporal y la satisfacción/ insatisfacción son variables fundamentalmente perceptuales, evaluativas y auto actitudinales, siendo el resultado de la interacción de: condiciones sociales externas, de variables individuales como peso o tamaño y forma real, de comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social y de variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, de la figura ideal, autoestima, etc. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Para la medición de la alteración de la imagen corporal, se interpreta la diferencia que se produce entre la variable autopercepción del peso corporal (respuesta subjetiva) menos el IMC real (respuesta objetiva). La no diferencia entre la percepción subjetiva y el IMC real se interpreta como no alteración, mientras que la diferencia positiva corresponde a la sobreestimación (cuando una persona se percibe más gruesa de lo que es) y una diferencia negativa a la subestimación (cuando se percibe más delgada de lo que es) (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La tendencia reportada por la literatura internacional, señala que las personas delgadas sobreestiman y las obesas subestiman (Nelson y Gidycz, 1993; citados por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

C. PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL

La preocupación con el peso corporal es considerada como una de las variables de más alto riesgo y que puede conducir de manera más directa al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Brownell y Rodin, 1994;

Fallon, Katzman y Wooley, 1994 citados por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, en prensa).

D. ACTITUD HACIA LA DELGADEZ/ OBESIDAD.

Algunos investigadores, Cogan y colaboradores (1996) por ejemplo, señalan que los valores relacionados con gordura y delgadez están influenciados por condiciones socioculturales y estos valores se desarrollan de acuerdo cómo la gente se mueva de una cultura a otra (citado por Gómez Peresmitré y Acosta, 2000).

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO Y EN EL EXTRANJERO.

Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró en un estudio con una muestra de niños y niñas preadolescentes (N=200) que un poco menos del 50% entre los niños y también entre las niñas están satisfechos con su imagen corporal por lo que un porcentaje importante (>50%) mostraron el indicador de riesgo relacionado con la insatisfacción de la imagen corporal. Asimismo, una tercera parte de la muestra manifestó una tendencia altamente favorable hacia la delgadez, en que la figura corporal ideal es prácticamente una figura anoréctica. En cuanto a la preocupación por el peso corporal, también se encontró presente esta variable entre ambos sexos, casi en un 50%.

En otro estudio un grupo de niñas (N=960) de primaria y secundaria, con una edad promedio de 11.0 años, Gómez Pérez-Mitré(1997) encontró un 56% de niñas con satisfacción con su imagen corporal, y el otro 44% mostraba insatisfacción: 15% con diferencias negativas (siendo la figura actual más delgada

que la ideal) y 29% con diferencias positivas (donde la figura actual era más gruesa que la ideal) (Citado por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Por su parte Avila, Lozano y Ortiz (1997) realizaron un estudio con niñas de primaria (N=200) y secundaria (N=200) con edad promedio de 11.9 años, encontraron que el 57% de las niñas se encontraban satisfechas con su imagen corporal y que del otro 43%, 14% mostraba insatisfacción negativa y 29% positiva.

En su estudio, Gómez Peresmitré y Acosta (2000), con una muestra de adolescentes mexicanas y españolas encontraron en ambos grupos mayor insatisfacción con la imagen corporal que satisfacción. También se encontró mayor alteración de la imagen corporal dentro del grupo de las españolas (90%) que de las mexicanas, quienes el 65% no presentaron esta alteración.

Respecto a la satisfacción / insatisfacción con partes corporales, se encontró menor insatisfacción en las españolas que en las mexicanas, tanto en la figura como en las diferentes partes corporales.

También en dicho estudio se encontró que la apariencia física con el sexo opuesto, en el trabajo, en las fiestas, resultó ser mucho más importante para las mexicanas que para las españolas.

Moore (1988) encontró que un porcentaje elevado (67%) de su muestra de preadolescentes y adolescentes dijeron sentirse insatisfechos con el peso y forma de sus cuerpos. Por su parte, Moses, Banilivy y Lifshitz (1989) encontraron en un 50% de los adolescentes de su muestra que tenían peso por debajo del normal, temor de subir de peso (citados por Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Frosson, Knibbs, Bryan-Waugh y Lask (1987), reportaron en su estudio signos de trastornos de la conducta alimentaria en niños con edad promedio de 10.7 años y en algunos pacientes desde los ocho años, donde una imagen corporal

distorsionada y un autoconcepto distorsionado son factores primarios en esta problemática (Citado por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

En un estudio realizado con una muestra de (N=162) mujeres adolescentes, Gómez Perez-Mitré (1998) comprobó la hipótesis del papel mediador de la variable satisfacción/ insatisfacción en la relación cuerpo percibido y preocupación por el peso corporal y por la comida. También se confirmó que tiene mayor importancia como predictor de satisfacción corporal el "sentirse atractivo" que el "ser atractivo".

En el estudio reportado por Pineda, Platas y Gómez Peresmitré (2000), de la muestra total (N=280) mujeres estudiantes preadolescentes, encontraron que el 54% estaba satisfecha con su imagen corporal, mientras el porcentaje restante presentó insatisfacción, siendo las chicas con menarca tardía las más insatisfechas con su figura corporal y las chicas que la iniciaron más tempranamente resultaron ser las más satisfechas. Los resultados también indicaron que casi la mitad (44%) de las participantes habían realizado dieta en el último año.

Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), en un estudio con una muestra total de (N=8673) hombres y mujeres distribuidos en tres grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, encontraron mayor insatisfacción con la imagen corporal en las mujeres que en los hombres, y esta insatisfacción se relaciona con el deseo de estar más delgadas. Las niñas más pequeñas comparten con las chicas de mayor edad el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, así como el mostrarse insatisfechas con su imagen corporal, además de percibirse con mayor peso del que realmente tienen. Entre las mujeres también se encontró que presentan una actitud desfavorable hacia la obesidad, presentando ya el estereotipo del culto a la delgadez presente entre las chicas de mayor edad. Con los grupos formados por los hombres, los resultados encontrados en los grupos de púberes y adolescentes muestran

insatisfacción negativa ya que desearían estar más gruesos, mientras que en el grupo de prepúberes la insatisfacción se debe a que desearían estar más delgados.

Respecto a la preocupación por el peso corporal, se encontró entre los púberes niveles más altos de preocupación (mucho y demasiada) comparados con los adolescentes, concluyéndose que hay mayor preocupación a menor edad.

V. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON CONDUCTA ALIMENTARIA.

Para Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001), la conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia. Inicialmente se encuentra influida por la familia y posteriormente por los coetáneos, los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores.

Las conductas alimentarias pueden llegar a ser conductas de riesgo relacionadas directamente con el estado de salud-enfermedad de un sujeto ya sea individual o colectivo.

A. CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO: CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA Y DIETA CRÓNICA.

De acuerdo con Polivy y Herman (1985), existe una asociación entre seguimientos de dietas y atracón. La explicación entre "atracon" y sobrepeso es que el exceso de calorías ingeridas durante los episodios de atracones ya sea de manera crónica u ocasional, se manifestará en peso acumulado. Pero también hay personas que practican los atracones y no llegan a presentar sobrepeso, ya que las diferentes técnicas purgativas les ayudan a mantener su físico. Entonces los atracones no solo se presentan en gente con sobrepeso ni tampoco es solamente producto de este.

El atracón puede representar un intento del cuerpo en recuperar el peso en un nivel biológicamente apropiado, aunque este nivel en ocasiones no corresponda a las aspiraciones culturales o personales del dietante. Cuando las personas creen que están bajo control con sus dietas intactas, comen adecuadamente, pero cuando creen que han violado las reglas de sus dietas o que ya no son capaces de controlar su consumo, entonces se sobrealimentan e incluso llegan a un atracón.

La base conceptual para proponer que la dieta provoca atracones es la sustitución de controles cognitivos en la alimentación por controles fisiológicos. Entonces, en la lucha continua del dietante con la comida, este debe incrementar

progresivamente su dependencia en controles cognitivos para inhibir su ingesta porque las señales de hambre normales no tienden a ser saciadas.

B. SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA.

El seguimiento de dieta restrictiva es el conjunto de comportamientos con intenciones relacionadas con el peso corporal que realiza un individuo y que tiene que ver con conductas o prácticas de evitación; es considerado uno de los factores de mayor riesgo al constituir por sí mismo un problema de salud (Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, en prensa). Las prácticas de evitación se relacionan con el consumo de alimentos altos en grasas y carbohidratos, asimismo, con la práctica de ayunos, saltarse comidas y con el uso de inhibidores de hambre.

El seguimiento de dietas reductoras del peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, al menos preocupación por la misma (Gómez Perez-Mitre, 1993).

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MÉXICO Y EN EL EXTRANJERO.

En su estudio con escolares mexicanos preadolescentes (N= 487), 245 niñas y 242 niños, Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998) encontraron que el 25% de los escolares habían realizado cambios en su alimentación durante el último año y que de estos el 19% los había hecho para bajar de peso y el 6% restante, para subir. Otro resultado que se presentó fue que las niñas, más que los niños, se saltaban alguna comida al día y disminuían el consumo de alimentos considerados como "engordadores".

Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (en prensa) en su estudio con una muestra total de (N=8673) hombres y mujeres distribuidos en tres grupos de edad: prepúberes, púberes y adolescentes, encontraron respecto al seguimiento de dieta restrictiva, que la presencia de esta conducta alimentaria se presentó por igual en la mitad de las niñas de cada grupo de edad, comportándose de manera diferente por sexo ya que más mujeres púberes y adolescentes que hombres de los mismos grupos de edad realizan este tipo de dieta, pero entre los más pequeños se encuentra la misma proporción de niñas que de niños que durante el último año han hecho cambios en su dieta con propósitos de control de peso corporal.

VI. METODOLOGÍA

A) OBJETIVO GENERAL.

Determinar la existencia de factores de riesgo de la conducta alimentaria y de la imagen corporal, así como su relación con la autoestima en una muestra de escolares preadolescentes mexicanos del sur de la Ciudad de México de escuela pública y privada, con la finalidad de contribuir con estudios futuros en el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.

B) PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

Factor de Riesgo 1. Conducta Alimentaria de Riesgo.

1. ¿Se presenta el seguimiento de dieta restrictiva en niñas y niños preadolescentes?
2. ¿Existen diferencias entre ambos sexos respecto a la tendencia al seguimiento de dieta restrictiva?
3. ¿Existen diferencias entre las(os) preadolescentes respecto a la tendencia al seguimiento de dieta restrictiva según el tipo de escuela a la que asisten?
4. ¿Existen diferencias entre ambos sexos respecto a conductas alimentarias de riesgo?
5. ¿Existen diferencias entre las(os) preadolescentes respecto a conductas alimentarias de riesgo según el tipo de escuela a la que asisten?
6. ¿Las niñas y los niños muestran deseos diferentes respecto al control de peso (bajar o subir)?

Factor de Riesgo 2. Imagen Corporal.

7. ¿Cuál es el nivel de satisfacción/insatisfacción respecto a la imagen corporal que muestran los(as) niños(as) preadolescentes de ambas escuelas?
8. ¿Se presentan diferencias con relación al nivel de satisfacción/ insatisfacción respecto a la imagen corporal entre niñas y niños?
9. ¿Hay diferencias entre el nivel de satisfacción/insatisfacción respecto a la imagen corporal de niñas(os) según la escuela a la que asisten?
10. ¿Las(os) niñas(os) de ambas escuelas muestran preocupación por el peso corporal?
11. ¿Existen diferencias entre sexos en cuanto a la preocupación por el peso corporal?
12. ¿Se manifiestan diferencias entre las(os) preadolescentes respecto a la preocupación por el peso corporal según la escuela a la que asisten?
13. ¿Estar insatisfecho(a) con la imagen corporal se relaciona con estar a dieta para bajar de peso?
14. ¿Se relaciona la autoestima y satisfacción/insatisfacción en niños(as) preadolescentes?
15. ¿Hay diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción en las(os) preadolescentes según la escuela a la que asisten?
16. ¿Existen diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción según el sexo de los preadolescentes?
17. ¿Se relaciona la autoestima con la preocupación por el peso corporal en los(as) preadolescentes de ambas escuelas?
18. ¿Existen diferencias en la relación autoestima y preocupación por el peso corporal según el sexo de los preadolescentes?
19. ¿Se manifiestan diferencias en la relación de autoestima y preocupación por el peso corporal de los(as) preadolescentes según la escuela a la que asisten?

C) HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Factor de Riesgo 1. Conducta Alimentaria de Riesgo.

1. Sí existe seguimiento de dieta restrictiva en niñas y niños preadolescentes.
2. Las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia al seguimiento de dieta restrictiva que los niños.
3. Las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar seguimiento de dieta restrictiva que las(os) preadolescentes de escuelas públicas.
4. Las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia a conductas alimentarias de riesgo que los niños.
5. Las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar conductas alimentarias de riesgo que las(os) preadolescentes de escuelas públicas.
6. Las niñas quieren bajar de peso y los niños quieren subir.

Factor de Riesgo 2. Imagen Corporal.

7. Existe insatisfacción respecto a la imagen corporal en las(os) preadolescentes de ambas escuelas.
8. Las niñas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los niños.
9. Las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los de escuelas públicas.
10. Las(os) preadolescentes de ambas escuelas presentan preocupación por el peso corporal.
11. Las niñas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los niños.

12. Las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los de escuelas públicas.
13. Estar insatisfecho con la imagen corporal sí se relaciona con estar a dieta para bajar de peso.
14. Sí se relaciona la autoestima y satisfacción/ insatisfacción en niños y niñas preadolescentes.
15. Sí hay diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción en las(os) preadolescentes según el tipo de escuela a la que asisten.
16. Según el sexo de los(as) preadolescentes, existen diferencias en la relación autoestima y satisfacción/insatisfacción.
17. Sí se relaciona la autoestima con la preocupación por el peso corporal en los(as) preadolescentes de ambas escuelas.
18. Sí existen diferencias en la relación autoestima y preocupación por el peso corporal según el sexo de los preadolescentes.
19. Sí se manifiestan diferencias en la relación de autoestima y preocupación por el peso corporal de los(as) preadolescentes según la escuela a la que asisten.

D) DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variables dependientes. Factor 1. Conducta alimentaria de riesgo:

- Conducta alimentaria de riesgo
- Seguimiento de dieta restrictiva

Variables dependientes. Factor 2. Imagen Corporal:

- Satisfacción/Insatisfacción
- Preocupación por el Peso Corporal
- Autoestima

Variables independientes. Factores 1 y 2:

- Sexo (niñas, niños)
- Escuela pública y privada

Definiciones conceptuales. Variables dependientes. Factor 1.

Seguimiento de dieta restrictiva.

Es el conjunto de comportamientos con intenciones relacionadas con el peso corporal que realiza un individuo y que tiene que ver con conductas o prácticas de evitación. Estas prácticas de evitación se relacionan con el consumo de alimentos altos en grasas y carbohidratos, asimismo, con la práctica de ayunos, saltarse comidas y con el uso de inhibidores de hambre.

Definiciones conceptuales. Variables dependientes. Factor 2.

Imagen Corporal.

Es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon, 1992).

Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Es el grado con el cual a la persona le gusta o disgusta y en consecuencia acepta o rechaza el tamaño y forma de su propio cuerpo (Cash & Brown, 1987; Thompson, 1990. Citados por Schlund & Bell, 1993).

Preocupación por el Peso Corporal.

Se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable y en ocasiones excesiva, en su peso corporal (Alvarado y Moreno, 2000).

Autoestima.

Es el proceso a través del cual el individuo elabora juicios positivos o negativos de sí mismo con respecto a su desempeño, capacidades y atributos, proporcionando a la identidad personal su aspecto afectivo siendo uno de los fundamentos de la autoimagen. (Oubrayrie, Léonardis y Safont, 1994. Citado por Caso, 1999)

Definiciones conceptuales. Variables independientes. Factores 1 y 2.

Sexo.

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Escuela pública.

Las escuelas públicas son aquellas instituciones educativas que sostiene y opera el Estado y que su servicio es gratuito o las que aún siendo del Estado, el servicio tiene un costo para el usuario (Vázquez, 1988).

Escuela privada.

Las instituciones de educación privada son aquellas cuya inversión proviene de la iniciativa privada y las que se sostienen con las aportaciones que los padres de familia hacen con concepto de cuotas escolares (Vázquez, 1988).

Definiciones operacionales.

Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal.

Si la insatisfacción se mide como una diferencia entre la figura actual menos la figura ideal, entonces la satisfacción equivale a una diferencia igual a cero. La insatisfacción positiva se da cuando la persona desea estar más delgada; la insatisfacción negativa se da cuando la persona desea estar más "llenita". A mayor sea la diferencia, mayor será la insatisfacción. (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

Preocupación por el Peso Corporal.

Es el puntaje que se obtiene con las respuestas dadas a los reactivos de la escala 4 del instrumento.

Autoestima.

Es el puntaje que se obtiene con las respuestas dadas a los reactivos correspondientes a la autoestima de la segunda parte del instrumento.

E) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio es de carácter correlacional de campo y transversal. Se realizó de acuerdo con un diseño factorial de 2X2.

F) MUESTRA.

1. Muestra no probabilística de carácter intencional. El tamaño de la muestra se determinó según el tamaño de la población en las escuelas en las que se aplicó el instrumento. La muestra se extrajo de una población formada por niños y niñas del 4° al 6° grado de primaria que acudían a escuelas mixtas públicas y privadas del sur de la Ciudad de México.
2. Se obtuvo una submuestra por el método sistemático al azar de un 20% de la muestra original para efectos de la medición antropométrica.

G) CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Formaron parte de este estudio niños y niñas con edades entre 9 y 12 años, escolaridad del 4° al 6° grado de primaria y que aceptaron libremente participar en el estudio.

Se excluyó de la muestra a un niño que presentó defectos físicos severos.

H) INSTRUMENTO Y APARATOS.

1) Se aplicó un cuestionario de formato mixto a niños y niñas de escuelas mixtas tanto públicas como privadas que cursaban del 4° al 6° grado de primaria. Hubo dos versiones del cuestionario, una para niños y otra para niñas y su aplicación se realizó en dos sesiones.

El cuestionario explora las siguientes áreas:

- a. Area sociodemográfica; edad, sexo, escolaridad, tipo de escuela a la que asiste, número de hijo, número de miembros en su familia.
- b. Datos antropométricos; peso y estatura.
- c. Preocupación por el peso corporal; seguimiento de dietas y frecuencia.
- d. Actitudes, conocimientos y conductas acerca de la alimentación y de los alimentos; conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria compensatoria.
- e. Conducta alimentaria relacionada con estados de ánimo.
- f. Imagen corporal; satisfacción/insatisfacción, alteración.
- g. Autoestima.

2) Se utilizó una báscula (Sunbeam) y un estadímetro portátil (Holtain) para medir el peso y la estatura.

I) PROCEDIMIENTO.

Se acudió a las escuelas y se realizó la aplicación colectiva a los niños y niñas que libremente aceptaron participar en el estudio.

Se realizaron las mediciones de peso y talla a los escolares que fueron seleccionados al azar y que estuvieron de acuerdo en que se les tomaran dichas mediciones.

J) ANÁLISIS DE RESULTADOS.

1. Se elaboró la base de datos mediante el programa SPSS.
2. Se aplicaron estadísticas descriptivas, que permitieron conocer la distribución de las variables del estudio (prevalencia de los factores de riesgo investigados).
3. Se utilizaron tablas y gráficas para incrementar la comprensión y exposición de resultados.
4. Se aplicaron estadísticas inferenciales (Pruebas T, Anovas, Regresión, entre otras) con el propósito de probar las hipótesis de trabajo.

VII. RESULTADOS

Para realizar el análisis de resultados del presente estudio, se aplicaron estadísticas descriptivas e inferenciales que permitieron conocer la distribución de las variables del estudio (prevalencia de los factores de riesgo investigados) así como probar las hipótesis mediante el programa SPSS versión 9.0 para Windows.

A. Descripción de la muestra.

En la tabla 1. Se presenta cómo se distribuyó el tamaño la muestra del presente estudio (N=215), la muestra se subdividió en cuatro grupos: mujeres escuela privada (n=54), mujeres escuela pública (n=56), hombres escuela privada (n=60) y hombres escuela pública (n=45). Ver tabla 1.

TABLA 1.
DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEXO POR TIPO DE ESCUELA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

TIPO DE ESCUELA	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
	Número de encuestados		
	Porcentaje		
Privada	54	60	114
	49.1%	57.1%	53.0%
Pública	56	45	101
	50.9%	42.9%	47.0%
	110	105	215
Total	100.0%	100.0%	100.0%

La tabla 2 muestra los porcentajes de las edades de los escolares, la media de edad y la desviación estándar, en ambas por sexo y por tipo de escuela. Como se puede observar, los grupos que conforman la muestra total tienen un promedio de 10 años con una desviación estándar de 0.93

TABLA 2.
EDAD DE LOS ESCOLARES, MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR.

TIPO DE ESCUELA	EDAD EN AÑOS	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	9.00	12.5	25.0	20.0
	10.00	25.0	20.8	22.5
	11.00	25.0	25.0	25.0
	12.00	37.5	29.2	32.5
	Total	100.0	100.0	100.0
	X	10.78	10.74	10.76
	S	.94	1.05	.99
Pública	9.00	8.3	6.7	7.7
	10.00	33.3	26.7	30.8
	11.00	37.5	33.3	35.9
	12.00	20.8	33.3	25.6
	Total	100.0	100.0	100.0
	X	10.81	10.85	10.83
	S	.89	.88	.885

La tabla 3 muestra la distribución del porcentaje de grado escolar (4º., 5º. Y 6º. de educación primaria) donde se muestra que el sexto grado tanto de la escuela

privada como de la pública presentó el mayor porcentaje del total de los escolares del estudio.

TABLA 3.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO ESCOLAR.

TIPO DE ESCUELA	GRADO ESCOLAR	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	4°	27.8	36.7	32.5
	5°	29.6	20.0	24.6
	6°	42.6	43.3	43.0
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	4°	21.4	22.2	20.8
	5°	30.4	31.1	30.7
	6°	48.2	46.7	47.5
	Total	100.0	100.0	100.0

La tabla 4 muestra los resultados a la pregunta ¿En qué trabaja tu papá?, entre los principales resultados se encuentra que en la escuela pública los padres del 2% de los alumnos no tienen empleo, situación que no se presenta en la escuela privada; el 4% de los padres de alumnos de escuela pública son vendedores ambulantes, actividad que no se encuentra en los padres de los alumnos de la escuela privada. El porcentaje mayor de los padres de los alumnos de la escuela privada es profesionista, mientras que en la escuela pública el mayor porcentaje está representado por empleados.

TABLA 4.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE OCUPACIÓN ECONÓMICA DE LOS PADRES.

TIPO DE ESCUELA	TIPO DE EMPLEO DEL PADRE	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULIN O	
		Porcentaje %		
Privada	Obrero	2.0	1.7	1.8
	Empleado	29.4	21.7	25.2
	Comerciante establecido	9.8	6.7	8.1
	Profesionista	37.3	45.0	41.4
	Empresario	21.6	25.0	23.4
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	No tiene trabajo	3.6	0	2.1
	Obrero	3.6	7.1	5.2
	Empleado	67.3	66.7	67.0
	Vendedor Ambulante	1.8	4.8	3.1
	Comerciante establecido	5.5	7.1	6.2
	Profesionista	12.7	4.8	9.3
	Empresario	5.5	9.5	7.2
	Total	100.0	100.0	100.0

La tabla 5 representa las respuestas a la pregunta ¿A qué se dedica tu mamá? El porcentaje mayor de ambas escuelas (42% en la escuela privada y 50% en la escuela pública) está representado por "ama de casa". El 7% de las madres de los alumnos de la escuela pública es empleada doméstica, actividad ausente en las

madres de los alumnos de la escuela privada. El porcentaje de madres profesionistas de la escuela privada (23%) es casi el triple del porcentaje de madres profesionistas de la escuela pública (8%).

TABLA 5.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE OCUPACIÓN DE LAS MADRES.

TIPO DE ESCUELA	TIPO DE EMPLEO DE LA MADRE	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	Ama de casa	38.9	45.0	42.1
	Empleada (comercio u oficina)	25.9	28.3	27.2
	Vendedora ambulante	1.9	0	.9
	Comerciante establecido	1.9	1.7	1.8
	Profesionista	29.6	16.7	22.8
	Empresaria	1.9	8.3	5.3
Total		100.0	100.0	100.0
Pública	Ama de casa	53.6	46.7	50.5
	Empleada domestica	5.4	8.9	6.9
	Empleada (comercio u oficina)	25.0	33.3	28.7
	Vendedora ambulante	3.6	4.4	4.0
	Profesionista	8.9	6.7	7.9
	Empresaria	3.6	0	2.0
Total		100.9	100.0	100.0

En cuanto al ingreso mensual familiar en los hogares de los escolares, el 14% no contestó pues desconocían la respuesta. Entre los resultados del 86% que sí respondieron, se encuentra que el mayor porcentaje en la escuela privada (30%) corresponde al ingreso de \$ 12,000.00 o más (opción de mayor ingreso dado a los escolares), mientras que en la escuela pública el porcentaje mayor (28%) se

encuentra presente por igual en el ingreso de \$ 2,000.00 o menos y en el ingreso de \$ 2,000.00a \$ 4,000.00 (opciones de menor ingreso dadas a los escolares). Ver tabla 6.

TABLA 6.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INGRESO FAMILIAR MENSUAL.

TIPO DE ESCUELA	Ingreso mensual familiar (\$ pesos mexicanos)	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje		
Privada	2000 o menos	24.4	3.7	13.1
	2001 a 4000	13.3	11.1	12.1
	4001 a 6000	6.7	11.1	9.1
	6001 a 8000	8.9	14.8	12.1
	8001 a 10000	13.3	9.3	11.1
	10001 a 12000	8.9	14.8	12.1
	12001 o más	24.4	35.2	30.3
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	2000 o menos	31.9	23.7	28.2
	2001 a 4000	36.2	18.4	28.2
	4001 a 6000	10.6	23.7	16.5
	6001 a 8000	2.1	10.5	5.9
	8001 a 10000	6.4	10.5	8.2
	10001 a 12000	8.5	10.5	9.4
	12001 o más	4.3	2.6	3.5
	Total	100.0	100.0	100.0

En la tabla 7 se presenta el porcentaje de los escolares que ya iniciaron la madurez sexual, con base en las respuestas que dieron a las preguntas "¿Ya estás

menstruando?" para las niñas y "¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?" para los niños. Como puede observarse el 19% de los escolares de la escuela privada ya iniciaron la madurez sexual, mientras que en la escuela pública es el 20%.

TABLA 7.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE MADUREZ SEXUAL.

TIPO DE ESCUELA	MADUREZ SEXUAL	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje		
Privada	No	81.5	80.0	80.7
	Si	18.5	20.0	19.3
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	No	73.2	88.9	80.2
	Si	26.8	11.1	19.8
	Total	100.0	100.0	100.0

B. Descripción de las variables de estudio que exploran conducta alimentaria de riesgo.

Para conocer la presencia de conducta alimentaria de riesgo se hicieron diferentes preguntas a los escolares en relación con la forma de comer y la magnitud de la misma, estas variables fueron: "Como rápido y mucho", "Como tan rápido que la comida se me atraganta", "Creo que como más rápido de lo que comen los demás", "Como entre comidas" y "Como a escondidas de mis padres". Cada variable presentaba 5 opciones de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre; pero para facilitar la exposición y por efectos de espacio se presentan tres categorías: nunca, a veces y frecuentemente (que agrupa las respuestas de frecuentemente, muy frecuentemente y siempre).

Dentro de estas variables de estudio se encontró el mismo comportamiento: más hombres que mujeres y mayores porcentajes en la escuela privada que en la pública quienes eligieron las opciones de respuesta frecuentemente, muy frecuentemente y siempre.

Respecto a la pregunta hecha a los escolares con relación a si comían rápido y mucho, se encontró de acuerdo con lo esperado que los porcentajes más altos fueron los de los escolares de la escuela privada (47%) y de escuela pública (83%) que respondieron que nunca habían tenido esa conducta alimentaria. Sin embargo un 15% de niños de escuelas privadas vs. un 9% de niños de escuela públicas presenta muy frecuentemente y siempre que comen rápido y mucho en comparación del menor o igual a 7% de niñas de ambos tipos de escuelas. Ver tabla 8(A).

TABLA 8.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS VARIABLES QUE EXPLORAN CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.

TIPO DE ESCUELA	(A) COMO RÁPIDO Y MUCHO	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	55.6	40.0	47.4
	A veces	37.0	45.0	41.2
	Frecuentemente	7.4	15.0	11.4
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	60.7	44.4	53.5
	A veces	32.1	46.7	38.6
	Frecuentemente	7.2	8.8	8.0
	Total	100.0	100.0	100.0

Otra de las preguntas relacionadas con la conducta alimentaria de riesgo fue "Como tan rápido que la comida se me atraganta" y los resultados con porcentajes más altos se encontraron en la opción "nunca". Llama la atención que se encuentra un 10% de niños contra un 4% de niñas en la escuela privada que frecuentemente, muy frecuentemente y siempre siguen esta conducta alimentaria, mientras que en la escuela pública es el 4% de los niños contra un 2% de las niñas quienes siempre presentan esta conducta. Ver tabla 8(B).

TIPO DE ESCUELA	(B) COMO TAN RÁPIDO QUE LA COMIDA SE ME ATRAGANTA	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	68.5	56.7	62.3
	A veces	27.8	33.3	30.7
	Frecuentemente	3.8	9.9	7.0
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	75.0	80.0	72.2
	A veces	23.2	15.6	19.8
	Frecuentemente	1.8	4.4	3.0
	Total	100.0	100.0	100.0

Las repuestas dadas a la pregunta "Creo que como más rápido de lo que comen los demás" muestra para la respuesta frecuentemente al 17% de los niños de la escuela privada vs. un 7% de las niñas, mientras que en la escuela pública es el 13% de los niños que la seleccionó vs. un 7 % de las niñas, lo que nuevamente presenta que son más niños que niñas y más escolares de escuela privada que de pública los que eligieron esta respuesta. Los porcentajes mayores se refieren a la respuesta "nunca". Ver tabla 8(C).

TIPO DE ESCUELA	(C) CREO QUE COMO MÁS RÁPIDO DE LO QUE COMEN LOS DEMÁS.	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	68.5	43.3	55.3
	A veces	24.1	40.0	32.5
	Frecuentemente	7.4	16.7	12.3
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	69.6	55.6	63.4
	A veces	23.2	31.1	26.7
	Frecuentemente	7.2	13.3	9.9
	Total	100.0	100.0	100.0

Al presentar a los escolares el reactivo "Como entre comidas" que es un hábito alimentario muy presente en la población en general pero que al relacionarlo con otros reactivos se comprobó que es una conducta alimentaria de riesgo; se encontraron los porcentajes más altos en la respuesta "a veces". Para la respuesta "frecuentemente" entre los escolares de la escuela privada se presentó un porcentaje mayor en las niñas que en los niños, 17% vs. 15%, mientras que entre los escolares de la escuela pública fue un 24% de los niños vs. un 7% de las niñas, lo que muestra un porcentaje mayor de escolares de escuela privada que de escuela pública que comen entre comidas, prevalencia similar a los resultados de las otras variables de conducta alimentaria de riesgo. Ver tabla 8(D).

TIPO DE ESCUELA	(D) COMO ENTRE COMIDAS	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	29.6	25.0	27.2
	A veces	53.7	60.0	57.0
	Frecuentemente	16.7	15	15.7
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	33.9	24.4	29.7
	A veces	58.9	51.1	55.4
	Frecuentemente	7.2	24.4	14.9
	Total	100.0	100.0	100.0

La tabla 8(E) se refiere a las respuestas dadas por los escolares respecto al comer a escondidas de sus padres. Los resultados muestran nuevamente que los porcentajes más altos son para la opción "nunca", en la escuela pública son más niñas que niños quienes "nunca" presentan esta conducta y en la escuela privada son más niños que niñas el porcentaje mayor respecto a esta respuesta. En este reactivo, al contrario que en los reactivos anteriores no hubo respuestas para la categoría "siempre". En la escuela privada se presentó un 5% de los niños vs. un 0% de las niñas que frecuentemente y muy frecuentemente come a escondidas de sus padres, mientras que en la escuela pública además de ser las niñas y no los niños quienes presentan esta conducta es en un porcentaje menor, del 2%.

TIPO DE ESCUELA	(E) COMO A ESCONDIDAS DE MIS PADRES	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	75.9	81.7	78.9
	A veces	24.1	13.3	18.4
	Frecuentemente	0	5.0	2.7
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	82.1	73.3	78.2
	A veces	16.1	26.7	20.8
	Frecuentemente	1.8	0	1.0
	Total	100.0	100.0	100.0

En cuanto al seguimiento de dieta restrictiva, la tabla 9 muestra a los escolares que en el último año han hecho cambios en su alimentación, encontrando que el mayor porcentaje de las niñas de ambas escuelas no ha hecho cambios, mientras que el mayor porcentaje de los niños de ambas escuelas sí ha hecho cambios en su alimentación en el último año. Por tipo de escuela, es más alto el porcentaje de escolares de la escuela privada que de la escuela pública los que sí han hecho cambios. De los escolares que han hecho cambios en su alimentación en el último año, el mayor porcentaje en ambas escuelas lo ha hecho para bajar del peso, más que para subir o por otras razones como son: para alimentarse y/o nutrirse mejor, por indicaciones médicas, para crecer, por gusto (principales razones dadas por los escolares). Siendo las niñas de la escuela pública (56%) quienes presentan un mayor porcentaje del motivo "para bajar de peso" que las niñas de la escuela privada (50%) y el mismo resultado se observa entre los niños, ya que los de la

escuela pública presentaron un mayor porcentaje (54%) que los niños de la escuela privada (49%) en cuanto a este motivo. En cuanto a la opción de respuesta "por otra razón" en la escuela privada se encuentra un mayor porcentaje de escolares que dieron esta respuesta (26%) que de los escolares de la escuela pública (17%).

TABLA 9
PORCENTAJES DE LA VARIABLE CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO.

TIPO DE ESCUELA	¿HICISTE CAMBIOS EN EL ÚLTIMO AÑO? ¿PARA QUÉ HICISTE ESOS CAMBIOS?	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	No hice cambios	51.9	35.0	43.0
	Si hice cambios	48.1	65.0	57.0
	Total	100.0	100.0	100.0
	Para bajar de peso	50.0	48.7	49.2
	Para subir de peso	19.2	28.2	24.6
	Por otra razón	30.8	23.1	26.2
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	No hice cambios	55.4	37.8	47.5
	Si hice cambios	44.6	62.2	52.5
	Total	100.0	100.0	100.0
	Para bajar de peso	56.0	53.6	54.7
	Para subir de peso	20.0	35.7	28.3
	Por otra razón	24.0	10.7	17.0
	Total	100.0	100.0	100.0

Cuando se preguntó a los escolares qué era más fácil para ellos para controlar su peso corporal, si dejar de desayunar, comer o cenar, dejar de hacer cualquiera de

las tres o ninguna de las tres. La respuesta "ninguna de las tres" fue la opción con mayor porcentaje de respuesta (45%) tanto en la escuela privada como en la pública. El tiempo de comida que en mayor porcentaje dejan de realizar los escolares de ambas escuelas es la cena, siendo en la escuela privada más niñas que niños quienes dejan de cenar y en la escuela pública más niños que niñas. Llama la atención que el desayuno también es un tiempo de comida ausente en algunos de los escolares del presente estudio a pesar de ser el principal alimento del día y son los niños de la escuela pública quienes presentan el porcentaje más elevado (29%) seguido por los niños de la escuela privada (20%). Ver tabla 10.

TABLA 10.
PORCENTAJES DEL TIEMPO DE COMIDA QUE LES RESULTA MAS FACIL DEJAR DE HACER.

TIPO DE ESCUELA	PARA MÍ ES MÁS FÁCIL...	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Dejar de desayunar	14.8	20.0	17.5
	Dejar de comer	1.9	5.0	3.5
	Dejar de cenar	29.6	25.0	27.2
	Cualquiera de las tres	7.4	6.7	7.0
	Ninguna de las tres	46.3	43.3	44.7
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Dejar de desayunar	12.5	28.9	19.8
	Dejar de comer	5.4	2.2	4.0
	Dejar de cenar	25.0	28.9	26.7
	Cualquiera de las tres.	1.8	6.7	4.0
	Ninguna de las tres	55.4	33.3	45.5
	Total	100.0	100.0	100.0

Las respuestas dadas por los escolares respecto al consumo de alimentos de baja densidad energética (como carne sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.) demuestran que los porcentajes más altos en ambos tipos de escuelas fueron para la opción "a veces", nuevamente más hombres (45%) que mujeres (26%) de la escuela privada aceptaron que frecuentemente, muy frecuentemente y siempre consumen una dieta de baja densidad energética. En la escuela pública se encontró el mismo patrón: más hombres (25%) que mujeres (18%) consumen este tipo de alimentos pero los porcentajes fueron más altos en la escuela privada que en la pública. Ver tabla 11.

TABLA 11.
CONSUMO DE ALIMENTOS DE BAJA DENSIDAD ENERGÉTICA

TIPO DE ESCUELA	TRATO DE COMER ALIMENTOS DE BAJA DENSIDAD ENERGÉTICA	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Nunca	25.9	30.0	28.1
	A veces	48.1	25.0	36.0
	Frecuentemente	11.1	8.3	9.6
	Muy frecuentemente	5.6	21.7	14.0
	Siempre	9.3	15.0	12.3
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Nunca	39.3	37.8	38.6
	A veces	42.9	37.8	40.6
	Frecuentemente	0	6.7	3.0
	Muy frecuentemente	1.8	4.4	3.0
	Siempre	16.1	13.3	14.9
	Total	100.0	100.0	100.0

C. Descripción de las variables de estudio que exploran imagen corporal.

Para explorar imagen corporal en los preadolescentes se les presentaron preguntas relacionadas con la preocupación por el peso corporal, como: ¿Te preocupa tu peso corporal? ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal? ¿Has hecho dieta al estar preocupado por tu peso? ¿Te preocupa subir de peso? ¿Te preocupa llegar a estar gordo(a)? ¿Cuánto te gustaría pesar?. Las variables relacionadas con la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal fueron: Medición indirecta de la satisfacción / insatisfacción, ¿Cómo te sientes con tu figura?

En cuanto a la variable preocupación por el peso corporal, la tabla 12 muestra que existe mayor preocupación en los alumnos de la escuela privada que en los de la escuela pública y que las niñas se preocupan más por el peso corporal que los niños, siendo las niñas de la escuela privada las que más se preocupan, mientras que la tabla 13 presenta las edades en que los escolares empezaron con esta preocupación.

TABLA 12.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL.

TIPO DE ESCUELA	¿TE PREOCUPA TU PESO CORPORAL?	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	No	50.0	53.3	51.8
	Si	50.0	46.7	48.2
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	No	58.9	62.2	60.4
	Si	41.1	37.8	39.6
	Total	100.0	100.0	100.0

TABLA 13.
 PORCENTAJES DE LA VARIABLE EDAD EN QUE SE INICIA LA PREOCUPACIÓN
 POR EL PESO CORPORAL (PPC).

TIPO DE ESCUELA	EDAD EN QUE SE INICIA (PPC)	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	4.00	3.7	0	1.8
	5.00	3.7	3.6	3.6
	6.00	0	0	0
	7.00	25.9	17.9	21.8
	8.00	18.5	14.3	16.4
	9.00	18.5	28.6	23.6
	10.00	18.5	25.0	21.8
	11.00	11.1	10.7	10.9
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	4.00	0	5.6	2.4
	5.00	0	0	0
	6.00	4.3	0	2.4
	7.00	13.0	22.2	17.1
	8.00	17.4	11.1	14.6
	9.00	13.0	16.7	14.6
	10.00	39.1	22.2	31.7
	11.00	13.0	22.2	17.1
	Total	100.0	100.0	100.0

De los escolares que presentan preocupación por el peso corporal, el 25% de los escolares de la escuela privada no ha hecho dieta; mientras que en la escuela pública todos los alumnos preocupados por el peso corporal sí han hecho dieta. Como se puede observar, la edad más temprana en que se manifiesta la presencia de dieta (5 años) se encuentra entre los escolares de la escuela pública. De los

alumnos de la escuela privada que sí han hecho dieta, el porcentaje más alto entre las niñas (24%) se encuentra en la edad de los nueve años y para los niños en los siete y los diez años. En la escuela pública el mayor porcentaje se encuentra en las niñas (41%) que iniciaron con esta conducta alimentaria a los diez años, mientras que entre los niños el porcentaje más alto se da por igual (25%) de los nueve a los once años. Ver tabla 14.

TABLA 14.
PRESENCIA DE SEGUIMIENTO DE DIETA ASOCIADA CON LA PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL Y EDAD EN LA QUE SE INICIO.

TIPO DE ESCUELA	DIETA POR EDAD (EN AÑOS)	SEXO		TOTAL	
		FEMENINO	MASCULINO		
		Porcentaje %			
Privada	No han hecho dieta	24.0	26.9	25.5	
	Sí han hecho dieta y edad de inicio	5.00	0	0	0
		6.00	8.0	0	3.9
		7.00	4.0	19.2	11.8
		8.00	12.0	11.5	11.8
		9.00	24.0	15.4	19.6
		10.00	16.0	19.2	17.6
	11.00	12.0	7.7	9.8	
Total		100.0	100.0	100.0	
Pública	No han hecho dieta	0	0	0	
	Sí han hecho dieta y edad de inicio	5.00	5.9	12.5	8.0
		6.00	0	0	0
		7.00	5.9	12.5	8.0
		8.00	17.6	0	12.0
		9.00	17.6	25.0	20.0
		10.00	41.2	25.0	36.0
	11.00	11.8	25.0	16.0	
Total		100.0	100.0	100.0	

En lo que respecta a la preocupación por el peso corporal, se presentaron a los escolares dos reactivos diferentes, uno relacionado con la preocupación por subir

de peso y otro en relación con la preocupación por llegar a estar gordos(as); las opciones de respuesta fueron: demasiado, mucho, regular, poco y no me preocupa. Los resultados muestran porcentajes más altos para las respuestas "demasiado y mucho" en el reactivo relacionado con llegar a estar gordos que en el reactivo de preocupación por subir de peso. En ambos reactivos se encontraron porcentajes más elevados para estas opciones en la escuela privada que en la pública. Para el reactivo de preocupación por subir de peso son más los niños que las niñas quienes seleccionaron las opciones "demasiado y mucho", 55% vs. 52%; en la escuela pública se presenta el mismo patrón, siendo más los niños que las niñas quienes eligieron esas opciones, 49% vs. 45%. Ver tabla 15. En cuanto a la preocupación por llegar a estar gordos, en la escuela privada también son más los niños que las niñas los que mostraron porcentajes mayores respecto a esta preocupación, 77% vs. 67%. Para la escuela pública se presentó un patrón diferente del reactivo de preocupación por subir de peso, ya que aquí se observa mayor preocupación en las niñas que en los niños, 63% vs. 58%. Ver tabla 16.

TABLA 15.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACION POR SUBIR DE PESO.

TIPO DE ESCUELA	ME PREOCUPA SUBIR DE PESO	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
		Porcentaje %		
Privada	Demasiado	31.5	31.7	31.6
	Mucho	20.4	23.3	21.9
	Regular	24.1	18.3	21.1
	Poco	13.0	11.7	12.3
	No me preocupa	11.1	15.0	13.2
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Demasiado	37.5	35.6	36.6
	Mucho	7.1	13.3	9.9
	Regular	21.4	15.6	18.8
	Poco	17.9	13.3	15.8
	No me preocupa	16.1	22.2	18.8
	Total	100.0	100.0	100.0

TABLA 16.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR LLEGAR A ESTAR GORDO(A), ME

TIPO DE ESCUELA	LLEGAR A ESTAR GORDO(A), ME PREOCUPA...	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	Demasiado	44.4	45.0	44.7
	Mucho	22.2	31.7	27.2
	Regular	14.8	13.3	14.0
	Poco	13.0	5.0	8.8
	No me preocupa	5.6	5.0	5.3
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	Demasiado	37.5	51.1	43.6
	Mucho	25.0	6.7	16.8
	Regular	16.1	6.7	11.9
	Poco	12.5	13.3	12.9
	No me preocupa	8.9	22.2	14.9
	Total	100.0	100.0	100.0

La tabla 17 representa el peso deseado de los escolares; como se puede observar los porcentajes más altos en ambas escuelas se encuentran en la opción "lo mismo que peso actualmente", sin embargo, llaman la atención tanto en la escuela privada como en la pública los porcentajes de respuesta para las opciones "un poco menos de lo que peso y mucho menos de lo que peso". En la escuela privada son más las niñas (52%) que los niños (48%) quienes desean pesar menos de lo que pesan y aunque en la escuela pública se presenta el mismo patrón siendo más

las niñas que los niños quienes desean pesar menos de lo que pesan, el porcentaje de los niños que eligió esta respuesta es significativamente menor que el porcentaje encontrado entre los niños de la escuela privada ya que para la escuela pública se da una relación de 48% vs. 20%.

TABLA 17.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PESO DESEADO POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA.

TIPO DE ESCUELA	ME GUSTARÍA PESAR	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	Mucho más de lo que peso	1.9	5.0	3.5
	Un poco más de lo que peso	3.7	18.3	11.4
	Lo mismo que peso actualmente	42.6	28.3	35.1
	Un poco menos de lo que peso	37.0	36.7	36.8
	Mucho menos de lo que peso	14.8	11.7	13.2
	Total		100.0	100.0
Pública	Mucho más de lo que peso	3.6	8.9	5.9
	Un poco más de lo que peso	10.7	31.1	19.8
	Lo mismo que peso actualmente	41.1	40.0	40.6
	Un poco menos de lo que peso	26.8	11.1	19.8
	Mucho menos de lo que peso	17.9	8.9	13.9
	Total		100.0	100.0

Respecto a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se realizó la medición de esta variable de dos maneras diferentes, por medición indirecta y por medición directa al preguntar "¿Cómo te sientes con tu figura?. En cuanto a la medición indirecta la tabla 18 muestra cómo se sienten los escolares respecto a su figura corporal, si se sienten satisfechos o si se sienten insatisfechos porque desean estar más gordos (insatisfacción negativa) o si se sienten insatisfechos porque desean estar más delgados (insatisfacción positiva). Llama la atención cómo en la medición directa se incrementa notoriamente el porcentaje de satisfacción. Entre las niñas de la escuela privada el incremento fue del doble (83% vs. 44%) mientras que entre los niños se incrementó de un 45% a un 70%. Entre los escolares de la escuela pública el incremento fue mayor entre las mujeres de un 27% a un 75% y más de dos veces entre los hombres (de un 42% a un 87%). Ver tablas 18 y 19.

TABLA 18.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/ INSATISFACCION
CON LA IMAGEN CORPORAL (MEDICIÓN INDIRECTA).

TIPO DE ESCUELA	SATIS-R	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	-1.00	5.8	24.5	15.2
	.00	44.2	45.3	44.8
	1.00	50.0	30.2	40.0
	Total	100.0	100.0	100.0
Pública	-1.00	9.1	24.4	16.0
	.00	27.3	42.2	34.0
	1.00	63.6	33.3	50.0
	Total	100.0	100.0	100.0

TABLA 19.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/ INSATISFACCIÓN
CON LA IMAGEN CORPORAL (MEDICIÓN DIRECTA).

TIPO DE ESCUELA	¿CÓMO TE SIENTES CON TU FIGURA?	SEXO		TOTAL
		FEMENINO	MASCULINO	
Porcentaje %				
Privada	Muy Satisfecho	38.9	40.0	39.5
	Satisfecho	44.4	30.0	36.8
	Indiferente	7.4	16.7	12.3
	Insatisfecho	7.4	11.7	9.6
	Muy insatisfecho	1.9	1.7	1.8
	Total		100.0	100.0
Pública	Muy Satisfecho	32.1	40.0	35.6
	Satisfecho	42.9	46.7	44.6
	Indiferente	8.9	6.7	7.9
	Insatisfecho	12.5	2.2	7.9
	Muy insatisfecho	3.6	4.4	4.0
	Total		100.0	100.0

D. Descripción de las variables de estudio que exploran autoestima.

El instrumento aplicado para medir la autoestima de los preadolescentes incluyó reactivos que se encuentran distribuidos en cinco escalas: autoestima global, familiar, social, corporal y académica. Cada reactivo presentó tres opciones de respuesta: Nunca o casi nunca, algunas veces y siempre o casi siempre.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los reactivos divididos en tres grupos que corresponden al Factor 1 (reactivos de evaluación positiva) que refleja los aspectos positivos de la autoestima, al Factor 2 (reactivos de percepción de competencia) y al Factor 3 (reactivos de evaluación negativa) reflejando estos dos últimos los aspectos negativos de la autoestima infantil.

Para efectos de facilitar la exposición y comprensión de resultados, se quitó la categoría de "algunas veces" en las siguientes tablas.

Factor 1. Evaluación positiva.

En la Tabla 20 se observan los reactivos de evaluación positiva del instrumento de autoestima, donde se puede observar que respecto al reactivo "me gusta como soy" se encuentra un porcentaje más alto en la respuesta "siempre" entre los niños que en las niñas en ambas escuelas, siendo los puntajes más elevados en la escuela pública.

También se puede observar que los porcentajes menores para la respuesta "siempre" se dan en el reactivo "me gusta la forma como me veo" en ambas escuelas, siendo en la escuela privada el 50% de los escolares quienes dieron esta respuesta. Dentro de la escuela privada este reactivo fue el que presentó mayores porcentajes a la respuesta "nunca" tanto en niñas como en niños.

Los porcentajes más elevados para la respuesta "siempre" se encuentran en los reactivos del área familiar, encontrando en ambos reactivos mayores porcentajes entre los escolares de la escuela privada; asimismo el porcentaje menor (0%) para la respuesta "nunca" también se presenta entre estos reactivos, en ambas escuelas. Ver tabla 20.

TABLA 20.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE AUTOESTIMA CON EL FACTOR DE EVALUACIÓN POSITIVA.

TIPO DE ESCUELA	REACTIVOS DE EVALUACIÓN POSITIVA	HOMBRES		MUJERES	
		Porcentaje		Porcentaje	
		Nunca	Siempre	Nunca	Siempre
P	Me gusta cómo soy	3.3	63.3	1.9	53.7
	Estoy feliz de ser como soy	1.7	76.7	3.7	68.5
	Estoy orgulloso(a) de mí	5.0	73.3	0	66.7
	Me gusta la forma como me veo	8.3	63.3	3.7	44.4
	Me siento bien cuando estoy con mi familia	1.7	93.3	0	88.9
	Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela	5.0	63.3	1.9	63.0
	Tengo una de las mejores familias de todo el mundo	0	86.7	1.9	79.6
	Soy un(a) buen(a) amigo(a)	1.7	66.7	1.9	66.7
Ú	Me gusta cómo soy	6.7	68.9	7.1	60.7
	Estoy feliz de ser como soy	2.2	80.0	3.6	64.3
	Estoy orgulloso(a) de mí	2.2	68.9	1.8	66.1
	Me gusta la forma como me veo	2.2	51.1	8.9	50.0
	Me siento bien cuando estoy con mi familia	2.2	84.4	0	89.3
	Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela	4.4	68.9	0	78.6
	Tengo una de las mejores familias de todo el mundo	4.4	71.1	3.6	85.7
	Soy un(a) buen(a) amigo(a)	2.2	53.3	0	71.4

[The text in this section is extremely faint and illegible, appearing as a series of horizontal lines.]

TABLA 21.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE AUTOESTIMA CON EL FACTOR PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA.

TIPO DE ESCUELA	REACTIVOS DE PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA	HOMBRES		MUJERES	
		Porcentaje		Porcentaje	
		Nunca	Siempre	Nunca	Siempre
P R I V A D A	Tengo una mala opinión de mí mismo(a)	80.0	3.3	57.4	5.6
	Hago enojar a mis padres	33.3	1.7	20.4	11.1
	Si me enojo con un amigo le digo groserías	51.7	15.0	77.8	7.4
	Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos escolares	86.7	1.7	79.6	0
	Soy malo(a) para muchas cosas	55.0	3.3	46.3	1.9
	Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer lo que quiero	33.3	16.7	25.9	16.7
P Ú B L I C A	Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal	65.0	1.7	66.7	5.6
	Tengo una mala opinión de mí mismo(a)	57.8	8.9	60.7	7.1
	Hago enojar a mis padres	28.9	11.1	12.5	14.3
	Si me enojo con un amigo le digo groserías	46.7	4.4	87.5	1.8
	Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos escolares	80.0	6.7	69.6	3.6
	Soy malo(a) para muchas cosas	48.9	4.4	44.6	3.6
	Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer lo que quiero	28.9	11.1	44.6	16.1
	Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal	44.4	8.9	53.6	8.9

Factor 3. Evaluación negativa.

La tabla 22 presenta las respuestas dadas a los reactivos de evaluación negativa y llama la atención que los porcentajes más altos para la respuesta "siempre" en ambas escuelas se encuentran en los reactivos "me gustaría ser otra persona" y "pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente", reactivos que denotan inconformidad o insatisfacción con sí mismo.

Dentro de la escuela privada se encuentran 2 reactivos que presentaron una distribución porcentual de "0" para la respuesta "siempre" (esto es en las respuestas de los varones), situación ausente en la escuela pública donde los menores porcentajes de respuesta para esta opción se encuentra entre las niñas. Ver tabla 22.

TABLA 22.
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE AUTOESTIMA CON EL FACTOR DE EVALUACIÓN NEGATIVA.

TIPO DE ESCUELA	REACTIVOS DE EVALUACIÓN NEGATIVA	HOMBRES		MUJERES	
		Porcentaje		Porcentaje	
		Nunca	Siempre	Nunca	Siempre
P R I V A D A	Me gustaría ser otra persona	66.7	8.3	55.6	9.3
	Siento ganas de irme de mi casa	81.7	3.3	72.2	5.6
	Tengo una mala opinión de mí mismo(a)	80.0	3.3	57.4	5.6
	Mi familia está decepcionada de mí	90.0	0	83.3	5.6
	Me siento fracasado(a)	76.7	0	57.4	1.9
	Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	68.3	11.7	53.7	13.0
P Ú B L I C A	Me gustaría ser otra persona	60.0	11.1	53.6	12.5
	Siento ganas de irme de mi casa	73.3	6.7	75.0	1.8
	Tengo una mala opinión de mí mismo(a)	57.8	8.9	60.7	7.1
	Mi familia está decepcionada de mí	77.8	4.4	89.3	1.8
	Me siento fracasado(a)	68.9	6.7	58.9	5.4
	Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente	55.6	20.0	62.5	7.1

E. Prueba de Hipótesis.

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo presentadas en el capítulo anterior, se aplicó a las variables dependientes una Anova factorial simple, teniendo en todos los casos como variables independientes sexo y tipo de escuela.

Como se observa en la tabla 23 no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable seguimiento de dieta restrictiva por tipo de escuela [$F(1,186)=.012, p=.911$], pero sí por sexo [$F(1,186)=8.942, p=.003$].

TABLA 23.
"ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) SEGUIMIENTO DE DIETA
RESTRICTIVA POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	4.838	2	2.419	4.477	.013
SEXO	4.831	1	4.831	8.942	.003
TIPO DE ESCUELA	.007	1	.007	.012	.911
Interacción de doble entrada	.050	1	.050	.092	.762
SEXO POR TIPO DE ESCUELA	.050	1	.050	.092	.762
Explicada	4.887	3	1.629	3.015	.031
Residual	100.486	186	.540		
Total	105.374	189	.558		
SEXO :		TIPO DE ESCUELA:			
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$	se rechaza	$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$	se rechaza		
$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$	se acepta	$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$	se acepta		

Las medias indican que los niños son quienes presentan mayor seguimiento de dieta restrictiva y aunque resultó estadísticamente significativa, la hipótesis de trabajo 2: "las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia al seguimiento de dieta restrictiva que los niños" no se confirma porque no se presentó en la dirección esperada; en tipo de escuela tampoco se confirma la hipótesis de trabajo 3: "las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar seguimiento de dieta restrictiva que las(os) preadolescentes de escuelas públicas" pues no existen diferencias estadísticamente significativas. Ver tabla 24.

TABLA 24.
MEDIAS DE LA VARIABLE SEGUIMIENTO DE DIETA
RESTRICTIVA POR SEXO.

SEXO	Femenino	Masculino
	1.96	2.16
	(110)	(105)

La tabla 25 muestra que tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria de riesgo por tipo de escuela [$F(1,211)=.720, p=.397$] pero sí resultó estadísticamente significativa por sexo [$F(1,211)=7.732, p=.006$].

TABLA 25.
 "ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) CONDUCTA ALIMENTARIA
 DE RIESGO POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	2.365	2	1.182	4.226	.016
SEXO	2.163	1	2.163	7.732	.006
TIPO DE ESCUELA	.201	1	.201	.720	.397
Interacción de doble entrada	.000	1	.000	.001	.979
SEXO POR TIPO DE ESCUELA	.000	1	.000	.001	.979
Explicada	2.365	3	.788	2.817	.040
Residual	59.042	211	.280		
Total	61.407	214	.287		
SEXO :		TIPO DE ESCUELA:			
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$ se rechaza		$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$ se rechaza			
$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$ se acepta		$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$ se acepta			

Asimismo, las medias en la tabla 26 demuestran que son los niños quienes manifiestan una mayor conducta alimentaria de riesgo por lo que tampoco se confirma la hipótesis de trabajo 4: "las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia a conductas alimentarias de riesgo que los niños" al no presentarse en la dirección esperada; de igual manera, en tipo de escuela no se confirma la hipótesis de trabajo 5: "las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar conductas alimentarias de riesgo que las(os) preadolescentes de escuelas públicas" al no existir diferencias significativas.

TABLA 26.
 MEDIAS DE LA VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA
 DE RIESGOPOR SEXO.

SEXO	Femenino	Masculino
	1.49	1.81
	(96)	(94)

En la tabla 27 se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable peso deseado en los efectos principales sexo [$F(1,211) = 9.517, p = .002$] y tipo de escuela [$F(1,211) = 5.573, p = .019$].

TABLA 27.
 "ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) PESO DESEADO
 POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	15.237	2	7.619	7.545	.001
SEXO	9.610	1	9.610	9.517	.002
TIPO DE ESCUELA	5.628	1	5.628	5.573	.019
Interacción de doble entrada	1.824	1	1.824	1.806	.180
SEXO POR TIPO DE ESCUELA	1.824	1	1.824	1.806	.180
Explicada	17.061	3	5.687	5.632	.001
Residual	213.060	211	1.010		
Total	230.121	214	1.075		
SEXO :			TIPO DE ESCUELA:		
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$		se rechaza	$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$		se rechaza
$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$		se acepta	$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$		se acepta

Las opciones de respuesta presentadas a los escolares para medir esta variable fueron: 1. Mucho más, 2. Un poco más, 3. Lo mismo que peso, 4. Un poco menos, 5. Mucho menos. Las medias demuestran que las respuestas de las niñas tienden hacia la respuesta "un poco menos", mientras que las de los niños se ubican más cerca de "lo mismo que peso", presentándose una media total de 3.31. Se confirma de la hipótesis de trabajo 6: "las niñas quieren bajar de peso" pero no se confirma la hipótesis "los niños quieren subir de peso". Ver tablas 28 y 29.

TABLA 28.
MEDIAS DE LA VARIABLE PESO DESEADO POR SEXO.

SEXO	Femenino	Masculino
	3.52	3.10
	(110)	(105)

TABLA 29.
**MEDIAS DE LA VARIABLE PESO DESEADO
POR TIPO DE ESCUELA.**

TIPO DE ESCUELA	Privada	Pública
	3.45	3.16
	(114)	(101)

La tabla 30 muestra que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por tipo de escuela [$F(1,201) = 1.423, p = .234$] por lo que se acepta la hipótesis nula,

pero sí se encontraron diferencias significativas por sexo [$F(1,201)= 18.115$, $p=.000$], por lo tanto se acepta la hipótesis alterna. Asimismo se confirma la hipótesis de trabajo 8: "las niñas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los niños".

TABLA 30.
"ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN
POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	21.885	2	10.928	9.769	.000
SEXO	20.264	1	20.264	18.115	.000
TIPO DE ESCUELA	1.592	1	1.592	1.423	.234
Interacción de doble entrada	.515	1	.515	.461	.498
SEXO POR TIPO DE ESCUELA	.515	1	.515	.461	.498
Explicada	22.371	3	7.457	6.666	.000
Residual	224.849	201	1.119		
Total	247.220	204	1.212		
SEXO :		TIPO DE ESCUELA:			
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0$,	se rechaza	$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0$,	se rechaza		
$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0$,	se acepta	$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0$,	se acepta		

Las medias demuestran en la tabla 31 que las niñas presentan un mayor grado de insatisfacción que los niños por lo que se confirma la hipótesis de trabajo 8: "las niñas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los niños" ya que a mayor puntaje, mayor insatisfacción, pero no se confirma la hipótesis de trabajo 9: "las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los de escuelas públicas".

TABLA 31.
MEDIAS DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN
POR SEXO.

SEXO	Femenino	Masculino
	.81	.18
	(107)	(98)

No se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable preocupación por el peso corporal en ninguno de los efectos principales sexo [$F(1,211) = .020, p = .887$] y tipo de escuela [$F(1,211) = .717, p = .398$] por lo que para ambas variables se aceptan las hipótesis nulas.

Los resultados anteriores demuestran que no se confirman las hipótesis de trabajo 11 y 12: "las niñas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los niños" y "las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los de escuelas públicas".

En la tabla 32 se observa que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal con respecto al seguimiento de dieta para bajar de peso [$F(2,170) = 14.902, p = .000$]

TABLA 32.

"ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) RELACIÓN SATISFACCIÓN/ INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL CON SEGUIMIENTO DE DIETA PARA BAJAR DE PESO POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	51.486	4	12.872	12.343	.000
SEXO	19.775	1	19.775	18.963	.000
TIPO DE ESCUELA	.631	1	.631	.605	.438
SEGUIMIENTO DE DIETA	31.080	2	15.540	14.902	.000
Explicada	54.215	11	4.929	4.726	.000
Residual	177.280	170	1.043		
Total	231.495	181	1.279		
SEGUIMIENTO DE DIETA:					
$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$ se rechaza					
$H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$ se acepta					

Como se muestra en la tabla 33, los escolares que dijeron estar a dieta para bajar de peso, independientemente de su sexo y tipo de escuela a la que asisten, presentaron la media más alta de insatisfacción pues querían estar más delgados. Mientras que los escolares que no realizan seguimiento de dieta presentaron la media más baja de insatisfacción. Por lo tanto se confirma la hipótesis 13: "Estar insatisfecho con la imagen corporal sí se relaciona con estar a dieta para bajar de peso".

TABLA 33.
 MEDIAS DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN
 POR SEGUIMIENTO DE DIETA.

SEGUIMIENTO DE DIETA	No.	Si. Para bajar de peso	Si. Para subir de peso
	.42	1.02	-.24
	(95)	(58)	(29)

La tabla 34 muestra la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la variable autoestima con respecto a la satisfacción/ insatisfacción de los escolares [F(2,193)= 3.133, p=.046] por lo que se acepta la hipótesis alterna.

TABLA 34.
 "ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) RELACIÓN AUTOESTIMA CON SATISFACCIÓN/
 INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL
 POR SEXO Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	.582	4	.146	1.808	.129
SEXO	.023	1	.023	.284	.595
TIPO DE ESCUELA	.055	1	.055	.682	.410
SATIS_R	.504	2	.252	3.133	.046
Explicada	1.549	11	.141	1.750	.065
Residual	15.531	193	.080		
Total	17.081	204	.084		

$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0,$ se rechaza
 $H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0,$ se acepta

Con respecto a las medias, el criterio es a mayor puntaje mayor autoestima y como se puede observar la media más baja, es decir, el grupo que presenta menor autoestima es el de los escolares que están insatisfechos porque quieren estar más delgados, independientemente de su sexo y tipo de escuela a la que asisten, por lo que se confirma la hipótesis de trabajo 14: "Sí se relaciona la autoestima y satisfacción/ insatisfacción en niños y niñas preadolescentes" pero no se confirman las hipótesis de trabajo 15 y 16: "Sí hay diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción en las(os) preadolescentes según el tipo de escuela a la que asisten" y "Según el sexo de las(os) preadolescentes, existen diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción". Ver tabla 35.

TABLA 35.
 MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOESTIMA POR SATISFACCIÓN/INSATISFACCION

SATIS_R	Quieren estar más gorditos	Están satisfechos	Quieren estar más delgados
	2.63	2.61	2.52
	(32)	(81)	(92)

En la tabla 36 se presentan las diferencias estadísticamente significativas que se produjeron en la variable autoestima con respecto a la preocupación por el peso corporal, por lo que se acepta la hipótesis alterna.

TABLA 36.
 "ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) RELACIÓN AUTOESTIMA CON PREOCUPACIÓN POR
 EL PESO CORPORAL POR SEXO
 Y TIPO DE ESCUELA"

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	Prueba de Fisher (F)	Sig. de (F)
Efectos principales	.764	3	.255	3.173	.025
SEXO	.019	1	.019	.233	.630
TIPO DE ESCUELA	.113	1	.113	1.406	.237
P_P_C	.633	1	.633	7.880	.005
Explicada	1.246	7	.178	2.218	.034
Residual	16.539	206	.080		
Total	17.785	213	.083		

$H_0 = \bar{x}_1 = \bar{x}_2 = 0$, se rechaza
 $H_1 = \bar{x}_1 > \bar{x}_2 \neq 0$, se acepta

Con respecto a las medias y frecuencias de la variable autoestima por preocupación por el peso corporal, la siguiente tabla muestra que los escolares que reportaron una menor autoestima son aquellos que sí se encuentran preocupados por su peso corporal, mientras que los que presentan una mayor autoestima son los que no están preocupados, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 17: "Sí se relaciona la autoestima con la preocupación por el peso corporal en los(as) preadolescentes de ambas escuelas" ya que los niños que se encuentran preocupados presentaron una menor autoestima. Ver tabla 37.

TABLA 37.
 MEDIAS DE LA VARIABLE AUTOESTIMA POR PREOCUPACIÓN
 POR EL PESO CORPORAL

P_P_C	No están preocupados	Si están preocupados
	2.62	2.52
	(118)	(96)

Se presentaron correlaciones estadísticamente significativas entre preocupación por el peso corporal y autoestima controlando la variable sexo ($r=-.1876$, $p=.006$) y entre preocupación por el peso corporal y autoestima controlando la variable tipo de escuela ($r=-.1951$, $p=.004$). Por lo que se confirman las hipótesis de trabajo 18 y 19: "Sí existen diferencias en la relación autoestima y preocupación por el peso corporal según el sexo de los preadolescentes" y "Sí se manifiestan diferencias en la relación de autoestima y preocupación por el peso corporal de los(as) preadolescentes según la escuela a la que asisten". Ver tablas 38 y 39.

TABLA 38.
 COEFICIENTES DE CORRELACIONES PARCIALES
 CONTROLANDO POR SEXO

	P_P_C	AUTOESTIMA
P_P_C	1.0000 (0) P=.	-.1876 (211) P=.006
AUTOESTIMA	-.1876 (211) P=.006	1.0000 (0) P=.

TABLA 39.
 COEFICIENTES DE CORRELACIONES PARCIALES
 CONTROLANDO POR TIPO DE ESCUELA

	P_P_C	AUTOESTIMA
P_P_C	1.0000 (0) P=.	-.1951 (211) P=.004
AUTOESTIMA	-.1951 (211) P=.004	1.0000 (0) P=.

VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El propósito principal del presente estudio fue determinar la existencia de factores de riesgo de la conducta alimentaria y de la imagen corporal, así como su relación con la autoestima en una muestra de escolares preadolescentes mexicanos de ambos sexos del sur de la Ciudad de México tomando en cuenta el tipo de escuela (privada y pública) a la que asisten.

La importancia del presente estudio radica en que se tomaron en cuenta al mismo tiempo distintos factores de riesgo tanto de la conducta alimentaria como de la imagen corporal que anteriormente habían sido estudiados en nuestro país de manera independiente, lo cual lleva a nuevas conclusiones dentro de este campo de la investigación. De igual manera, el haber relacionado dichos factores de riesgo con autoestima, arroja resultados y conclusiones nuevas en nuestro país.

Dentro de la muestra del presente estudio, se encontró en la escuela privada un mayor porcentaje de hombres que de mujeres mientras que en la escuela pública fue mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. En ambas escuelas el 6° grado fue el que presentó un mayor porcentaje de escolares en relación con los otros dos grados (4° y 5°).

Dentro de las variables que exploran conductas alimentarias de riesgo se encontró que los porcentajes más altos de respuesta son para la opción "nunca" que era lo esperado ya que se trata de muestras normales. También se presentó el mismo comportamiento para las variables que exploran conducta alimentaria de riesgo: más hombres que mujeres y mayor el porcentaje en la escuela privada que en la pública quienes frecuentemente, muy frecuentemente y siempre presentan este tipo de conductas. En cuanto a la variable "Como rápido y mucho", fueron más los niños de la escuela privada que los niños de la escuela pública quienes presentaron esta conducta alimentaria, mientras que por género es menor el

porcentaje de niñas que de niños los que presentan esta conducta, lo que confirma varios estudios previos en los que son los niños más que las niñas quienes presentan esta conducta alimentaria y que también confirma que se encuentra más en escuelas privadas que en públicas.

Con respecto a la variable "Como entre comidas" que representa un hábito alimentario muy presente en la población en general pero relacionándolo con otras variables se comprobó que es una conducta alimentaria de riesgo, se encontró que los mayores porcentajes de respuesta corresponden a la opción de respuesta "a veces", lo que confirma los resultados encontrados por Nava (2002) donde los preadolescentes de su estudio con peso normal algunas veces llevan a cabo esta práctica. Por su parte O'Dea y Abraham (2000) también encontraron esta conducta alimentaria entre los adolescentes "tempranos" de su muestra que la asociaban con pérdida de control y decremento de autoestima.

Para la variable "Como a escondidas de mis padres" estuvo ausente en ambas escuelas la respuesta "siempre" y los porcentajes de respuesta para las categorías "frecuentemente" y "muy frecuentemente" son menores que los encontrados en las otras variables que exploran conducta alimentaria de riesgo por lo que se puede afirmar que es una conducta presente entre los escolares pero que se presenta con menor frecuencia en relación con las otras conductas de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo que se presentaron en mayor porcentaje entre los hombres son: comer rápido y mucho, comer tan rápido que sienten que la comida se les atraganta, comer más rápido de lo que comen los demás, comer entre comidas y comer a escondidas de los padres (solo para los niños de la escuela privada), lo cual permite inferir que en esta edad a diferencia de lo que pasa entre los adolescentes, los hombres presentan mayor riesgo que las mujeres y no solo son tragones porque están creciendo.

En relación con el consumo de alimentos de baja densidad energética, se encontró el mismo patrón que para las conductas alimentarias de riesgo: son más hombres que mujeres quienes frecuentemente, muy frecuentemente y siempre los consumen y este consumo se presenta en mayor frecuencia entre los escolares de escuela privada que de la pública, probablemente por tener mayor acceso en sus hogares a este tipo de alimentos.

También se encontró un porcentaje mayor de niños que de niñas y a más escolares de escuela privada que de pública (patrón de respuesta presente en esta investigación) quienes han hecho cambios en su alimentación en el último año y cuyos cambios en su mayoría han sido para bajar de peso tanto en hombres como en mujeres, lo que demuestra la presencia del seguimiento de dieta restrictiva entre los preadolescentes y confirma lo encontrado en estudios previos como el de Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998) donde se observó que el 25% de los escolares habían hecho cambios en su alimentación y que de estos, el 19% los había hecho para bajar de peso y el 6% para subir de peso. Otro resultado que se confirma es el presentado por Gómez Pesresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) quienes encontraron también la conducta de cambios en la alimentación de los escolares con propósitos de control de peso corporal.

Con respecto al control del peso corporal se preguntó a los escolares qué tiempo de comida era más fácil para ellos dejar de realizar y aunque se encontró el mayor porcentaje de respuesta en la opción "ninguna de las tres", llama la atención que más hombres dejan de desayunar y más mujeres dejan de cenar. Al respecto, Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998) encontraron que eran más las niñas que los niños quienes se saltaban alguna comida al día. Asimismo, Cruz y Estrada (2001) encontraron que en todas las categorías de peso de los preadolescentes de su estudio, realizaban a veces la omisión de alguna comida al día. Por su parte Pastore, Fisher y Friedman (1996) encontraron que el 6% de los hombres y el

15% de las mujeres de su investigación se habían saltado al menos tres veces en la semana previa a su estudio algún tiempo de comida.

En cuanto a las variables que exploran imagen corporal, se confirmaron resultados previos.

Dentro de la variable preocupación por el peso corporal, son porcentajes muy altos los que demuestran que sí existe esta preocupación en muestras de niñas y niños muy jóvenes. Llama la atención que las niñas y los niños desde los cuatro años ya muestran preocupación por su peso corporal pero es entre los siete y los nueve años cuando se incrementan notoriamente los porcentajes, entre las niñas (18% a 26%) en escuelas privadas y de 13% a 17% en escuelas públicas; y de los diez a los once años cuando se incrementan los porcentajes entre los niños, del 11% al 25% en la escuela privada y del 22% a igual en la escuela pública.

Asociado con la preocupación por el peso corporal se encuentra el seguimiento de dieta restrictiva y en donde se encontraron resultados muy interesantes, ya que de los escolares que sí se encuentran preocupados por su peso, en la escuela privada la cuarta parte no ha hecho dieta pero en la escuela pública todos los escolares que se encuentran preocupados han hecho dieta. Además de lo anterior, también llama la atención la edad de inicio del seguimiento de dieta, los cinco años para la escuela pública y los seis años para la escuela privada, edades muy tempranas para esta conducta alimentaria. En su estudio, Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) encontraron que un mayor porcentaje de mujeres que de hombres púberes y adolescentes presentaban seguimiento de dieta restrictiva, mientras que entre los prepúberes se encontraba la misma proporción entre hombres y mujeres quienes presentaban esta conducta alimentaria.

La importancia que representa la variable preocupación por el peso corporal es determinante para que las demás variables (insatisfacción, alteración, etc.) se consideren factores de riesgo. En 1989 Moses, Baniliv y Lifshitz encontraron en su estudio, que el 50% de los adolescentes de su muestra que tenían peso por

debajo del normal, presentaban temor de subir de peso (citados por Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Dentro de la preocupación por el peso corporal, se realizaron dos preguntas a los escolares, una en relación con la preocupación por subir de peso y otra con relación a llegar estar gordo(a) y los resultados demuestran el impacto que la palabra gordo(a) tiene entre los escolares al considerarla de manera peyorativa, pues los porcentajes de las respuestas "demasiado" y "mucho" se incrementan notoriamente en el reactivo de la preocupación por llegar a estar "gordo(a)" resultado que confirma lo encontrado por Cruz y Estrada (2001) ya que una parte significativa de los escolares preadolescentes de su muestra también manifestaron preocupación por llegar a estar gordos(as).

La otra variable de estudio investigada dentro de la imagen corporal es la de satisfacción / insatisfacción, en la que se encontró que en la medición directa se incrementa notoriamente el porcentaje de satisfacción, al doble entre las mujeres de la escuela privada (83% vs. 44%) mientras que entre los hombres se incrementó de un 45% a un 70%. Entre los escolares de la escuela pública el incremento fue mayor entre las mujeres, de un 27% a un 75% y más del doble entre los niños (de un 42% a un 87%). Se ha comprobado en varias ocasiones el incremento en la medición directa de la satisfacción con la imagen corporal, por lo que pensamos que es un factor cultural.

En cuanto a la insatisfacción, es una variable presente entre los escolares preadolescentes, presentándose en mayor porcentaje entre las niñas que entre los niños, lo que confirma el estudio de Guzmán (2002) y el de Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) quienes con una muestra total de (N=8673) hombres y mujeres prepúberes, púberes y adolescentes encontraron mayor insatisfacción en las mujeres que en los hombres y esta insatisfacción se relacionaba con el deseo de estar más delgadas (misma tendencia encontrada en

el presente estudio). Por tipo de escuela el porcentaje de insatisfacción es mayor en la escuela pública que en la privada.

En su estudio con niños y niñas preadolescentes, Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró que un poco más de la mitad de la muestra total se encontraba insatisfecho con su imagen corporal.

Con respecto a la variable autoestima, se encontraron resultados importantes ya que se comprobó la relación que guarda esta variable con la variable satisfacción/insatisfacción y con la variable preocupación por el peso corporal..

En cuanto a la variable autoestima y la variable satisfacción / insatisfacción se comprobó la relación que ambas guardan, confirmando los resultados encontrados por Cruz y Estrada (2001) y que se encuentra presente en los escolares de este estudio, independientemente del sexo y tipo de escuela a la que asisten.

En 1989 Fabian y Thompson reportaron que las mujeres de su estudio insatisfechas con su imagen corporal y con la forma de su cuerpo, presentaban puntajes bajos en las escalas de autoestima en comparación con aquellas que se encontraban satisfechas con su imagen corporal.

Pastore, Fisher y Friedman (1996) encontraron que niveles bajos de autoestima y elevada ansiedad se relacionaban con conducta alimentaria y que podrían desencadenar desordenes en la alimentación.

Asimismo Hoare y Cosgrove (1998) en su estudio sobre autoestima, conducta alimentaria y estima corporal con 299 niñas escocesas de primaria y secundaria reportaron que hacia la adolescencia se incrementaban los hábitos alimentarios anormales y disminuía la estima corporal, presentándose una asociación entre estas tres variables y encontrando una fuerte relación entre un bajo nivel de autoestima e insatisfacción con la imagen corporal, resultados que fueron confirmados en la presente investigación.

En relación con la autoestima y preocupación por el peso corporal también se comprobó que los escolares que se encuentran más preocupados por su peso son los que presentan menor autoestima, que son más las niñas preocupadas por su peso y con menor autoestima que los niños y que en la escuela privada se da en mayor porcentaje esta relación de variables. Krch y Drabkova (1996) encontraron en su estudio que el miedo a subir de peso se encontraba muy relacionado con la autoestima entre las mujeres de su muestra.

Los resultados encontrados llaman la atención ya que la época que se está viviendo actualmente respecto al culto al cuerpo y a la delgadez, ya es algo más que una moda, es una "cultura" que está dañando a la gente en su sentido de valía; y si se toma en cuenta que la autoestima es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal, sería lamentable suponer que pueda estar en riesgo lo que conforme una estructura positiva y eficaz en el individuo.

En un estudio con 306 adolescentes del sexo femenino, Tiggeman (2001) encontró una relación negativa entre autoestima con delgadez y atractivo físico y una relación positiva entre autoestima y la participación en deportes organizados lo que se debe a que el practicar deportes le brinda al cuerpo un sentido de competencia donde ya sea que el cuerpo pueda correr más rápido o brincar más alto tiene una función diferente a la de ser objetos que puedan ser observados, lo que implica que sean delgados y atractivos (Fredrickson & Roberts, 1997; Mckinley & Hyde, 1996; Noll & Friedrickson, 1998 citados por Tiggeman, 2001).

Por su parte, Williams & Curie(2000) estudiaron las relaciones entre autoestima, pubertad e imagen corporal con 1810 niñas de 11 y 13 años de edad, encontrando que durante los 11 años la maduración temprana y clasificaciones más bajas de imagen corporal estaban asociadas con niveles más bajos de autoestima. Durante los 13 años de edad el interés en la talla corporal y una baja percepción de la apariencia predecían clasificaciones menores de autoestima

mientras tardara la maduración. También reportaron que tanto las niñas de 11 como las de 13 años que se consideraban "mucho muy delgadas" o "mucho muy gordas" mostraron niveles inferiores de autoestima que las que se sentían a gusto con la forma en que se ven o se perciben físicamente. Otro resultado interesante que encontraron fue el rol que la imagen corporal juega como mediador en la relación entre pubertad y autoestima.

Las hipótesis de trabajo que se confirmaron con el análisis estadístico fueron:

Factor de Riesgo 1. Conducta Alimentaria de Riesgo.

- Sí existe seguimiento de dieta restrictiva en niñas y niños preadolescentes.
- Las niñas quieren bajar de peso.

Factor de Riesgo 2. Imagen Corporal.

- Existe insatisfacción respecto a la imagen corporal en las(os) preadolescentes de ambas escuelas.
- Las niñas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los niños.
- Las(os) preadolescentes de ambas escuelas presentan preocupación por el peso corporal.
- Estar insatisfecho con la imagen corporal sí se relaciona con estar a dieta para bajar de peso.
- Sí se relaciona la autoestima y satisfacción/ insatisfacción en niños y niñas preadolescentes.
- Sí se relaciona la autoestima con la preocupación por el peso corporal en los(as) preadolescentes de ambas escuelas.
- Sí existen diferencias en la relación autoestima y preocupación por el peso corporal según el sexo de los preadolescentes.

- Sí se manifiestan diferencias en la relación de autoestima y preocupación por el peso corporal de los(as) preadolescentes según la escuela a la que asisten.

Las hipótesis de trabajo que no se confirmaron con el análisis estadístico fueron:

Factor de Riesgo 1. Conducta Alimentaria de Riesgo.

- Las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia al seguimiento de dieta restrictiva conductas que los niños.
- Las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar seguimiento de dieta restrictiva que las(os) preadolescentes de escuelas públicas.
- Las niñas preadolescentes presentan mayor tendencia a conductas alimentarias de riesgo que los niños.
- Las(os) preadolescentes de escuelas privadas tienen mayor tendencia a presentar conductas alimentarias de riesgo que las(os) preadolescentes de escuelas públicas.
- Los niños quieren subir de peso.

Factor de Riesgo 2. Imagen Corporal.

- Las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal que los de escuelas públicas.
- Las niñas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los niños.
- Las(os) preadolescentes de escuelas privadas presentan mayor preocupación por el peso corporal que los de escuelas públicas.

- Sí hay diferencias en la relación autoestima y satisfacción/ insatisfacción en las(os) preadolescentes según el tipo de escuela a la que asisten.
- Según el sexo de los(as) preadolescentes, existen diferencias en la relación autoestima y satisfacción/insatisfacción.

El hecho de que las anteriores hipótesis de trabajo no se hayan confirmado se debe a que los resultados no se presentaron en la dirección esperada, es decir, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las niñas y los niños y entre los resultados de los escolares de escuela privada y escuela pública, lo que da cuenta que la presencia de factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria no depende de factores o situaciones socioculturales sino que es un problema presente en la población en general y que requiere de especial atención en cuanto a programas de prevención y promoción de la salud.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Una de las limitaciones encontradas en el presente estudio fue que el nivel socioeconómico de los escolares de la escuela pública y privada no conformaba muestras contrastadas, ya que a pesar de haber trabajado con ambos tipos de escuela, los resultados no mostraron diferencias significativas al tratarse de una escuela privada de nivel socioeconómico medio. Por lo que se sugiere que estudios futuros realicen investigación entre escuelas privadas de nivel socioeconómico alto y escuelas públicas, para tener acceso a resultados e información que sin duda serán muy valiosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Ackerman, N. (1966). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires: Paidós.
- Alvarado, H.G. & Moreno E. L. (2000). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Alvarez, R. (1999). Autoestima y Obesidad. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Avila, G., Lozano, R. & 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. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barkslade, L. (1991). El desarrollo de la autoestima. México: Dinámica del Desarrollo.
- Biblioteca Práctica para padres y educadores (1998). Pedagogía y psicología infantil. Pubertad y adolescencia. Vol.4. España: Cultural S.A.
- Bischof, L. (1973). Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.
- Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Mortiz.
- Branden, N. (1999). Los Seis pilares de la autoestima. México: Paidós.
- Bruch, H. (1974). Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. London: Routledge and Kegan Paul.
- Bruch, H. (1977). Algunas situaciones especiales. Panamericana.
- Bruchon Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. & Arroyo, P. (1995). Nutriología Médica. México: Médica Panamericana.
- Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

- Cerna, M. (1993). Autoestima, autoconcepto y discapacidad física. Revista de Psicología Iberoamericana. 1 México.
- Clemen, H. & Bean, R. (1996). Cómo desarrollar la autoestima en los niños. España: Debate.
- Colmenares, M. (1996). Propuesta de intervención para el adolescente obeso. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. U.S.A. Consulting Psychologist Press.
- Corbin, W.& Corbin, Ch. (1997). A comparison of children above and below national criteria for body fatness. Physical Educator. 54 (1), pp. 47-56. Database: Academic Search Elite.
- Cormillot, A. (1977). Obesidad. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Craig, G. (1994). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Cruz, D. & Estrada, F. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: Imagen corporal, autoatribución y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Chapman, P. & Mullis, R. (1999). Adolescent coping strategies and self-esteem. Child Study Journal. 29 (1), pp. 69-77. Database: PsycInfo.
- Davidoff, L. (1990). Introducción a la Psicología. España: Ed. Mc Graw Hill.
- Delval, J. (1994). El desarrollo humano. España: Siglo XXI.
- De Moragas, J. (1965). Psicología del niño y del adolescente. España: Labor.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4º Ed. 1994). DSM IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Dyer, W. (1978). Your Erroneous Zones. New York: Funk y Wagnalis Press.
- Freud, A. (1969). El desarrollo del adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- García, M. (1991). El síndrome de la niña púber. Argentina: Paidós.
- Garner, D.(1983) Development validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa & bulimia. International Journal of Eating Disorders 2 (2), pp. 15 – 34. Database: PsycInfo.

- Gecas, V. & Schwalbe, M. (1986). Parental behavior and adolescent self-esteem. Journal of Marriage and Family. 48 (1), pp. 37-46. Database PsycInfo.
- Gesell, A.; Ilg, F. & Bates, L. (1987). El adolescente de 10 a 16 años. España: Paidós.
- Ginsburg, H. & Opper, S. (1988). Piaget y la Teoría del Desarrollo Intelectual. México: Prentice Hall.
- Goldman, H. (1989). Psiquiatría General. México: El Manual Moderno.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993) Variables Cognoscitivas y Actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Revista de Investigación Psicológica. 3 (1), pp. 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. 14 (1), pp. 31-40
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana. 6 (2), pp. 10-21.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998) Imagen Corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. Revista Psicología y Ciencia Social. 2 (1), pp. 27-33.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. (2000) Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. Clínica y Salud. 11 (1), pp. 35-58.
- Gómez Pérez-Mitre, G. & Avila, E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Psicología Iberoamericana. 6 (2), 37-46.
- Gómez Peresmitré, G.; Alvarado, M.; Moreno, E.; Saloma, G. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Prepúberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología. 18 (3), pp. 313-324.

- Gómez Peresmitré, G.; Unikel, S.C. & Saucedo, M.T. (2001). La Psicología Social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación. En Gómez Peresmitré y Callejo, B.N.(comp.). La Psicología Social en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Guzmán, L. (2002). Factores de riesgo asociados con la imagen corporal: Autoestima y autoatribución en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Hirsch, B. & Dubouis, D. (2000). Self-esteem in early adolescence: From stock carácter to marquee attraction. Journal of Early Adolescence. 20 (1), pp. 5-11. Database: PsycInfo.
- Hoare, P. & Cosgrove, L. (1998). Eating habits, body esteem and self esteem in Scottish children and adolescents. Journal of Psychosomatic Research. 45 (5), pp. 425-431. Database: PsycInfo.
- Horrocks, J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Jelalian, E. (2000). Overweight in adolescence leads to low self-esteem, health problems. Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. 16 (9), pp. 1-3. Database: PsycInfo.
- Klein, M. (1948). El psicoanálisis de niños. Argentina: Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Krch, F. & Drabkova, H. (1996). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the population of Czech adolescents. Ceska a Slovenska Psychiatrie. 92 (4), pp. 237-247. Database: PsycInfo.
- Loewy, M. (1998). Suggestions for working with fat children in the schools. Professional School Counseling. 1 (4), pp. 18-22. Database: PsycInfo.
- Mahabeer, M. (1993). Correlations between mothers and children's self-esteem and perceived familiar relationships among intact, widowed and divorced families. Psychological Reports. 73 (2), pp.483-489. Database: PsycInfo.

- McKinney, J. Fitzgerald, H. & Strommen, E. (1982). Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: El Manual Moderno.
- Mills, J. & Adrianopoulos, G. (1993). The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. Journal of Psychology, 127 (5), pp. 547-551. Database: PsycInfo.
- Nava, L. (2002). Conducta alimentaria de riesgo y peso corporal en preadolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- O'Dea, J. & Abraham, S. (2000). Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: Interplay of pubertal status, gender, weight and age. Adolescence. 34 (136), pp. 671-679. Database: PsycInfo.
- Oñate, M. (1989). El Autoconcepto. España: Narcea.
- Papalia, D. & Olds, S. (1990). Desarrollo Humano. Colombia: McGraw Hill.
- Pastore, D.; Fisher, M. & Friedman, S. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: Correlations with self-esteem and anxiety. Journal of Adolescent Health. 18 (5), pp. 312-319. Database: PsycInfo.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1984). Psicología del niño. España: Morata.
- Pineda, G.; Platas, S. & Gómez Peresmitré, G. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. Memorias del 8vo. Congreso Mexicano de Psicología Social y 1er. Congreso de Relaciones Personales. U.N.A.M.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985) Dieting and Binging. American Psychologist. 40 (2), pp. 193-201.
- Remplein, H. (1971). Tratado de psicología evolutiva. España: Labor.
- Rodríguez, E. (1988). Autoestima. Clave del éxito personal. México: El Manual Moderno.
- Schlund, D. & Bell, C. (1993). Body image testing system: A microcomputer program for assessing body image . Journal of Psychopatology and Behavioral Assessment. 15 (3), pp. 267-285. Database: PsycInfo.

- Stassen, K. & Thompson, R. (1997). El desarrollo de la persona. España: Unigraf.
- Stone, L. & Church, J. (1986). Niñez y Adolescencia. Argentina: Paidós.
- Tiggeman, M. (2001). The impact of adolescent girl's life concerns and leisure on body dissatisfaction, disordered eating and self esteem. Journal of Genetic Psychology. 162 (2), pp.133-142. Database: Academic Search Elite.
- Tonolo, G. & De Pieri, S. (1993). Educación a los preadolescentes. Madrid: CCS.
- Villa, P. (1997). Autoestima en Adolescentes con Trastornos Afectivos y Trastornos de la Conducta. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Williams, J. & Curie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. Journal of Early Adolescence. 20 (2), pp. 129-149. Database: PsycInfo.
- Winnicot, D. (1961). El Proceso de Maduración en el Niño. Barcelona: Laia.
- Zulliger, H. (1987). La pubertad de las muchachas. Biblioteca de psicología. Vol. 28. España: Herder.
- Zulliger, H. (1987). La pubertad de los muchachos. Biblioteca de psicología. Vol. 9. España: Herder.

ANEXO A

**Cuestionario sobre alimentación y salud para
preadolescentes versión niñas.**

PAGINACIÓN

DISCONTINUA

9. ¿Ya estás menstruando?

- NO () Pasa a la pregunta 12
SI () Pasa a la pregunta siguiente

10. Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11.- Tu menstruación se presenta....

- Regulamente (todos los meses) ()
Irregularmente (unos meses si, otros no) ()

12. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de :

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

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

- A) Padres (uno o los dos)
B) Tú y padre y/o madre
C) Tú
D) Tú, Hermanos y/o padres
E) Hermanos y/o padres
F) Abuelos
G) Otros. ¿Quién o quienes? _____

14.- Años de estudio de tu padre :

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

15.- Años de estudio de tu madre :

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

SECCION B

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

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

2.-¿Cuándo sientes más hambre ?

- Desayuno ()
Comida ()
Cena ()

3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?

- Poca Regular Demasiada
() () ()

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

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

5. En mi casa se cocina con:

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

SECCION C

1.- ¿Le pones azúcar a tus bebidas?

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

2.-¿Le añades sal a tus alimentos?

- No ()
Si () ¿Cuánta? Poco () Regular () Demasiado ()

3. ¿Le pones mermelada o mantequilla a tu pan?

- No ()
Si ()

4. ¿Le agregas limón a tus alimentos?

- No ()
Si () ¿Cuánto? Poco () Regular () Demasiado ()

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

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1	
2	
3	
4	
5	

6.- ¿Te preocupa tu peso corporal?

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

7. ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?

_____ años

8. ¿A qué edad hiciste tu primera dieta?

_____ años

SECCIÓN D

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, hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

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

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

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

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

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

5. Consumo alimentos "chatarra"

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

9. Como a escondidas de mis padres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Como rápido y mucho

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

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

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

19. Para mi es más fácil:

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

20.. Según yo, como:

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

21. Según mis padres o tutores como:

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

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

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

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

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

24. Me preocupa subir de peso.

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

25. En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

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

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

27. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

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

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mamá		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papá		
Yo misma		

28. En mi casa practican deporte:

- Mamá ()
- Hermana(o) ()
- Tía(o) ()
- Abuelita(o) ()
- Papá ()
- Nadie ()
- Otra persona () ¿Quién? _____

29. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- Diario ()
- 3 veces por semana ()
- 2 veces por semana ()
- 1 vez a la semana ()
- Ocasionalmente ()
- No practico deportes ()

SECCION E

1. Llegar a estar gorda:

- Me preocupa mucho ()
- Me preocupa ()
- Me preocupa de manera regular ()
- Me preocupa poco ()
- No me preocupa ()

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

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

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

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

SECCION F

1. Marca con una **x** en el cuadro que corresponda, cómo consideras las siguientes características de tu físico:

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

2. Creo que estoy:

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

3. Creo que mis padres o tutores me ven:

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

4. Según yo, una niña atractiva es:

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

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

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

6. Me gustaría pesar:

- Mucho más de lo que peso actualmente ()
- Un poco más de lo que peso actualmente ()
- Lo mismo que peso actualmente ()
- Un poco menos de lo que peso actualmente ()
- Mucho menos de lo que peso actualmente ()

SECCION G

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

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

SECCION H

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

Por ejemplo:

Mis manos son:

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

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

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

1. Mi cuerpo es:

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

2. Mi cara es:

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

3. **Mi cintura es**

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

4. **Mi busto es**

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

5. **Mis muslos son:**

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

6. **Mis pompas son**

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

7. **Mi estómago es:**

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

8. **Mis brazos son:**

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

SECCION I

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

Mi cuerpo se parece más a:



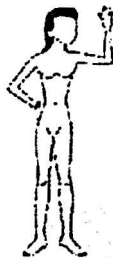
A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G () (Si no hay una figura que te guste, dibujala)

SECCION J

1. ¿Cómo te llevas con..?

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

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

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

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

- No ()
 Sí ()

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO B

**Cuestionario sobre alimentación y salud para
preadolescentes versión niños.**

3. ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?

- NO () Pasa a la pregunta 11
SI () Pasa a la pregunta siguiente

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

S E C C I O N B

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

- Como tanto que me duele el estómago ()
He perdido el apetito ()
Pierdo el control y como demasiado ()
Me he sentido 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 qué intensidad sientes hambre ?

Poca () Regular () Demasiada ()

4. Cuando terminas de comer, ¿aún sientes hambre ?

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

5. En mi casa se cocina con:

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

S E C C I O N C

1. ¿Le pones azúcar a tus bebidas?

No ()
Si () ¿Cuántas cucharadas? _____

2. ¿Le añades sal a tus alimentos?

No ()
Si () ¿Cuánta? Poco () Regular () Demasiado ()

3. ¿Le pones mermelada o mantequilla a tu pan?

No ()
Si ()

4. ¿Le agregas limón a tus alimentos?

No ()
Si () ¿Cuánto? Poco () Regular () Demasiado ()

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

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1	
2	
3	
4	
5	

- i. ¿Te preocupa tu peso corporal?
 No. (Pasa a la siguiente sección)
 Si. (Pasa a la siguiente pregunta)

7. ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?
 _____ años

8. ¿A qué edad hiciste tu primera dieta?
 _____ años

S E C C I Ó N D

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, hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

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

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

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

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

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

5. Consumo alimentos "chatarra"

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

9. Como a escondidas de mis padres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17. Como rápido y mucho

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

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

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

19. Para mí es más fácil:

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

0. Según yo, como:

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

:1. Según mis padres o tutores como:

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

:2. 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 ()

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

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

24. Me preocupa subir de peso.

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

25. En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

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

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

27. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- Muy satisfecho ()
- Satisfecho ()
- Indiferente ()
- Insatisfecho ()
- Muy insatisfecho ()

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

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mamá		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papá		
Yo mismo		

28. En mi casa practican deporte:

- Mamá ()
- Hermana(o) ()
- Tía(o) ()
- Abuelita(o) ()
- Papá ()
- Nadie ()
- Otra persona () ¿Quién? _____

29. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- Diario ()
- 3 veces por semana ()
- 2 veces por semana ()
- 1 vez a la semana ()
- Ocasionalmente ()
- No practico deportes ()

S E C C I O N E

1. Llegar a estar gordo:

- Me preocupa mucho ()
- Me preocupa ()
- Me preocupa de manera regular ()
- Me preocupa poco ()
- No me preocupa ()

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

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

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

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

SECCION F

1. Marca con una **x** en el cuadro que corresponda, cómo consideras las siguientes características de tu físico:

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO O	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Estómago					
Torax					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. **Creo que estoy:**

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

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

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

4. **Según yo, un niño atractivo es:**

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

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

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

6. **Me gustaría pesar:**

- Mucho más de lo que peso actualmente ()
- Un poco más de lo que peso actualmente ()
- Lo mismo que peso actualmente ()
- Un poco menos de lo que peso actualmente ()
- Mucho menos de lo que peso actualmente ()

S E C C I O N G

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

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
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
Carifoso	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
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
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

SECCION H

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

Por ejemplo:

Mis manos
son:

	A	B	C	D	E	
Grandes		X				Pequeñas

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

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

1. Mi cuerpo es:

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

2. Mi cara es:

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

4. **Mi espalda es**

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

5. **Mi tórax es**

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

5. **Mi trasero es:**

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

6. **Mis piernas son:**

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

Mi estómago es:

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

3. 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

S E C C I O N I

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

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

S E C C I O N J

1. ¿Cómo te llevas con..?

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

2. Cuántas 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:

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

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

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

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

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

ANEXO C

Cuestionario sobre autoestima.

SEGUNDA PARTE

A continuación te presentamos otra serie de preguntas que tienen tres opciones de respuesta cada una, elige la que más concuerde con tu persona y tu forma de ser. Tacha dentro del paréntesis la opción que hayas elegido. Recuerda que el éxito de este estudio depende de tu sinceridad al contestar. Muchas gracias por tu cooperación.

1. Me gusta cómo soy

Nunca o casi Nunca () Algunas veces() Siempre o Casi Siempre()

2. Me siento bien cuando estoy con mi familia

Nunca o casi Nunca () Algunas veces() Siempre o Casi Siempre()

3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

4. Estoy feliz de ser como soy

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

5. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

6. Estoy orgulloso(a) de mí

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

7. Soy un(a) buen(a) amigo(a)

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

8. Me gusta la forma como me veo

Nunca o casi nunca () Algunas veces() Siempre o casi siempre()

9. Hago enojar a mis padres

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

10. Si me enojo con un amigo le digo groserias

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

11. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

12. Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos de la escuela

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

13. Soy malo(a) para muchas cosas

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

14. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

15. Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

16. Me gustaria ser otra persona

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

17. Siento ganas de irme de mi casa

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

18. Tengo una mala opinión de mí mismo(a)

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

19. Mi familia está decepcionada de mí

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

20. Me siento fracasado(a)

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()

21. Pienso que mis padres serian felices si yo fuera diferente

Siempre o casi siempre () Algunas veces () Nunca o casi nunca()