

0921
128



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
LEON CUELLAR SONIA
VAZQUEZ GARCIA JULIA ERENDIRA

DIRECTORA: DRA. GILDA LIBIA GOMEZ PEREZ-MITRE
REVISORA: DRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGIA

CIUDAD UNIVERSITARIA

TEMA CON FALLA DE ORIGEN

2003

A



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.

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

NOMBRE: Sonia Len

FECHA: 21-VI-03

FIRMA: [Firma]

YO QUIERO

Yo quiero ser una mujer conciente del privilegio de la vida, yo quiero ser alguien, para responder con ello a los talentos que Dios me ha regalado.

Yo quiero tener el coraje de ser libre para elegir mis caminos, vencer mis temores y asumir las consecuencias de mis actos.

Yo quiero tener éxitos, pero también fracasos que me recuerden mi condición humana, la grandeza de Dios y el peligro de la soberbia.

Yo quiero sentir, ser completa, amarme, reconocer que soy única, irrepetible, e irremplazable; que valgo porque han depositado en mí una chispa divina.

Yo quiero ser luz para mi pareja, mi familia y mis hijos, porque así les ayudaré a crecer sin miedos y con responsabilidad.

Yo quiero recordar el pasado, pero no vivir en el ayer, quiero soñar en el futuro, sin despreciar el presente, sabiendo que lo único seguro es el hoy, el aquí y el ahora.

Yo quiero renacer cada día, decir sí a la aventura de la vida y del amor, yo quiero trascender por mis silencios, por mis palabras, por mi hacer y mi sentir.

Yo quiero sentir a Dios que vive en mí y agradecerle su infinita paciencia para esperarme, su entrega incondicional y su presencia, y aunque a mí, en ocasiones se me olvide agradecerle el que me haya elegido mujer.

Yo quiero construir mil estrellas en el infinito y tener el valor de ir a alcanzarlas.

Yo quiero ser mujer completa, no sustituto, saber querer, saber decir sí, pero también no. Yo quiero repetirme a diario que suerte he tenido de nacer, que suerte tengo de estar aquí, que suerte ser MUJER.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

NOMBRE: Sonia Len

FECHA: 21-VI-03

FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a:

- * *La Universidad Nacional Autónoma de México, por abrirme las puertas al saber científico y humanístico.*
- * *La Facultad de Psicología, por inculcarme el amor a mi ser y hacer profesional.*
- * *Mis maestros y maestras, por las virtudes enseñadas: sabiduría, orden, fortaleza, perseverancia, laboriosidad y generosidad.*
 - * *Dra. Gilda Lilia Gómez Pérez-Mitré, por su experiencia, dedicación, paciencia, entusiasmo, constancia y motivación por ver forjada una meta más en mi trayectoria profesional. ¡MPL GRACIAS!*
 - * *Dra. Lucy María Reidl Martínez, Mtra. Olga Liviex Bustos Romero, Mtra. Jorge Rogelia Pérez Espinoza y Mtra. Lilia Jaya Laurecano, por el apoyo brindado, el trato amable y la confianza depositada en la ejecución de este proyecto.*

* *Los directores (as) de las escuelas primarias: "Revolución Mexicana", "Emiliano Zapata", "Gral. Vicente Guerrero", "José Ma. Morelos y Pavón", y "Colegio Cristóbal Colón", por creer en los nuevos profesionistas y abrir las puertas del saber, así como las facilidades otorgadas para llevar a cabo esta investigación. ¡MPL GRACIAS!*

* *Los alumnos de dichas escuelas, por su espontaneidad y cooperación incondicional.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con una gratitud especial, y también valiosa a:

** Dios, por la maravillosa oportunidad de vivir, de ser y autorrealizarme.*

** Mamá y papá, por su amor, confianza y ejemplo de vida: por enseñarme el valor de ser autosuficiente y responsabilizarme de mis actos. ¡MIL GRACIAS!*

** Jenny y Betty, por ser mis hermanas y amigas también, por el cariño que nos une y su apoyo incondicional. ¡MIL GRACIAS!*

** Juan Carlos, por compartir conmigo tu persona: tus proyectos, tus ganas de vivir, tu sentido del humor, tus temores, tus sueños, tus éxitos y fracasos, y tu vida. ¡TE AMO!*

** Altra. Paty, no sólo por su labor psicoterapéutica, sino porque he aprendido a respetarme y comprenderme, y crecer como ser humano. ¡MIL GRACIAS!*

** Mis amigos y amigas, a quienes amo y respeto: Chinita, Sofí, Sandra Luz, Paty, Rosi, Sandra Hdez., Ale, Chuchito, Rocío, Francis, Yessel, Vane, Nube, Erica, Marisol, Luisa E., Chimal, Esther, Chucho, Socorro, Rosaura, Moni, Estelita, Blanquita, Bárbara, Angélica, Abigail, Fina, Mari, Conchita, Francisco, Vero y Ruth, por su cariño y amistad. También al grupo de Lima-lama del Bosque de Aragón.*

** Vinicio, Rafa, Beta y Gaby por su inmenso apoyo técnico, sin el cual este proyecto no se hubiera cristalizado. A Gisela, Silvia, Rodrigo y demás colaboradores, por ser una guía y ejemplo para culminar esta empresa.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* *La SEP, en especial a la Dirección de Educación Inicial, por darme la oportunidad de aportar, desarrollar y aplicar mis conocimientos. También agradezco al INEGI y a Wackerhut, porque también me dieron la oportunidad de acrecentar mis conocimientos. ¡MIL GRACIAS!*

* *C. Blanca E. Calzada G. y C. Liliana J. Rodríguez, por su comprensión y las facilidades otorgadas para concluir este sueño; y ser ejemplo de entrega, dedicación y amor al trabajo.*

* *Las psicólogas: Vicky Rodríguez, Martha Laura y Lety; y a las profesoras: Vicky, July, Laurita y Vicky, por su calidad humana y profesional.*

* *Mis familiares: tía Lupe, tía Elena, tía Lucha, tía Fere, tía Lety; mis primos(as): Javier, Juan, Cristian, Sandra, Mariel, Nataly, Joan, Nioagie, Lili y Gustavo, Paty, Mary, Luis y Susana; mis sobrinos(as): Eduardo y Sandra, porque su cooperación y confianza fueron esenciales en mi formación profesional.*

* *Mis compañeros(as) de trabajo, por sus conocimientos y experiencias compartidas.*

* *July, porque juntas, a pesar de los altibajos, hemos aprendido el valor de la amistad y la generosidad.*

* *¡GRACIAS! A todos(as) aquellas personas que no están presentes y que han aportado una huella trascendente a mi vida.*

CON CARINÑO, SONJA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIOS:

Al ser omnipotente e invisible
le doy gracias por mi vida, por
darme la oportunidad de ser lo
que soy, agradezco la gracia
depositada en mi, pero sobretodo
el haber sido elegida para ser hija
tuya.

Gracias por la familia que me has
dado, y lo mas importante haber
permitido que se lograra esta meta.

Gracias porque aunque ya no estas aquí
siempre has sido la estrella mas grande
de MI MUNDO...

Gracias porque el AMOR que me diste
es tan grande que aun sigue conmigo...

Gracias por ser la base de lo que soy,
porque siempre llevo tu esencia junto
a mi...

Gracias porque solo me resta decir
que por mas que pase el tiempo
siempre vivirás en mi...

MAMA.

FLAQUITO:

Gracias por el AMOR que me das día a día,
por tu comprensión y apoyo, para poder
concluir esta meta, porque tus palabras de
aliento siempre estuvieron conmigo.

Le doy gracias a Dios por tenerte a mi lado,
y por habernos mandado ese regalo maravilloso
llamado SANTIAGO, que ha llenado de luz
nuestras vidas, transformando nuestro mundo
en ilusiones, siendo una expresión del amor
que nos une.

TE AMO

SANTIAGO:

Eres lo mejor que me ha pasado, tu eres
el motor de mi ida, ya que tan solo con
una sonrisa tuya, mi vida es diferente y
con ver tus ojos todo es bello para mi.

No encuentro las palabras precisas que
por si solas expresen lo mucho que TE
AMO, solo puedo decirte que soy muy
feliz de tenerte a mi lado y que no imagino
un solo instante de mi vida sin ti, solo
te puedo decir:

GRACIAS POR EXISTIR,
MI ENANO PRECIOSO.

NOE Y TETE:

Agradezco a Dios por sus vidas, ya que siempre han sido mi respaldo, forman parte muy importante de lo que ahora soy.

Les agradezco inmensamente todo lo que hicieron, para que se lograra este sueño, gracias por el amor que siempre me dan, por su comprensión y apoyo que siempre ha sido incondicional, porque cada palabra de aliento es en el momento preciso.

Gracias porque nunca hubo nada imposible para ustedes, que siempre me dieron todo.

LOS AMO

CARMEN Y LALO:

Mil gracias por el apoyo que me dieron para facilitar este trabajo, ya que no importando las horas que fueran siempre cuidaron a mi enanito para que yo pudiera realizar mi trabajo.

Nunca olvidare que su comprensión en los momentos mas difíciles siempre estuvo presente, pero sobretodo gracias por su paciencia para tolerar mi carácter impredecible.

LOS QUIERO MUCHO

H

DRA. GILDA GÓMEZ:

Gracias por todo su apoyo para concluir este trabajo, pero sobretodo por su tiempo, ya que siempre nos brindo la atención necesaria para cualquier duda.

Fue muy grato haber formado parte de su grupo de trabajo, gracias por haber compartido sus conocimientos y experiencia.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA:

A todos los profesores, gracias por compartir sus conocimientos, y hacer que los alumnos crezcan, y a las instalaciones de la misma por facilitar el trabajo que se requiere para nuestro crecimiento profesional.

BETO Y GABY:

Gracias por su apoyo, para tener listo nuestro trabajo de exposición, por su tiempo y disposición.

RAFA IBARRA:

Por fin terminamos y agradezco tú ayuda incondicional, la disposición que tuviste para apoyarnos en todo momento y sobretodo, gracias por las porras que siempre tuvimos de tu parte, para concluir este trabajo.

Es difícil encontrar personas tan sencillas y amables como tu, nunca olvidare lo genial que te portaste.

CHIVIS Y GIS:

Siempre estuvieron accesibles para cualquier duda, no importando cuantas veces fuera, gracias por su tiempo y apoyo.

ESCUELAS PUBLICAS Y PRIVADAS:

Gracias por facilitar el uso de sus instalaciones y alumnado, para poder aplicar el cuestionario (parte indispensable de este trabajo), sin el cual hubiera sido imposible concluirlo.

JULY

K

ÍNDICE

RESUMEN INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1.

1. PREADOLESCENCIA	1
1.1 Concepto	1
1.2 Desarrollo fisiológico	1
1.3 Desarrollo físico	1
1.4 Salud	3
1.5 Desarrollo cognoscitivo	4
1.6 Desarrollo moral	6
1.7 Desarrollo social	8
1.8 Desarrollo de la personalidad	10

CAPÍTULO 2.

2. PESO CORPORAL	14
2.1 Características	14
2.2 Peso corporal ideal	15
2.3 Composición del cuerpo	15
2.4 Mediciones antropométricas	17
2.5 Índice nutricional	18
2.6 Índice de masa corporal	18
2.7 Falta de peso	20
2.8 Anorexia nerviosa en el varón	21
2.9 Obesidad	23
2.10 Obesidad infantil	29
2.11 Valoración cultural del cuerpo masculino	30

CAPÍTULO 3.

3. AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	32
3.1 Definición de imagen corporal	32
3.2 Imagen corporal como constructo	36
3.3 Desarrollo de la imagen corporal	37
3.4 Desarrollo de la imagen corporal en la pubertad	37
3.5 Alteración e insatisfacción con la imagen corporal	39

3.6 Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal	40
3.7 Trastornos alimentarios y alteración de la imagen corporal	43
3.8 Trastorno de la imagen corporal	43
3.9 Definición de autoatribución	44
3.10 Autoatribución del calificativo atractivo	46
3.11 Tipologías	46
3.12 Teoría sobre la insatisfacción con la imagen corporal	48

CAPÍTULO 4.

4. CONDUCTA ALIMENTARIA	50
4.1 Concepto de alimentación, hambre y apetito	50
4.2 Concepto de nutrición	50
4.3 Concepto de nutriente	50
4.4 Metabolismo	51
4.5 Requerimientos nutritivos	51
4.6 Regulación neuroendocrina	55
4.7 Grupo de alimentos	58
4.8 Desarrollo de la conducta alimentaria en el niño	58
4.9 Una nutrición adecuada	59
4.10 Una nutrición inadecuada	60
4.11 Los trastornos alimentarios en México	65

CAPÍTULO 5.

5. PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO	68
5.1 Objetivos	68
5.2 Planteamiento del problema	69
5.3 Definición de variables	69
5.3.1 Definiciones conceptuales	69
5.3.2 Definiciones operacionales	70
5.4 Hipótesis de trabajo	72
5.5 Diseño de investigación	73
5.6 Muestra	74
5.7 Instrumento	74
5.8 Aparatos	74
5.9 Procedimiento	74
5.10 Análisis de datos	75

CAPÍTULO 6.

6. RESULTADOS	76
6.1 Descripción de la muestra	76
6.1.1 Tamaño de la muestra	76
6.1.2 Distribución porcentual de la variable edad por grupo	77
6.2 Descripción de variables asociadas con imagen corporal	78
6.2.1 Satisfacción – insatisfacción con la imagen corporal	80
6.2.2 Sobreestimación/subestimación	81
6.3 Descripción de variables asociadas a conducta alimentaria de riesgo	83
6.3.1 Preocupación por el peso corporal	83
6.3.2 Dieta intencional	84
6.3.3 Grado de autoatribución del calificativo atractivo	87
6.4 Prueba de hipótesis	89

CAPÍTULO 7.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	94
❖ Limitaciones y sugerencias	99
8. REFERENCIAS	100
9. ANEXO	109
9.1 Cuestionario de alimentación y salud en preadolescentes varones (forma XY).	110

RESUMEN

El propósito de esta investigación* fue conocer el comportamiento de variables relacionadas con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo teniendo en cuenta tipo de escuela y peso corporal en preadolescentes del sexo masculino. Con dicho propósito y con la finalidad de obtener información sobre la distribución de las variables de interés, se aplicó el *cuestionario para preadolescentes, sobre alimentación y salud, forma XY*. Se trabajó con un diseño de investigación de carácter confirmatorio correlacional, que correspondió a un diseño de cuatro grupos con observaciones independientes. La muestra fue intencional no probabilística, que se extrajo de una población de estudiantes de primarias públicas y privadas del D. F. y zonas conurbanas. Estuvo constituida por una N = 251 y se subdividió como sigue: a) escuela pública: 1.- *peso normal* (n = 81), y 2.- *sobrepeso* (n = 48); y b) escuela privada: 1.- *peso normal* (n = 78), y 2.- *sobrepeso* (n = 44). Con el fin de confirmar o no las hipótesis de trabajo, se aplicó a las variables dependientes (nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal; alteración de la imagen corporal; práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso; grado de autoatribución del calificativo atractivo; y preocupación por el peso corporal) un *Anova Factorial Simple*, teniendo en todos los casos como variables independientes, peso corporal y tipo de escuela. Nuestro estudio demostró que desde los nueve años se inicia la conducta dietaria: más preadolescentes de escuelas públicas, tanto con peso normal como con sobrepeso, realizan dieta porque alguno de sus padres se los recomienda; mientras que los de las escuelas privadas, son ellos mismos quienes deciden llevarla a cabo. Asimismo, se encontró que los niños con sobrepeso, tanto de escuelas públicas como privadas, subestiman su peso corporal en altos porcentajes. Con respecto a la variable preocupación por el peso corporal, se encontraron porcentajes altos en preadolescentes con peso normal y sobrepeso, tanto de escuelas públicas como privadas.

* Forma parte del proyecto IN 300897 llamado "Trastornos de la alimentación y alteraciones de la alimentación en muestra de preadolescentes mexicanos".

INTRODUCCIÓN

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Diferentes investigadores han encontrado que la práctica de dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación, y que hacer dieta precede el desarrollo de desórdenes del comer, sin importar la edad del dietante (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En varios estudios se reporta que entre los 11 y 12 años de edad, adquieren importancia los intereses relacionados con "hacer dieta" (Moore, 1988; Hill, Rogers & Blundell, 1989; Mokbel, Hodges & Ollendick, 1992, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Gómez Pérez-Mitré (1998), reitera que hacer dieta reductora de peso durante la niñez, resulta riesgoso, ya que es necesaria una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable.

A partir de los diez años o doce años, los niños experimentan una aceleración en su crecimiento que aumenta ligeramente su necesidad de nutrimentos; por lo que Robillard (1993), señala que es importante reducir el consumo de dulces y bebidas azucaradas, las cuales, aunque satisfacen las necesidades calóricas, no proporcionan sustancias nutritivas.

Gómez Pérez-Mitré (1998), ha encontrado que el hacer dieta intencional, entre los preadolescentes, es evitar o disminuir los alimentos más populares o conocidos como "engordadores"; es decir, los que son altos en hidratos de carbono y grasas (pan, tortillas, tacos, tortas y similares). Esto nos estaría hablando de la necesidad de una reeducación respecto a la salud nutricional.

No obstante, Bay, Braguinsky & Rovira (1996), mencionan que con frecuencia los problemas familiares pueden expresarse como alteraciones en la alimentación. Una de las formas más comunes y frecuentes de actividad diversa que se realiza como desahogo en momentos de tensión, es la de "comer porque sí" (Morris, 1985).

En este último punto, no podemos dejar de señalar la influencia de la cultura. Casillas (1985), también está de acuerdo en que los factores psicológicos y sociales influyen de manera determinante sobre la elección de la dieta; aun cuando el requerimiento calórico de los varones aumente en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años de edad.

En la sociedad occidental, la presentación de los alimentos resulta cada vez más atractiva, su publicidad, tanto en carteles como en la televisión, señala su valor social; es decir, el tipo de alimento que uno consume está en función del estatus social de cada individuo. Ibáñez (1993), refiere que al igual que pasa con la "moda" en el vestir, la alimentación también impone sus modas. Los alimentos también llegan a dar una identidad, pues permiten formar parte de un grupo.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

Es cada vez más evidente, que los mensajes, en los medios de comunicación, advierten a los niños y a la población en general, que el cuerpo es el pasaporte a la felicidad. Kesselman, 1989, citado en Barajas, 1998, señala que está actitud se encuentra presente a lo largo de toda la vida, dando como consecuencia una preocupación constante por su peso y aspecto, y por ende, una insatisfacción con su cuerpo. La insatisfacción con la propia imagen corporal constituye un elemento de inadaptación social en general y un factor de riesgo en el campo específico de los trastornos de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

De acuerdo con Chinchilla (1994), en el pasado la preferencia estética se relacionaba con apariencia rolliza como alto nivel social (como signo de abundancia de comida) o de fertilidad en occidente; posteriormente, se idealizó lo delgado en la mujer, divulgándose en T. V., radio, espectáculos, etc.

Asimismo, los movimientos feministas hacen hincapié sobre la igualdad sexual, promoviendo la transformación del cuerpo femenino en un cuerpo andrógino que ha perdido sus "redondeces" tradicionales; a lo que Ibáñez (1993) agrega, que esto ha influido para que el varón comience a preocuparse por su apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como en población general (Cash & Brown, 1989; Thompson, 1990). La mayoría de los estudios han demostrado que las mujeres adultas están menos satisfechas que los hombres y que el peso corporal es la fuente principal de insatisfacción.

Los estudios demuestran que las mujeres poseen más actitudes negativas hacia la imagen corporal que los hombres (Cash & Pruzinsky, 1990; Jackson, 1992; Ruth & Cash, 1995) y que es principalmente el temor a subir de peso o a llegar a ser obesa lo que propicia la conducta dietaria (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Robinson (1979), coincide al señalar que la mayoría de los adolescentes se preocupan sobre su peso. Agrega que la mayor parte de las muchachas desea pesar menos y relacionan el sobrepeso con gordura indeseable; mientras que la mayoría de los muchachos desea pesar más y relacionan el sobrepeso con el desarrollo muscular que es deseable.

Por otro lado, la sociedad tecnológica facilita y promueve un cierto sedentarismo (Gilbert, 1992). Braguinsky (1996), menciona que un gasto energético de reposo bajo es un factor de riesgo para el desarrollo de una futura obesidad, la actividad física regular eleva ese gasto calórico; por lo que el sedentarismo (por ejemplo, horas frente a la T. V. o internet) es un factor de riesgo considerable. Por un lado, ha habido un aumento en las tasas de obesidad, y por el otro, se fomenta la delgadez (Ibáñez, 1993).

Estos son algunos factores que provocan el desarrollo de patrones de alimentación desequilibrados, que posteriormente, conducirán a una mala nutrición, lo cual podría producir obesidad, desnutrición u otros problemas de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

En un estudio realizado por Heinberg & Thompson (1992), encontraron que la mayoría de las variaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios pueden deberse a la tendencia de hacer comparaciones sociales y a la internalización de las normas socioculturales hacia la delgadez y el atractivo físico. Vivimos en una cultura centrada en el aspecto físico, por lo que la apariencia de un individuo, y específicamente la percepción que éste tiene de la misma, determinan sus relaciones interpersonales, y su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, 1993, citada en Murrieta, 1997). Asimismo, se ha encontrado un factor común a hombres y mujeres, que fue de preocupación por el peso y por la comida: a más peso, mayor preocupación (Gómez Pérez-Mitré & Ávila, 1998).

De ahí que dos supuestos fundamentales guíen el presente trabajo. En primer término, el supuesto de que el temor al sobrepeso se está incrementando en niños en edad escolar. En segundo lugar, la preadolescencia es una etapa importante para el desarrollo de la autoestima, lo cual también impacta en el desarrollo de su personalidad, puesto que ya han iniciado a definirse ellos mismos en base al espejo de su sociedad (son más sensibles a lo que otros piensan de ellos).

Es por ello, que el primer capítulo se dedica a la *Preadolescencia*, etapa importante de transición hacia la adolescencia; el segundo capítulo, denominado *Peso Corporal*, aborda aspectos relevantes para comprender los factores que intervienen para mantener ciertas dimensiones corporales; el tercer capítulo, llamado *Autopercepción de la Imagen Corporal*, que abarca desde cómo se integra y cómo constituye como factor de riesgo para la aparición de trastornos de la alimentación; y el cuarto capítulo, lleva por nombre, *Conducta Alimentaria*, haciendo hincapié en la educación nutricional. Estos cuatro capítulos cubren el marco teórico, y a través de los cuales, queda sustentado el presente trabajo.

En relación a la metodología, ésta se encuentra ubicada en el quinto capítulo e incluye: el diseño de investigación, muestra, instrumento, aparatos y procedimiento; el sexto capítulo, integra los resultados, y para su comprensión se utilizaron tablas y gráficas; el séptimo capítulo, comprende la discusión y las conclusiones, así como limitaciones y sugerencias; como apartado final, se encuentran las referencias y un anexo.

CAPÍTULO 1.- PREADOLESCENCIA.

1.1 CONCEPTO.

Los años que preceden a la adolescencia contienen la mayoría de lo positivo y lo negativo para el niño, que está formándose una personalidad distinta y está recibiendo el reconocimiento de los demás, pero que está también encontrando más complejos sus problemas sociales (Haller, 1981). Para los muchachos, que maduran ligeramente más tarde, se considera la preadolescencia como el periodo que va aproximadamente de los nueve a los doce o trece, la primera adolescencia como de los trece a los diecisiete y la última de los dieciocho a los veintiuno.

1.2 DESARROLLO FISIOLÓGICO.

Para Haller (1981), el desarrollo del comportamiento se relaciona en gran medida con la maduración del sistema nervioso, y donde más se observa es en el aumento del tamaño del cerebro. Durante la infancia el cerebro crece más rápidamente que otras partes del cuerpo, a la edad de diez años pesa alrededor de la mitad que en la edad adulta.

El tejido linfóide crece rápidamente hasta los doce años y después disminuye; en cambio, el sistema reproductor se desarrolla básicamente a partir de la pubertad (Higashida, 1993). Haller (1981), menciona que ante la inminente aparición de las características sexuales, tanto primarias como secundarias, vienen asociadas a éstas una serie de problemas de actitud; por ejemplo, los niños podrían enorgullecerse de la barba, pero sobresaltarse con el cambio de voz.

1.3 DESARROLLO FÍSICO.

El desarrollo físico entre los 6 y los 12 años puede ser "lento y estable". En términos generales, el peso aumenta a un promedio de 2 kg por año, y la talla aumenta 5 cm por año. En la preadolescencia, el crecimiento físico ha disminuido considerablemente, se hace más lento durante los años escolares intermedios, pero se están produciendo avances en fuerza y coordinación; es decir, las habilidades motoras continúan mejorando.

Papalia (1992), refiere que los niños en edad escolar, en general, son más altos y más delgados que cuando estaban en el preescolar. Hay pocas diferencias en estatura y en peso entre los sexos antes de la pubertad, sólo que las niñas generalmente retienen más tejido grasoso que los niños y continuarán haciéndolo hasta la edad adulta.

Un estudio realizado por Meredith, 1969, citado en Papalia, 1992, encontró fluctuaciones entre las alturas medias de niños de 8 años o más, pertenecientes a diferentes países del mundo, del cual se concluyó que la proporción en el crecimiento varía con la raza, origen nacional y nivel socioeconómico.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Sin embargo, hay que recordar que las influencias ambientales, tales como una mala alimentación o ciertas enfermedades, también juegan un papel importante, tanto en la talla como en el peso. A continuación se describen los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, de acuerdo con Higashida (1993):

- a) Raza. Los antropólogos han encontrado diferencias físicas entre grupos raciales, en algunos casos estas diferencias se deben a costumbres tanto sociales como alimenticias.
- b) Factores endocrinos. El buen funcionamiento de las glándulas endocrinas o de secreción interna son determinantes en el crecimiento y en el desarrollo, principalmente las glándulas hipófisis y tiroides.
- c) Sexo. El crecimiento y el desarrollo son diferentes en los niños y en las niñas.
- d) Nutrición. Cuando hay deficiencias en la nutrición, el crecimiento es menor y el desarrollo no siempre es el adecuado.
- e) Enfermedades. Ciertas enfermedades crónicas pueden demorar el crecimiento normal del niño. Hay otras enfermedades que alteran el crecimiento de alguna parte del cuerpo; por ejemplo, la poliomielitis, la secreción defectuosa de hormonas que puede hacer que el crecimiento sea exagerado, insuficiente o desproporcionado y que la maduración se adelante o se atrase. Hay enfermedades producidas por la falta de alguna vitamina; por ejemplo, la falta de vitamina D puede ocasionar raquitismo que afecta al crecimiento y produce deformaciones en el organismo.
- f) Clima. Se han observado diferencias en el ritmo de crecimiento y en la maduración de los niños según las condiciones geográficas o climatológicas. Como regla general, los individuos que nacen y viven cerca del ecuador son de menor estatura que los de regiones septentrionales quienes inician su pubertad catorce a dieciséis meses después que los primeros.
- g) Actividad. El crecimiento y el desarrollo normales están muy relacionados con la actividad tanto física como mental del niño.

El desarrollo muscular es lento en los primeros años de la niñez; no obstante, los músculos crecen muy rápidamente durante la preadolescencia. Haller (1981), opina que estos años relativamente tranquilos antes de la llegada de la adolescencia, son una buena oportunidad para establecer una afición duradera a la actividad física y a los deportes de equipo. Los niños se inclinan más hacia los deportes al aire libre.

Un estudio realizado en niños de 7 a 12 años, por Cratty, 1979, citado en Papalia, 1992, indicó que las habilidades motrices se mejoran con la edad. Otros estudios también encontraron diferencias sexuales: los niños tendían a correr más rápido, saltar más alto, lanzar más lejos y mostrar más fuerza que las niñas (Gavotos, 1959; Espenschade, 1960, citados en Papalia, 1992).

Sin embargo, actualmente, parece claro que buena parte de la diferencia entre las habilidades motrices de los sexos se debe a las diferencias en las expectativas y participación. Se ha encontrado que niños y niñas que toman parte en actividades similares, muestran habilidades semejantes (Papalia, 1992).

1.4 SALUD.

Durante la preadolescencia, el promedio del peso del cuerpo se dobla, y el juego de los niños demanda una mayor cantidad de energía. Para mantener el crecimiento continuo y el ejercicio constante, los niños necesitan cantidades superiores de alimento. Williams & Caliendo, 1984, citados en Papalia, 1992, sostienen que los niños durante esta etapa, en general, tienen buen apetito y, a menudo, comen rápidamente. Mencionan que los hidratos de carbono (carbohidratos) refinados (endulzadores) deben reducirse al mínimo, y en su lugar, consumir hidratos de carbono complejos, tales como los que se encuentran en las papas, en los granos de cereal, etc.

La nutrición tiene implicaciones sociales: los niños no pueden jugar y estar alertas si no comen suficientemente; y una mala nutrición, puede causar problemas en las relaciones de la familia. Lester, 1979, citado en Papalia, 1992, refiere que las madres pueden responder menos frecuente y sensible a los niños desnutridos, quienes carecen de energía para atraer la atención de sus madres; así como deficientes habilidades interpersonales. Rosetti-Ferreira, 1978, citado en Papalia, 1992, agrega que si la madre está desnutrida también, el ciclo se empeora; es decir, los niños reducen la inclinación o el deseo de sus madres y de otra gente de interactuar con ellos, y éstos llegan a no reaccionar.

Se ha encontrado una relación entre el sobrepeso y demasiada televisión. Dietz & Gortmaker (1985), estudiaron cerca de 7,000 niños entre las edades de 6 a 11 años, y concluyeron que los niños que miran televisión comen más golosinas (especialmente las anunciadas en los comerciales) y juegan menos que los otros niños. No obstante, existe cierta predisposición genética hacia la obesidad en algunas personas. Stunkard, Foch & Hrubec (1986), aluden que los padres gordos, a menudo, tienen niños gordos, y no es sólo porque los niños vean a sus padres comiendo demasiado.

Para Kolata (1986), el medio ambiente tiene gran influencia en la obesidad, ha encontrado que es más común en grupos socioeconómicos más bajos, especialmente entre mujeres. Otros estudios refieren que los niños gordos, generalmente, no "pierden" la gordura; tienden a llegar a ser adultos gordos.

El desarrollo de las vacunas para muchas enfermedades de la niñez, ha hecho de ella, una época de la vida en extremo segura para la mayoría; la proporción de muerte en la infancia es la más baja de todo el periodo de vida. Sin embargo, Behrman & Vaughan (1983), afirman que es común el número de infecciones respiratorias durante la preadolescencia.

En esta etapa, la mayoría de los niños tienen una visión más aguda de la que tuvieron antes, Según Papalia (1992), los niños de menos de 6 años tienden a ver de lejos, porque sus ojos no han madurado y están formados de una manera diferente de la de los adultos. Después de esa edad, los ojos no solamente son más maduros sino que pueden enfocar mejor.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

La dentición temporal (dientes caducos, primarios o "de leche") se inicia entre los seis y los ocho meses y termina entre los dos y los tres años. Todos los dientes caducos (20 dientes) se pierden, entre los 6 y los 12 años de edad, y se sustituyen por los dientes permanentes o secundarios. La dentición permanente contiene 32 dientes que aparecen entre los 6 años y la edad adulta (Tortora & Grabowski, 1996).

Al iniciarse la etapa escolar, la vida del niño adquiere un ritmo más uniforme, pero también más riguroso. Para lograr una mejor adaptación a la nueva situación, es necesario considerar sus necesidades infantiles (Darley, Glucksberg & Kinchla, 1990). A continuación describimos algunas de ellas relacionadas con la salud:

- a) Necesidad de una alimentación sana y equilibrada. Para el niño, como para todos, los alimentos deben ser variados y ricos en sustancias energéticas. Esto no debe confundirse con una alimentación abundante, y mucho menos, excesiva, lo cual no sólo sería inútil sino tan dañino como una alimentación deficiente.
- b) Necesidad de movimiento. La inmovilidad prolongada puede provocarle graves trastornos al impedirle satisfacer una necesidad que para él es tan importante como comer y dormir. Las actividades deportivas favorecerán la integración al grupo social.
- c) Necesidad de estar al aire libre. Al niño, como a sus padres, le gusta vivir en contacto con la naturaleza, de ese modo se siente libre, respira aire puro y toma el sol, y puede observar de cerca la vida de las plantas y de los animales.
- d) Necesidad de tener un "rincón" propio. El niño necesita su "rincón" donde esconder sus hallazgos y sus secretos.
- e) Necesidad de quietud. La contaminación por ruido dentro de la casa, da como resultado que tanto los niños como los adultos acaben aturridos y con los nervios "de punta".
- f) Necesidad de alternar las diversas actividades. Para descansar de sus actividades escolares, el niño debe dedicarse a otras actividades: hacer deportes, leer, ordenar su habitación, dibujar, escuchar música, ver un poco la televisión, etc.
- g) Necesidad de sueño. Hasta los dieciséis años es aconsejable que duerman por lo menos entre 8 ó 9 horas al día. Sin embargo, las variaciones individuales son muy marcadas: algunos niños necesitan dormir más que otros, aunque su gasto de energía durante el día sea el mismo.

1.4 DESARROLLO COGNOSCITIVO.

El desarrollo cognoscitivo avanza en gran parte dentro de la estructura de la escuela. Entre los 5 y los 7 años, de acuerdo con Piaget, los niños entran en el estadio de las operaciones concretas, cuando pueden pensar lógicamente acerca del aquí y del ahora; pero todavía no sobre abstracciones. Generalmente, permanecen en este estado hasta cerca de los 11 ó 12 años (Papalia, 1992).

En este estadio, los niños son capaces del pensamiento operacional; es decir, pueden usar símbolos para llevar a cabo operaciones o actividades mentales, llegan a ser capaces de organizar mentalmente su medio ambiente; son más expertos en clasificar, manipular números, tratar conceptos de tiempo y espacio, y distinguir la realidad de la fantasía, pero

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

todavía no pueden captar conceptos como el de volumen; ponen las bases para una clasificación más complicada, categorizando, estableciendo prioridades y evaluación.

Asimismo, los niños pueden descentrarse; es decir, tener en cuenta todos los aspectos de una situación cuando sacan conclusiones, más que enfocarse en un solo aspecto, por lo que su habilidad de entender los otros puntos de vista de las personas, es cada vez mayor, y los capacita para comunicarse más efectivamente, y ser más flexibles en su pensamiento moral. Aunque se dar cuenta de que la mayoría de las operaciones físicas son reversibles y piensan más lógicamente, su pensamiento está todavía anclado en el aquí y ahora.

Durante el estadio de las operaciones concretas, se desarrolla la habilidad de reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales (en sustancia, peso o volumen) hasta que nada sea añadido o quitado, y recibe el nombre de conservación (Papalia, 1992). Los niños desarrollan diferentes tipos de conservación en distintas épocas: a la edad de 6 ó 7 años, son capaces de conservar la sustancia; a los 9 ó 10 años, el peso; y a los 11 ó 12 años, el volumen.

Piaget, 1954, citado en Papalia, 1992, hizo énfasis en que los niños desarrollan la habilidad de la conservación cuando disponen de suficiente madurez neurológica. No obstante, factores distintos de la maduración (influencias ambientales) sí afectan la conservación. Almy, Chittenden & Miller, 1966; Goldschmid & Bentler, 1968, citados en Papalia, 1992, afirman que los niños que aprenden habilidades de conservación lo más temprano posible, tienen notas altas, altos coeficientes intelectuales, alta habilidad verbal y madres no dominantes.

Existen amplias diferencias entre los niños en adquirir habilidades. De acuerdo con Erikson, 1950, citado en Papalia, 1992, es entre los seis y doce años, que se desarrolla la capacidad de laboriosidad o la capacidad de inferioridad. Es la edad en la cual el niño que es torpe cae en cuenta de que lo es, y se necesita tacto para ayudar a un niño así a desarrollar las habilidades que posee y a mejorar aquellas en que es débil (Haller, 1981). La imagen de torpeza puede provenir de la confusión entre edad y tamaño; por ejemplo, un niño de doce años puede parecer de catorce, y así esperarse de él que obre como si tuviera catorce años. Cabe mencionar que la torpeza física es común a esta edad, más no debe confundirse con torpeza social.

Papalia (1992), refiere que la habilidad para recordar mejora mucho en la preadolescencia. Esto sucede, en parte, porque la capacidad de la memoria de los niños (la cantidad de información que pueden recordar) aumenta y, además, porque aprenden a usar una variedad de estrategias; es decir, los niños descubren que pueden actuar deliberadamente para ayudarse a recordar cosas. Las estrategias más comunes son: recitación, organización, elaboración y ayudas externas.

De acuerdo con una teoría, tenemos tres diferentes tipos de memoria: sensorial, a corto plazo y a largo plazo (Atkinson & Shiffrin, 1968, citados en Papalia, 1992). La capacidad de la memoria a corto plazo aumenta rápidamente en la preadolescencia. Un trabajo clásico, hecho por Miller, 1956, citado en Papalia, 1992, establece que la memoria a corto plazo

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

está limitada a siete piezas de información, añadiendo o quitando dos. Algunas personas, en ciertas circunstancias, pueden retener solamente cinco artículos en una memoria a corto plazo; mientras que otras o las mismas personas, en otras épocas, pueden retener hasta nueve.

Chance & Fisschman (1987), aluden que los niños más pequeños de 10 u. 11 años sí organizan normalmente las cosas espontáneamente, pero se les puede enseñar a hacerlo o lo aprenden por imitación de los niños mayores o de los adultos. Sin embargo, no generalizan y no aplican lo aprendido a otras situaciones.

Kreutzer, Leonard & Flavell, 1975, citados en Papalia, 1992, señalan que desde el jardín de niños hasta el quinto grado, los niños avanzan firmemente en su comprensión de la memoria; es decir, ser más conscientes de cómo funciona la memoria, por esta razón los niños mayores aprenden estrategias para recordar (denominadas mnemotécnicas).

En esta etapa, el niño está comenzando a disfrutar de sus pensamientos, puesto que posee mayor vocabulario, más experiencia y organización mental. Los niños se complacen con juegos y actividades imaginativas, y a menudo parece que se divierten más haciendo planes que jugando. Haller (1981), considera a este periodo como el de dar elasticidad a los músculos mentales.

Los niños preadolescentes son más capaces de comprender e interpretar comunicaciones y de hacerse entender ellos mismos. Chomsky, 1969, citado en Papalia, 1992, refiere que los niños desarrollan un entendimiento complejo de la sintaxis que va en aumento hasta los 9 años, y posiblemente después. Como podemos ver, la inteligencia aumenta a medida que los niños se hacen mayores, más conocedores y con más habilidad para usar su proceso mental.

Sternberg, 1984, 1985a, 1985b; Feldman, 1986, están de acuerdo con que la inteligencia puede ser entrenada al enseñar a los niños cómo planear y usar efectivamente las estrategias del pensamiento. De ahí que algunas escuelas estén adoptando una variedad de programas para enseñar habilidades para pensar.

1.5 DESARROLLO MORAL.

Jean Piaget, 1954; Laurence Kohlberg, 1968, dos de los teóricos modernos de más influencia en el desarrollo del razonamiento moral, sostuvieron que los niños no pueden hacer juicios morales saludables sino hasta que cambien su pensamiento egocéntrico y logren cierto nivel de madurez cognoscitiva. Selman (1973), sostiene que el desarrollo moral está ligado estrechamente con la habilidad de "asumir un papel" (citados en Papalia, 1992). A continuación se examinarán estas tres teorías:

- a) *Teoría de Piaget*: los estadios morales.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

De acuerdo con Piaget, 1954, citado en Papalia, 1992, la concepción de moralidad de los niños se desarrolla en dos estadios importantes, que coinciden aproximadamente con los estadios preoperacionales y operacionales. La gente pasa a través de estos estadios morales en épocas distintas, pero la secuencia es siempre la misma.

El primer estadio, de "moralidad forzada" (también llamada moralidad sujeta a otras leyes o reglas), está caracterizado por juicios rígidos y simplistas. Los niños pequeños ven todo en blanco y negro, no gris. Porque son egocéntricos, no pueden concebir más de una manera de mirar la cuestión moral. Piensan que las reglas son inalterables, la conducta es correcta o incorrecta, y cualquier ofensa merece castigo severo.

El segundo estadio, la "moralidad de la cooperación" (o la moralidad autónoma), está caracterizado por la flexibilidad moral. A medida que los niños maduran e interactúan más con otros niños y con adultos, piensan menos egocéntricamente; han aumentado el contacto con una amplia gama de opiniones, muchas de las cuales contradicen lo que han aprendido en la casa. Los niños concluyen que no hay una norma moral absoluta inalterable, sino que la gente, incluso ellos, hace las reglas y las cambian. Buscan la intención detrás de la acción, y creen que el castigo debería ser proporcional al "crimen". Están en camino de formular sus propios códigos morales.

b) *Teoría de Selman*: asumir el papel.

Selman, 1973, citado en Papalia, 1992, describe el desarrollo del desempeño del papel en cinco estadios:

- Estadio 0, alrededor de los 4 a los 6 años de edad, los niños piensan y juzgan egocéntricamente, y así no pueden asumir los papeles de otras personas.
- Estadio 1, aproximadamente desde de los 6 hasta los 8 años de edad, los niños se dan cuenta de que la gente puede interpretar una situación de manera diferente.
- Estadio 2, el estar enterado recíprocamente, marca este estadio, desde los 8 hasta los 10 años de edad. No solamente pueden ponerse en la situación de alguien (como podía en el estadio 1), sino que ahora saben que alguien más puede imaginar sus sentimientos y pensamientos.
- Estadio 3, desde los 10 hasta los 12 años de edad, un niño puede tomar distancia de una relación y opinar sobre ella desde un tercer punto de vista.
- Estadio 4, generalmente llega durante la adolescencia, cuando una persona se da cuenta de que el desempeño del papel mutuo no siempre resuelve las disputas. Podrían ser valores rivales que simplemente no pueden comunicarse.

c) *Teoría de Kohlberg*: razonamiento moral.

Kohlberg, 1969, citado en Papalia, 1992, concluyó que el nivel de razonamiento moral está relacionado con el nivel cognoscitivo de una persona, y describió tres niveles de razonamiento moral:

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

- Nivel I: "Moralidad preconventional" (de los 4 a los 10 años de edad). Los niños, bajo controles externos, obedecen reglas para obtener recompensas o evitar el castigo.
- Nivel II: "Moralidad de conformidad con el papel convencional" (de los 10 a los 13 años). Los niños han internalizado las normas de las figuras de autoridad. Ellos obedecen reglas para agradar a otros o para mantener el orden.
- Nivel III: "Moralidad de principios morales autónomos" (de los 13 años o más tarde, o nunca). La moralidad es completamente interna. La gente ahora reconoce conflictos entre las normas morales y escoge entre ellas.

1.6 DESARROLLO SOCIAL.

Durante miles de años, los juegos improvisados y "hagamos de cuenta" han sido consagrados en el tiempo como un mandato de la infancia: aprender a través del juego. Tales juegos dan a los niños contacto físico, confianza y práctica al usar su imaginación y llevarse bien con los otros. Estos proporcionan modos socialmente aceptables para competir, descargar energía y actuar agresivamente (Papalia, 1992).

Sin embargo, hoy nuevos patrones sociales han reemplazado a los tradicionales, así como los cambios tecnológicos han reemplazado a las herramientas y hábitos de ocio. De acuerdo con Papalia (1992), la televisión ha arrancado a muchos niños de los juegos activos y los han reemplazado por la observación pasiva. Los juegos de las computadoras demandan pocas habilidades sociales. Los niños se comprometen en deportes más organizados que reemplazan las reglas infantiles por reglas de adultos y en las cuales jueces adultos solucionan las disputas sin permitir a los niños que resuelvan los asuntos entre ellos mismos.

Papalia (1992), refiere que las dos principales actividades que los niños escogen son: jugar (solos o con otros niños), mirar televisión y, actualmente, del internet. Los niños más pequeños (de 6 a 8 años) gastan más tiempo jugando. Pero cuando los niños tienen nueve años en adelante, el balance cambia a favor de la televisión y, actualmente, del internet. Los niños miran más la televisión en la preadolescencia que durante ningún otro periodo de la infancia, y los niños que más miran están entre los 11 y 12 años, principalmente programas de acción y aventuras. Los niños en situación desventajosa, miran tres veces más que los otros (Medrich, Roizen, Rubin & Buckley, 1982; Collins, 1984, citados en Papalia, 1992).

Durante el periodo de latencia (entre los 6 y los 12 años), aparentemente no hay interés por el sexo opuesto, y muy poco o ninguno por las cuestiones sociales en general. Los niños juegan con los niños y evitan a las niñas, las niñas juegan con las niñas y menosprecian a los niños. Las amistades son casi exclusivamente entre niños del mismo sexo.

Los niños en edad escolar gastan poco tiempo relativamente con sus padres (Medrich, et al., 1982); el grupo de amigos viene a ser central. Los estudios acerca del tiempo; no obstante, son engañosos. Las relaciones con los padres continúan siendo lo más importante en la vida de los niños.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Los niños pueden pasar gran parte de su tiempo libre en grupos, pero sólo forman amistades con individuos. Las ideas de los niños acerca de la amistad cambian enormemente durante los años de la escuela elemental. Un niño en edad escolar, no va a definir a una amiga diciendo: "Ella vive en la casa de enfrente y tiene cantidades de juguetes". En lugar de esto, los niños de esta edad, escogen a sus amigos de entre una amplia variedad de niños.

Un amigo de la preadolescencia es algún niño con el que se siente cómodo o con quien puede compartir sentimientos y secretos. La amistad hace a los niños más sensibles, cariñosos y más capaces de dar y recibir respeto. Los niños no son verdaderamente amigos hasta cuando logran la madurez cognoscitiva para considerar los puntos de vista y las necesidades de la otra gente, tanto como los suyos propios. Tener una verdadera amistad constituye una piedra angular en el desarrollo. El mutuo afecto capacita a los niños a expresar intimidad, disfrutar un sentimiento de autovalía y aprender todo lo que significa ser humano (Furman, 1982; Sullivan, 1953, citado en Papalia, 1992).

A la mayoría de las personas les gusta que otras personas gusten de ellas. El ser popular o no, no sólo preocupa mucho a los niños durante sus años escolares, sino que puede afectar profundamente su bienestar futuro y su éxito. La popularidad hace que los niños tiendan a ser saludables y vigorosos, bien equilibrados y capaces de iniciativa; es decir, que sean adaptables. Se puede confiar en ellos, son afectivos y considerados (Bonney, 1947, citado en Papalia, 1992). Piensan con moderación acerca de ellos mismos, antes que mostrar altos o muy bajos niveles de autoestima (Reese, 1961, citado en Papalia, 1992).

Los niños populares tienden a mostrar dependencia madura sobre otros niños, piden ayuda cuando la necesitan y aprobación cuando piensan que la merecen; pero no se apegan o desarrollan juegos infantiles en busca de afecto (Hartup, 1970). Los niños populares también tienden a ser físicamente más atractivos que los niños no populares (Lerner & Lerner, 1977, citados en Papalia, 1992).

La impopularidad en la infancia no es un asunto frívolo. Al lado de la tristeza, sentido de rechazo y baja autoestima, los niños impopulares se sienten privados de una experiencia básica para su desarrollo: la positiva interacción con otros niños que los ayuda a crecer como individuos. La impopularidad, durante los años preescolares, no es necesariamente causa de preocupación; pero en la preadolescencia, las relaciones con los demás compañeros, son fuertes predictoras de la adaptación posterior (Papalia, 1992).

Los niños en edad escolar, gastan más tiempo fuera del hogar, que cuando eran más pequeños. La escuela, los amigos y los juegos, todo esto los saca de la casa y los mantiene alejados de la familia, aunque el hogar sea todavía la parte más importante de su mundo y la gente que vive allí sea la más importante para ellos (Furman & Buhrmester, 1985).

No es sorprendente, que las obligaciones e intereses de los niños fuera del hogar, aumenten en un tiempo en que los niños son más autosuficientes y requieren menos cuidados físicos y supervisión que anteriormente. A medida que la vida de los niños

cambia, las situaciones que se presentan entre ellos y sus padres también lo hacen en concordancia (Maccoby, 1984).

1.7 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

a) Autoconcepto:

El contenido del autoconcepto, o sentido de "sí mismo", es el conocimiento de lo que hemos sido o hecho; su función es guiarnos para decidir qué es lo que vamos a hacer y ser en el futuro. El autoconcepto, nos ayuda a entendernos a nosotros mismos, y a controlar y regular nuestro comportamiento (Markus & Nurius, 1984). Los dos aspectos complementarios del autoconcepto se desarrollan antes de la preadolescencia y durante ella:

- **Autorreconocimiento y autodefinición.**

El sentido de sí mismo crece lentamente. Comienza con la autoconciencia, el damos cuenta gradualmente (comenzando en la infancia) de que somos seres separados de la otra gente y de las otras cosas, con la habilidad para reflexionar sobre nosotros mismos y sobre nuestras acciones. Papalia (1992), menciona que el autoconocimiento cristaliza en el primer momento de autorreconocimiento, aproximadamente a los 18 meses de edad, cuando los niños que empiezan a caminar se reconocen en el espejo.

El próximo paso es la autodefinición: identificación de las características internas y externas que consideramos significantes para describirnos a nosotros mismos. Cerca de los tres años, piensan en ellos mismos, más en términos externos: cómo parecen, cómo viven, qué hacen; algunas personas no progresan más allá de este nivel, y se autodefinen como adultos por la imagen en el espejo, el trabajo que hacen y la vecindad en donde viven.

De acuerdo con Papalia (1992), solamente a los 6 ó 7 años, los niños comienzan a definirse ellos mismos, en términos psicológicos. Ellos ahora desarrollan un concepto de quiénes son (el yo verdadero) y de cómo quieren ser (el yo ideal). Cuando terminan este crecimiento de entenderse a sí mismos, los niños pequeños han hecho un importante progreso: del control de los padres, hacia su autocontrol.

El yo ideal incorpora muchos de los "deberes" y "obligaciones" que los niños han de aprender, y que les ayudan a controlar sus impulsos para lograr ser considerados "buenos" niños. Una amplia brecha entre el yo ideal y el real, es generalmente un signo de madurez y ajuste social (Maccoby, 1980). Aparentemente, los niños que se proponen metas altas para sí mismos, son conscientes de la diferencia entre lo que ellos son y lo que quieren ser; y trabajar hacia el objetivo de su yo ideal, ayuda a los niños a madurar.

- **Coordinación de la autorregulación y regulación social.**

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Parece que no hay nada más personal que el sentimiento del yo. De acuerdo con Markus & Nurius (1984), el autoconcepto es un fenómeno social, "el punto de convergencia entre el individuo y la sociedad" y la preadolescencia parece ser el tiempo señalado para este encuentro. Los niños observan el espejo de su sociedad, e integran la imagen que ven reflejada allí con el cuadro que tienen ellos mismos.

Las capacidades, actividades y contactos sociales, en aumento durante este periodo, están acompañados por responsabilidades cada vez mayores: hacer tareas, barrer, lavar platos, obedecer reglas en el hogar y en la escuela, y quizá ayudar a cuidar a los hermanos menores. Papalia (1992), manifiesta que los niños empiezan a regular su comportamiento, no sólo para conseguir lo que quieren y necesitan, como lo hicieron en la infancia y en los primeros años de la niñez, sino también para responder a las necesidades y deseos de los otros.

A medida que los niños internalizan los estándares de comportamiento y valores de la sociedad, coordinan las exigencias sociales con las personales. Ahora hacen cosas voluntariamente (como tareas y compartir), las que a una edad más temprana, ellos tenían que ser obligados a hacer. A medida que se esfuerzan por llegar a ser miembros que funcionen en una sociedad, los niños deben realizar varias tareas importantes que contribuyen al desarrollo de su autoconcepto (Markus y Nurius, 1984). De acuerdo con estos autores, los niños deben:

- ❖ Ampliar su autoentendimiento para reflejar las percepciones, necesidades y expectativas de la otra gente. Por ejemplo, tienen que aprender qué significa ser amigo o miembro de un equipo.
- ❖ Aprender más acerca del funcionamiento de la sociedad, sobre las relaciones complejas, los roles y las reglas. Los niños vienen a darse cuenta, por ejemplo, de que su propia mamá tuvo mamá, y que la misma persona puede ser agradable en un momento y desagradable en otro.
- ❖ Desarrollar estándares de comportamiento que sean personalmente satisfactorios y también incorporar los aceptados por la sociedad.
- ❖ Dirigir su propio comportamiento. A medida que los niños se responsabilizan de sus propias acciones, deben creer que necesitan portarse, de acuerdo tanto con los estándares personales como con los sociales, y deben desarrollar las habilidades y estrategias para hacerlo.

b) Perspectivas teóricas del autoconcepto.

Cada una de las perspectivas teóricas, tienen una explicación de por qué la preadolescencia es un periodo favorable para el desarrollo del autoconcepto y cómo ocurre en ese desarrollo.

1. El periodo de latencia según Freud.

Freud, 1953, citado en Calderone & Jonson, 1981, denominó la preadolescencia como el periodo de latencia, época de relativa calma sexual, entre la turbulencia de la primera

infancia y la tempestad de la adolescencia. Durante este periodo, de acuerdo con la Teoría de Freud, los niños han resuelto su complejo de Edipo; han adoptado los papeles correspondientes a su sexo; han desarrollado el superyó, el cual controla su inconsciente; los niños empiezan a socializarse rápidamente, desarrollan habilidades y aprenden acerca de ellos mismos y de la sociedad.

Sin embargo, la idea de Freud, 1953, citado en Calderone & Johnson, 1981, de que la latencia es un periodo de asexualidad o falta de interés por el sexo, ha sido considerablemente desacreditada. Por el contrario, muchos investigadores contemporáneos, creen que los niños, en la preadolescencia, esconden su interés sexual porque han aprendido que los adultos lo desapruaban; pero ellos todavía practican juegos sexuales, se masturban y formulan preguntas acerca del sexo.

2. La crisis, según Erikson: la industria versus la inferioridad.

Erikson, 1950, citado en Papalia, 1992, también ve a la preadolescencia como un tiempo de relativa calma emocional, cuando los niños pueden asistir a sus labores escolares y aprenden sus habilidades requeridas por su cultura. La crisis, característica de este periodo, es la industria versus la inferioridad, y el problema por resolver, es la capacidad de un niño para trabajo productivo.

La virtud que desarrolla con éxito la solución de esta crisis, es la solución "competencia", una visión del sí mismo, como capaz de dominar y de completar tareas. Cuando los niños comparan sus propias habilidades con las de sus compañeros, se forman una idea de lo que son ellos. Erikson, 1950, citado en Papalia, 1992, cree que si se sienten inadecuados, por esa comparación, puede que ellos se vuelvan al estadio "más aislado, menos consciente de las herramientas, y de la rivalidad familiar del tiempo de Edipo". Si, por otra parte, llegan a ser muy industriosos, pueden descuidar sus relaciones con otra gente.

3. Teoría del aprendizaje social.

Los teóricos del aprendizaje social notan que el autoconocimiento y la observación sutiles de los niños, en edad escolar, los hacen más receptivos a la influencia de la gente a la que ellos admiran o a aquellos que ven como poderosos y gratificantes. Mientras los niños más pequeños, responden principalmente a los esfuerzos materiales; en la preadolescencia, la aprobación o desaprobación de los padres, profesores y compañeros, viene a ser un moldeador poderoso del autoconcepto y del comportamiento (Papalia, 1992).

4. Teoría del desarrollo cognoscitivo.

A causa de que los niños en edad escolar, son menos egocéntricos que los más pequeños, son más capaces de verse ellos mismos desde el ángulo de otras personas y son más sensibles a lo que otros piensan de ellos. Su habilidad creciente para descentrarse, los capacita para tomar más de un punto de vista acerca de ellos mismos ("hoy he sido malo,

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

pero "ayer fui bueno"). Este cambio permite el crecimiento en el razonamiento moral y la habilidad para considerar las necesidades sociales, así como las personales (Papalia, 1992).

El método de procesamiento de información (una rama de la teoría cognoscitiva) ve el autoconcepto como un autoesquema o base de las "estructuras del conocimiento", el cual organiza y guía el proceso de información acerca de sí mismo (Markus & Nurius, 1984). De acuerdo con estos autores, los niños construyen, examinan y modifican sus esquemas de sí mismos (hipótesis acerca de ellos mismos) con base en sus experiencias sociales.

Los esquemas de sí mismos, ayudan a los niños a usar los resultados de su comportamiento pasado para hacer juicios rápidos acerca de cómo actuar en una situación dada y les ayuda a definir el posible yo en el futuro. Los esquemas fuertes y duraderos ("yo soy popular"), pueden tomar forma durante la preadolescencia, como las muchas habilidades físicas, intelectuales y sociales, que los niños desarrollan y que les permiten verse valiosos como miembros de la sociedad (Markus, 1980).

c) Autoestima:

Para Erikson, 1950, citado en Papalia, 1992, la preadolescencia es una época muy importante para el desarrollo de la autoestima, la evaluación que hacen los niños de ellos mismos, o autoimagen. Los niños comparan su yo ideal con su yo real. Ellos mismos juzgan qué tan bien alcanzan los estándares sociales y las expectativas que tienen en su autoconcepto, y con qué grado de competencia hacen su trabajo. La opinión de los niños acerca de ellos mismos tiene un tremendo impacto en el desarrollo de su personalidad. Una autoimagen favorable puede ser la clave más importante para el éxito y la felicidad a través de la vida.

De un importante estudio de autoestima en los niños, Coopersmith, 1967, citado en Papalia, 1992, concluyó que las personas basan su autoimagen en cuatro criterios: significancia (la medida en que se sienten amadas y aprobadas por las personas que son importantes para ellas); competencia (para realizar tareas que consideran importantes); virtud (se refiere a normas morales o éticas); y poder (en la medida en que ejercen influencia en su vida y en la de los demás).

• **Estilos de relación de los padres y autoestima.**

Maccoby (1980), señala que tiene sentido el hecho de que el tratamiento de los padres afecta los sentimientos de los niños acerca de ellos mismos, y todavía hay otra forma de considerar la relación entre la manera como los padres educan a sus hijos y la autoestima de sus hijos. Los niños que tienen alta autoestima, pueden poseer características que estimulen a sus padres a ser amorosos, firmes y democráticos. Los niños que confían en sí mismos, que son colaboradores y competentes, se dirigen fácilmente. De esta manera, es probable que los padres y los hijos ejerzan influencia continuamente los unos sobre los otros.

CAPÍTULO 2.- PESO CORPORAL.

2.1 CARACTERÍSTICAS.

Robillard (1993), señala que el peso corporal es un importante indicador del estado de salud de un individuo. El peso corporal total está constituido por agua (de la mitad a tres cuartas partes del total), grasa, proteínas, hidratos de carbono (carbohidratos) y nutrientes inorgánicos (minerales o cenizas), (Feldman, 1990). De acuerdo con Feldman (1990), el niño promedio aumenta sólo de 2.250 a 2.750 kg aproximadamente, durante el segundo año, y pierde gran parte de la grasa de lactante. El aumento de peso del tercero al sexto años es de alrededor de 1.750 a 2.250 kg/año.

La mayoría de los hombres y mujeres continúan aumentando de peso hasta que llegan a la madurez, más o menos a los 55 años de edad (Robinson, 1979). Además, una mayor proporción del peso corporal se encuentra en forma de tejido adiposo. Ziegler & Filer (1998), reportan que más del 90% de la energía corporal se almacena en forma de triglicéridos en dicho tejido.

Ziegler & Filer, 1998, refieren que en el momento de nacer, el cuerpo humano contiene aproximadamente 12% de grasa, la cual es superior a la de cualquier otro mamífero, a excepción de la ballena. Asimismo, Bray, 1976, citado en Ziegler & Filer, 1998, menciona que durante el periodo neonatal, el tejido adiposo corporal crece rápidamente hasta alcanzar un máximo de aproximadamente 25% hacia los 6 meses, momento en que empieza a declinar hasta alrededor de 15% a 18% en los años previos a la pubertad.

Una vez concluida la fase de crecimiento, el ser humano tiende a mantener el peso corporal con gran estabilidad. Chinchilla (1994), señala que las fluctuaciones fisiológicas del peso son debidas esencialmente a reservas energéticas, en condiciones normales, estas pueden reducirse dependiendo sobre todo de circunstancias medio ambientales; además, están reguladas por una homeostasis o equilibrio energético dependiente de:

- a) Las reservas energéticas.
- b) El comportamiento alimentario.

El comportamiento alimentario tienen como valor de energía del cuerpo al peso, éste tiende a ser muy estable a lo largo de la vida. Chinchilla (1994), afirma que depende de variables que no pueden ser modificadas (genéticas) y variables modificables (ingesta de alimentos) sufriendo a lo largo de la vida pequeñas oscilaciones dependiendo de las situaciones y de los individuos. Bray, 1989, citado en Ziegler & Filer, 1998, indica que las necesidades de energía disminuyen con la edad. De ahí que para mantener el peso corporal, la ingesta alimentaria debiera sufrir un descenso equivalente a medida que la persona envejece.

El peso depende de mecanismos regulados tal y como lo demuestran algunos estudios, tales como los de Leible & Hirsch (1984), quienes encontraron que, con una disminución significativa de peso, se asociaba también una disminución del requerimiento calórico de la ingesta alimentaria. Por lo que si una persona ha bajado de peso, y quiere mantenerse en el mismo, debe reducir su ingesta calórica aproximadamente a una cuarta parte de lo que debería comer según su superficie corporal. El peso regulado en un determinado nivel, actúa como respuesta defensiva en contra de la pérdida del peso (Norman & Durmin, 1980; Kessey, 1981; Agra, 1988, citados en León, 2000).

2.2 PESO CORPORAL IDEAL.

Feldman (1990), sugiere que el peso corporal ideal puede determinarse cuando se conoce la estatura del individuo. Robillard (1993), refiere que para cada persona existe un peso ideal que le brinda la oportunidad de mantener una salud y una condición física satisfactorias. La complexión física, la estatura y el sexo, entre otros factores, determinan este peso ideal (que puede variar entre individuos con características similares).

Poco antes de cumplir los 20 años de edad, la mayoría de los individuos alcanzan dicho peso ideal. Este peso ideal ocupa un lugar impreciso entre las situaciones extremas de obesidad y delgadez excesiva, y se mantiene mediante una dieta equilibrada que no aporte demasiados elementos nutritivos susceptibles de acumularse en forma de grasa en el organismo (Robillard, 1993).

La imposibilidad de conservar un peso normal es un problema que se presenta a menudo. Robinson (1979), refiere que los estudios cooperativos indican que el sobrepeso y la falta de peso se presentan con igual frecuencia en niños y niñas antes de la adolescencia. Feldman (1990), menciona que el porcentaje del peso corporal ideal generalmente indica el grado de depleción nutricional, aunque puede haber desnutrición proteínica en una persona obesa, en presencia de reservas excesivas de grasa.

2.3 COMPOSICIÓN DEL CUERPO.

La constitución del cuerpo se determina genéticamente. Robinson (1979), señala que las clasificaciones de la constitución corporal se basan en tres principales componentes: endomorfia (suavidad y redondez), mesomorfia (grado de desarrollo muscular y de huesos), y ectomorfia (linealidad y fragilidad).

La composición del cuerpo se puede especificar en términos de la cantidad y distribución de los nutrimentos, pero esta composición no es estática, sino que varía en relación con el sexo y la edad. La cantidad de grasa corporal es proporcionalmente mayor en la mujer (25%) que en el hombre (12%), y aumenta en adultos de ambos sexos con la edad. Al mismo tiempo, la masa corporal magra (sin grasa) disminuye con la edad a una tasa aproximada de 3 kg cada 10 años. Estos cambios se pueden modificar con la ingestión de alimentos o ejercicio, o ambas cosas, puesto que las calorías excesivas, cualquiera que

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

sea su origen (grasas, hidratos de carbono o proteínas) se almacenan en el cuerpo como grasa (Feldman, 1990).

El porcentaje de grasa corporal se acelera en la mujer hasta la edad de 16 ó 17 años, pero la masa muscular se desarrolla más rápidamente en el muchacho en crecimiento. A los veinte años y después el hombre adiciona grasa lentamente, mientras que la mujer lo hace con mayor rapidez (Robinson, 1979). Ziegler & Filer (1998), refieren que durante la pubertad, se produce un aumento significativo del tejido adiposo en las mujeres y una reducción también significativa en los varones.

Young, 1963, citado en Robinson, 1979, encontró que la cantidad de grasa corporal para la mujer normal a las edades de 16 a 40 años era un promedio de 29%; a los 40 años, 35%; a los 50, 42% y a los 60, 45%. Los hombres a los 20 años tienen aproximadamente 11% de grasa corporal. Las mujeres a los 20 años poseen una proporción de grasa tan alta como los hombres a los 70 años.

Ziegler & Filer (1998), reportan que hacia los 18 años de edad, los hombres tienen alrededor de 15% a 18% de grasa en su organismo y las mujeres cerca de 20% a 25%. Reitera que la grasa aumenta en ambos sexos después de la pubertad, y durante la vida adulta llega a alcanzar de 30% a 40% del peso corporal; al envejecer, la grasa se acumula en localizaciones distintas del tejido adiposo subcutáneo.

Feldman (1990), refiere que debido a la proporción mayor de grasa corporal, los cuerpos de las mujeres tienen una densidad promedio más baja (1.04 g/ml) que los cuerpos de los varones (1.07 g/ml). Mientras más grande sea la masa corporal magra de un individuo, mayor será la densidad corporal. Entre los 20 y los 50 años, el contenido de grasa de los hombres se duplica y el de las mujeres aumenta 50%, aproximadamente. Sin embargo, el peso total solo se eleva de 10% a 15%, lo cual indica que se produce una reducción de la masa corporal magra (Bray, 1989, citado en Ziegler & Filer, 1998).

La masa magra de un individuo normal de 70 kg de peso contiene 11 kg de proteínas, 36 kg de agua, y 3 kg de nutrimentos inorgánicos (Chinchilla, 1994). Es evidente, como reporta Gómez Pérez-Mitré (1995), que el peso corporal es un valor agregado, dado por todos los fluidos y todos los tejidos del organismo, en el que queda incluido el tejido adiposo.

Robinson (1979), señala que el metabolismo basal de los muchachos es más alto que el de las muchachas debido a la mayor masa muscular. Asimismo, menciona que año con año, la velocidad del metabolismo disminuye, se acelera algo durante la adolescencia y después declina hasta el nivel adulto. Owen, Kavle & Owen (1986), refieren que los índices metabólicos suelen ser más bajos en la mujer que en el hombre de altura y peso comparables debido a la mayor proporción de tejido graso de la mujer. De Boer, Van Es, Van Raaij & Hautvast (1987), comprobaron que a mayor peso corporal o mayor proporción de masa magra, corresponde un índice metabólico mayor.

Feldman (1990), indica que el tipo de distribución de la grasa corporal puede influir en la salud, en forma tal que el exceso de depósito de grasa en el abdomen y parte superior del cuerpo puede estar relacionado con riesgo de enfermedad cardiovascular. Ziegler & Filer (1998), mencionan que la localización de la grasa corporal puede ser más importante que la cantidad total de grasa en lo que se refiere a los riesgos para la salud que se asocian con la obesidad.

Ziegler & Filer (1998), señalan que existen dos tipos de distribución de esta grasa: 1) la abdominal, androide, de la parte superior del cuerpo o de tipo masculino; y 2) la ginecoide, de la parte inferior del cuerpo o de tipo femenino. Tanto los hombres como las mujeres con obesidad de la parte superior del cuerpo presentan mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes. Mientras que la obesidad de la parte inferior del cuerpo parece involucrar un riesgo para la salud mucho menor.

2.4 MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS.

La grasa corporal no se puede medir directamente, por lo que el peso sólo representa un indicador de medida indirecta (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Las mediciones antropométricas pueden ser lineales o de masa, evalúan las dimensiones y la composición global del cuerpo humano; también evalúan el crecimiento físico del niño y del adolescente, y las dimensiones físicas del adulto (Gómez Pérez-Mitré & Saucedo, 1997 y 1998).

Para Feldman (1990), las mediciones antropométricas incluyen estatura, peso, grosor del pliegue cutáneo en varios sitios y circunferencia muscular a la mitad del brazo, y son parte esencial de la valoración nutricional. Ziegler & Filer (1998), también incluyen la circunferencia del tórax, la cintura, las caderas y las extremidades. Para Robinson (1979), la estatura es un índice importante del estado nutricional, puesto que representa lo bien que el individuo ha sido capaz de alcanzar su potencial genético.

Las tablas de peso y estatura muestran si un niño cae dentro del rango de altura y peso de otros niños de la misma edad cronológica, pero no muestran índices sobre su estado nutricional (Robinson, 1979). Las tablas de peso deseado toman en consideración la constitución corporal; mientras que la amplitud del tórax y el tamaño de las caderas, se utilizan para clasificar al individuo como de constitución pequeña, mediana o grande.

Robinson (1979), señala que las tablas de peso deseable se basan en la premisa de que el peso normal para la altura a la edad de 25 a 30 años es el estándar que debe mantenerse por el resto de la vida. El individuo que exceda este estándar en 10 ó 20%, se considera excedido de peso, mientras que la persona que lo exceda en más del 20% es obesa. No obstante, estas tablas no consideran las proporciones relativas de masa muscular y tejido adiposo.

Gómez Pérez-Mitré & Saucedo (1997 y 1998), refieren que existen diferentes índices que permiten llevar a cabo clasificaciones más precisas con relación a las alteraciones de la nutrición, tanto por exceso como por deficiencia. Asimismo, mencionan que los índices

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL.

más utilizados en salud pública son: el Índice Nutricional (IN), el perímetro de brazo entre el perímetro cefálico y el Índice de Masa Corporal (IMC). A continuación, se describirán el Índice Nutricional y el Índice de Masa Corporal.

2.5 ÍNDICE NUTRICIONAL.

El Índice Nutricional se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto con la relación del peso y la talla correspondiente al percentil 50 (mediana), referido en las tablas del National Center of Health Statistic – OMS (NCHS – OMS), donde también se consideran el sexo y la edad. La fórmula para obtener el Índice Nutricional, la describen Gómez Pérez-Mitré & Saucedo (1998):

$$IN = \frac{\text{Peso actual en Kg} / \text{talla actual en m.}}{\text{Peso en Kg (percentil 50) / talla en m.}} \times 100$$

Asimismo, especifican los puntos de corte para la clasificación de las diferentes categorías de peso en la etapa preadolescente (Gómez Pérez-Mitré & Saucedo, 1998):

Menor a 77.51% = Emaciación
77.51% - 83.5% = Bajo peso
83.51% - 119.5% = Normopeso
119.5% - 136.5% = Sobrepeso
Mayor a 136.5% = Obesidad

Los puntos de corte del índice nutricional para preadolescentes mexicanos tienen una validez diagnóstica aceptable, a diferencia del índice de masa corporal, el cual es más conveniente para población adolescente (Gómez Pérez-Mitré & Saucedo, 1997). Durante la etapa preadolescente, y en mayor medida, en la adolescente, se presenta un aumento brusco y considerable de todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo que se ve reflejado en los valores de los diámetros, perímetros y segmentos; por lo que es importante tener un control de estas medidas para prevenir el desarrollo de desórdenes alimentarios (Papalia, 1992, citada en León, 2000).

2.6 ÍNDICE DE MASA CORPORAL.

El peso corporal no representa, por sí mismo, una medida adecuada para la clasificación de la obesidad o el bajo peso, de aquí la importancia del Índice de Masa Corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Feldman (1990), indica que se han desarrollado varios índices de masa corporal para proporcionar datos relativamente independientes del tamaño de la estructura y de la estatura, que proporcionen una medición precisa de la adiposidad. Entre éstos están:

- Relación de peso a estatura (P/E)
- Índice de Quetelet (P/E²)

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

- Índice de Khosla-Lowe (P/E3)
- Índice de Benn (P/EP)

Feldman (1990), señala que el índice de Quetelet es el índice de masa corporal aceptado más ampliamente. Como se ha señalado, es posible calcular la cantidad de grasa corporal mediante distintos métodos. Desde un punto de vista práctico, Ziegler & Filer (1998), reportan tres métodos útiles:

1. Las determinaciones de la altura y el peso, expresadas como Índice de Masa Corporal, las cuales proporcionan un cálculo sobre el grado de exceso de peso.
2. La absorciometría dual de rayos X, la cual permite valorar la grasa corporal total.
3. La circunferencia de la cadera, es un método práctico para determinar la distribución regional de la grasa; aunque también puede emplearse el espesor del pliegue cutáneo subescapular.

El Índice de Masa Corporal se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado, lo que se obtiene de esta fórmula se compara con los estándares de normalidad para adultos o adolescentes. Los estándares de normalidad para los adultos van desde la emaciación, cuando el resultado es menor de 15, bajo peso entre 15 y 18.9, normales entre 19 y 24.9, sobrepeso de 25 a 29.9, obesidad de 30 a 39.9 y obesidad severa cuando el resultado es mayor de 40 (Gómez Pérez-Mitré & Saucedo, 1997).

Ziegler & Filer (1998), reportan que un peso corporal que produce un IMC de 20 a 25 kg/m² no supone un aumento del riesgo a causa del peso. Cuando el IMC es < 20 kg/m² o > 25 kg/m², el riesgo aumenta de forma curvilínea. Las personas con un IMC de 25 a 30 kg/m² tienen un riesgo bajo; cuando el IMC es de 30 a 35 kg/m², el riesgo es moderado; entre 35 y 40 KG/m² el riesgo es elevado, y cuando el IMC es > 40 kg/m², el riesgo es muy alto.

Gómez Pérez-Mitré & Saucedo (1997), reportan que en México existen tres tablas para medir la categoría de peso en los preadolescentes y adolescentes, las cuales se presentan en la siguiente tabla:

CATEGORÍA	IMC Gómez Pérez-Mitré	IMC Hdez. Rodríguez	IMC Vargas y Casillas
BAJO PESO	17.6 – 19.9	Menor de 19.9	15 – 18.9
NORMAL	20 – 22.99	19.5 – 24	19 – 24.9
SOBREPESO	23 - 27	24.1 – 26	25 – 29.9
OBESIDAD	Mayor de 27	Mayor de 26	Mayor de 30

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL.

Un estudio concluyó que el criterio propuesto por Vargas y Casillas para el diagnóstico de bajo peso fue el más adecuado, y el criterio de Gómez Pérez-Mitré resultó ser operacional y funcionalmente más conveniente para la clasificación de sobrepeso y obesidad (Gómez Pérez-Mitré & Saucedo, 1997, citados en León, 2000).

2.7 FALTA DE PESO.

De acuerdo con Bosco (1986), la delgadez es un estado de nutrición que se refleja en unos depósitos de grasa muy disminuidos, por lo que el individuo pesa menos de lo que indica el peso normal o ideal en sus circunstancias personales de edad, raza o sexo; mientras que el adelgazamiento se trata, por el contrario, de algo patológico y evolutivo, puesto que implica pérdida de peso, por alguna causa mórbida; es decir, como un proceso patológico secundario o como un síntoma de otras enfermedades.

Albeaux - Fernet (1971), señala que el adelgazamiento es una disminución del peso por deficiencia de las reservas lipídicas del organismo, exageración del catabolismo de los lípidos y disminución de la lipogénesis. Asimismo, menciona que la delgadez es cualquier pérdida de peso, superior al 10% del peso teórico, mientras que pertenecen al cuadro de la desnutrición, las pérdidas superiores al 20% del peso teórico.

Feldman (1990), refiere que una norma de deterioro de la nutrición usada comúnmente es la pérdida de más de 10 a 15% del peso corporal. Cualquier individuo que está entre el 7 al 10% por debajo de su peso deseable para la estatura y composición corporal se encuentra falto de peso, mientras que un nivel del 15% menos del peso estándar, indica la necesidad de atención médica, especialmente en los jóvenes (Robinson, 1979).

Desde el punto de vista fisiopatológico, Albeaux - Fernet (1971), distingue dos tipos de adelgazamiento: exógenos y endógenos. Los adelgazamientos exógenos se deben: a una insuficiencia de aportes alimentarios, sea global o relativa a los nutrimentos (lípidos, glúcidos y proteínas). Los segundos se deben:

- 1) A una perturbación de los diferentes tiempos de la absorción digestiva (trastornos de la secreción gástrica, pancreática o biliar; trastorno de la absorción intestinal).
- 2) Factores endocrinos.
- 3) Factores hipotalámicos (adelgazamientos difusos o segmentarios).

La falta de peso es un problema de importancia en el niño en crecimiento y en la adolescencia, pero un ligero nivel de falta de peso durante la edad madura y los últimos años mejora las probabilidades de vida, reduce la incidencia de enfermedades renales y cardiovasculares. Ya se mencionó que las reservas adiposas del organismo tienden a mantenerse estables, Chinchilla (1994), refiere que cuando se presentan cambios en el compartimento graso con disminución del peso corporal, el cerebro recibe una señal. Woods y Porte, 1978, citados en Chinchilla, 1994, postularon que los niveles de insulina pueden contribuir a la emisión de esta señal.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

El niño o el adolescente falto de peso no sólo carecen de las capas de grasa subcutánea que son una rápida reserva de energía, sino también, por lo general, tienen una musculatura mal desarrollada y débil. Robinson (1979), señala que el niño falto de peso se fatiga muy rápidamente y le es difícil conservarse a la par con su trabajo escolar o sus actividades físicas. Asimismo, padecen con mayor frecuencia resfriados y otras infecciones. Ziegler & Filer (1998), han encontrado que las personas con bajo peso tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades respiratorias, tuberculosis, enfermedades digestivas y algunos tipos de cánceres.

La delgadez, menciona Bosco (1986), no entraña una disminución del apetito ni una falta en la capacidad del rendimiento físico o intelectual; generalmente tiene una base hereditaria familiar, y es casi imposible modificar el estado de nutrición, por muchas vitaminas o dietas sobreenergéticas que se les administren a estos sujetos. Algunas personas son delgadas porque han perdido su reserva de grasa, otras lo son, sobre todo, por pérdida de agua; existen casos en los que la delgadez es el resultado de una reducción de la masa muscular (Albeaux - Fernet, 1971).

Se han encontrado datos que sugieren que la reducción de peso podría ser beneficiosa para la salud. Ziegler & Filer (1998), señalan que tanto en los hombres como en las mujeres que consiguieron adelgazar y mantener un peso más bajo, la mortalidad disminuyó hasta situarse en los límites normales para la edad y el sexo correspondientes. Por cada descenso de 10% en el peso corporal de los hombres, los datos predicen un descenso previsible de 20% en la incidencia de cardiopatías coronarias.

2.8 ANOREXIA NERVIOSA EN EL VARÓN.

De acuerdo con Chinchilla (1994), en el pasado la preferencia estética se relacionaba con apariencia rolliza como alto nivel social (como signo de abundancia de comida) o de fertilidad en occidente; se idealizó, posteriormente, lo delgado en la mujer, ocupando primeros planos en T. V., radio, espectáculos, almacenes, etc. Asimismo, refiere que hay un aumento de la incidencia de anorexia nerviosa en las culturas occidentales, de preferencia casi absoluta por el sexo femenino, siendo la proporción con los varones de un 3-10% sobre las mujeres: 1 varón frente a 10 mujeres. Los varones también tienen las gonadotropinas bajas, son impotentes y tienen la libido baja.

En 1874, Gull, citado en Chinchilla, 1994, fue el primero en describirla, pero no se tienen datos de referencia y constancia bibliográfica. Beaumont, 1987, citado en Chinchilla, 1994, refiere 25 casos como probable anorexia nerviosa en el varón, en los cuales describe los siguientes rasgos clínicos: edad de aparición en la infancia tardía o adolescente, en general entre los 10-20 años (uno tenía 38 años); 8 pacientes habían sido previamente gordos; en 7 pacientes el rechazo a la comida se explicó por estreñimiento, desórdenes abdominales u otros trastornos orgánicos; en dos había miedo a la sexualidad; otros tenían pérdida de peso, usaban laxantes, hiperactividad, búsqueda consciente de la delgadez, preocupación alimentaria, conducta obsesiva, pérdida del interés sexual, entre otros. Estudió a los pacientes desde el punto de vista psicopatológico con los criterios clásicos

diagnósticos de anorexia nerviosa, y endocrinológicamente, viendo la excreción de gonadotropinas pituitarias y de testosterona antes y después de la realimentación y la ganancia de peso, y buscando los niveles hormonales de varones de este síndrome para compararlos con los encontrados en las mujeres. Concluyó que eran entidades semejantes, encontrando que los varones también tienen las gonadotropinas bajas, son impotentes y tienen la libido baja; no obstante, como en el varón normal no hay variación cíclica en la liberación de gonadotropinas como en la mujer normal, no es posible demostrar en varones con anorexia nerviosa una interferencia en la actividad cíclica de gonadotropinas que es un rasgo primario de la anorexia nerviosa en mujeres (Chinchilla, 1994).

Wall cree que los pacientes con anorexia nerviosa del sexo masculino tienen personalidades muy semejantes a la de los alcohólicos y drogadictos jóvenes, debido que para él, el alcoholismo y el rechazo a comer son formas de evadirse de la responsabilidad; Labbe la equipara con el síndrome de Kleine-Levin de bulimia-hipersomnia; Cobb cree que evoluciona hacia una esquizofrenia, y para otros autores, sí se trata de una esquizofrenia (citados en Chinchilla, 1994).

Algunos autores ven ciertos rasgos de homosexualidad en los varones con anorexia nerviosa, otros no; la pérdida del interés sexual parece que es más rápida que en las mujeres, aunque la libido vuelve cuando ganan peso; algunas de las muertas descritas en estos pacientes, según distintos autores, son debidas a suicidio, a gran inanición o a tuberculosis (Chinchilla, 1994).

Chinchilla (1994), hace hincapié en que la conducta alimentaria no es tan específica y permanente en intensidad y tiempo como en el sexo femenino, y los fuertes rasgos obsesivos tienen más valor jerárquico en cuanto a diagnóstico que los "anoréxicos" que serían secundarios; sugiere dismorfofobias de fondo depresivo, lo que podría avalar la rareza nosológica de esta enfermedad en varones. Observa, además, que desde el punto de vista endocrinológico, no se reportan estudios de líquido seminal.

También agrega que los hechos socioculturales no explican del todo su poder patógeno en la anorexia nerviosa, se necesitan otros factores desencadenantes o patógenos para que eclosionen el trastorno; asimismo, señala que probablemente exista algún factor constitucional o dismaturativo más vulnerable, independientemente de las costumbres alimentarias o preocupaciones por la imagen corporal (Chinchilla, 1994).

Chinchilla (1994), menciona que el factor sexo es importante desde el punto de vista psicoendocrino y socioantropológico, expresa que el papel de la mujer a lo largo de la historia (arquetipos, inconsciente colectivo, hábitos) podría explicar en parte la desproporción entre varones y mujeres en la anorexia nerviosa; y sobre todo la "liberación de la mujer". Asimismo, refiere que el tema ha sido tratado parcialmente, más descriptivamente; sin una captación y reflexión fenomenológica adecuada tanto transversal como longitudinalmente.

La anorexia nerviosa es el paradigma de las enfermedades psicosomáticas y tiene un componente afectivo depresivo importante de plasticidad psicopatológica matizada por la edad y sexo. Es una patología de los ideales del "yo", del alma, en versión (médico-antropológica) psicosomática, afectando a áreas como la comunicación, adicción, corporalidad y afectividad (Chinchilla, 1994).

2.9 OBESIDAD.

Feldman (1990), define a la obesidad como peso corporal en exceso de 20% del peso ideal, o el uso de un grado crítico del índice de masa corporal, son criterios imprecisos y hay necesidad de disponer de una base de datos adecuada que relacione el peso corporal, según sexo, edad y tamaño de la estructura, con la morbilidad y la mortalidad, con el objeto de establecer límites convenientes del peso corporal.

Para Robinson (1979), la obesidad es una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo; sin embargo, como refiere Feldman (1990), aunque se pueda definir también como un exceso de grasa corporal, no se dispone de medios para determinar este parámetro con precisión, que sean de uso común. El exceso de peso es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla.

Ziegler & Filer (1998), señalan que la obesidad consiste en un porcentaje anormalmente elevado de la grasa corporal y puede ser generalizada o localizada. Además, indica que para determinar si una persona es obesa o simplemente tiene exceso de peso debido al aumento de su masa muscular, se debe recurrir a técnicas y normas de cuantificación del peso corporal, de la grasa corporal y de la distribución de la misma en el organismo.

Feldman (1990), menciona algunos factores que contribuyen a la obesidad:

1. Factores genéticos. Puede involucrar genes dominantes o recesivos simples, o ser poligénico. Aproximadamente 60% de la distribución de la grasa corporal es no transmisible y alrededor de otro 30% es de base genética (Ziegler & Filer, 1998).
2. Factores culturales y étnicos. Es más frecuente en mujeres de raza negra de estado socioeconómico bajo, y se encuentra en 80% de los hijos de dos progenitores obesos.
3. Factores ambientales. La ingestión excesiva de alimentos, inactividad, hábitos de cocina y dietéticos de la familia, estado socioeconómico y sabor agradable de la dieta.
4. Factores psicológicos. Relacionados con la imagen corporal, por ejemplo: depresión, provisión de alimento como "recompensa", uso de los alimentos como forma de entretenimiento y relación de la ingestión de alimentos para estimular endorfinas.

5. Factores endocrinos. Son poco comunes, pero puede haber exceso de grasa corporal a causa de hiperinsulinismo, exceso de cortisol o deficiencia de hormona tiroidea. La velocidad del metabolismo energético disminuye en el hipotiroidismo (Robinson, 1979).
6. Factores biológicos. Desarreglos metabólicos del tejido adiposo, defectos del equilibrio de energía que incluyen su ingestión, o transformación como gasto o almacenamiento.

En la obesidad humana, los factores genéticos se expresan de dos maneras distintas. En primera instancia, existe un grupo de raras formas de obesidad dismórfica en las que la influencia genética es de importancia fundamental. En segundo lugar, existe un sustrato genético sobre el que actúan los factores ambientales para inducir el desarrollo de obesidad (Ziegler & Filer, 1998). Las formas dismórficas de obesidad se transmiten con carácter recesivo o dominante. Los factores genéticos poseen menor importancia que los ambientales en la determinación de la grasa corporal total, mientras que su influencia en la distribución de la misma es mucho mayor.

Las condiciones socioeconómicas también desempeñan un papel importante en el desarrollo de la obesidad. Ziegler & Filer (1998), indican que el exceso de peso es de 7 a 12 veces más frecuente en las mujeres de las clases sociales más bajas, en comparación con las de las clases altas. De igual manera, refiere que en los varones, la relación entre la clase social y la raza, por un lado, y el exceso de peso, por otro, es mucho menos marcado.

La teoría de que la obesidad se produce cuando el consumo de energía excede el gasto de la energía corporal es aceptada por la mayoría de los investigadores. Braguinsky (1996), menciona que un gasto energético de reposo bajo es un factor de riesgo para el desarrollo de una futura obesidad; la actividad física regular eleva ese gasto calórico. El sedentarismo (por ejemplo, horas frente a la T. V.) es un factor de riesgo considerable.

Ziegler & Filer (1998), refieren que la obesidad es un problema de desequilibrio de nutrimentos, de manera que se almacenan más alimentos en forma de grasa de los que se utilizan para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas. No obstante, Lichtman, Pisarska & Berman (1992), expresan que tanto los obesos como los delgados tienden a infranotificar sus ingestas, por lo que no necesariamente las personas obesas ingieren más energía en forma de alimentos. Algunos estudios demostraron que existen diferencias entre las personas obesas y las delgadas en lo que se refiere a la energía producida después de una comida, pero otros no han podido hacerlo (Ziegler & Filer, 1998).

Los valores máximos de la ingesta energética aparecen en la segunda década de la vida, y a ello sigue una disminución gradual para ambos sexos en decenios sucesivos; por ello, el aumento del peso corporal y de la grasa del organismo con la edad no puede atribuirse al aumento de la ingestión de alimentos, sino que debe relacionarse con una reducción relativamente mayor del gasto energético (Ziegler & Filer, 1998).

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Existen datos que demuestran que el gasto energético y, en consecuencia, la ingestión de alimentos es mayor en las personas obesas que en las delgadas; las primeras, eligen y comen mayores cantidades, y comen de una forma más rápida que las personas de peso normal. Para Kromhout (1983), el aumento de peso durante la vida adulta se debe a una mayor disminución del gasto energético y no al aumento de la ingesta alimentaria que, de hecho, parece reducirse con la edad.

Ziegler & Filer (1998), señalan que un menor nivel de movimientos espontáneos no implica necesariamente que exista un menor gasto energético, ya que las personas con exceso de peso utilizan más energía para hacer cualquier movimiento. Se ha visto, que el nivel de actividad física puede modular la ingesta alimentaria y la grasa corporal en las personas delgadas, por lo tanto, una alteración en este sistema desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la obesidad.

En muchos modelos de animales de experimentación y en el ser humano se han comprobado una disminución de la actividad del sistema nervioso simpático en el tejido adiposo pardo, lo que explicaría el hecho de que el aumento de la actividad física no traiga consigo una reducción significativa de la ingesta alimentaria en estos individuos (Bray, 1991, citado en Ziegler & Filer, 1998).

Para Robinson (1979), la obesidad se debe a:

1. Reducciones graduales en el metabolismo basal y en la actividad voluntaria sin una correspondiente reducción en consumo calórico: si el consumo calórico del hombre y de la mujer no se reduce de acuerdo a la disminución del metabolismo, el aumento de peso es inevitable.
2. Patrones sociales y culturales que favorecen el consumo excesivo de alimentos: los patrones culturales de una familia determinada conducen a menudo al aumento de peso; por ejemplo, las comidas guisadas, las salsas, pastas y postres sustanciosos.
3. Problemas emocionales o psicológicos.
4. Ignorancia de los valores alimenticios y de los factores esenciales para el control de peso.

Las alteraciones metabólicas no pueden ignorarse como una posible causa de la obesidad, aunque el número de personas que caben dentro de esta categoría sea un porcentaje muy pequeño de la población obesa total. Ravussin, Lillioja & Knowler (1988), señalan que un bajo índice metabólico de reposo en relación con la masa corporal magra puede ser un factor de predicción de actividad física escasa, alto contenido de grasa y mayores probabilidades de ser obeso.

Ziegler & Filer (1998), indican que la obesidad se clasifica de tres maneras:

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

- Según las características anatómicas y la distribución regional del tejido adiposo. La clasificación anatómica se basa en el número de adipositos y en la distribución de la grasa. La distribución de la grasa en el cuerpo depende de determinantes genéticos (Bouchard, Despres & Mauriege, 1993).
- Según las causas etiológicas.
- Según la edad de comienzo.

Hemos señalado diversas causas etiológicas de obesidad. Bray, 1989, citado en Ziegler & Filer, 1998, menciona que las enfermedades endocrinas pueden producirla, pero se presentan con menor frecuencia; y habitualmente sólo producen pequeños incrementos de la grasa corporal. El hiperinsulinismo secundario a los tumores de células insulares del páncreas o a la inyección de cantidades excesivas de insulina provoca aumento de la ingesta alimentaria y crecimiento de los depósitos de grasa. También se ha encontrado obesidad al aumentar la secreción de cortisol en el síndrome de Cushing, en el hipotiroidismo y en los hipogonadismos.

Bray, 1984, citado en Ziegler & Filer, 1998, ha observado obesidad hipotalámica debida a traumatismos, neoplasias malignas o procesos inflamatorios de la región ventromedial del hipotálamo. Asimismo, la inactividad física desempeña un papel significativo en el desarrollo de la obesidad (Pavlou, 1985, citado en Ziegler & Filer, 1998).

La dieta es otro factor etiológico importante en la obesidad. Para mantener constantes los depósitos de hidratos de carbono y grasa del organismo (el balance de los nutrimentos), la razón entre las grasas e hidratos de carbono procedentes de la dieta, un término denominado cociente alimentario (CA) por Flatt, 1987, citado en Ziegler & Filer, 1998, debe ser igual al cociente respiratorio (CR):

CA = CR	Balance de grasa = 0
CA > CR	Balance de grasa negativo
CA < CR	Balance de grasa positivo

Si el CA es superior al CR; es decir, si el organismo quema más grasa de la que recibe, los depósitos corporales disminuirán. Por el contrario, si el CA es menor que el CR, el balance de grasa será positivo, y la grasa corporal aumentará. De ello se deduce lo que tendemos a comer en forma de hidratos de carbono. La ingesta diaria de estos es casi igual a sus depósitos corporales. Por otra parte, las ingestas de grasas y proteínas son sólo una pequeña fracción de los depósitos respectivos. La regulación de los depósitos de hidratos de carbono, depende en mucha mayor medida de la dieta que la de los de grasas o proteínas. Datos epidemiológicos recientes demuestran una mayor probabilidad de exceso de peso asociado a las dietas ricas en grasas (Ziegler & Filer, 1998).

Kuczmarski, Flegal, Campbell & Johnson (1994), refieren que el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos calcula, en ambos sexos, que la prevalencia de obesidad aumenta con la edad; además, que ha experimentado un brusco ascenso durante el

último decenio. Ziegler & Filer (1998), mencionan que en la población estadounidense existe una prevalencia mayor de obesidad que en el resto del mundo, debido a que la mayor proporción de automóviles y la gran cantidad de tiempo que se destina para ver la televisión suponen una significativa disminución del gasto energético en relación con otros países. Además, existen diferencias en la cantidad o calidad de la ingesta alimentaria; y por último, la mayor incidencia de fumadores en otros países podría explicar su menor índice de obesidad en relación con Estados Unidos.

Principales complicaciones de la obesidad, de acuerdo con Feldman (1990):

- Diabetes sacarina: la frecuencia de diabetes sacarina tipo II se triplica al aumentar el peso relativo de lo normal a 150% del ideal.
- Hipertensión: las presiones arteriales sistólica y diastólica se incrementan en 15 a 10 mm, respectivamente, al aumentar el peso relativo a 150% del ideal.
- Arteriosclerosis.
- Osteoartritis.
- Gota.
- Irregularidades menstruales.
- Enfermedades de la vesícula biliar y cálculos vesiculares.
- Aumento de la frecuencia de cáncer endometrial.
- Incremento de la propensión a cálculos renales.
- Apnea durante el sueño y síndrome de Pickwick.
- Insuficiencia cardíaca: En la obesidad grave el corazón crece y aumenta el gasto cardíaco y los volúmenes sistólico y sanguíneo.

Ziegler & Filer (1998), reiteran algunas complicaciones que se presentan en la obesidad de la parte superior del cuerpo: un aumento del riesgo de muerte, un mayor riesgo de diabetes, de hipertensión, de ataque cardíaco y de accidente cerebrovascular. Asimismo, señala que la distribución de la grasa es un factor de riesgo más importante de morbilidad y mortalidad que el exceso de peso en sí mismo, mostrando una proporción de riesgo relativo de > 2. Schapira, Clark & Wolff (1994), mencionan que la grasa abdominal predice el riesgo de cáncer de mama en la mujer.

Existe una relación significativa entre el peso corporal y la tensión arterial, y entre esta última y la distribución de la grasa (Blair, 1984, citado en Ziegler & Filer, 1998). La obesidad de la parte superior del cuerpo se asocia con cifras más altas de tensión arterial (Hartz, 1984; citado en Ziegler & Filer, 1998). Dretnick & Fisler (1992), señalan que la tensión arterial suele bajar durante una reducción de peso y después de la misma.

La obesidad facilita la aparición de la diabetes y el adelgazamiento reduce el riesgo de esta enfermedad. Chan, Rimm, Colditz, Stampfer & Willett (1994), mencionan que el riesgo de diabetes crece con el incremento de la grasa abdominal y el aumento de peso corporal. Al adelgazar, mejora la tolerancia a la glucosa, disminuye la secreción de insulina y descende la resistencia a ésta (Long, O'Brien & MacDonald, 1994).

Se ha encontrado una relación entre las enfermedades de la vesícula biliar y la distribución de la grasa. Ziegler & Filer (1998), expresan que sólo cuando existe una obesidad masiva, disminuyen los volúmenes de reserva y se hace evidente un descenso de la saturación arterial de oxígeno. Por ello, el problema pulmonar más importante del individuo obeso es la apnea obstructiva del sueño y el síndrome de obesidad-hipoventilación.

Robinson (1979), refiere que sólo una pequeña proporción de las personas que están siguiendo regímenes de reducción de peso en un tiempo dado, ha buscado consejo profesional. Señala que debe evaluarse la aptitud física y psicológica del individuo para llevar a cabo un programa de control de peso.

Los tratamientos que reducen la ingesta energética tienen mayores probabilidades de producir una disminución aguda de peso que los que se basan en aumentar el gasto energético. Ziegler & Filer (1998), sugieren que para producir una reducción inicial de peso, la disminución de la ingesta alimentaria es lo más recomendable, mientras que el aumento del gasto energético mediante el incremento de la actividad física es un tratamiento a largo plazo para mantener un menor peso corporal.

De acuerdo con Leverton, 1966, citada en Robinson, 1979, la corrección de la obesidad depende de la "motivación efectiva y del conocimiento adecuado". Señala que un profesional puede hacer que un individuo esté consciente de la necesidad de alcanzar un peso deseable y sugerirle una motivación, pero que la motivación generada sólo pueda llegar a ser cristalizada por el individuo. El miedo es la motivación que más comúnmente se utiliza, ya sea temor de mala salud o de ostracismo social. Si este método se utiliza con exceso, el individuo se motiva cada vez menos a través del miedo. Agrega, también, que para el individuo joven, el miedo a la mala salud tiene un valor de motivación muy limitado.

El conocimiento sin motivación no tiene ningún valor, pero el conocimiento adecuado junto con la motivación producirá la reducción deseada. Robinson (1979), señala que el individuo necesita entender que toda la actividad corporal depende de la energía suministrada por el alimento; que el aumento de la pérdida de peso depende del balance entre el consumo y el gasto de energía; que la pérdida de peso se logra por reducción en consumo calórico y por aumento moderado de actividad; que los alimentos varían considerablemente en sus características energéticas y que la reducción de peso efectivo debe basarse en una dieta nutricionalmente adecuada.

La pérdida de peso es mucho más fácil que la conservación de la misma. Muchas personas empiezan a reducir de peso pensando en todas las cosas que pueden comer tan pronto como se acabe el periodo de dieta, por lo que en poco tiempo habrán recuperado el peso perdido (Robinson, 1979). Ziegler & Filer (1998), mencionan que un porcentaje significativo de las personas que bajan de peso con cualquier programa terapéutico, no puede mantener dicha reducción. En la mayoría de los casos de obesidad, se pretende paliar y mejorar los síntomas asociados a la condición, no obtener la curación.

2.10 OBESIDAD INFANTIL.

El almacenamiento de grasa en los primeros meses de la vida se produce sobre todo por el incremento del tamaño de los adipositos ya existentes. Knittle, 1979, citado en Ziegler & Filer, 1998, refiere que hacia el final del primer año, el tamaño de los adipositos virtualmente se duplica, mientras que su número total apenas cambia, tanto en los niños obesos como en los que no lo son.

En los niños delgados, el tamaño de los adipositos disminuye después del primer año de vida. Los niños obesos mantienen durante toda la niñez el gran tamaño de los adipositos que desarrollaron durante ese primer año. Los adipositos se multiplican en número a lo largo de los años de crecimiento en un proceso que suele terminar en la adolescencia. Knittle, 1979, citado en Ziegler & Filer, 1998, indica que el número de adipositos en los niños obesos aumenta de forma más rápida que en los niños delgados, alcanzando el nivel de los adultos hacia los 10 a 12 años de edad.

Feldman (1990), menciona que los factores genéticos y endocrinos son más comunes en la obesidad infantil. En el inicio a una edad temprana (lactancia, infancia o adolescencia), es difícil contrarrestar la obesidad hasta el peso normal. Robinson (1979), indica que mientras más temprana sea la aparición de la obesidad, menos será el éxito de la pérdida de peso. Observó que las mujeres de más de 50 años tenían más probabilidades de éxito en perder peso que las jóvenes; las personas casadas perdían peso mejor que las solteras; el tratamiento en grupo con un médico y un nutriólogo parecía ser más satisfactorio que la terapia individual y aquellos con poca educación perdían peso en igual forma que los que contaban con más educación.

Existe una fuerte correlación entre la obesidad de los niños y la de sus padres. Los hijos de padres obesos consumen una mayor proporción de grasas alimentarias (Braguinsky, 1996). Robinson (1979), encontró que en las familias donde ambos padres son obesos, el 80% de los niños también fueron obesos; en las que tienen solamente un padre obeso, el 40 o 50% de los niños fueron obesos; pero cuando ninguno de los padres fue obeso, sólo el 10% de los niños resultaron obesos.

Feldman (1990), señala que la obesidad infantil predispone al niño a la obesidad del adulto. Braguinsky (1996) refiere que es muy importante evaluar el patrón de distribución de la grasa corporal, puesto que existen numerosas evidencias de que la obesidad temprana severa puede asociarse con obesidad troncoabdominal. Feldman (1990), agrega que la obesidad infantil se encuentra relacionada en grado muy alto con la hipertensión de la infancia. Al principio de la evolución de la obesidad se presentan algunas complicaciones, como el deslizamiento de la epifisis femoral o la enfermedad de Blount (tibia vara).

Está emergiendo evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9 años de edad (Gómez Pérez-Mitré, 1993b, citada en Murrieta, 1997). De acuerdo con Feldman (1990), los problemas más significativos para los niños obesos son psicológicos: el aislamiento de los compañeros y la baja autoestima comienzan a una edad temprana. La obesidad del niño puede convertirse en

el foco de otros problemas familiares no relacionados, por lo que las dietas de reducción no son apropiadas para ellos; debe recalcar la importancia de mejorar los modelos familiares de alimentación y ejercicio, así como la educación sobre nutrición.

La conservación del peso normal durante la vida debe empezar con el patrón de alimentación que se fija en el infante y el niño, ya no se considera que el niño gordo sea más sano que el de peso normal (Robinson, 1979). La terapéutica de la obesidad debe dirigirse de acuerdo a la edad del individuo, y en todos los casos se debe realizar una valoración de los modelos de comida y los conocimientos nutricionales de la familia (Feldman, 1990).

Robinson (1979), recomienda que durante los años escolares y preescolares, el niño deba tener suficiente actividad e interés para que la comida no constituya lo más importante de su vida. Asimismo, sugiere exámenes periódicos en la escuela y por el médico familiar que incluyan una atención cuidadosa al estado de peso. Cuando en una escuela se inician programas de control de peso, el tratamiento en grupo puede ser efectivo; pueden desarrollarse programas sólidos y coordinados bajo la guía del médico, la enfermera, el profesor de educación física, el profesor de aula, economista o nutriólogo, y el psicólogo, entre otros.

El niño que excede su peso puede por lo regular volver a su estado normal de peso mediante ejercicios y ajustes en la dieta en lugar de darle una dieta de bajas calorías. Tal y como señala Feldman (1990), el objetivo en estos niños es conservar el peso corporal en contraposición a perderlo.

2.11 VALORACIÓN CULTURAL DEL CUERPO MASCULINO.

De acuerdo con Kesselman, 1989, citado en Barajas, 1998, los mensajes en los medios de comunicación advierten a los jóvenes que el cuerpo es el pasaporte a la felicidad. Esta actitud se encuentra presente a lo largo de toda la vida, dando como consecuencia una preocupación constante por su peso y aspecto, y una insatisfacción con su cuerpo.

Gómez Pérez-Mitré (1993b), investigó las distribuciones y las relaciones entre variables cognitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y variables que exploran problemas y prácticas relacionadas con el peso corporal. Los datos se obtuvieron de una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró una tendencia favorable en la percepción del propio peso y en el grado de satisfacción con la propia figura, aunque posteriormente cuando se les preguntó peso deseado, respondieron que querían pesar menos.

Robinson (1979), coincide al señalar que la mayoría de los adolescentes se preocupan sobre su peso. Agrega que la mayor parte de las muchachas desea pesar menos y relacionan el sobrepeso con gordura indeseable; mientras que la mayoría de los muchachos desean pesar más y relacionan el sobrepeso con el desarrollo muscular que es deseable. Les gustaría tener un torso superior mayor y brazos más gruesos, debido a que indican fuerza.

Gráy (1977), analizó las diferencias entre el peso que reportaban y el que tenían, 179 estudiantes, hombres y mujeres, encontrando que el 33% se percibían como si pesaran más de lo que pesaban y un 15% se percibían como si pesaran menos de lo que pesaban; además encontró que las mujeres se percibían con más peso del que tenían mientras que en los hombres, era más probable que se percibieran con menos peso del que tenían. Asimismo, encontró que los que tenían peso bajo se percibían con mayor peso del que realmente tenían, y los que tenían mayor peso se percibían con menos peso del que tenían en realidad (citado en León, 2000).

En 1954, Brodsky, citado en Lutte, 1991, había comprobado la concordancia intercultural de las preferencias por el cuerpo masculino mesomorfo (musculoso). Un rechazo masivo aparece también hacia el tipo endomorfo (gordo), desde la edad de 6 años y, más moderadamente, hacia el tipo masculino ectomorfo (delgado). En lo que concierne al cuerpo masculino, la misma concordancia aparece entre evaluadores de los dos sexos, y el factor más determinante del atractivo físico masculino agrupa unos ítemes que evocan la fuerza y la musculatura a nivel del tronco superior principalmente. Las siluetas masculinas consideradas como atractivas por los dos sexos son musculosas (hombros, tórax) con una cintura más fina que los hombros (Hovarth, 1981, citado en Lutte, 1991).

La musculatura y la fuerza superior son, entre otros hechos corporales estudiados por Franzai & Herzog (1980), los aspectos más determinantes del atractivo físico masculino. Un gran número de estudios más antiguos (entre los que está el de Lavrakas, 1975, citado en Lutte, 1991) que subrayan la valoración cultural de un cuerpo masculino eficiente. Según Rosenbaum (1979), las angustias relacionadas con el peso van unidas a las expectativas sociales. Los muchachos parecen menos preocupados por los problemas del crecimiento, aunque algunos se inquieten sobre todo por la estatura, el peso, los músculos y la potencia sexual (citado en Lutte, 1991).

CAPÍTULO 3.- AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

3.1 DEFINICIÓN DE IMAGEN CORPORAL.

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992), una de las más destacadas investigadoras en el campo de la imagen corporal de la escuela francesa, imagen corporal además de ser un concepto polisémico (con sus acepciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas, entre otras) no se reduce a una simple imagen óptica del cuerpo, esto es, no es meramente un "concepto corporal" sino una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consistente de conjuntos de representaciones y afectos de la unidad de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto. La síntesis final del desarrollo de la imagen corporal consiste, de acuerdo con esta autora, en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto".

Muy diversos estudios son los que se han llevado a cabo en relación con la imagen corporal y con la trascendencia que ésta tiene en la vida de un individuo. Vivimos en una cultura occidental notablemente centrada en el aspecto físico y no resulta extraño, por lo tanto, que la apariencia de un individuo, y específicamente la percepción que éste tiene de la misma, determinen sus relaciones personales, y su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria y en general, prácticamente todos los aspectos de su vida (Bruchon-Schweitzer, 1992).

En las ciencias sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social; parece ser que la imagen corporal que poseemos es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte del propio desarrollo físico, de la importancia que otros dan a los atributos físicos y por las expectativas culturales. De dichas expectativas y de la valoración que el individuo hace de su conducta, éste infiere un concepto de su propia importancia y de su posición ante los demás. La imagen del cuerpo depende, muchas veces, de las relaciones con los otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de capacidad para ejecutar metas, su autoestima, los sentimientos de seguridad y los de frustración. Si dentro de la familia se sobrevalora el cuerpo hermoso y los buenos músculos, se les forma un cuerpo ideal que deban tener. Por lo que cuanto más eficaces fueron las adaptaciones en la primera fase de la niñez mejores serán los cambios físicos normales en la adolescencia, por lo que tendrán una mejor construcción de su imagen corporal (Schonfeld, 1969, citado en Murrieta, 1997).

Para Bruchon-Schweitzer (1992), la 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, etc.). Y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. Así, el

desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión del sí mismo como objeto y sujeto.

La imagen corporal se refiere a la representación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo, (Garner, Martínez & Sandoval, 1987). Mientras que para Schonfeld 1969, citado en Murrieta, 1997, la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias.

Paul Schilder, en su libro clásico imagen y apariencia del cuerpo humano (1977), define la imagen del cuerpo humano como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece, disponiendo de ciertas sensaciones, viendo algunas partes de la superficie corporal teniendo impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc..

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

Especialmente los trabajos psicológicos muestran que la adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas (lo que explica mas bien la noción de esquema corporal), sino también cognoscitivas, afectivas y sociales (descubrimiento de los otros y de las fronteras, entre yo y los demás). El resultado final del desarrollo, de la imagen del cuerpo consiste en percibir el cuerpo como único, diferente de los otros y como propio (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Hamachek (1981), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen, es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser, o negativa si discrepa con lo que se desea. La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención, (Rosenbaum, 1979, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por los cambios

biológicos, b) las relacionadas con cambios psicológicos (como el desarrollo cognoscitivo) y c) las debidas al contexto social y al entorno cultural, como la etapa de vida y la clase social (Gómez Pérez-Mitré 1998).

Asimismo, la imagen corporal se considera un concepto multifactorial que incluye algunos componentes que han sido ampliamente estudiados y otros que no le han sido tanto ya que no existen algunos que no han sido identificados (puesto que la imagen corporal en parte inconsciente, existen algunos aspectos que no pueden verbalizarse). (Mendoza, 1996). Sin embargo, entre los más estudiados se pueden encontrar, como componentes básicos, la alteración de la imagen corporal, y la satisfacción o insatisfacción con la misma. Ambas se refieren a percepciones evaluativas y actitudinales globalmente favorable y desfavorable con respecto al propio cuerpo.

En la actualidad se considera que la imagen corporal que poseemos es producto de experiencias reales y fantasiosas que provienen en parte del propio desarrollo físico, de la forma en que los otros resaltan los atributos físicos y de la manera en que nos percatamos cada vez más, de las expectativas culturales. Los anuncios , las revistas, las películas, la televisión y el culto a los héroes del atletismo, contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal y al menosprecio del que no lo es.

La imagen corporal es una actitud que tenemos hacia nosotros mismos (Adame, Frank, Serdula, Cole & Abbas, 1990, citados en Murrieta, 1997). De acuerdo con Schilder 1977, citado en Murrieta, 1997, la imagen corporal es una representación que nos formamos en nuestra mente, es decir, es un camino de la apariencia corporal de nosotros mismos. La definición que también han manejado de imagen corporal es la satisfacción con el propio cuerpo; se midió la imagen corporal con una lista de 25 partes corporales y características, para cada una se indicaba la satisfacción o insatisfacción en una escala de 6 puntos. Las mujeres que respondieron manifestaron altos niveles de insatisfacción con sus cuerpos haciendo énfasis en la apariencia física. Las mujeres están más insatisfechas que los hombres, pues se le ha considerado más importante el atractivo femenino que el masculino, aun cuando tengan la autoestima alta. El 45% de las mujeres y el 55% de los hombres se preocupan más por el atractivo físico, ya que es considerado en la interacción social (32% a 29%).

Para los autores Schlundt y Bell (1993), la imagen corporal es una red multicomponente de cogniciones (percepciones) almacenadas en la memoria a largo plazo, usadas para procesar información en situaciones en las cuales el tamaño, la forma y la apariencia corporal es pertinente. Como tal, nunca habrá una sola medida de la imagen corporal.

En forma notable, la apariencia física de un individuo, al ser comparada con los estándares sociales de belleza, induce en quienes lo rodean percepciones, evaluaciones y comportamientos repetidos y coherentes que giran en torno a una actitud favorable o desfavorable hacia dicha persona. Ante esto, el individuo percibe e interioriza dichas actitudes hasta el punto en que afectan la imagen que de sí mismo tiene (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Si la percepción evaluativa y autoactitudinal del individuo es desfavorable con respecto a su propio cuerpo, con gran probabilidad deseará modificar su estado físico y, por lo tanto, la posibilidad de que incurra en algún trastorno alimentario estará latente. Es común que las personas perciban de manera muy inexacta la forma real de su cuerpo y ello puede derivar en una satisfacción o, más frecuentemente, en una insatisfacción con su figura corporal. Asimismo, la alteración de la imagen corporal puede presentarse como una sobreestimación o, más comúnmente, como una subestimación. Cabe subrayar que la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o la insatisfacción con la misma, en la mayoría de los casos está asociada con los trastornos de la alimentación y constituye un factor sumamente importante en la integración del autoconcepto de un individuo (Gilbert, 1993).

Para Kesselman, (1989), hay dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias, proporciones y orientación espacial), la cual es llamada imagen espacial del cuerpo. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo subjetivo, identidad corporal percibida, etc.), es decir, a una imagen afectiva del cuerpo. El término de imagen corporal parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objetivo provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen, orientación, etc.), sino también a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes, y frecuentemente de naturaleza autoevaluativa.

La representación corporal se configura por una asociación estructurada de sensaciones que provienen de los sentidos. Por medio de esta representación, esquema e imagen son integrados en la conducta, en el movimiento, en la postura, pasando por diversos centros nerviosos que portan diferentes calidades, o distintas experiencias emocionales.

Como se ha dicho anteriormente las sensaciones que alimentan la representación provienen de los sentidos vista, oído, tacto, gusto, olfato, pero también de otros menos conocidos; es decir, hay una sensibilidad superficial y una profunda. La sensibilidad superficial abarca sensaciones térmicas, táctiles y dolorosas. La sensibilidad profunda se refiere a la sensibilidad en relación con sensaciones vinculadas a la presión, al peso, vibratorias, sentido del movimiento, sentido de la posición, a las sensaciones dolorosas profundas, viscerales; sensaciones que llegan desde el interior del cuerpo, de los receptores, de las articulaciones.

También las personas aprenden de las sensaciones que provienen de otros cuerpos, la mirada, la postura, el cuerpo de los otros, nos van construyendo la representación. Sin el conocimiento del cuerpo del otro, sería imposible el conocimiento de nuestro cuerpo y la estructuración de su representación de cada uno (Kesselman, 1989).

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré; Granados; Jáuregui; Tafoya & Unikel, (2000), con una muestra de N = 1646 formada por hombres adolescentes y jóvenes

adultos, encontraron que al contrario de lo que sucede en las muestras de mujeres de poblaciones similares (Aguilar & Rodríguez , 1997; Murrieta, 1997), la figura ideal de los varones, no es una significativamente más delgada que la escogida como figura actual y ni tampoco es muy delgada. Al contrario, la figura ideal promedio resultó ligeramente más grande en todos los grupos. Estos resultados confirman estudios previos Bolaños (1998), y van en la dirección de los que Bruchon-Schweitzer (1992), afirma cuando señala que los hombres quieren una figura mesomorfa (con músculo) sin que esto implique aumentar grasa. Ahora bien, si entre los hombres adolescentes y jóvenes adultos del estudio no se encontró esa "obsesión femenina" de una figura ideal delgada y más delgada que la figura actual, quiere decir entonces ¿qué no existe insatisfacción con la imagen corporal qué, por otra parte, es el sustrato de lo que constituye el factor de riesgo para desarrollar trastornos de la alimentación?. La respuesta, de acuerdo con los resultados es que en las diferentes variables con las que se exploró Satisfacción/Insatisfacción se encontró insatisfacción, tanto en la forma agregada (figuras completas como objeto de elección y el concepto cuerpo como objeto de evaluación) como en la desagregada (partes corporales). Así, la presencia de mayor insatisfacción, tanto por querer ser más grueso (insatisfacción con signo negativo), como por desear ser más delgado (insatisfacción con signo positivo) fue evidente y más aún con partes corporales con las que se mostraron, sin importar edad, consistentemente insatisfechos con el tamaño y la forma, aunque ligeramente menos insatisfechos con esta última. Debe subrayarse, sin embargo, que todavía resultó más notoria que la insatisfacción, la presencia de alteración de la imagen corporal en la forma de subestimación.

3.2 IMAGEN CORPORAL COMO CONSTRUCTO.

Thompson 1990, citado en Raich, 1998, concibe el constructo de imagen corporal construido por tres componentes:

Componente Perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

Componente Subjetivo (Cognitivo-Afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes específicas del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

Componente Conductual: conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen al propio cuerpo a los demás, etc.).

Para Cash (1990), la imagen corporal implica: perceptualmente imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias

asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

La mayoría de las técnicas de la evaluación de la imagen corporal se han focalizado en la evaluación de dos componentes: el componente perceptivo y el subjetivo. Sólo recientemente se han construido instrumentos para evaluar los aspectos conductuales (Raich, 1998).

3.3 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL.

Aparentemente, hay dos factores que desempeñan un papel especial en la creación de la imagen del cuerpo. Uno es el dolor y otro, el control motor de nuestros miembros. El desarrollo del esquema del cuerpo probablemente corre paralelo en gran medida, al desarrollo sensoriomotriz. (Shilder, 1989, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

Está claro que el dibujo es una actividad psíquica bastante complicada y podría resultar difícil determinar si esta incapacidad sintética se basa realmente en dificultades sensoriales, o si se debe, simplemente, a ineptitudes motrices. Pero el niño se siente completamente satisfecho con sus dibujos de modo que, a nuestro juicio, lo que realmente refleja la forma en que los niños dibujan las figuras humanas es su conocimiento y experiencia sensorial de la imagen corporal. Expresan así, en todo caso, el cuadro mental que tienen del cuerpo humano, y la imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción (Schilder, 1989).

Horowitz (1986) afirma que la imagen del cuerpo actúa como ordenador que nos suministra información acerca del cuerpo y de su entorno y que está en constante relación con las percepciones internas y externas, memorias, afectos, conocimientos y acciones.

3.4 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA PUBERTAD.

Los cambios físicos de la adolescencia son: un aumento considerable en el ritmo del crecimiento y del tamaño del cuerpo, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo. En ambos sexos, las extremidades y el cuello crecen más rápido que la cabeza y el tronco al llegar a la pubertad, lo que les da a los jóvenes de esta edad un aspecto característico (Stone & Church, 1977, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo en los primeros 10 años de su vida. Las manos y

los pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de piernas y brazos. El estiramiento físico que a menudo se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, 1992).

Las pautas fisiológicas están gobernadas por el aumento de la actividad de la glándula "maestra", la pituitaria, órgano endocrino situado en la base del cerebro y que produce diversas hormonas. Las secreciones de la pituitaria regulan otras glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas, la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (testículos y ovarios), (Stone & Church, 1977, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

Las glándulas sexuales (testículos y ovarios) cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente. Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endocrinas. Estas hormonas van a aumentar considerablemente en la pubertad. Las hormonas "masculinas y femeninas", están presentes en los individuos de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las hormonas llamadas andrógenas, de las cuales la más importante es la testosterona y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona (Tanner, 1978, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

Además de la aceleración del crecimiento, el primer signo de pubescencia en las niñas puede ser la aparición del vello púbico, el aumento del tamaño de los pechos, o ambas cosas simultáneamente, las aréolas se hacen más grandes, sobresalen y toman forma cónica y su pigmentación se oscurece. Habitualmente los senos alcanzan casi su pleno tamaño antes de la menarquía, el comienzo de la menstruación, (Stone & Church, 1977, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997). La pelvis de las chicas se ensanchan y las caderas y los muslos se redondean gracias a un depósito de grasa que se acumula en estas partes conformando su aspecto femenino. En los chicos, el fenómeno ocurre de diferente manera, se estiran los huesos de los hombros y la grasa tiende a situarse en la parte superior del cuerpo (Padiouleau, 1991).

Aunque las mujeres llegan primero al período de crecimiento rápido, en ocasiones superando en estatura a los varones entre los 12 y 13 años, éstos con el tiempo las alcanzan y las rebasan normalmente. Los hombres también comienzan a tener huesos más fuertes y una masa muscular mucho mayor que la de las mujeres, particularmente en el rostro. Por el contrario, el cuerpo de la mujer empieza a acumular proporcionalmente mayores cantidades de grasa. El aumento en la grasa corporal en sus brazos, tórax, caderas y piernas, comienzan a darles la figura propia de la mujer (Morris, 1987).

Tanto en los varones como en las niñas la piel se vuelve más grasosa, sus poros se dilatan y las glándulas sebáceas son más activas produciendo una secreción aceitosa. Como resultado, en los jóvenes aparecen con más frecuencia las espinillas y el acné. Las niñas sufren un cambio de voz, pero menos marcado que en los niños, sus voces se hacen más profundas (Stone & Church, 1977, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

3.5 ALTERACIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

El concepto de alteración de la imagen corporal como la deformación o alteración de la percepción del propio cuerpo. Garner & Garfinkel 1981, sugirieron que la imagen corporal es una estructura multidimensional. Recientemente, otros investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas, distorsión perceptual e insatisfacción corporal, (Cash & Brown, 1987; Thompson, 1990). La distorsión perceptual es la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo. La insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos. Aunque los autores no lo hayan expresado abiertamente, la satisfacción corporal parece depender fuertemente de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.

Gómez Pérez-Mitré (1995), señala que la insatisfacción de la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Desde la pasada década, la mayoría de las investigaciones en esta área se han centrado en la sobreestimación del tamaño corporal en individuos con trastornos alimentarios. Sin embargo, se ha verificado que en individuos sin trastorno alimentario, también se dan alteraciones de la imagen corporal, tanto en forma de insatisfacción corporal (con el cuerpo en general o con aspectos de éste) o en forma de imprecisión perceptual (particularmente sobreestimación).

Ahora bien, la insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como en población general, (Cash & Brown, 1989; Thompson, 1990). La mayoría de los estudios han demostrado que las mujeres adultas están menos satisfechas que los hombres y que el peso corporal es la fuente principal de insatisfacción.

De estos estudios también se desprende que en muchos casos las mujeres poseen más actitudes negativas hacia la imagen corporal que los hombres, (Cash & Pruzinsky, 1990; Jackson, 1992; Muth & Cash; 1995), y que es principalmente el temor a subir de peso o a llegar a ser obesa lo que propicia la conducta dietaria, (Brownell & Rodin, 1994; Fallon, Katzman & Wooley, 1994; Muth & Cash, 1995), la que es considerada como el inicio de los trastornos de la alimentación (Polivy & Herman, 1985).

3.6 SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

Debe destacarse con respecto a la imagen corporal, y siguiendo las ideas de la misma autora (Bruchon-Schweitzer, 1992), que el componente satisfacción/insatisfacción es lo que constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes en tanto modula las relaciones: entre realidades externas más o menos objetivas, cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros y unas realidades internas principalmente subjetivas, como, por ejemplo, la percepción de sí mismo, autoevaluación, autoatribución. La imagen corporal está sujeta a evaluaciones favorables o desfavorables, que un sujeto realiza sobre su propio cuerpo, dicho resultado corresponderá a los conceptos de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

La investigación de Franzai & Herzog (1980), muestra tres dimensiones de la satisfacción corporal, dos son específicas de cada sexo (la condición física es común en los dos sexos). El atractivo físico global y la fuerza del cuerpo, son factores masculinos. La satisfacción-insatisfacción para Garner & Garfinkel (1980), es el grado que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo.

La satisfacción-insatisfacción constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes, ya que modula las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas, por ejemplo; la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución. Ahora bien, una de las formas de entender y estimar la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo es la que depende de la distancia entre realidad y la idealidad, (Tucker, 1984). Se trata del cuerpo percibido que puede ser diferente tanto del cuerpo real como del cuerpo ideal, sin embargo, lo más importante es el nivel de positividad o negatividad de la misma, ya que se ha mostrado ser el mejor predictor de la satisfacción corporal. Así, considerarse atractivo correlacionará más alto con la satisfacción corporal que serlo efectivamente y objetivamente. La satisfacción corporal contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestimación favorable, así como el equilibrio emocional, (Bruchon-Schweitzer, 1992). Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o la insatisfacción con la imagen corporal es la que depende de la distancia entre la realidad y la idealidad, (Tucker, 1984, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). La dirección de la autopercepción positiva o negativa ha mostrado ser el mejor predictor de la satisfacción corporal. Así, considerarse como una persona atractiva correlacionará más alto con satisfacción corporal que ser objetivamente atractiva (Gómez Pérez Mitré, 1998).

Gómez Pérez-Mitré (1998), concluye que se comprobó la hipótesis del papel mediador de la variable satisfacción/insatisfacción en la relación cuerpo percibido y preocupación por el peso y por la comida (factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación). No menos importante resultó el haber confirmado que tiene mayor importancia como predictor de satisfacción corporal el "sentirse atractivo". La relevancia de estos resultados se

encuentra en la relación sustancial que mantiene la satisfacción corporal con los trastornos de la alimentación y en lo promisorio de los mismos, en tanto, son: teórica, práctica y estadísticamente sugestivos. Es decir, sugieren entre otras cosas, que en la intervención clínica deberá buscarse mejorar la satisfacción corporal, sin perder de vista que para incrementar las probabilidades de lograrlo se requiere conocer y trabajar la percepción subjetiva que aquí hemos denominado cuerpo percibido.

La insatisfacción con la imagen corporal tiene un origen de carácter psicosocial y cognoscitivo, en el que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos (percepción, aprendizaje y pensamiento) y por otro lado tiene un origen actitudinal, ya que además de conocimiento expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal; implica conocimientos, creencias, valores, expectativas y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como parte de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La belleza puede ser una promesa de completa satisfacción; ya que la belleza y la fealdad no sólo figuran en la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, también la que los demás se forman de nosotros. La imagen corporal es el resultado de la vida social, la belleza y la fealdad no son fenómenos que se den en el individuo aislado; sino que son esencialmente sociales. Así dicha imagen no es completamente rígida; los individuos construyen y reconstruyen esa imagen e influyen en la de los demás. Estos intercambios se dan por medio de la socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1977, citado en Murrieta, 1997).

Se ha reportado consistentemente que la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es uno de los predictores de los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios (Fabian & Thompson, 1989; León, Fulkerson, Perry & Cudeck, 1993, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Es importante mencionar que la satisfacción o la insatisfacción con la imagen corporal no se adquieren ni se modifican de la noche a la mañana, sino que van adquiriendo y modificando en forma paulatina desde la niñez.

Así, la percepción de la imagen corporal no es una percepción estática e inalterable, sino por el contrario, varía a lo largo de la vida por diferentes circunstancias como la enfermedad, el desarrollo físico (los cambios corporales), el desarrollo cognitivo (modificación de juicios, lógica, creencias, valores, etc.) y el contexto social, etc. Grinder (1987, afirma que la apariencia física de un individuo se encuentra influida por aspectos constitucionales y culturales, lo que le permite percibir, interpretar, elegir o modificar ciertas propiedades del contexto, tales como su cuerpo. Después de todo, las prácticas embelleecedoras tratan de alcanzar unos objetivos individualistas, pero sobre todo el reconocimiento o la promoción social.

Cuando un niño siente que es atractivo y que quienes lo rodean, lo buscan o lo halagan, por lo general desarrollará un autoconcepto que le permita superarse y lograr progresos en las diferentes áreas de su vida y, probablemente, sentirá satisfacción con su imagen corporal. Cuando, por el contrario, sienta que su cuerpo no satisface las expectativas de

quienes lo rodean, con frecuencia se menospreciará y sentirá insatisfacción con su imagen corporal. Ahora bien, mientras que la satisfacción o la insatisfacción se da con relación al nivel o grado de discrepancia que existe entre la figura corporal real del sujeto y la figura corporal ideal o imaginaria del mismo; la alteración de la imagen corporal, por su parte, puede presentarse ya sea como una sobreestimación o como una subestimación de la figura corporal.

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

La imagen corporal como se mencionó anteriormente, tiene una influencia cultural pues propone ideales estéticos que impactan en la autoestima de las personas, para lo cual tiene mucho que ver la imitación y la sensación de control provocando desórdenes alimentarios (Thompson, 1996).

Con el fin de conocer mejor ciertos determinantes de la satisfacción corporal, Jourard & Secord, 1955, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992, pidieron a unos estudiantes masculinos que respondieran a la BCS y que evaluaran a continuación las medidas ideales, según ellos, de siete partes del cuerpo masculino. Después se tomaron sus medidas reales en estas siete zonas (altura, peso, anchura de los hombros, contorno del pecho, etc.). Si el cuerpo ideal corresponde a un tipo mesomorfo (moderado), las medidas reales están asociadas positivamente con la satisfacción relativa a cada zona. Un sujeto masculino está tanto más satisfecho de una región del cuerpo, cuanto más desarrollado está, aunque aprecie el hecho de ser longilíneo.

Otra encuesta realizada también con sujetos norteamericanos (2000 en total), por Berscheid, Walster & Bohrnstedt, 1973, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992, encontraron resultados casi similares con la ayuda de una escala de satisfacción corporal más amplia porque incluye datos faciales. Se encontró, en las mujeres principalmente, las mismas preocupaciones de delgadez. Predijeron de modo especial la insatisfacción de las dimensiones del tronco inferior (vientre, caderas y muslos), el peso, y estos resultados indicaron que nada parece haber cambiado después de veinte años en las mujeres norteamericanas. Por el contrario, aunque la fuerza muscular fue siempre una fuente de insatisfacción en el hombre norteamericano (hombros, pecho, tono muscular, etc.), éste valoró la delgadez, ya que un peso elevado predijo la insatisfacción (mientras que esta relación era nula en 1954).

Aunque los autores lo hayan expresado abiertamente, la satisfacción corporal parece depender aquí de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecieron apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal. Según diversos estudios, el sobrepeso es un buen predictor de la insatisfacción, no sólo en las mujeres, sino, desde los años setenta, en los hombres. Un punto interesante es que esta característica indeseable

(principalmente cuando es autoevaluada) parece incorporar otras (dientes, pecho, forma de las piernas, estructura del cuerpo, posturas), así como el hecho de ser demasiado gordo (objetiva o subjetivamente) produjera una insatisfacción, no específica, sino difusa (Prytula & Hiland, 1975, Gray, 1977, Young, Reeves & Eliot, 1978, Young & Reeves, 1980, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). Con frecuencia se menospreciará y sentirá insatisfacción con su imagen corporal.

3.7 TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Recientemente Slade y Brodie 1994, citados en Raich, 1998, al realizar una revisión de los estudios que se han llevado a cabo en los últimos años sobre evaluación perceptiva en trastornos alimentarios, llegan a la conclusión de que se debe reconceptualizar el proceso. Según se desprende de los análisis, la propuesta es que: 1) las personas con trastornos alimentarios no tienen una imagen distorsionada fija e implacable, tal como Bruch había asegurado en sus artículos y que ha precedido una gran parte del trabajo en desórdenes de la alimentación; 2) por el contrario, poseen una imagen corporal incierta, inestable y débil; 3) cometen un error de medida en el sentido de la precaución y sobreestiman su medida corporal.

Esta reconceptualización presenta fuertes implicaciones a nivel evaluativo y terapéutico. A nivel evaluativo, parece que más que determinar el grado de distorsión perceptiva es importante la valoración de la insatisfacción, los pensamientos y los comportamientos relacionados con la imagen corporal. En cuanto a la intervención, la antigua conceptualización de Bruch propició que se llevarán a cabo no pocos, sino ningún intento de alterar la imagen corporal directamente (ya que era fija). Por el contrario tal reconceptualización que refiere que la imagen corporal en personas que sufren trastornos alimentarios es incierta, inestable y débil, sugiere que no sólo es posible alterarla directamente, sino que puede aportar grandes beneficios al convertir los trastornos de la imagen corporal en el primer objetivo de la intervención. Esto concuerda con la línea del pensamiento de Thompson 1990, citado en Raich, 1998, quien puntualiza que ha habido pocos intentos de alterar la imagen corporal directamente, pero que, posiblemente, sea una de las más importantes áreas de investigación en el futuro (León, 2000).

3.8 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.

Cuando se habla de trastorno de la imagen corporal, en el estudio de los trastornos alimentarios, se ha utilizado una gran cantidad de expresiones: distorsión de la imagen corporal, sobreestimación, preocupación, insatisfacción, etc. Cada uno de estos términos se refiere a otras tantas manifestaciones de la imagen corporal en los pacientes que presentan trastornos alimentarios, pero no recogen el problema en su totalidad, ya que éste es multidimensional. Por ello si se usa el término *Trastorno de la Imagen Corporal* queda

claro: a) que se trata de una constelación de aspectos como conjunto; b) que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o el expresado por una simple alteración (Raich, 1998).

El trastorno de la imagen corporal comprende aspectos conductuales, perceptivos y actitudinales. Resumiendo, el trastorno de la imagen corporal es una condición multidimensional que está asociada con un gran malestar subjetivo y puede ser perturbador especialmente para la relación social, (Philips, 1996). Las personas que presentan este trastorno están en un rango clínico en cuanto a psicopatología y diferentes medidas de autoestima. Sus manifestaciones se superponen al trastorno obsesivo-compulsivo o fobia social.

3.9 DEFINICIÓN DE AUTOATRIBUCIÓN.

La autoatribución se refiere a los procesos a través de los cuales se construye la imagen corporal del individuo, es decir, son los atributos, las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y forma parte del autoconcepto (Rosenberg, 1967, citado en Barajas, 1998; Morales, 1995; Myers, 1995).

Como se ha dicho la valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la reacción que la gente tiene frente a un individuo. Los jóvenes cuyo físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan una autoatribución negativa. Es importante mencionar que los atributos que uno se pone a sí mismo no solamente afectan su autoconcepto, sino también su conducta. Por ello, si los atributos que un individuo se impone determinan su estado, cómo se siente y cómo actúa, resulta evidente que tienen una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida del individuo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Como seres humanos siempre buscamos obtener información valorativa de nuestra conducta, acerca de nuestros estados de ánimo, pensamientos dispositionales; y por medio de un proceso de introspección, la persona busca comprender sus intenciones, motivos, sentimientos y de esta manera poder interpretar indicios proporcionados por fuentes externas de información (Baron, 1974, citado en Barajas, 1998).

Cabe subrayar que los factores externos juegan un papel crucial en el proceso del conocimiento y entendimiento de nosotros mismos. También se ha encontrado que muchas de las percepciones que tienen los individuos están asociados con los estados internos (por ejemplo: actitudes, preferencias, emociones); con los cuales, se pueden predecir determinadas conductas de otros y que son atribuibles a los estados y disposiciones internas (Schneider, Hastorf & Ellsworth, 1992).

Las experiencias vividas con y a través de los otros, los papeles y los comportamientos premiados o castigados van conformando la autoimagen e imprimiendo el significado de sus atributos percibidos. A partir de estos hallazgos, en la literatura más reciente, Myers, 1995, se reporta que en la autoatribución de aspectos subjetivos, como disciplinado o esforzado, existe más probabilidad de que se produzca un sesgo de autoservicio, es decir, presentar una imagen más positiva que cuando los atributos expresan conductas objetivas, como puntual o limpio. Es conveniente aclarar que el sesgo de autoservicio es producto secundario de la forma en que se procesa la información y permite presentar una imagen positiva ante los demás, contribuyendo a proteger o incrementar nuestra autoestima. Con base en lo anterior y de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, 1996, la presentación de una lista de adjetivos positivos y negativos, y la selección que de ellos hacen los niños, permite inferir que se ha obtenido una autodescripción de la imagen que los niños tienen de sí mismos. La autoatribución no sólo se refiere a los aspectos antes señalados, sino que incluye también la autoatribución de características físicas que conforman la imagen corporal. Esta última se define como la representación del proceso "propio cuerpo" y forma parte del concepto de sí mismo. Es producto de la interacción social y resulta fuertemente influenciada por los cánones de belleza difundidos en cada época (Salazar, Lizano & Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Es importante aclarar que los seres humanos son las únicas criaturas vivientes que se autoevalúan. Son los únicos que pueden reprimir sus instintos e incorporar a su ser atributos y características como producto de la interacción social. Como consecuencia de ello, acostumbran ponerse calificativos que, lejos de ayudarlos, por lo general los limitan o los hace sentir mal. Atributos como "vago", "ignorante", "tonto", "débil", "inútil", "gordo", "flaco", "animal", etc., afectan la propia imagen del individuo. Si este individuo adopta dichos calificativos y los incorpora a su persona no es extraño que vaya por la vida sintiéndose mal y lleno de complejos. En vez de aceptarse tal como es, y de aceptar su naturaleza, el ser humano, con asombrosa frecuencia, tiene complejos de inferioridad y se atribuye características que normalmente se alejan de la realidad y que le hacen sentir miserable. No es raro, entonces, que le resulte difícil aceptar su cuerpo tal y como es, y sobre todo, aceptarse íntegramente como ser humano. En lugar de fijarse en sus particulares aptitudes, el ser humano se compara con otros, lo cual le hace sentir disminuido. Piensa que si sólo tiene un mejor aspecto entonces indudablemente debe ser mejor y ello es suficiente para hacerlo sentir menos (Bruchon-Schweitzer, 1992).

El uso de estas autoatribuciones ayuda al individuo a entender y conocer a otros; ya que, si la persona conoce sus características particulares que lo distinguen: atractivo físico, inteligencia, habilidades sociales, de competencia, etc., podrán entender mejor los comentarios y reacciones por parte de otras personas. Algunos estudios indican que los sentimientos y creencias son inferidos frecuentemente a partir del propio comportamiento y de diversos estímulos externos. Así, los modelos de atribución se desarrollan en el supuesto de que las inferencias de atribución guían nuestro comportamiento con nosotros mismos y con los demás (Schneider, Hastorf & Ellsworth, 1992).

3.10 AUTOATRIBUCIÓN DEL CALIFICATIVO ATRACTIVO.

El atractivo físico, es una de las características individuales fundamentales que permiten no sólo describir a los individuos sino predecir percepciones y los comportamientos afectivos de que son objeto, y después las imágenes que ellos elaboran de sí mismos (Bruchon Schweitzer, 1992).

Byrne 1971, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997, ha teorizado el paradigma de la atracción interpersonal y del refuerzo social diferencial; según él, todo individuo es percibido por los otros de una manera más o menos deseable o indeseable, y esta percepción está inducida sobre todo por el atractivo o el no atractivo físico de la persona observada. Se ha creído durante mucho tiempo que la belleza era una cuestión de gusto personal, o al contrario, que estaba vinculada a unos criterios estáticos atemporales y universales.

Las informaciones obtenidas, espontáneamente, en un breve encuentro con un desconocido son como ha demostrado Lyman, Hatlied & Macurdy, 1981, de tres tipos: características físicas del otro, comportamientos observados y rasgos de personalidad global (positivo o negativo), esto es el conjunto de las características físicas tal como las percibimos en los otros.

Hsu (1983), destacó, desde sus primeros estudios, la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales y se ha encontrado que en las mujeres este atractivo se relaciona con la delgadez, mientras que los hombres prefieren ser más grandes y pesados. Asimismo, de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, 1997, la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres y principalmente los adolescentes desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha demostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada. Sin embargo, se ha encontrado que esta preocupación por la figura ideal inicia aun más temprano que en la adolescencia, por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré 1997, reportó que en niñas tan jóvenes como las preadolescentes (de 9 a 12 años), ya está presente el deseo de una figura muy delgada, así como el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo, lo deseable.

3.11 TIPOLOGÍAS.

La creencia de que algunas características físicas son indicadores visibles de unas características psíquicas menos evidentes es muy antigua. Las tipologías (estudio sistemático de los rasgos de carácter en relación con los datos somáticos) más conocidas son la de Kretchmer y la de Sheldon.

Kretchmer 1967, citado en Murrieta, 1997, psiquiatra alemán describe tres tipos físicos fundamentales, el pícnico (ancho), el leptosomo (estrecho y largo) y el atlético

(musculoso), y después un tipo mixto o displástico. Los tres primeros tipos corresponden respectivamente a la locura circular (psicosis maniaco-depresiva), a la demencia precoz (esquizofrenia) y a la epilepsia, pero también a unos tipos prepsicóticos (cicloide, esquizoide, epileptoide) y también a tipos normales (ciclitímico, esquizotímico e ixitímico); es decir, respectivamente sociable y realista, taciturnos e idealista, lento e impenible.

La teoría constitucionalista de William H. Sheldon (1898-1977), médico y doctor en filosofía, supuso que había una fuerte relación entre la estructura corporal de la persona o somatotipo y su personalidad. Sheldon describió tres tipos de constitución física: el endomorfo, de gran peso y con los huesos y músculos pobremente desarrollados; el mesomorfo, musculoso, fuerte y atlético; y el ectomorfo, delgado y frágil. Después los relacionó con tres categorías de rasgos de la personalidad: viscerotonía (amante del bienestar, orientado a la comida, sociable y relajado); somatotonía (agresivo, amante de la aventura y con ganas de correr riesgos), y cerebrotonía (retraído, autoconsciente e introvertido). Cuando Sheldon clasificó a los varones según sus tipos corporales y las características de la personalidad, encontró altas correlaciones. Es decir, las personas extremadamente endomorfas mostraban tendencia a ser viscerotónicas, los mesomorfas tendían a ser somatotónicos y los ectomorfos tendían a ser cerebrotónicos (Papalia, 1990; Sheldon, 1972, citado en Murrieta, 1997).

Sus resultados pudieron muy bien haber estado sesgados por su propia predisposición, puesto que Sheldon definió personalmente muchos de los rasgos físicos y de su personalidad. Otros investigadores han estudiado estos resultados y por lo general, han reportado correlaciones más bajas entre rasgos físicos y personalidad. Al parecer existe una cierta relación entre los rasgos físicos y el tipo de personalidad, lo que confirma las creencias populares, pero esta relación es mucho menor de lo que los datos de Sheldon presentan (Hall & Lindzey, 1978, citados en Papalia, 1990).

Otras investigaciones son de naturaleza muy distinta, han surgido en los años setenta y proliferan actualmente, en especial en los países anglosajones, tienen en común preguntarse sobre la parte subjetiva (o intrasubjetiva) de las relaciones entre la apariencia física y la personalidad (percepciones, actitudes, comportamientos afectivos diferentes inducidos por unos sujetos de aspecto diferente). Se trata de un nuevo paradigma, procedente de unas corrientes interaccionistas de la psicología y del desarrollo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Es importante percibir la apariencia física de los otros, a menudo es considerado como un proceso global que incluye diversos detalles (forma del cuerpo, sexo, atractivo físico, edad, vestidos, gestos, expresiones, etc.). Y que se traduce por unas impresiones o unas evaluaciones también globales (a menudo se ha descrito un factor de impresión agradable/desagradable).

La mayor parte de los autores partidarios de la corriente interaccionista ha considerado implícitamente que la dimensión más importante de la percepción del cuerpo (el de los

otros y el nuestro) era evaluativa (se refiere a unas normas ideales), (Bruchon-Schweitzer, 1992, citado en Ávila, Lozano & Ortiz, 1997).

3.12 TEORÍAS SOBRE LA INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

TEORÍA PERCEPTUAL.

Se refiere al déficit cortical, fallas adaptativas e ilusiones perceptuales, que tienen que ver con la autopercepción; es decir, si el individuo subestima o sobreestima su imagen real, en cuanto a talla y peso (Heisenberg & Thompson, 1992).

TEORÍA DEL DESARROLLO.

El componente subjetivo de la imagen corporal dirige la satisfacción con la talla corporal, específicamente de sus partes. Esta teoría pone énfasis en la importancia del rol en los niños y en los adolescentes. El desarrollo de la imagen corporal se enfoca en la pubertad, ya que es la etapa asociada con los cambios físicos y psicológicos, por lo que encontró que había una correlación significativa entre las burlas, la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima (Thompson, 1996).

TEORÍA SOCIOCULTURAL.

Esta teoría del trastorno con la imagen corporal examina la influencia de las experiencias, expectativas e ideales culturales en la etiología de los trastornos alimentarios. Estos están relacionados con los roles de socialización ya que existe una discrepancia entre el yo ideal y el yo real, debido a la comparación social, pues muchas personas creen que si tienen un cuerpo atractivo tendrán éxito en todos los niveles de su vida personal.

El estándar social atlético es muy persuasivo en los hombres, y en las sociedades modernas, se ha tomado como sinónimo de belleza. (Stregel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986, Thompson, 1990). En tanto la obesidad es evaluada como seriamente denigrante, esto se da como resultado de la presión social.

TEORÍA DE LA DISCREPANCIA DEL YO IDEAL.

Thompson (1996), menciona la hipótesis de la discrepancia del yo ideal, en donde se explica el desarrollo y el mantenimiento del trastorno con la imagen corporal. Esta teoría enfoca la distancia individual de las comparaciones de su apariencia con un ideal imaginado o con algún otro ideal. Este proceso de comparación puede deberse a una discrepancia entre el yo ideal y el yo real, lo que indica la insatisfacción con la imagen corporal. Es decir, que a mayor discrepancia percibida mayor insatisfacción, y esto está directamente relacionado con tasas altas, con los trastornos alimentarios (Fallon & Rozin, 1985).

TEORÍA DE LA COMPARACIÓN SOCIAL.

Festinger, 1954, citado en Barajas, 1998, teorizó que los humanos tenemos una tendencia innata a tomar información de los pensamientos que nosotros mismos asimilamos, a través del proceso de comparación social con otros, que creemos son superiores a nosotros en atributos e intereses, lo que se asocia con incremento en la ansiedad emocional y decremento en la autoestima (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

En un estudio realizado por Heisenberg y Thompson (1992), encontraron que los sujetos que se compararon con otros amigos o compañeros del mismo sexo reportaron gran ansiedad y angustia con la imagen corporal que los sujetos quienes se compararon con los del sexo opuesto. Lo que se ha encontrado es que la mayoría de las variaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios pueden deberse a la tendencia de hacer comparaciones sociales y a la tendencia de la internalización de las normas socioculturales hacia la delgadez y el atractivo físico.

La belleza humana no ha podido ser definida por unas propiedades mensurables y todavía se ignora la relativa generalidad o especificidad de los criterios propios de cada cultura. El acuerdo de los juicios de la belleza-fealdad, en cada cultura, se definen casi siempre por el consenso social; es decir, por la concordancia intersubjetiva de las percepciones relativas al atractivo físico.

CAPÍTULO 4. - CONDUCTA ALIMENTARIA.

4.1 CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN, HAMBRE Y APETITO.

De acuerdo con Higashida (1993), *alimentación* es la acción voluntaria por medio de la cual el individuo ingiere comestibles. La alimentación varía según la cultura, la situación económica, el gusto y el estado de ánimo. Existen diferencias entre las sensaciones de apetito, hambre y saciedad, y cada una de estas sensaciones están gobernadas por un solo centro nervioso.

Gómez Pérez-Mitré & Ávila (1998), señalan que el *hambre* es un hecho instintivo, no requiere aprendizaje previo, está regido por una necesidad y lleva a "comer algo", comer cualquier cosa para lograr la supervivencia. Mientras que el *apetito* da cabida a un deseo; es decir, a encontrar el placer que la comida elaborada provee. Robillard (1993), señala que se puede comer con apetito aunque las necesidades calóricas estén satisfechas, mientras que la saciedad sólo se consigue cuando el hambre es aplacada. En el apetito no sólo influye el sabor o la apariencia de los alimentos, sino también el ambiente, el régimen de vida, las circunstancias sociales, el humor, la vida de relación, etc. (Robillard, 1993).

En la sociedad actual, existe una tendencia a comer mientras hay apetito, aunque el hambre haya sido saciada ya. Y se come no sólo para satisfacer el apetito, sino también por obligación social, como señal de reconocimiento o gratitud. Siguiendo a Robillard (1993), el aumento de nivel de vida ha condicionado que se ingiera un exceso de alimentos con alto contenido calórico (azúcar refinada, harinas blancas, carnes magras, grasas animales, caramelos, bebidas refrescantes de alto contenido en glucosa, bebidas con gran volumen de alcohol, entre otros).

4.2 CONCEPTO DE NUTRICIÓN.

Es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo digiriendo, absorbiendo y utilizando los nutrimentos contenidos en los alimentos para su crecimiento, mantenimiento y reparación (Higashida, 1993).

4.3 CONCEPTO DE NUTRIMENTO.

Higashida (1993), lo define como una sustancia química que contienen los alimentos y que el organismo utiliza para la formación de nuevos tejidos durante el crecimiento, para reemplazar los tejidos que se desgastan o destruyen, para la reproducción y como fuente de energía para llenar las necesidades calóricas del organismo.

Bosco (1986), refiere que los alimentos se pueden clasificar en sustancias energéticas, destinadas a la combustión para así generar una fuerza, en sustancias plásticas o formativas,

que sirven a los fines constructivos de tejidos y órganos; y en sustancias reguladoras, como las vitaminas, el agua, los nutrimentos inorgánicos (minerales) y algunos ácidos grasos o aminoácidos esenciales, y que son necesarios para crear el medio adecuado en que ha de vivir el ser humano o que facilitan por su presencia aquellas reacciones químicas de formación o de combustión.

4.4 METABOLISMO.

El conjunto de procesos químicos que se llevan a cabo en los tejidos recibe el nombre de metabolismo y tiene dos aspectos: anabolismo y catabolismo (Higashida, 1993). El anabolismo es la suma de los procesos que intervienen en la construcción o asimilación. Bosco (1986), menciona que durante los procesos anabólicos o constructivos, se forman nuevas sustancias vivas. El catabolismo comprende los procesos de desasimilación; asimismo, Bosco (1986), refiere que durante el catabolismo, las mismas sustancias producidas en el anabolismo, se escinden para generar energía (calor o trabajo).

4.5 REQUERIMIENTOS NUTRITIVOS.

Para sobrevivir, el ser humano precisa un aporte continuo de multitud de sustancias diferentes. La alimentación ha de aportar al organismo sustancias plásticas o formativas y sustancias energéticas. Las primeras sirven para la construcción, renovación y reposición de la materia viviente. Durante el crecimiento se origina un gran número de elementos celulares nuevos y las necesidades en sustancias plásticas son muy grandes. Las exigencias energéticas se cumplen con la combustión de azúcares, ácidos grasos y algunas proteínas, lo mismo en el niño que en el anciano. Sólo varían las cantidades a quemar, que dependen de la actividad, temperatura, clima; es decir, de factores predominantemente ambientales. (Bosco, 1986).

La totalidad de las sustancias nutritivas del ser humano puede clasificarse en:

- a) Hidratos de carbono (carbohidratos). De acuerdo con Robillard (1993), también se denominan glúcidos o azúcares. Los carbohidratos abundan en el pan, la tortilla, las pastas, los cereales, las leguminosas, los dulces y las frutas, entre otros.

Los hidratos de carbono están constituidos por carbono, hidrógeno y oxígeno; pueden presentarse bajo la forma de polisacáridos (almidones), disacáridos o monosacáridos, que se desdoblan en el tracto digestivo hasta formar glucosa que es la fuente de energía por excelencia. Los hidratos de carbono proporcionan el calor y energía necesarios para realizar las actividades corporales. Cuando se ingieren en exceso, se almacenan en una forma especial llamada glucógeno, en el hígado y en los músculos; aunque si los depósitos están llenos, se transforman en lípidos o grasas que se almacenan en el tejido adiposo. Cuando baja el nivel de glucosa en la sangre, el glucógeno del hígado se transforma en glucosa (Higashida, 1993).

Los hidratos de carbono también comprenden celulosa, la cual no es digerida, por lo que no representa una fuente de energía. No obstante, es necesaria debido a que constituye una forma de fibra o material de arrastre; es decir, permanece sin ser digerida en el intestino, da volumen a las heces y favorece la evacuación.

El azúcar principal es la sacarosa, que se obtiene de la caña de azúcar o de remolacha. La mayor parte de la sacarosa se ingiere en forma de dulces, mermeladas, galletas, pasteles y el azúcar que se añade a las bebidas; sin embargo, este grupo carece casi totalmente de vitaminas, nutrimentos inorgánicos o fibras, por lo que su valor alimenticio es muy bajo. Asimismo, una pequeña parte procede también de la fruta (Robillard, 1993).

b) Proteínas.

Según Higashida (1993), las proteínas están formadas por carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno, azufre y fósforo. Se consideran alimentos plásticos porque son necesarios para formar tejidos en el niño y en el adolescente, y para reemplazar a las células que se van gastando en los tejidos del adulto. Las proteínas están formadas por la unión de aminoácidos, de los cuales hay nueve que se consideran esenciales porque no pueden ser sintetizados por el organismo: histidina, leucina, isoleucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano y valina; sin ellos el organismo no puede sintetizar proteínas en las que intervienen estos aminoácidos y los tejidos sufren alteraciones.

Las proteínas también forman anticuerpos en la sangre, los cuales ayudan a combatir las infecciones (Robillard, 1993). Señala, además, que las enfermedades, infecciones, quemaduras, fracturas óseas causan una considerable pérdida de proteínas en el organismo. En consecuencia, si una persona no recibe suficientes proteínas para reponer la destrucción natural de sus tejidos orgánicos, parte de las proteínas de los tejidos menos vitales del organismo, como los músculos, se descompondrán para mantener los órganos vitales, como el corazón y los riñones. Las proteínas abundan en la carne, el pescado, los huevos, la leche y sus derivados, y el frijol de soya, entre otros. Las proteínas animales contienen, aproximadamente por mitades, aminoácidos esenciales y aminoácidos no esenciales que pueden ser sintetizados por el organismo; en cambio, las proteínas vegetales solamente contienen una tercera parte de aminoácidos esenciales (Higashida, 1993). López (1985), menciona que aunque algunos excedentes proteínicos pueden transformarse en grasa, las proteínas no se almacenan y hay que reemplazarlas con regularidad.

c) Lípidos o grasas.

De acuerdo con Higashida (1993), están constituidos por carbono, hidrógeno y oxígeno (este último en menor cantidad). Su utilización en el organismo es más lenta. Las grasas, como los hidratos de carbono, son energéticos y su función es indispensable para que se aprovechen las vitaminas A, D, E y K.

Robillard (1993), indica que el consumo de lípidos nos produce una sensación de llenura (saciedad), ya que permanecen en el estómago más tiempo; además, ayuda a mantener la

temperatura corporal. Asimismo, desempeñan un papel importante en el sabor de los alimentos; el sabor de muchos alimentos depende de las propias grasas o de otras sustancias disueltas en ellas.

El colesterol es uno de los componentes de los lípidos que nuestro cuerpo necesita para funcionar apropiadamente. Desempeña una parte muy importante en la elaboración de la vitamina D y de ciertas hormonas. Sirve como estructura para la formación de membranas celulares. No obstante, un elevado nivel de colesterol en la sangre ocasiona, a la larga, endurecimiento de las arterias cardiovasculares y enfermedades (Robillard, 1993). Higashida (1993), agrega que el colesterol aumenta cuando ingerimos grasas saturadas, llamadas así porque en sus átomos de carbono está fijado el número máximo de átomos de hidrógeno. López (1985), refiere que los alimentos ricos en contenido de grasas saturadas son la carne, la yema de huevo, la leche sin descremar, la crema y los quesos de leche entera, los helados, la mantequilla, ciertas margarinas, la manteca, el chocolate, el coco, entre otros.

Las grasas no saturadas son las que tienen algunas de sus valencias moleculares libres para unirse con otros materiales del organismo. Se asimilan mejor y pueden transportar otras sustancias nutritivas con más facilidad que las grasas saturadas que no tienen valencias libres. Las contienen el pescado, los mariscos, los aceites vegetales, las nueces, avellanas, almendras, etc. (López, 1985). Braguinsky (1996), señala que existen evidencias de que las grasas de la dieta favorecen el aumento de la ingesta.

d) Vitaminas.

Higashida (1993), explica que son sustancias que actúan como coenzimas. Ayudan a las enzimas a dirigir y controlar las reacciones químicas necesarias para la utilización adecuada de los nutrientes, y no producen energía ni forman tejidos. Además, pueden ser hidrosolubles y liposolubles. Las primeras, se disuelven en agua, y son el complejo B y la vitamina C; las segundas, son solubles en grasa, y son la A, la D, la E y la K. A continuación, y siguiendo a la misma autora, se describen brevemente:

- a) Vitamina A. Mantiene saludables la piel y las mucosas, y les da resistencia contra las infecciones; ayuda a evitar la ceguera nocturna; ayuda al desarrollo normal de huesos y dientes. El organismo puede almacenarla. Abunda en la zanahoria, el jitomate, remolacha, duraznos, chabacanos, camote, leche, mantequilla, yema de huevo, hígado y verduras de hoja.
- b) Complejo B. Está formado por varias vitaminas:

B₁ o tiamina. Normaliza el apetito y la digestión. Mantiene en buenas condiciones el sistema nervioso. Ayuda a transformar los alimentos en energía. Es soluble en agua y no puede almacenarse en el organismo, por lo que su consumo debe ser regular. Abunda en los cereales sin refinar, el hígado, el riñón, la leche, el huevo, el pescado, la levadura de cerveza, las nueces, las verduras y frutas.

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION AL PESO

B₂ o riboflavina. Ayuda en la oxigenación de las células, conserva la visión clara y la piel suave. Tampoco puede almacenarse en el organismo. Se encuentra en la leche, el hígado, los riñones, el huevo, la carne y las legumbres.

B₅ o niacina. Los niños necesitan de 6 a 8 mg diarios, pues no se almacena en el organismo. Se encuentra en el germen de los granos, en los vegetales verdes, nueces, levadura, vísceras, carne de res y de cerdo.

B₆ o piridoxina. Se encuentra en los vegetales, la levadura, el germen de trigo, la yema de huevo, la carne de res y de pescado. Es soluble en agua. Regula los niveles en sangre del ácido úrico y de otras sustancias; interviene en el metabolismo de los aminoácidos esenciales, sobre todo en el del triptófano.

B₁₂ o cianocobalamina. Es imprescindible para la formación de los glóbulos rojos en la médula ósea; actúa en el sistema nervioso y en las funciones metabólicas generales; es antianémica. Se encuentra en los huevos, la carne, la leche y el hígado. El ácido fólico se encuentra en las hojas de los vegetales, el trigo y las vísceras. El ácido pantoténico, es necesario para mantener el buen estado de la piel y el sistema nervioso, se encuentra en las vísceras, la jalea real, la yema de huevo, carne de res y leche.

- c) **Vitamina C.** (ácido ascórbico). Ayuda a unir las células del organismo y fortalece las paredes de los vasos sanguíneos; es antiinfecciosa y cicatrizante, mantiene las encías sanas. Abunda en los cítricos: naranja, limón, toronja, fresas, uva, grosella, en los jitomates, ejotes y hojas de los vegetales.
- d) **Vitamina D.** Se forma cuando la piel se expone a la luz ultravioleta de los rayos solares porque contiene al precursor de esta vitamina que favorece la absorción del calcio y del fósforo, y es indispensable para la conservación del esqueleto y de los dientes. Abunda en el hígado de algunos peces como el bacalao y el tiburón.
- e) **Vitamina E.** No se conocen sus requerimientos diarios y su efecto en el ser humano es discutido. Se encuentra en la lechuga, alfalfa, germen de trigo y otros granos, leche y yema de huevo.
- f) **Vitamina K.** Es necesaria para la formación de protrombina, sustancia necesaria para la coagulación de la sangre; se encuentra en la alfalfa, espinacas, coliflor, jitomate, soya, arroz, huevo y leche. Es difícil que falte esta vitamina en el organismo porque se sintetiza en el intestino por medio de la flora bacteriana.

López (1985), señala que la insuficiencia de una sola vitamina en el régimen alimenticio puede quebrantar la salud; en los casos extremos, produce avitaminosis e incluso la muerte.

- c) Nutrimientos inorgánicos (minerales).

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL PESO

De acuerdo con Higashida (1993), los nutrimentos inorgánicos son sustancias inorgánicas que sirven para que el organismo pueda llevar a cabo sus funciones. López (1985), agrega que su principal función es fortificar y dar rigidez a los huesos y a los dientes. Además, intervienen en la contracción muscular, en el funcionamiento del sistema nervioso y en otros procesos. Cabe señalar, que algunos nutrimentos inorgánicos se necesitan sólo en cantidades pequeñas. A continuación se especifican:

- a) Sodio. Se ingiere en la sal y es necesario para mantener el equilibrio de los líquidos del organismo.
 - b) Hierro. Ayuda a formar los glóbulos rojos, necesarios para transportar oxígeno en nuestro cuerpo. Abunda en el hígado, la carne, la espinaca, el trigo entero, legumbres y frutas.
 - c) Yodo. Es indispensable para que funcione bien la glándula tiroidea. Lo ingerimos con la sal yodada.
 - d) Calcio. Indispensable para el desarrollo de los huesos y dientes, y el funcionamiento adecuado de los sistemas nervioso y muscular. Sirve para la coagulación de la sangre. Abunda en la leche, el queso, ciertas verduras y cereales.
 - e) Cloro. Se ingiere en la sal y es necesario para mantener el equilibrio de los líquidos del organismo.
 - f) Fósforo. Forma parte de los huesos y dientes; sin él, el organismo no puede aprovechar bien el calcio. Abunda en ciertas carnes, legumbres, huevos, cacahuates, nueces, almendras y raíces como la papa.
 - g) Cobre. Ayuda al hierro a formar la hemoglobina. Abunda en los huevos, el trigo, los frijoles, el hígado, el pescado, la espinaca y el espárrago.
 - h) Potasio. Indispensable para que funcionen bien los nervios y músculos, incluyendo el corazón, así como para utilizar los hidratos de carbono. Se encuentra en las legumbres, frutas, verduras, carnes y cereales.
 - i) Cobalto. Interviene en el crecimiento del niño, en el apetito, la conservación de la normalidad de la piel y en la formación de elementos figurados de la sangre. Se encuentra en el hígado y los mariscos.
 - j) Flúor. Imprescindible para dientes y huesos.
 - k) Magnesio. Necesario para poder aprovechar los aminoácidos.
- f) Agua.

Es necesaria para todas las funciones del organismo y ayuda a transportar las sustancias nutritivas. Además, como indica Robillard (1993), ayuda a que el cuerpo elimine las materias de desecho y es un regulador de la temperatura corporal. Constituye dos terceras partes del peso corporal y forma parte de los tejidos; es la base de la sangre y la linfa, por lo que si una persona deja de tomar agua se muere (Higashida, 1993).

4.6 REGULACIÓN NEUROENDOCRINA.

- a) Regulación neuroendocrina central de la conducta alimentaria.

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION AL PESO

La conducta alimentaria humana puede ser considerada una respuesta hormonal, motora y psicológica a diversos fenómenos biológicos y ambientales. De acuerdo con Braguinsky (1996), esta conducta implica una respuesta a la necesidad de mantener el equilibrio del balance energético e incorporar principios nutritivos (plásticos y reguladores) indispensables.

La conducta alimentaria humana se puede considerar también como un sistema de retroalimentación con mecanismos aferentes y eferentes, que reciben y envían información al sistema nervioso central (SNC). Braguinsky (1996), indica que los factores aferentes que modulan la ingesta, pueden dividirse en tres grupos:

- 1.- Señales originadas en el sistema sensorial (visión, olfato, gusto, etc.).
- 2.- Mensajes aferentes originados en el tracto gastrointestinal.
- 3.- Señales posingesta originadas por los nutrimentos o su metabolismo.

Estas señales generadas en la periferia son traducidas en el SNC, el cual las monitorea. De esta manera, la conducta alimentaria es compleja, condicionada psicológica, social y culturalmente (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Hoebel & Hernández (1993), mencionan que la evidencia de un centro de alimentación o fágico (hipotálamo lateral) y uno de la saciedad (hipotálamo medial) surgió de los datos obtenidos por lesiones hipotalámicas provocadas en ratas. Los determinantes neuroquímicos y neuroendocrinos del balance energético, depósito de nutrimentos y peso corporal incluyen diversas señales. Braguinsky (1996), cita algunos:

Nutrientes sanguíneos

- glucosa
- ácidos grasos
- aminoácidos

Neuropéptidos

- NPY
- Péptido YY
- Galanina
- Opioide
- Factor liberador de hormona de crecimiento
- Neurotensina

Neurotransmisores clásicos

- Noradrenalina
- Dopamina
- Serotonina
- GABA
- Adrenalina

Hormonas

- Insulina
- Cortisol
- Aldosterona
- CCK
- Estrógenos
- CRH
- Calcitonina
- Glucagón

De acuerdo con Blundel & Hill (1993), la actividad neuroquímica es la base biológica de la conducta alimentaria y de los estados de motivación asociados; a su vez es un reflejo del estado fisiológico periférico.

b) Regulación neuroendocrina periférica de la conducta alimentaria.

Bruch (1985), menciona que la organización de la ingesta, en el ser humano, requiere de experiencias organizativas de aprendizaje con la madre en los comienzos de la vida, así como posteriores interacciones continuas con el medio familiar y escolar. El ser humano pertenece a las especies que, por ser en parte carnívoras, tienen ingestas episódicas, una o varias veces diarias, al contrario de otras, fundamentalmente herbívoras, que comen casi permanentemente durante todo el día. Por ello, puede a veces ingerir masivamente y necesitar un mecanismo periférico de saciedad que frene con rapidez esa ingesta, antes que por sobrecarga pueda provocar un daño mecánico o metabólico. De ahí que el sistema periférico de señales digestivas sea necesario, complementario y subordinado al sistema de control central.

Braguinsky (1996), señala que el hipotálamo, los núcleos y haces perihipotalámicos, reciben información periférica por diversas vías: 1) desde el estómago, a través de la bombesina y sustancias afines; 2) desde el duodeno, a través de la colecistoquinina (CCK); 3) desde el tejido adiposo, a través de la proteína leptina; 4) diversas hormonas periféricas, la insulina y el cortisol principalmente. Las dos primeras están destinadas a la regulación a corto plazo (regulación de cada ingesta). Gracias a ellas, el cerebro conoce, aun antes de absorber los alimentos, qué se está comiendo. Las dos últimas, están destinadas a la regulación a largo plazo, e informan al cerebro acerca de la cantidad y las variaciones del tejido adiposo.

No hay que olvidar que en el proceso de regulación de la conducta alimentaria, también intervienen los procesos asociativos de la memoria y la conciencia. Como indica Geymonat (1993), sabiendo intelectualmente qué se debe comer para mantener la salud y el peso, se ajustan las ingestas a esas normas. Asimismo, Kaufmann (1992), refiere que si los datos sensoriales visuales, olfatorios y gustativos son agradables, pueden desencadenar el deseo de ingerir alimentos; por el contrario, si son desagradables, pueden originar la saciedad, sean

cuales fueren los datos que recojan los sensores hipotalámicos en base a los nutrimentos absorbidos.

No debemos pasar por alto los factores psicológicos (factores emocionales, creencias, simbolismo inconsciente, etc.) como mecanismo de regulación de la ingesta. Tal como menciona Garrow, 1978, citado en Braguinsky, 1996, "nuestros primitivos reflejos hipotalámicos están tan sepultados bajo múltiples capas de condicionamiento cognitivo y social que se hacen casi indistinguibles".

Kaufmann (1989), afirma que la consistencia, el volumen y la composición de los alimentos, y las reacciones que estas características provocan, originan una serie de estímulos periféricos digestivos que representan señales de saciedad para el hipotálamo. Estas señales son neurales y hormonales, y en conjunto configuran el sistema periférico de saciedad. Braguinsky (1996), define a este sistema como el conjunto de señales neurales y hormonales originadas en el tubo digestivo, las cuales provocan saciedad aun antes que los mecanismos centrales hipotalámicos estén en condiciones de hacerlo, tras recibir las señales metabólicas. Además, señala que el sistema central de control, es de latencia prolongada; el sistema periférico es latencia mínima, y actúa casi enseguida que se ha ingerido cierta cantidad de alimentos.

4.7 GRUPO DE ALIMENTOS.

Higashida (1993), presenta la clasificación de los alimentos, determinada por el Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM:

- leche y sus derivados,
- carne y huevo,
- cereales,
- azúcares y leguminosas,
- frutas y verduras.

Independientemente de la clasificación que se considere, la leche y sus derivados, la carne y el huevo tienen principalmente proteínas, hierro, calcio y vitaminas. Los cereales (semillas de las gramíneas como el trigo, el arroz, la avena y el maíz), los azúcares, las leguminosas (semillas que crecen en vaina como el frijol, el garbanzo, el haba, la lenteja y la soya) contienen nutrimentos inorgánicos, vitaminas, proteínas e hidratos de carbono. Las frutas y las verduras tienen vitaminas y nutrimentos inorgánicos.

4.8 DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL NIÑO.

La salud nutricional del niño depende de que la cantidad y el tipo de alimentos ingeridos sean adecuados para sus requerimientos metabólicos, de crecimiento y actividad. Según Bay,

Braguinsky, & Rovira, 1996, citados en Braguinsky, 1996, los seres humanos tienen la capacidad de seleccionar la cantidad y calidad de alimentos que los conducirán a un crecimiento y desarrollo normales. De esta manera, la alimentación de los niños, resulta exitosa cuando se atiende la información que ellos brindan en cuanto a tiempos, cantidad, pausas y capacidades que poseen.

No obstante, los niños pueden presentar alteraciones para alimentarse a causa de problemas orgánicos (malformaciones, alteraciones deglutorias), y problemas emocionales. Asimismo, pueden presentarse por una inadecuada selección de los alimentos o por una dinámica alterada en relación con la comida. Es frecuente que problemas familiares se expresen primero como alteraciones en la alimentación (Bay, et al., 1996, citados en Braguinsky, 1996). El desarrollo de la conducta alimentaria, depende de la adquisición de habilidades motoras para alimentarse y de la interacción con el medio social; es decir, el niño podrá expresar su necesidad de ser alimentado con mayor o menor claridad y los padres podrán responder o no, a estas demandas adecuadamente.

Bay, et al., 1996, citados en Braguinsky, 1996, señalan que se necesita de ciertas estructuras anatómicas y de la integridad del aparato nervioso; lo cual abarca la motilidad oral (mamar, chupar, morder, masticar, lateralización de la lengua), motilidad gruesa, motilidad fina y posibilidad de comunicar sus necesidades.

Para poner en práctica sus nuevas habilidades, el niño necesita avanzar en diferentes tipos de alimentos, texturas y modos de alimentación. La adquisición de las funciones neuromotoras y de funciones cognitivas, le permitirán al niño la autorregulación de la ingesta, según su hambre y saciedad; y expresar sus deseos o no de comer. La relación con su medio social, con los adultos que lo alimentan y la decodificación que éstos hagan de los mensajes del niño, así como la conducta que asuman ante los reclamos o rechazos de éste, serán marcadores importantes en las subsiguientes etapas del desarrollo. Wright (1988), menciona que los niños alimentados a pecho tienen más control sobre la alimentación que los alimentados a biberón, con libertad para interrumpir, establecer la duración de la mamada y establecer pausas. Kopp (1982), indica que de los 9 a los 12 meses, el niño comienza a manifestar sus preferencias y deseos, así como a controlar su propia conducta, facilitado por su mayor habilidad motora. Es el comienzo de la etapa de autorregulación.

4.9 UNA NUTRICIÓN ADECUADA.

Una nutrición adecuada implica salud, crecimiento, desarrollo, capacidad mental y fortaleza física adecuada, actividad, eficiencia y optimismo. Asimismo, debe ser suficiente, completa, equilibrada, adecuada, variada e higiénica. Higashida (1993), denomina a estas características como "reglas de la alimentación", y las describe como sigue:

- a) Suficiente. Debe ser suficiente en cantidad y calidad; es decir, desde el punto de vista energético, debe tener la cantidad suficiente de calorías.
- b) Completa. Debe incluir alimentos de todos los grupos.

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL PESO

- c) Equilibrada. Aproximadamente el 50% debe ser de hidratos de carbono, el 30% de proteínas y el 20% de grasas.
- d) Adecuada. Debe estar de acuerdo con la edad, el sexo, la constitución física, el estado fisiológico, la actividad y el clima; y en caso necesario, con alguna enfermedad.
- e) Variada. Debe estar integrada por la mayor variedad de los grupos de alimentos.
- f) Higiénica. Los alimentos se deben preparar adecuadamente, con las manos limpias, utensilios bien lavados; y los alimentos que se ingieren crudos, deben también desinfectarse. Además, los alimentos deben ser frescos o estar bien conservados. El horario debe ser fijo, la masticación adecuada; y respecto al estado psíquico de las personas, se deben evitar las preocupaciones y los disgustos a la hora de tomar los alimentos porque pueden inhibir el apetito y los procesos digestivos. La contaminación de los alimentos, puede deberse a diferentes factores: a) físicos: como el viento o el polvo que transportan agentes patógenos; b) químicos: como los detergentes, insecticidas y fertilizantes, desechos industriales, etc.; y c) biológicos: como las bacterias, virus, parásitos y la fauna nociva debida a una falta de higiene en los locales donde se distribuyen y almacenan, como las moscas, las ratas, cucarachas, etc.

El crecimiento normal exige una nutrición apropiada, de ahí que los niños necesiten mayor proporción de proteínas en su alimentación que los adultos. Robillard (1993), refiere que a partir de los diez años o doce años, los niños experimentan una aceleración en su crecimiento que aumenta ligeramente su necesidad de nutrimentos. Por lo que resulta importante reducir el consumo de dulces y bebidas azucaradas, las cuales, aunque satisfacen las necesidades calóricas, no proporcionan sustancias nutritivas. Ibáñez (1993), señala que la nutrición puede influir sobre las hormonas y el crecimiento somático. Ya que los factores hormonales son los principales promotores de la maduración sexual, el nivel de nutrición también incide en la maduración sexual. De igual modo, considera a la tasa de crecimiento como un indicador muy sensible del estado nutricional. No obstante, para Higashida (1993), el estado nutricional, depende de varios factores:

- 1. De la disponibilidad de alimentos, que está en relación con la geografía, el clima, la producción, distribución (importación, exportación y transporte), almacenamiento y saneamiento de los mismos.
- 2. Del consumo de alimentos, que comprende diferentes aspectos:
 - a) económicos: salario, valor adquisitivo y precio de los alimentos.
 - b) culturales: costumbres, hábitos alimentarios del individuo.
 - c) psicológicos: la angustia, las tensiones, las preocupaciones y el ritmo de vida pueden hacer que el consumo no sea adecuado.
- 3. Del aprovechamiento de los alimentos, que será adecuado si el individuo está sano y será inadecuado cuando está enfermo.

4.10 UNA NUTRICIÓN INADECUADA.

Los seres humanos poseemos una innegable afición a lo dulce. Morris (1985), refiere que esto es totalmente ajeno al verdadero carnívoro, pero típico del primate. Cuando la comida

natural de los primates madura y adquiere las condiciones adecuadas para su consumo, suele también endulzarse; por esto los monos reaccionan favorablemente a todo lo que posee este sabor en alto grado. A pesar de nuestra fuerte tendencia carnívora, nuestro linaje simiesco se manifiesta en la predilección por sustancias particularmente azucaradas; a los seres humanos, como a los otros primates, nos cuesta despreciar "lo dulce", de ahí que existan "dulcerías" en lugar de "tiendas de agrios". Después de una comida fuerte, se suele terminar con una compleja serie de sabores dulces, para que sea este gusto el más duradero. Cuando se consume algo entre comidas (aunque en pequeñas cantidades, se practica el antiguo hábito de los primates), casi siempre se escogen sustancias dulces: como caramelo, chocolate, helados o bebidas azucaradas (Morris, 1985).

La sustancia alimenticia posee dos elementos que la hacen atractiva: su valor nutritivo y su paladar. Morris (1985), señala que en los productos naturales, estos dos factores se dan la mano; en cambio, pueden hallarse separados en los alimentos producidos artificialmente, lo que puede ser dañino para niños en periodo de crecimiento: sustancias comestibles sin ningún valor desde el punto de vista nutricional, pueden convertirse en sumamente atractivas con sólo añadirles una gran cantidad de dulzor artificial.

La preparación de las comidas (mucho más sabrosas que en su estilo natural) hace que éstas sean mucho más apetitosas, con lo cual se estimula excesivamente la reacción del individuo. Como resultado de ello, se produce, en muchas ocasiones, un sobrepeso poco saludable. Morris (1985), menciona que una de las formas más comunes y frecuentes de actividad diversa que se realiza como desahogo en momentos de tensión, es la de "comer porque sí", y aunque nuestra naturaleza nos impulse a escoger cosas dulces, no podemos dejar de señalar la influencia de la cultura.

Smith (1990), define a la cultura como un modo colectivo de vida o repertorio compartido de creencias, estilos, valores y símbolos; dentro de ella están comprendidos todas aquellas habilidades y hábitos adquiridos por el ser humano a lo largo de su evolución (desde el conocimiento científico, hasta el arte, las leyes, la religión, las costumbres y todas aquellas formas que determinan la convivencia humana). Por ejemplo, la influencia que las leyes dietéticas religiosas tienen sobre los hábitos alimentarios (abstenerse de comer carne los viernes en la religión cristiana, no consumir carne de cerdo en la mahometana, etc.), o el simbolismo que adquieren ciertos alimentos como característicos de la identidad nacional.

Sin embargo, como señala Ibañez (1993), el momento actual se caracteriza por grandes contradicciones culturales; y más específicamente, en el área de la alimentación. El sector de la alimentación es un área con alta rentabilidad económica, además de ser un servicio público de carácter mundial y estar en manos de grandes multinacionales. Ibañez (1993), refiere que el ciudadano global, en la medida en que convive en culturas distintas, se ve obligado a modificar sus hábitos alimentarios; es decir, consume tecnología alimenticia global ("McDonalización" de la sociedad: la hamburguesa, la coca-cola, etc.).

Asimismo, el intercambio económico le obliga a incorporar nuevas formas de elaboración de sus propios alimentos. lo que se acompaña de la práctica social de acudir a restaurantes

representativos de distintas nacionalidades. Además, es presentado por unos medios masivos de comunicación que subrayan tanto las delicias alimenticias de otros países, como el estilo de vida de otros pueblos u otras naciones. Por lo que la persona no sólo ve aumentada su oferta alimentaria, sino que además se ve seducida a consumirla si no quiere ser considerada un "ignorante" o un ciudadano subdesarrollado o tercermundista.

En el mundo occidental no sólo existen cada vez alimentos más variados, sino que además su presentación resulta cada vez más atractiva; la publicidad de la alimentación, tanto en carteles como en la televisión, señala el valor social del alimento. Al igual que pasa con la "moda" en el vestir, la alimentación también impone sus modas. Esto conlleva que el alimentarse de una determinada manera permita al individuo realizar sus sueños o, al menos, pensar que "puede ser igual que..." puesto que se alimenta del mismo modo que él. Todo esto, se asocia también al "valor social" de la alimentación, en el sentido de que el tipo de alimento que uno consume está en función, en buena medida, del estatus social que el individuo desempeña (Ibañez, 1993).

Contrariamente, los movimientos feministas hacen hincapié sobre la igualdad sexual, promoviendo la transformación del cuerpo femenino en un cuerpo andrógino que ha perdido sus "redondeces" tradicionales, al mismo tiempo que ha influido para que el varón comience a preocuparse por su apariencia física. Por un lado, ha habido un aumento en las tasas de obesidad, y por el otro, se fomenta la delgadez.

De acuerdo con Ibañez (1993), es un supuesto común pensar que se come porque se tiene hambre, ya que en la sociedad contemporánea esto es más virtual que real. Gilbert (1992), señala que tanto el comer como el estilo con el que comemos, es una parte esencial de la fábrica social. Ya hemos señalado que es el tipo de sociedad el que determina no sólo la cantidad de alimentos que ingerimos, sino también nuestro horario alimenticio e incluso el tipo de nutrimentos que debemos consumir, constituyendo el proceso de alimentación una parte importante de nuestro aprendizaje social; pero no sólo de hábitos alimentarios, sino también "de comunicación de nuestras emociones" (Ibañez, 1993).

La cantidad de ingesta que realiza un individuo está, en gran medida, determinada por:

- a) Edad. La cantidad y la calidad de los nutrimentos es distinta en las diferentes etapas de la vida. Una buena nutrición en la infancia implica un desarrollo saludable, además de que los hábitos, conductas y preferencias adquiridas en la infancia determinan aquellos que se tienen de adulto (Mennell, Murcott & Van Otterloo, 1992).
- b) Sexo. Las mujeres consumen menos alimento que los hombres, independientemente de la mayor o menor preocupación que puedan tener por su peso corporal (Mennell, et al., 1992).
- c) Clase social. Tradicionalmente, las "clases bajas" tienen una mayor tendencia a consumir alimentos ricos en grasas y azúcares (Mennell, et al., 1992). Prost & Vicent (1989), refieren que el abandono del campo y la aparición de la burguesía urbana, conlleva que

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL PESO

se pueda dedicar más tiempo al cuidado de uno mismo, con lo que el cuerpo adquiere una singular importancia. Las clases privilegiadas son las que han impuesto la estética de la delgadez, apoyándose en razones médicas como de poder económico.

Ibañez (1993), menciona que la amplia variedad de alimentos existente en los hogares, posibilita el que las personas puedan elegir al máximo el tipo de nutrimento que desean consumir sin que necesiten para ello forzar a los demás, creándose una especie de individualismo alimentario que implica una falta de normas respecto a la alimentación; convirtiendo al individuo en el único responsable de su propio peso. De ahí, que los hábitos alimentarios van a depender, en buena medida, del apoyo social del que se disponga, a tal grado que las personas que comen solas tiendan, por lo general, a tener una alimentación inadecuada.

Asimismo, la sociedad tecnológica facilita y promueve un cierto sedentarismo social (Gilbert, 1992). Del mismo modo, ha contribuido a una mejor y más rápida distribución del alimento, así como también ha intervenido en su preparación y consumo (los microondas, la comida preparada, los autoservicios, etc.); contribuyendo a restarle importancia al comer. Hemos señalado que la vida social influye de manera directa sobre los hábitos alimentarios, pues la sociedad exige una "buena figura" para mantener una imagen social aceptable. Al mismo tiempo, cotidianamente, la propaganda publicitaria invita a ingerir una variedad de productos (dulces, pasteles, frituras y otras diversas golosinas) que otorgan prestigio, popularidad y atractivo.

Los alimentos también llegan a dar una identidad: a veces determinado tipo de alimentación permite formar parte de un grupo, lo que lleva a adoptar con facilidad dietas vegetarianas, naturistas y otras de actualidad. Del mismo modo, la comida sirve para canalizar la angustia y la desadaptación. A esto último, Casillas (1985), agrega que los factores psicológicos y sociales influyen de manera determinante sobre la elección de la dieta; aun cuando el requerimiento calórico de los varones aumente en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años de edad.

Constanzo & Woody, 1985, citados por Gómez Pérez-Mitré, 1997, reportan que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de conductas y actitudes respecto a la comida y al peso. Castro (1991), refiere que es en la niñez donde los padres intervienen de manera decisiva en la adquisición de los hábitos alimentarios, refiriéndose no sólo a lo que comen, sino a las cantidades, las combinaciones de alimentos, los horarios y los lugares donde usualmente se realiza la ingesta de alimentos. Es en la familia donde se aprende a comer según las raciones establecidas en ella. La carencia del conocimiento nutricional se relaciona con la obesidad, ya que las madres pueden, de forma no intencional, seleccionar una dieta que contribuya a ganar exceso de peso. Estos son algunos factores que provocan el desarrollo de patrones de alimentación desequilibrados, que posteriormente, conducirán a una mala nutrición, lo cual podría producir obesidad, desnutrición u otros problemas de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Toro (1996), indica que desde la cuna, el bebé convierte el acto de comer en un hecho mucho más complejo que la sola nutrición. Ya expresaba Aulignier (1977), "en el momento en que la boca encuentra el pecho, encuentra y traga un primer sorbo de mundo. Afecto, sentido, cultura, están copresentes y son responsables del gusto de estas primeras moléculas de leche que toma el infante". A esto último, Toro (1996), agrega que en ese mundo uno advierte cada vez con más dramatismo que de "Soy, luego como", paulatinamente la consigna se vuelve "Como, luego soy".

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Diferentes investigadores han encontrado que la práctica de dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación, y que hacer dieta precede el desarrollo de desórdenes del comer, sin importar la edad del dietante (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998; refieren que el riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es ocho veces mayor que el de los no dietantes. Es cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar, o hacia un cuerpo mesomorfo o atlético (Gómez Pérez-Mitré, 1998). En varios estudios se reporta que entre los 11 y 12 años de edad, adquieren importancia los intereses relacionados con "hacer dieta" (Moore, 1988; Hill, Rogers & Blundell, 1989; Mokbel, Hodges & Ollendick, 1992, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Hacer dieta reductora de peso durante la niñez, resulta riesgoso, ya que es necesaria una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable; por lo que una reducción sustancial presenta riesgo para la mayoría de los niños (Kriepe & Forbes, 1990; Bonjour, Thientz, Buchs; Slosman & Rizzoli, 1991, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Tal como señala Papalia (1992), la mala nutrición es causa del crecimiento lento, y puede también tener implicaciones sociales. Los niños no pueden jugar y estar alerta si no comen suficientemente. Además, reporta un estudio longitudinal realizado en Guatemala, donde la mala nutrición es un problema serio (en este caso, también interfieren factores socioeconómico-políticos), encontró que la dieta de un niño, desde el nacimiento hasta los dos años, es un buen predictor de la conducta social en la preadolescencia.

Gómez Pérez-Mitré (1998), menciona que existe, en un porcentaje preocupante, la práctica de la dieta intencional entre los escolares preadolescentes. Ha encontrado que el hacer dieta intencional, entre los preadolescentes, es evitar o disminuir los alimentos más populares o conocidos como "engordadores"; es decir, los que son altos en hidratos de carbono y grasas (pan, tortillas, tacos, tortas y similares). También encontró que la dieta intencional tiene dos direcciones: una para bajar de peso, asociada con factores de riesgo en el campo de los desórdenes alimentarios, entre ellas con formas de comer riesgosas o anómalas (comer rápido y/o grandes cantidades de alimento); la otra dirección que toma la práctica de la dieta, es con la intención de subir de peso, igualmente asociada con algunos de

los factores de riesgo (los asociados con imagen corporal y preocupación excesiva por el peso).

Una cuarta parte (25%) de los niños de la muestra analizada por Gómez Pérez-Mitré (1998), quienes eran escolares del 5to. y 6to. grados de primaria y tenían en promedio 10 años 8 meses de edad, habían hecho, en el último año, un cambio en su alimentación: un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% para subir. Asimismo, ella indica que la socialización familiar alimentaria autoritaria, despierta sentimientos de culpa por la forma de comer, y que el no tomar en cuenta al niño para los contenidos de la ingesta, está significativamente asociada con el hecho de que los niños se preocupen por el seguimiento de dieta para bajar de peso. Otro estudio reporta que la prevalencia encontrada, con respecto a seguimiento de dieta relacionada con el control del peso corporal, fue del 15%; mientras que la prevalencia de problemas con la forma de comer resultó del 12% (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Fosson, Knibbs, Bryan-Waugh & Lask (1987), encontraron trastornos de la alimentación en niños con edad promedio de 10.7 años de edad y concluyen que una involucreción activa en dietas para el control de peso es uno de sus principales factores predisponentes. De acuerdo con varios investigadores, entre los que destacan: Fallon Katzman & Wooley, 1994; Muth & Cash, 1995, la preocupación excesiva por el peso es lo que propicia la conducta dietaria; que a su vez, predice trastornos de la alimentación (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Ya en un capítulo anterior, se mencionó que la insatisfacción con la propia imagen corporal constituye un elemento de inadaptación social en general y un factor de riesgo en el campo específico de los trastornos de la alimentación, conduciendo a conductas alimentarias de riesgo como el seguimiento de dietas que llevan a la sobreingesta y conductas compensatorias como el vómito autoinducido (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En un estudio realizado con niños escolares mexicanos, efectuado por Gómez Pérez-Mitré (1997), se encontró que los niños y niñas de escuelas públicas consumían más hidratos de carbono que los de escuelas privadas. Los varones presentaron una mayor frecuencia de problemas alimentarios que las niñas. Asimismo, los niños de las escuelas públicas tienden a comer más que los de las privadas. El pan y la tortilla suelen consumirse más entre niños de las escuelas públicas, así como los frijoles, la fruta y el refresco. También, el café y el té se consumen más en la pública, quizá por ser una bebida de menor costo que la leche o un licuado. Del mismo modo, el huevo se consume más en las escuelas privadas a la hora del desayuno, y más en las públicas durante la comida; lo que puede deberse al menor costo que implica el consumo de huevo comparado con el de carne o guisados.

4.11 LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MÉXICO.

Ya hemos señalado que en el desarrollo de los trastornos alimentarios intervienen diversos factores, como la predisposición genética y la estereotipia del rol sexual, así como

los patrones socioculturales y la influencia de las creencias y costumbres de los padres (Nagel & Jones, 1992). Estos trastornos se consideran propios de las sociedades de opulencia o industrializadas, y de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997), parecería que hablar de ellos en México sería absurdo; y sin embargo, no es así, ya que compartimos algunas semejanzas.

Se considera que entre los hombres, los trastornos de la alimentación, se presentan con muy baja frecuencia. Se señala una incidencia anual, de acuerdo con Olivardia, Harrison, Manwgeth & Hudson, 1995, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998, de anorexia nerviosa del .02% y una prevalencia de bulimia del .1% al .5%. En relación con las mujeres, Gross & Rosen, 1988; Rastam, Gilbert & Garton, 1989, reportan un hombre por 10 casos femeninos, Vandereycken & Van Den Brouche (1984), indican un hombre por dieciséis casos femeninos (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997), la investigación que se ha realizado en el campo de los desórdenes alimentarios a nivel mundial es sumamente amplia y variada, en México se han comenzado a realizar una serie de investigaciones al respecto; no obstante, aunque no se están presentando de igual manera que ocurre en las sociedades desarrolladas, existen grandes desventajas para combatirlos, ya que no contamos con los recursos para ello, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional.

En México se han realizado investigaciones acerca de los desórdenes del comer, estos van desde revisiones bibliográficas e investigaciones de los casos de anorexia nerviosa en un hospital privado (Sosa & Castanedo, 1981) hasta la detección de conductas anómalas alimentarias en muestras de estudiantes de secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado (citados en Murrieta, 1997). En dos de estos estudios, realizados por Gómez Pérez-Mitré (1993a, 1993b), se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse de riesgo, así como un hallazgo contradictorio: la satisfacción con la figura corporal y el deseo de querer pesar menos en los sujetos de esas muestras de estudio.

En el año 1969, los autores Dwyer, Feldman Seltzer & Mayer, citados en Murrieta, 1997, estudiaron las actitudes hacia su peso de una muestra bastante numerosa de estudiantes de segunda enseñanza. Hallaron que el 80% de las muchachas deseaban pesar menos, al tiempo que sólo compartían este deseo el 20% de los varones. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta, estaban siguiendo algún tipo de dieta restrictiva el 30% de la población femenina y tan sólo el 6% de la masculina. También encontraron que el 60% de las muchachas habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, contra un 24% de los varones que habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva.

Existe evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9 años. Una investigación realizada en la Universidad Nacional Autónoma de México, por Gómez Pérez-Mitré (1993a), tuvo como objetivo detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en una muestra de 197 estudiantes hombres y mujeres, alumnos de preparatoria, licenciatura y posgrado, mostrando como resultado la inexistencia del problema de obesidad (2%), un sobrepeso de 41%.

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN AL PESO

También se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas bulimianoréxicos.

Aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición; particularmente, la ciudad de México reportó la cifra más baja con una media de 550 mil niños desnutridos; además, se encontró que en relación con la obesidad, 4.4% a nivel nacional de menores la padece (Sepúlveda-Amor, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal & Kumata, 1990). De acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, la prevalencia de obesidad en niños menores de cinco años en nuestro país fue de 5.3%

Dahl & Kristiansson (1987), observaron que los niños con dificultades para comer tienen menor crecimiento en talla y peso que los controles. Asimismo, señalan que la patología que se presenta en la conducta alimentaria, durante el primer año, puede generalizarse a otras áreas. Sin embargo. De acuerdo con Bay, et al., 1996, citados en Braguinsky, 1996, no se ha determinado todavía si las alteraciones en la alimentación durante los primeros años de vida tienen relación con la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los años posteriores.

Las experiencias obtenidas en animales y los estudios en seres humanos sobre el sistema de neurotransmisión cerebral, sugieren que ciertas alteraciones monoaminas, péptidos, hormonas y sus receptores podrían ser responsables de los trastornos de la conducta alimentaria, del metabolismo energético y de la regulación del peso corporal. Serán necesarias futuras investigaciones, que determinen hasta qué punto estas anomalías neuroquímicas son la causa o la consecuencia de estos trastornos (Braguinsky, 1996).

CAPÍTULO 5.- PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO.

5.1 OBJETIVOS.

Como objetivos se plantearon:

Conocer si el Índice Nutricional (IN) y el tipo de escuela se correlacionan significativamente con factores de riesgo asociados con imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) y con alteración de la misma (subestimación/sobreestimación) en preadolescentes varones.

Conocer si el Índice Nutricional (IN) y el tipo de escuela se correlacionan significativamente con conducta alimentaria de riesgo (dieta intencional y preocupación por el peso corporal) en preadolescente varones.

Conocer si el Índice Nutricional (IN) y el tipo de escuela, de preadolescentes varones, está asociada con el grado de autoatribución del calificativo atractivo.

Coadyuvar a la promoción de la salud relacionada con la alimentación en poblaciones masculinas.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dados los objetivos antes señalados, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Se encontrarán diferencias entre los preadolescentes varones con peso normal y con sobrepeso/obesidad en relación con:

- 1.- El nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal?
- 2.- La alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación)?
- 3.- La práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso?
- 4.- El grado de autoatribución del calificativo atractivo?
- 5.- La preocupación por el peso corporal?
- 6.- El tipo de escuela (pública y privada)?

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

1.- Variables Independientes:

- ❖ Grupos formados por *peso corporal* (peso normal y sobrepeso/obesidad).
- ❖ Tipo de *escuela* (pública y privada).

2.- Variables Dependientes:

- ❖ *Imagen corporal* (satisfacción/insatisfacción) y alteración de la misma (subestimación/sobrestimación).
- ❖ *Dieta intencional* (bajar de peso, subir de peso, y no dieta).
- ❖ *Grado de autoatribución del calificativo atractivo* (no atractivo, atractivo regular y atractivo).
- ❖ *Preocupación por el peso corporal*.

5.3.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

1.- Variables Independientes:

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

Escuela: Institución pública o privada a donde acuden las personas para instruirse y educarse para el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo (Diccionario Juvenil Ilustrado, 1987).

2.- Variables Dependientes:

Imagen corporal: se refiere a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo, durante su existencia y a través de diversas experiencias. La imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Estas percepciones evaluativas pueden ser favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo y son agrupadas generalmente bajo el nombre de satisfacción/insatisfacción. La insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada; es decir, más o menos alejada de la realidad. El origen de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado, de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos (percepción, aprendizaje, pensamiento) y por el otro, es actitudinal, en tanto que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal involucra conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte de su cultura; todo esto de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995).

Respecto a la alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación), es considerado el factor central común a los desórdenes alimentarios y agrupa entre otras, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un peso, "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo por el propio cuerpo e imagen corporal. A todas estas variables, las que subyace un temor con diferentes grados de intensidad de subir de peso, y una preocupación, también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo (su forma y tamaño) y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Dieta intencional: es evitar o disminuir los alimentos más populares o conocidos como "engordadores" (altos en hidratos de carbono y grasas). La dieta intencional tiene dos direcciones: una para bajar de peso y la otra es con la intención de subir de peso, asociadas con factores de riesgo en el campo de los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Grado de autoatribución del calificativo atractivo: la autoatribución es uno de los procesos a través de los cuales se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. La autoatribución de características físicas que conforman la imagen corporal, es una representación del propio cuerpo y forma parte del concepto de sí mismo. Es producto de la interacción social y resulta fuertemente influenciada por los cánones de belleza difundidos en cada época (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Hsu (1983), ha destacado la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales y ha encontrado que en los hombres este atractivo se relaciona con ser más grandes y pesados. De acuerdo con Nagel y Jones (1992), la preocupación por mantener la figura dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables, inicia aún más temprano que en la adolescencia.

Preocupación por el peso corporal: temor, miedo, a llegar a ser obeso.

5.3.2 DEFINICIONES OPERACIONALES.

1.- Variables Independientes:

Peso corporal: para determinar el peso corporal en función del Índice Nutricional (IN) de los sujetos se obtuvieron medidas antropométricas (talla y peso) con referencia a la escala de criterios combinados del Índice Nutricional ($IN = \text{peso actual} / \text{talla actual} / \text{peso medio} / \text{talla media} \times 100$); en donde: peso y talla actual = peso y estatura directamente medidos, peso y talla medios = peso y estatura normo-referenciados (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1998) según sexo y edad.

A una submuestra del 20% de la muestra original, con selección sistemática simple al azar, se les tomaron medidas antropométricas para el cómputo del Índice Nutricional (IN) con el fin de obtener medidas confiables.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

Los grupos formados por peso corporal fueron:

Grupo 1= peso normal.

Grupo 2= sobrepeso/obesidad.

$$\text{Índice Nutricional} = \frac{(\text{peso actual}/\text{talla actual}) \times 100}{(\text{Peso medio}/\text{talla media})}$$

Escuela: los sujetos fueron clasificados en esta variable de acuerdo a su respuesta al reactivo correspondiente que presentó dos opciones:

1: escuela pública.

2: escuela privada.

2.- Variables dependientes:

Imagen corporal: la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal quedó definida operacionalmente como el nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal. Una diferencia igual a cero indicó satisfacción, en tanto que las diferencias positivas y negativas indicaron insatisfacción. En general, a mayor diferencia entre la figura actual y la figura ideal, mayor fue el grado de insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1995). En la medición de la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se emplearon dos escalas visuales con siluetas o figuras humanas que cubren un continuo de peso corporal, que va desde una silueta muy delgada, hasta una muy gruesa u obesa, pasando por una de peso corporal normal. Las siluetas aparecieron ordenadas al azar.

De acuerdo con el reactivo que mide figura actual se indicó a los sujetos: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o aproxime a tu figura corporal". Las opciones de respuesta fueron las siguientes (ver cuestionario en ANEXO):

OPCIÓN	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
D	1	Emaciación.
B	2	Delgadez.
F	3	Peso normal.
C	4	Sobrepeso.
A	5	Obesidad.
E	6	Obesidad.

De acuerdo con el reactivo que mide figura ideal se indicó a los sujetos: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener". Las opciones de respuesta fueron las siguientes (ver cuestionario en ANEXO):

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL.

OPCIÓN	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
A	1	Emaciación.
C	2	Delgadez.
F	3	Peso normal.
E	4	Sobrepeso.
B	5	Obesidad.
D	6	Obesidad.

La alteración de la imagen corporal fue la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice Nutricional Real.

La autopercepción del peso corporal fue medida a través del reactivo correspondiente: "De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

A) Obeso	Muy gordo
B) Con sobrepeso	Gordo
C) Con peso normal	Ni gordo ni delgado
D) Peso por abajo del normal	Delgado
E) Peso muy por abajo del normal	Muy delgado

El Índice Nutricional Estimado se refiere al peso y estatura normo-referenciados (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1998) según sexo y edad.

El Índice Nutricional Real se obtuvo a través de la medición directa del peso y la talla de los sujetos.

Dieta intencional: se midió mediante las respuestas dadas a los reactivos correspondientes (ver cuestionario en ANEXO).

Grado de autoatribución del calificativo atractivo: se midió conforme a los reactivos correspondientes (ver cuestionario en ANEXO).

Preocupación por el peso corporal: se midió de acuerdo a las respuestas dadas a los reactivos correspondientes (ver cuestionario en ANEXO).

5.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

H1: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en cuanto al nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal.

H2: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal.

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL.

H3 : Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal con respecto a alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación).

H4 : Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela con respecto a alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación).

H5: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en relación con la práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso.

H6: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en relación con la práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso.

H7 : Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo.

H8: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo.

H9 : Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en relación a la preocupación por el peso corporal.

H10: Se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en relación a la preocupación por el peso corporal.

MÉTODO.

5.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio fue de carácter confirmatorio correlacional. El diseño de investigación fue 2x2 (4 grupos) con observaciones independientes.

Diseño de la muestra:

GRUPOS POR PESO CORPORAL	TIPO DE ESCUELA	
	Pública	Privada
Peso normal	81	78
Sobrepeso/Obesidad	48	44

5.6 MUESTRA.

Se trabajó con una muestra intencional no probabilística, que se extrajo de una población constituida por preadolescentes varones que acuden a escuelas públicas y privadas, del D. F. y zonas conurbanas.

El total de la muestra fue $N = 251$, la cual se subdividió como sigue:

Escuela pública:	B) Escuela privada:
peso normal (n = 81)	peso normal (n = 78)
sobrepeso/obesidad (n = 48)	sobrepeso/obesidad (n = 44)

5.7 INSTRUMENTO.

Se aplicó el cuestionario de Alimentación y Salud en preadolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 1993; 1993b; 1995), que explora las siguientes áreas (ver cuestionario en ANEXO):

- Peso y talla reportados.
- Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
- Alteración de la imagen corporal: subestimación/sobreestimación.
- Dieta intencional.
- Grado de autoatribución del calificativo atractivo.
- Preocupación por el peso corporal.

Las respuestas dadas a los reactivos se calificaron de tal manera que un puntaje alto representó una respuesta con mayor problema.

5.8 APARATOS.

Para el registro del peso se empleó una báscula pesa-personas electrónica, portátil, marca Excell, con una precisión de 100 g. y una máxima capacidad de 300 kg; y para la medición de la talla se utilizó un estadiómetro de madera.

5.9 PROCEDIMIENTO.

- 1.- Se solicitó permiso a las autoridades de las escuelas públicas y privadas.
- 2.- El instrumento se aplicó colectivamente en los salones de clase, a quienes libre y voluntariamente aceptaron colaborar, hasta alcanzar el número de participantes determinados.
- 3.- A los estudiantes se les dio la siguiente instrucción: *"el propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la SALUD INTEGRAL (física y*

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL.

*psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.***

*El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás, no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA**".*

5.10 ANÁLISIS DE DATOS.

Se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales (Anova Factorial Simple) para el análisis de distribución de las variables de interés; así como para someter a prueba las hipótesis de trabajo. Se utilizaron tablas y gráficas para la comprensión y exposición del trabajo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO 6.- RESULTADOS.

El propósito de esta investigación fue conocer el comportamiento de variables relacionadas con imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo teniendo en cuenta tipo de escuela y peso corporal en preadolescentes del sexo masculino. Para tal efecto se formó una base de datos, una vez que estos se recopilaron, se analizaron en el programa SPSS 8.0 para Windows. A continuación se exponen los resultados.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

6.1.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

La muestra se obtuvo de una población de estudiantes de primarias públicas y privadas, del D. F. y zonas conurbanas, con una N = 251. Esta se dividió de acuerdo al tipo de escuela en dos grupos, pública y privada (ver *tabla 1*) y por peso corporal en cuatro grupos (ver *tabla 2*).

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes del tamaño de la muestra por tipo de escuela

TIPO	n	%
PUBLICA	129	51%
PRIVADA	122	49%
TOTAL	251	100%

Tabla 2. Distribución porcentual del tamaño de la muestra por peso corporal y tipo de escuela

	PUBLICA	PRIVADA
PESO NORMAL	63%	64%
SOBREPESO	37%	36%
TOTAL	100%	100%

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

6.1.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD POR GRUPO.

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD POR GRUPO.

PESO CORPORAL	EDAD	ESCUELAS PRIVADAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	9 AÑOS	17%	23%
	10 AÑOS	31%	32%
	11 AÑOS	28%	30%
	12 AÑOS	24%	15%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	9 AÑOS	2%	14%
	10 AÑOS	35%	18%
	11 AÑOS	44%	57%
	12 AÑOS	19%	11%
TOTAL		100%	100%

En la *tabla 3*, se observa que en los niños de peso normal, tanto de escuelas públicas como privadas, los porcentajes más altos son para los preadolescentes que tienen 10 años de edad (31% y 32%, respectivamente); mientras que en los de sobrepeso, los porcentajes más altos indican que tienen 11 años, 44% para escuelas públicas y 57% para escuelas privadas.

Tabla 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO ESCOLAR POR GRUPO.

PESO CORPORAL	GRADO ESCOLAR	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	4to.	16%	40%
	5to.	48%	29%
	6to.	36%	31%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	4to.	8%	23%
	5to.	46%	16%
	6to.	46%	61%
TOTAL		100%	100%

Como se observa en la *tabla 4*, en el grupo de los niños de escuelas públicas con sobrepeso, el porcentaje más alto se encuentra en los grados de 5to. (46%) y 6to. (46%); mientras que en las escuelas privadas, se reporta un 61% en el sexto grado. Entre los niños de peso normal, de escuelas públicas, el porcentaje más alto indica que cursan el 5to. grado

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

(48%); mientras que en las escuelas privadas, el porcentaje más alto indica que cursan el 4to. grado (40%).

Tabla 5. MEDIAS Y DESVIACIONES ESTÁNDAR DE LA VARIABLE EDAD POR GRUPO.

TIPO DE ESCUELA	PESO CORPORAL	MEDIA (EDAD)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
PÚBLICA	NORMAL	10.5	1.03
	SOBREPESO	10.7	.77
PRIVADA	NORMAL	10.3	1.00
	SOBREPESO	10.6	.86

El promedio de edad de los niños de escuelas públicas, con peso normal fue $x = 10.5$, con una desviación estándar = 1.03, y con sobrepeso fue $x = 10.7$, con una desviación estándar = .77. En escuelas privadas, el promedio de edad con peso normal fue $x = 10.3$, con una desviación estándar = 1.00, y con sobrepeso fue $x = 10.6$, con una desviación estándar = .86 (ver tabla 5).

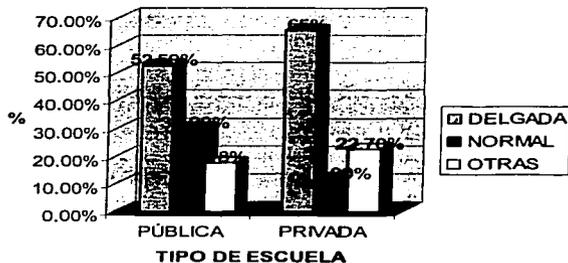
6.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS CON IMAGEN CORPORAL.

Como puede observarse en la tabla 6, la figura ideal elegida por los niños de escuelas públicas fue muy similar, e independiente del peso corporal: ambos, los de peso normal y los de sobrepeso eligieron, en mayor proporción, una figura ideal delgada: con un 52 y 50% en escuelas públicas, y con 65 y 82% en escuelas privadas; con normopeso un 30 y 31% en escuelas públicas, y con 12 y 7% en las privadas (ver gráficas 1 y 2).

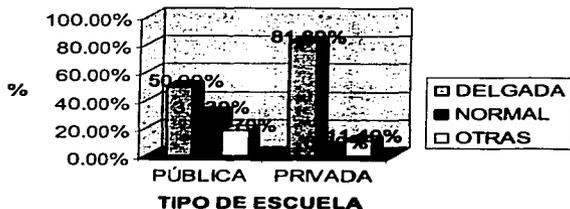
Tabla 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL POR GRUPO.

PESO CORPORAL	FIGURA IDEAL	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	DELGADA	52%	65%
	PESO NORMAL	30%	12%
	OTRAS	18%	23%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	DELGADA	50%	82%
	PESO NORMAL	31%	7%
	OTRAS	19%	11%
TOTAL		100%	100%

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL EN NIÑOS CON SOBREPESO



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

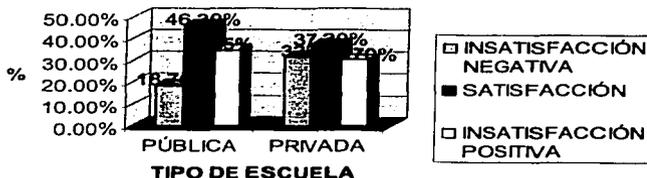
6.2.1 SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

Como puede observarse en la *tabla 7*, y en las *gráficas 3 y 4*, los niños con peso normal, de escuelas públicas y privadas, mostraron tener más satisfacción (46 y 37%, respectivamente) que los niños con sobrepeso. El porcentaje más alto (52%) fue el de insatisfacción de los niños con sobrepeso de escuelas públicas.

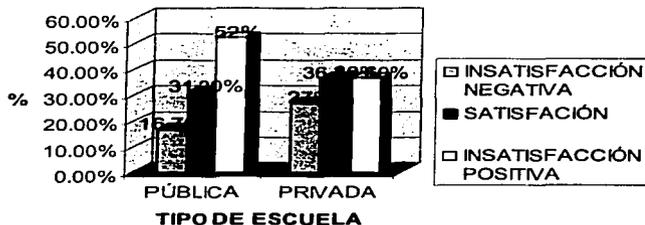
Tabla 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO DE SATISFACCIÓN CON SU PESO CORPORAL.

PESO CORPORAL	SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	INSATISFACCIÓN POSITIVA	35%	31%
	SATISFACCIÓN	46%	37%
	INSATISFACCIÓN NEGATIVA	19%	32%
	TOTAL	100%	100%
SOBREPESO	INSATISFACCIÓN POSITIVA	52%	37%
	SATISFACCIÓN	31%	36%
	INSATISFACCIÓN NEGATIVA	17%	27%
	TOTAL	100%	100%

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN EN NIÑOS CON SOBREPESO



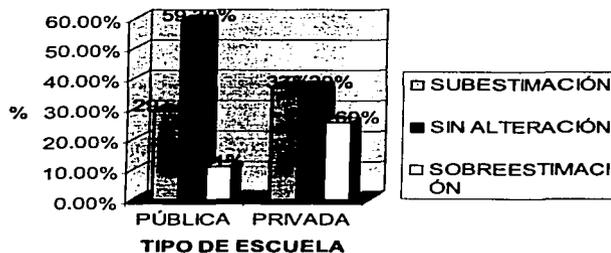
6.2.2. SOBREENESTIMACIÓN/SUBESTIMACIÓN.

Los niños de peso normal, de ambas escuelas, presentaron los porcentajes más altos de respuestas sin alteración. En cambio, entre los niños con sobrepeso, fue la respuesta de subestimación la que alcanzó los porcentajes más altos, 77% de escuelas públicas y 86% de escuelas privadas; y la de sobreestimación los porcentajes más bajos, 4% escuelas públicas y 0% escuelas privadas (ver tabla 8, y gráficas 5 y 6).

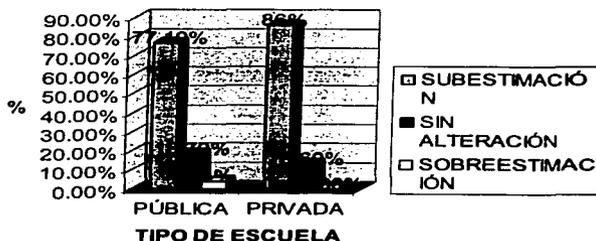
Tabla 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO DE ALTERACIÓN POR GRUPO.

PESO CORPORAL	TIPO DE ALTERACIÓN	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	SUBESTIMACIÓN	30%	37%
	SIN ALTERACIÓN	59%	37%
	SOBREENESTIMACIÓN	11%	26%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	SUBESTIMACIÓN	77%	86%
	SIN ALTERACIÓN	19%	14%
	SOBREENESTIMACIÓN	4%	0%
TOTAL		100%	100%

GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ALTERACIÓN EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ALTERACIÓN EN NIÑOS CON SOBREPESO



Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

6.3 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES ASOCIADAS A CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

6.3.1 PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL.

En escuelas públicas (40%) y privadas (39%) con peso normal, los preadolescentes se preocupan en porcentajes similares mucho y demasiado; lo mismo puede decirse de los estudiantes con sobrepeso, ya que un 32% de escuelas públicas y un 43% de privadas también se preocupan mucho y demasiado (ver *tabla 9*, y *gráficas 7 y 8*).

Tabla 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN DEL PESO CORPORAL POR GRUPO.

PESO CORPORAL	PREOCUPACIÓN POR EL PESO	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	DEMASIADO/MUCHO	40%	39%
	REGULAR	25%	19%
	POCO	12%	18%
	NADA	23%	24%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	DEMASIADO/MUCHO	32%	43%
	REGULAR	27%	25%
	POCO	22%	7%
	NADA	19%	25%
TOTAL		100%	100%

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN DEL PESO CORPORAL EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN DEL PESO CORPORAL EN NIÑOS CON SOBREPESO



6.3.2 DIETA INTENCIONAL.

En la *tabla 10*, observamos como era de esperarse que los porcentajes más altos, por tipo de escuela y por peso corporal, fueran para no cambio en su dieta. Entre los chicos que sí hicieron cambios, esto es que siguen una dieta, no se observan cambios significativos por tipo de escuela ni por peso corporal, ya que se muestran porcentajes similares.

Tabla 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE CAMBIOS EN SU ALIMENTACIÓN POR GRUPO.

PESO CORPORAL	CAMBIOS EN SU DIETA	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	SI	32%	30%
	NO	68%	70%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	SI	27%	34%
	NO	73%	66%
TOTAL		100%	100%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

En la *tabla 11*, observamos que más niños de escuelas privadas con peso normal, realizan o han realizado dieta para bajar de peso (62%), en comparación con los de escuelas públicas con peso normal (55%). En los niños con sobrepeso, observamos que más niños de escuelas públicas realizan o ha realizado dieta para bajar de peso (60%), en comparación con los de escuelas privadas (57%).

Tabla 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE TIPO DE CAMBIO EN SU ALIMENTACIÓN POR GRUPO.

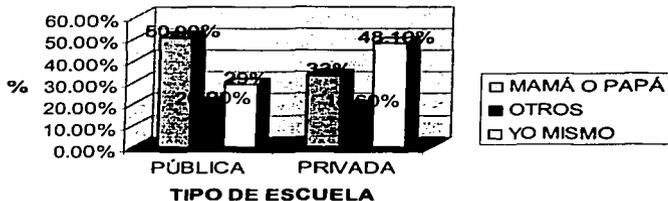
PESO CORPORAL	TIPO DE CAMBIO EN SU DIETA	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	BAJAR DE PESO	55%	62%
	SUBIR DE PESO	36%	30%
	OTRO	9%	8%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	BAJAR DE PESO	60%	57%
	SUBIR DE PESO	34%	29%
	OTRO	6%	14%
TOTAL		100%	100%

Más niños de escuelas públicas, con peso normal, realizan o han realizado dieta para bajar de peso, porque alguno de sus padres se los recomienda (51%), en comparación con los de escuelas privadas (33%); no obstante, más niños de escuelas privadas decidieron hacer dieta por ellos mismos (48%) que los de escuelas públicas (29%). Es semejante en niños con sobrepeso, más niños de escuelas públicas realizan o han realizado dieta para bajar de peso porque alguno de sus padres se los recomienda (47%) que en escuelas privadas (29%); sin embargo, más niños de escuelas privadas la ha hecho por ellos mismos (57%) en comparación con los de escuelas públicas (31%), (ver *tabla 12*, y *gráficas 9 y 10*).

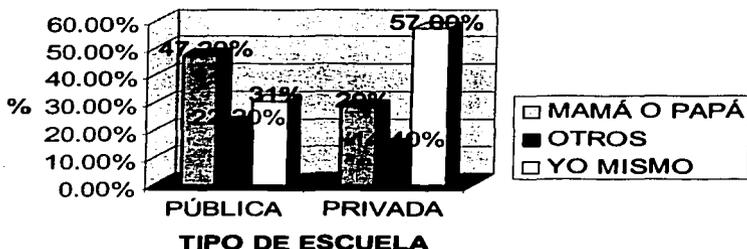
Tabla 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PERSONAS QUE RECOMIENDAN DIETA EN PREADOLESCENTES POR GRUPO.

PESO CORPORAL	PERSONA QUE RECOMIENDA	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	MAMA O PAPA	51%	33%
	YO MISMO	29%	48%
	OTROS	20%	19%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	MAMA O PAPA	47%	29%
	YO MISMO	31%	57%
	OTROS	22%	14%
TOTAL		100%	100%

GRÁFICA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PERSONAS QUE RECOMIENDAN DIETA EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE PERSONAS QUE RECOMIENDAN DIETA EN NIÑOS CON SOBREPESO



6.3.3 GRADO DE AUTOATRIBUCIÓN DEL CALIFICATIVO ATRACTIVO.

Entre los escolares con peso normal, fueron los de escuelas privadas quienes, en un porcentaje más alto (47%), se consideraron mucho y demasiado atractivos en comparación con el 22% de los niños de escuelas públicas, siendo éste más alto que el de los chicos con sobrepeso (0%).

En cambio, entre los chicos con sobrepeso, sobresale el 0% de escuelas públicas en comparación con el 37% de escuelas privadas, aunque éste es más bajo que el de los chicos con peso normal (47%).

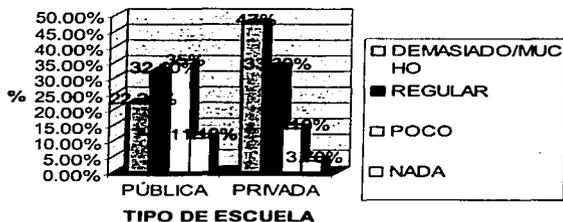
Más niños de escuelas públicas con peso normal, no se consideran atractivos (11%) en comparación con niños de escuelas privadas (4%). En los niños con sobrepeso, más niños de escuelas públicas no se consideran atractivos (21%) en comparación con los de escuelas privadas (6%) (ver *tabla 13*, y *gráficas 11 y 12*).

Tabla 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO DE AUTOATRIBUCIÓN DEL CALIFICATIVO ATRACTIVO POR GRUPO.

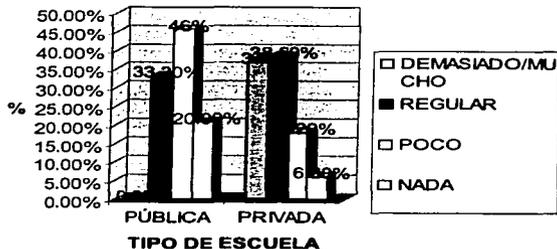
PESO CORPORAL	CALIFICATIVO ATRACTIVO	ESCUELAS PÚBLICAS	ESCUELAS PRIVADAS
NORMAL	NADA	11%	4%
	POCO	35%	14%
	REGULAR	32%	33%
	MUCHO/DEMASIADO	22%	47%
	OTRO	0%	2%
TOTAL		100%	100%
SOBREPESO	NADA	21%	6%
	POCO	46%	18%
	REGULAR	33%	39%
	MUCHO/DEMASIADO	0%	37%
TOTAL		100%	100%

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

GRÁFICA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO DE AUTOATRIBUCIÓN DEL CALIFICATIVO ATRACTIVO EN NIÑOS CON NORMOPESO



GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO DE AUTOATRIBUCIÓN DEL CALIFICATIVO ATRACTIVO EN NIÑOS CON SOBREPESO



6.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo, se aplicó a las variables dependientes (nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal; alteración de la imagen corporal; práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso; grado de autoatribución del calificativo atractivo; y preocupación por el peso corporal) un *Anova Factorial Simple*, teniendo en todos los casos como variables independientes, peso corporal y tipo de escuela.

Tabla 14.
ANOVA (Factorial Simple).

Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por peso corporal y tipo de escuela.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g. l.	Media cuadrada	f	Sig. De f
Efectos principales	10.167	2	5.083	3.709	.026
Tipo de escuela	6.188	1	6.188	4.515	.035
Peso corporal	3.979	1	3.979	2.903	.090
Interacción de doble entrada	.433	1	.433	.316	.574
Explicada	10.600	3	3.533	2.578	.054
Residual	333.027	243	1.370		
Total	343.628	246	1.397		

Para tipo de escuela:

Ho = $X_1 = X_2 = 0$ se rechaza

H1 = $X_1 \neq X_2 = 0$ se acepta

Se confirma hipótesis de trabajo 2

Para peso corporal:

Ho = $X_1 = X_2 = 0$ se acepta

H1 = $X_1 \neq X_2 = 0$ se rechaza

No se confirma la hipótesis de trabajo 1

De acuerdo con los resultados de la *tabla 14*, se puede observar que se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable satisfacción/insatisfacción, sólo en la variable independiente "tipo de escuela" [$F(1, 243) = 4.515, p = .035$]. Las medias del nivel de satisfacción/insatisfacción, indicaron que son los preadolescentes de escuelas públicas los que presentaron mayor insatisfacción ($X = .37$) en comparación con los de escuelas privadas ($X = .05$). Por lo tanto, estos resultados permitieron confirmar la hipótesis de trabajo 2: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

de escuela en cuanto al nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal", mientras que por peso corporal no se produjeron diferencias estadísticas significativas; por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 1: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en cuanto al nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal".

Tabla 15.
ANOVA (Factorial Simple).
Alteración (Subestimación/sobrestimación) de la imagen corporal por peso corporal y tipo de escuela

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g. l.	Media cuadrada	f	Sig. De f
Efectos principales	57.752	2	28.876	40.723	.000
Tipo de escuela	.114	1	.114	.161	.689
Peso corporal	57.638	1	57.638	81.285	.000
Interacción de doble entrada	1.733	1	1.733	2.444	.119
Explicada	59.485	3	19.828	2.444	.119
Residual	175.144	247	.709	27.963	.000
Total	234.629	250	.939		

Para tipo de escuela:

Ho = $X_1 = X_2 = 0$ se acepta

H1 = $X_1 \neq X_2 = 0$ se rechaza

No se confirma la hipótesis de trabajo 4

Para peso corporal:

Ho = $X_1 = X_2 = 0$ se rechaza

H1 = $X_1 \neq X_2 = 0$ se acepta

Se confirma hipótesis de trabajo 3

De acuerdo con los resultados de la *tabla 15*, se observa que se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable alteración de la imagen corporal, sólo en la variable independiente "peso corporal" [$F(1, 247) = 81.285, p = .000$]. Las medias de alteración de la imagen corporal indicaron que son los preadolescentes con sobrepeso, quienes presentan mayor grado de alteración ($X = -1.15$), en comparación con los normopeso ($X = -.16$). Es interesante hacer notar que ambas medias son negativas; es decir, subestiman su imagen corporal. Por lo tanto, estos resultados permitieron confirmar la hipótesis de trabajo 3: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal con respecto a alteración de la imagen corporal (subestimación-sobrestimación)", mientras que

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

por tipo de escuela no se produjeron diferencias estadísticas significativas; por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 4: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela con respecto a alteración de la imagen corporal (subestimación-sobrestimación)".

Dieta intencional por peso corporal y tipo de escuela

No se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable seguimiento de dieta intencional para control de peso, en ningún efecto principal: tipo de escuela [$F(1, 232) = .005, p = .944$] y peso corporal [$F(1, 232) = .867, p = .353$]. Las medias indicaron que no hay diferencias entre los preadolescentes de escuelas privadas ($X = 1.85$) y escuelas públicas ($X = 1.94$), tanto con normopeso ($X = 1.90$) y sobrepeso ($X = 1.90$), en la práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso. Por lo tanto no se confirmaron las hipótesis de trabajo 5 y 6:

H5: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en relación con la práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso".

Para peso corporal:

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$ se acepta

$H_1 = X_1 \neq X_2 = 0$ se rechaza

No se confirma la hipótesis de trabajo 5

H6: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en relación con la práctica o seguimiento de dieta intencional para control de peso".

Para tipo de escuela:

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$ se acepta

$H_1 = X_1 \neq X_2 = 0$ se rechaza

No se confirma la hipótesis de trabajo 6

Tabla 16.
ANOVA (Factorial Simple).

Grado de autoatribución del calificativo atractivo por peso corporal y tipo de escuela

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g. l.	Media cuadrada	f	Sig. De f
Efectos principales	151.443	2	75.722	6.460	.002
Tipo de escuela	118.153	1	118.153	10.080	.002
Peso corporal	33.290	1	33.290	2.840	.093
Interacción de doble entrada	1.695	1	1.695	.145	.704
Explicada	153.138	3	51.046	4.355	.005
Residual	2895.164	247	11.721		
Total	3048.303	250	12.193		

Para tipo de escuela:

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$ se rechaza

$H_1 = X_1 \quad X_2 = 0$ se acepta

Se confirma hipótesis de trabajo 8

Para peso corporal:

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$ se acepta

$H_1 = X_1 \quad X_2 = 0$ se rechaza

No se confirma la hipótesis de trabajo 7

De acuerdo con los resultados de la *tabla 16*, se observa que se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable autoatribución del calificativo atractivo, sólo en la variable independiente tipo de escuela [$F(1, 247) = 10.080, p = .002$]. Las medias indicaron que los preadolescentes de escuelas privadas ($X = 2.06$) poseen una mejor percepción del calificativo atractivo, en comparación con los de escuelas públicas ($X = 2.50$). Por lo tanto, estos resultados confirmaron la hipótesis de trabajo 8: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo", mientras que por peso corporal no se produjeron diferencias estadísticas significativas; por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 7: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo".

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Tabla 17.
ANOVA (Factorial Simple).
Preocupación por el peso corporal por tipo de escuela y peso corporal

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g. l.	Media cuadrada	f	Sig. De f
Efectos principales	12.881	2	6.441	2.977	.053
Tipo de escuela	12.500	1	12.500	5.778	.017
Peso corporal	.381	1	.381	.176	.675
Interacción de doble entrada	.107	1	.107	.050	.824
Explicada	12.988	3	4.329	2.001	.114
Residual	534.358	247	2.163		
Total	547.347	250	2.189		
Para tipo de escuela:					
Ho = X1 = X2 = 0 se rechaza					
H1 = X1 X2 = 0 se acepta					
Se confirma hipótesis de trabajo 10					
Para peso corporal:					
Ho = X1 = X2 = 0 se acepta					
H1 = X1 X2 = 0 se rechaza					
No se confirma la hipótesis de trabajo 9					

De acuerdo con los resultados de la *tabla 17*, se puede observar que se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable preocupación por el peso corporal, sólo en la variable independiente "tipo de escuela" [$F(1, 247) = 5.778, p = .017$]. Las medias indicaron que son los preadolescentes de escuelas privadas ($X = 2.06$) quienes presentan mayor preocupación por llegar a estar gordos, en comparación con los de escuelas públicas ($X = 2.50$). Por lo tanto, estos resultados permitieron confirmar la hipótesis de trabajo 10: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en relación a la preocupación por el peso corporal", mientras que por peso corporal no se produjeron diferencias estadísticas significativas; por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 9: "se encontrarán diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal en relación a la preocupación por el peso corporal".

CAPÍTULO 7.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El propósito de esta investigación fue conocer la distribución de variables asociadas con imagen corporal, con el grado de autoatribución del calificativo atractivo y conducta alimentaria de riesgo (dieta intencional y preocupación por el peso corporal) en una muestra de preadolescentes varones (de 9 a 12 años), teniendo en cuenta peso corporal (Índice Nutricional) y el tipo de escuela (pública y privada).

De acuerdo con Kesselman, 1989, citado en Barajas, 1998, los mensajes en los medios de comunicación advierten a los jóvenes que el cuerpo es el pasaporte a la felicidad. Está emergiendo evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9 años de edad (Gómez Pérez-Mitré, 1993b, citada en Murrieta, 1997). Esta actitud se encuentra presente a lo largo de toda la vida, dando como consecuencia una preocupación constante por su peso y aspecto, y una insatisfacción con su cuerpo.

Vivimos en una cultura centrada en el aspecto físico, por lo que la apariencia de un individuo, y específicamente la percepción que éste tiene de la misma, determinan sus relaciones personales, y su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, 1993b, citada en Murrieta, 1997).

Es importante señalar que hay diversos estudios (Robinson, 1979; Polivy & Herman, 1985; Gómez Pérez-Mitré, 1993b; Brownell & Rodin, 1994; Fallon, Katzman & Wooley, 1994; Muth & Cash, 1995; Schlundt & Johnson, 1990, citados en Bernal, 2002) que abordan la relación entre el temor a subir de peso y conductas alimentarias de riesgo, propiciando el inicio de trastornos de la alimentación.

Fueron las mujeres las que presentaron conducta alimentaria de riesgo con mayor frecuencia que los hombres, como lo apoyan investigaciones anteriores (Polivy & Herman, 1985; Chinchilla, 1995; Unikel, 1998; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1999b; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar y Hernández, 2000; Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001).

Sin embargo, Bernal (2002), encontró que entre los hombres, en una proporción menor, también se presenta la práctica de dietas para controlar su peso. Nuestro estudio demuestra que desde los 9 años se inicia la práctica de estas conductas. Los hallazgos que se refieren al inicio de dietas en una edad temprana los encontramos en investigaciones de Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998; Pineda, 2000; Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001. Esto nos hace suponer que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación no es exclusivo de mujeres, puesto que son cada vez más hombres y de menos edad los que participan en ellas (Gómez Pérez-Mitré, 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Se ha reportado consistentemente que la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es uno de los predictores de los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios (Fabian & Thompson, 1989; León, Fulkerson, Perry & Cudeck, 1993, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafuya & Unikel (2000), con una muestra formada por hombres adolescentes y jóvenes adultos, resultó más notoria la presencia de alteración de la imagen corporal en la forma de subestimación que la insatisfacción con la imagen corporal.

Con respecto a este tema, se encontró que los niños con sobrepeso, tanto de escuelas públicas como privadas, subestiman su peso corporal en altos porcentajes; es decir, se perciben más delgados de lo que en realidad son; encontrándose más en obesos y eso confirma muchos estudios previos. Gray, 1977, citado en León, 2000, encontró que las mujeres se percibían con más peso del que tenían mientras que en los hombres, era más probable que se percibieran con menos peso del que tenían. Asimismo, encontró que los que tenían peso bajo se percibían con mayor peso del que realmente tenían, y los que tenían mayor peso se percibían con menos peso del que tenían en realidad.

Si la percepción evaluativa y auto-actitudinal del individuo es desfavorable con respecto a su propio cuerpo, con gran probabilidad descará modificar su estado físico y, por lo tanto, la posibilidad de que incurra en algún trastorno alimentario estará latente (Bruchon, 1992). Cabe subrayar que la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o la insatisfacción con la misma, en la mayoría de los casos está asociada con los trastornos de la alimentación y constituye un factor sumamente importante en la integración del autoconcepto de un individuo (Thompson, 1996, citado en Barajas, 1998).

Con respecto a la variable preocupación por el peso corporal, se encontraron porcentajes altos en preadolescentes con peso normal y sobrepeso, tanto de escuelas públicas como privadas. Esto confirma que es cada vez más evidente que los niños estén adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez difícil de alcanzar, o hacia un cuerpo mesomorfo o atlético (Gómez Pérez-Mitré, 1998; Gómez Pérez-Mitré, Saucedo & Unikel, 2001).

De acuerdo con varios investigadores, entre los que destacan: Fallon, Katzman & Wooley, 1994; Muth & Cash, 1995; la preocupación excesiva por el peso es lo que propicia la conducta dietaria; que a su vez, predice trastornos de la alimentación (citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Según Toro (1996), en la actualidad, la práctica de conducta dietaria o conductas consideradas como restrictivas, se practican por el miedo a subir de peso y distorsión de la imagen corporal; y hace varios siglos, se practicaban con fines religiosos (citado en Bernal, 2002). Diferentes investigadores han encontrado que la práctica de dieta lleva a la deshinibición en el comer o a la sobrealimentación, y que hacer dieta precede el desarrollo desórdenes del comer, sin importar la edad del dietante (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En la presente investigación no se presentaron diferencias estadísticas significativas en la variable seguimiento de dieta intencional para control de peso, en ningún efecto principal: tipo de escuela y peso corporal. No obstante, como se puede observar, sí existen datos que sugieren la práctica de dieta intencional en la muestra estudiada, lo cual puede desencadenar problemas en el estado nutricional de los preadolescentes.

El desarrollo de patrones de alimentación desequilibrados conduce a una mala nutrición, lo cual podría producir obesidad, desnutrición u otros problemas de la alimentación; sobre todo en la población de escasos recursos, donde existen grandes desventajas para mejorar su estado nutricional (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición. Dahl & Kristiansson (1987), observaron que los niños con dificultades para comer tienen menor crecimiento en talla y peso. La ciudad de México reportó la cifra más baja con una media de 550 mil niños desnutridos; además, se encontró que en relación con la obesidad, 4.4% a nivel nacional de menores la padece (Sepúlveda-Amor, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal & Kumata, 1990).

En varios estudios se reporta que entre los 11 y 12 años de edad, adquieren importancia los intereses relacionados con "hacer dieta" (Moore, 1988; Hill, Rogers & Blundell, 1989; Mokbel, Hodges & Ollendick, 1992, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). Fosson, Knibbs, Bryan-Waugh & Lask (1987), encontraron trastornos de la alimentación en niños con edad promedio de 10.7 años de edad.

En lo que respecta a quien recomienda seguir una dieta, se encontró que más preadolescentes de escuelas públicas, tanto con peso normal como con sobrepeso, realizan dieta porque algunos de sus padres se los recomienda; mientras que los de escuelas privadas, son ellos mismos quienes deciden llevarla a cabo.

Hacer dieta reductora de peso durante la niñez, resulta riesgoso, ya que es necesaria una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable; por lo que una reducción sustancial presenta riesgo para la mayoría de los niños (Kriepe & Forbes, 1990; Bonjour, Thientz, Buchs, Slosman & Rizzoli, 1991, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Constanzo & Woody, 1985, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1997, reportan que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de conductas y actitudes respecto a la comida y al peso. Castro (1991), refiere que es en la niñez donde los padres intervienen de manera decisiva en la adquisición de los hábitos alimentarios, refiriéndose no sólo a lo que comen, sino a las cantidades, las combinaciones de alimentos, los horarios y los lugares donde usualmente se realiza la ingesta de alimentos.

Esto hace suponer que es en la familia donde se aprende a comer según las raciones establecidas en ella. La carencia del conocimiento nutricional se relaciona con la obesidad, ya que las madres pueden, de forma no intencional, seleccionar una dieta que contribuya a ganar exceso de peso.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Los alimentos también llegan a dar una identidad: a veces determinado tipo de alimentación permite formar parte de un grupo, lo que lleva a adoptar con facilidad dietas vegetarianas, naturistas y otras de actualidad. Los factores psicológicos y sociales influyen de manera determinante sobre la elección de la dieta (Casillas, 1985).

Los resultados obtenidos del análisis inferencial (prueba de hipótesis) permitieron confirmar cuatro de las diez hipótesis de trabajo planteadas. Las hipótesis de trabajo confirmadas señalan que:

“se encontraron diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal”. Esto quiere decir que existe una relación entre el nivel de satisfacción/insatisfacción con la propia imagen corporal y el nivel socioeconómico, determinado por el tipo de escuela. Encontrándose que son los preadolescentes de escuelas públicas quienes se encuentran más insatisfechos con su imagen corporal.

Señala Gómez Pérez-Mitré (1999), que está ampliamente fundamentado en la literatura de la Psicología Social, que la autopercepción está influida por la manera en que somos percibidos por los demás, basada en características y atributos tales como género, edad, clase social, apariencia física, etc.; asimismo, los medios influyen sobre esta percepción a medida en que difunden, transmiten y refuerzan la imagen valorada por la sociedad.

Gómez Pérez-Mitré, Saucedo & Unikel (2001), señalan que tanto hombres como mujeres se encuentran en una cultura, en donde ellas tienen que ser delgadas para ser bellas y exitosas, y ellos musculosos para ser atractivos; dando como consecuencia una preocupación constante por el peso y la apariencia, y una insatisfacción con su cuerpo.

De igual forma, “se encontraron diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en relación a la preocupación por el peso corporal”, son los preadolescentes de escuelas privadas quienes presentan mayor preocupación por su peso corporal. Schlundt, et al. 1990, citados en Bernal, 2002, explican que la preocupación por el peso corporal y la comida se puede manifestar por un miedo a las consecuencias de tipo interpersonal por ser gordo, por pesarse compulsivamente y checar el cuerpo, compararse con las demás personas, el miedo a ser visto y la evitación de señales situacionales.

Bernal (2002), observó que los niveles de preocupación por el peso y la comida son diferentes entre jóvenes y adolescentes con ansiedad alta y ansiedad baja, encontró una relación directa entre un nivel alto de ansiedad y una mayor práctica de conductas de preocupación por el peso y la comida. Esto quiere decir que a mayor ansiedad mayor preocupación por el peso y la comida. En la presente investigación, se trató de comprobar si existían diferencias estadísticas por tipo de escuela y peso corporal con respecto al nivel de preocupación por el peso, pero no se estableció relación alguna con el nivel de ansiedad. Entre estos grupos, se encontraron diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Para la tercera hipótesis confirmada, "se encontraron diferencias entre las medias de los grupos formados por tipo de escuela en cuanto al grado de autoatribución del calificativo atractivo", se encontró un porcentaje mayor de preadolescentes de escuelas públicas que no se consideran atractivos, mientras que los preadolescentes de escuelas privadas poseen una mejor percepción del calificativo atractivo. Gómez Pérez-Mitré (1998), en un estudio previo, encontró que la mayoría de los que tenían sobrepeso, se calificó como poco atractivo. Otro dato interesante, en otro estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997), en el que se encontró relación entre la autoatribución negativa, y los problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias.

Ya se había mencionado que los varones que subestimaron su imagen corporal fueron los que tenían sobrepeso y obesidad, lo cual también es corroborado en Gómez Pérez-Mitré (1998); al respecto, puede decirse que "se encontraron diferencias entre las medias de los grupos formados por peso corporal con respecto a alteración de la imagen corporal (subestimación-sobreestimación)".

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

Con base al análisis de los datos abordados y explicados en el capítulo anterior, se puede concluir que:

- los preadolescentes de escuelas públicas, independientemente del peso corporal, manifiestan mayor insatisfacción que los de escuelas privadas;
- los preadolescentes con sobrepeso, independientemente del tipo de escuela, presentan alteración de la imagen corporal, en la forma de subestimación;
- no se encontraron diferencias significativas en el seguimiento de dieta intencional, ni por tipo de escuela o peso corporal, lo cual no quiere decir que no la practiquen;
- los preadolescentes de escuelas públicas, realizan o han realizado dieta porque alguno de sus padres se las recomienda;
- los preadolescentes de escuelas privadas, realizan o han realizado dieta porque ellos mismos deciden llevarla a cabo;
- son más los preadolescentes de escuelas privadas, quienes se preocupan más por su peso corporal, en comparación con los de escuelas públicas;
- son más los preadolescentes de escuelas públicas, los que no se consideran atractivos; en comparación con los de escuelas privadas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- ❖ La principal limitación de la investigación tiene que ver con la selección de los sujetos, ya que se trabajó con muestras no probabilísticas.
- ❖ Se sugiere realizar mayor investigación para determinar si los factores analizados cambian de frecuencia e intensidad dependiendo del nivel socioeconómico y etapas del desarrollo.
- ❖ En estudios posteriores, introducir otras variables, tales como nivel de ansiedad y autoconcepto, en edades previas a la adolescencia; así como enfocar una perspectiva de género dentro de la construcción de masculinidad.
- ❖ Considerar estos factores de riesgo, en la instrumentación de programas educativos y de prevención, dirigidos a padres de familia, niños, adolescentes, y organismos vinculados con la salud física y nutricional (como clubes o asociaciones deportivas).



REFERENCIAS

- Albeaux – Fernet, A. (1971). El adelgazamiento. Argentina: El Ateneo.
- Aguilar, C. Y. & Rodríguez, C., A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución del adolescente del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Aulignier, P. (1977). La violencia de la interpretación. Argentina: Amorortu.
- Ávila, G. L., Lozano, R. V. & Ortiz, O. L. (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.
- Barajas, M. (1998). Trastornos alimentarios: relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Behrman, R. E., & Vaughan, V. C. (1983). Nelson textbook of pediatrics. Filadelfia: Saunders.
- Bernal, I. N. (2002). Ansiedad y conducta alimentaria de riesgo en adolescents y jóvenes universitarios. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Blundel, J. E. & Hill, A. J. (1993). The Psychobiological Control of Appetite. Advances in the Biosciences Primary and Secondary Eating Disorders. Psychoneuroendocrine and Metabolic Approach, 90, 3-9.
- Bolaños, M., C. R. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Bosco, J. (1986). El cuerpo humano. México: Cumbre.
- Bouchard, C., Despres, J. & Mauriege, P. (1993). Genetic and nongenetic determinants of regional fat distribution (review). Endocrine Reviews, 14, 72-93.
- Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Argentina: El Ateneo.
- Brownell, K.D., & Rodin, J. (1994). The dieting Maestron: Is it possible and advisable to lose weight? American Psychologist, 49, 781-791.
- Bruch; H. (1985). Four decades in eating disorders. Handbook of Psychotherapy for anorexia and bulimia. Nueva York: Guilford Press.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Calderone, M. S., & Jhonson, E. W. (1981). The family book about sexuality. Nueva York: Harper Row.
- Cash, T.F., & Brown, T.A. (1987). Gender and body images: stereotypes and realities. Sex Roles, 21, 361-373.
- Cash, T. (1990). Current and vestigial affect of overweight among women: fear of fat, attitudinal, Body image and Eating Behaviors. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 12, (2), 115-120.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (1990). Body images: development, deviance, and change. Nueva York: Guilford.
- Casillas, C. L. & Vargas, L. A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de nutrición, 3, Mayo-Junio, 17-32.
- Castro, F. (1991). Un asunto de hábitos alimentarios: ¿Cuándo empieza la obesidad? Cuadernos de nutrición, 11, (3), 3-8.
- Chance, P., & Fischman, J. (1987). The magic of childhood. Psychology Today.
- Chan, J. M., Rimm, E. B., Colditz, G. A., Stampfer, M. J. & Willett, W. C. (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. Diabetes Care, 17, 961-969.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia y Bulimia Nervosas. España: Ergon.
- Collins, W. A. (1984). Development during middle childhood: The years from six to twelve. Washington, D.C.: National Academy.
- Cornillot, A. (1988). El arte de adelgazar. Argentina: Vergara.
- Craig, G.J. (1992). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall. Hispanoamericana.
- Dahl, M. & Kristiansson B. (1987). Early feeding problems in an affluent society. Impact on growth up to two years of age. Acta Pediatry Scand, 76, 881-888.
- Darley, J., Glucksberg, S., & Kinchla, R. (1990). Psicología. México: Prentice-Hall.
- De Boer, J. O., Van Es, A. J., Van Raaij, J. M. & Hautvast, J. G. (1987). Energy requirements and energy expenditure of lean and overweight women, measured by indirect calorimetry. American Journal of Clinical Nutrition, 46, 13-21.

Ψ PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

- Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescent. Pediatrics, 75, 807-812.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. México: Paidós.
- Drenick, E. J. & Fislis, J. S. (1992). Myocardial mass in morbidly obese patients and changes with weight reduction. Obesity Research, 2, 19-27.
- Fabian, L. J., & Thompson, J.K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. International Journal of eating disorders, 8, 63-74.
- Fallon, A.E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, 94, 102-105.
- Fallon, P., Katzman, M.A., & Wooley, S.C. (1994). Feminist perspectives on eating disorders. Nueva York: Guilfore Press.
- Feldman, R.D. (1986). What are thinking skills. Instructor.
- Feldman, E. (1990). Principios de Nutrición Clínica. México: Manual Moderno.
- Fosson, A., Knibbs, J., Bryan-Waugh, R. & Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. Archives of Disease in Childhood, 62, 114-118.
- Franzai, S.L. & Herzog, M.E. (1980). The body Steen scale: a convergent and discriminant validity study. Journal of personality assessment, 50, 24-31 en Bruchon, S. (1992). Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. Developmental Psychology.
- Furman, W. (1982). Children's friendships. Review of human development. Nueva York: Wiley.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 100, 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement, Theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 263-284.
- Garner, R., Martinez, R., Sandoval, Y. (1987). Obesity and Body Image: an evaluation of sensory and non-sensory components. Psychological Medicine, 17, 927-932.

Geymonat, N. (1993). Manejo práctico de los aspectos psicológicos en la regulación de la conducta alimentaria. Curso de Educación Continua en Obesidad Prontográfica.

Gilbert, S. (1992). Pathology of eating psychology and treatment. Londres.

Gilbert, S. (1993). Eating Disorders. Human Nutrition and Dietetic. Nueva York: Chorrchill Livingstone. 752-760.

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

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

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

Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Proyecto de Investigación: instrumentos que exploran imagen corporal (Mimeo).

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14, 31-40.

Gómez Pérez-Mitré, G. & Saucedo, T. (1997). Validez diagnóstica del índice de Masa Corporal (IMC) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanas. Acta Pediátrica Mexicana, 18, (3), 103-110.

Gómez Pérez-Mitré, G. & Saucedo, T. (1998). Validación del Índice Nutricional (IN) en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40, (5), 382-391.

Gómez, Pérez-Mitré, G. & Ávila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? Psicología Iberoamericana, 6, (2), 37-45.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La Psicología Social en México, 7, 277-282.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanos y cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16, (1), 153-165.

Y PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A. M., Jáuregui, J., Tafoya, S. A. & Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista de Psicología Contemporánea, 7, (1), 4-15.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M. & Unikel, C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. Psicología Social: Investigación y Aplicación en México. México: Fondo de Cultura Económica, 267-315.

Gómez Pérez-Mitré, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. & Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en 3 grupos de edad: prepúberes, púberes, adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18, (3), 313-324.

González, S. L., Lizano, M. M., Gómez Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer, hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 1, (16), 101-116.

Gray, S. (1977). Social aspect of body image: perception of normally of weight and affect of college undergraduates. Perceptual and motor skill, 45, 1035-1040.

Grinder, R. (1976). Adolescencia. México: Limusa.

Haller, B. Von. (1981). Psicología General. México: Harla.

Hamachek, D., E. (1981). Encuentros con el yo. México: Interamericana.

Heisenberg, L.J. & Thompson, J.K. (1992). Social comparison: Gender, target important rating, and relation to body image disturbance. Journal of Social Behavior and Personality, 7, 335-344.

Higashida, B. (1993). Ciencias de la salud. México: McGraw-Hill.

Hoebel, B. G. & Hernández, L. (1993). Basic neural mechanisms of feeding and weight regulation. Obesity: Theory and Therapy.

Horowitz, M. (1966). Body Image. Archives of General Psychiatry, 14, 5.

Hsu, L.K.G. (1983). The etiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 13, 231-238.

Ibanez, E. (1993). Tratamiento psicológico de la obesidad. Medicine (en prensa).

Jackson, L. A. (1992). Physical appearance and gender: sociobiological and sociocultural perspectives. Albany: SUNY Press.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACIÓN CON PESO CORPORAL

- Kaufmann, P. (1989). Reguladores fisiológicos de la alimentación. Argentina: Asociación Argentina de Obesidad.
- Kaufmann, P. (1992). Regulación neuroendocrina central y periférica del hambre y la saciedad. Argentina: Prontográfica Ltda.
- Kesselman, Susana. (1989). El pensamiento corporal. Argentina: Paidós.
- Kolata, G. (1986). Obese Children: A growing problem. Science.
- Koop, C. B. (1982). Antecedents of self-regulation: a developmental perspective. Development Psychology, 18, 199-214.
- Kromhout, D. (1983). Changes in energy and macronutrients in 871 middle-aged men during 10 years of follow-up (the Zutphen Study). American Journal of Clinical Nutrition, 37, 287-294.
- Kuczumski, R. J., Flegal, K. M., Campbell, S. M. & Johnson, C. L. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. Journal American Medical Association, 272, 205-211.
- Leible, R. & Hirsch, J. (1984). Diminished energy requirements in reduced-obese patients. Metabolism, 33, 164-170.
- León, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associate with risk state for eating disorders in adolescent girls. Journal of Abnormal Psychology, 1023, 138-144.
- León Hernández, R. (2000). Alteración de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso (obesidad-peso bajo). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Lichtman, S. W., Pisarska, K. & Berman, E. R. (1992). Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. New England Journal of Medicine, 327, 1893-1898.
- Long, S. D., O'Brien, K. & MacDonald, K. G. (1994). Weight loss in severely obese subjects prevents the progression of impaired glucose tolerance to type II diabetes. Diabetes Care, 17, 372-375.
- López, J. (1985). Nuestro cuerpo. México: Cumbre.
- Luttc, G. (1991). Liberar la adolescencia: la psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.

PREADOLESCENTES VARONES: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON IMAGEN CORPORAL Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON PESO CORPORAL

- Lyman, B., Itallied, D., Macurdy, C. (1981). Persons cue in first-impression attraction. Perceptual and Motor Skills, 52, 59-66.
- Maccoby, E. (1984). Middle childhood in the context of the family. Development during middle childhood: The years from six to twelve. Washington, D.C.: National Academy.
- Maccoby, E. (1980). Social development. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Markus, H. (1980). The self in thought and memory. The self in Social Psychology. Nueva York: Oxford University Press.
- Markus, H., & Nurius, P. S. (1984). Self-understanding and self-regulation in middle childhood. Development during middle childhood: The years from six to twelve. Washington, D.C.: National Academy.
- Medrich, E. A., Roizen, J. A., Rubin, V. & Buckley, S. (1982). The serious business of growing up. Berkeley: University of California Press.
- Mendoza, M., S. (1996). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: alteraciones de la imagen corporal y conducta dietaria. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM.
- Mennell, S., Murcott, A. & Van Otterloo. (1992). The sociology of food. Eating diet and culture. Londres: Sage.
- Morales, J. F. (1995). Psicología Social. Madrid: McGraw-Hill.
- Morris, D. (1985). El mono desnudo. España: Orbis.
- Morris, G. CH. (1987). Psicología. México: Prentice Hall. Hispanoamericana. S.A.
- Murrieta, M. (1997). Relación entre la distorsión de imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Muth, J.L. & Cash, T.F. (1995). Gender differences in body. Image attitudes: Evaluation, Investment, and Affect. Manuscript Submitted: for publication.
- Myers, D. G. (1995). Psicología Social. México: McGraw-Hill.
- Owen, O. E., Kavle, E. & Owen, R. S. (1986). A reappraisal of caloric requirements of healthy women. American Journal of Clinical Nutrition, 44, 1-19.
- Padiouleau, F. M. (1991). Queridos Adolescentes. México: Grijalbo.
- Papalia, D. (1992). Desarrollo Humano. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

- Phillips, K. A. (1996). The Broken mirror. Nueva York: Oxford University Press.
- Pineda, G. (2001). Imagen corporal asociada a la edad menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and binge in: A causal analysis. American Psychologist, *40*, 193-201.
- Prost, A. & Vincent, G. (1989). Historie de la vie privée. Paris: Taurus.
- Raich, E. R. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Revista de psicología y Ciencia social, *12*, 1, 15-26.
- Ravussin, E., Lillioja, S. & Knowler, W. C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for body-weight gain. New England Journal of Medicine, *318*, 467-472.
- Robillard, C. (1993). ¿Qué comemos? Canadá: Tormont.
- Robinson, C. (1979). Fundamentos de nutrición normal. México: Continental.
- Schapira, D. V., Clark, R. A. & Wolff, P. (1994). Visceral obesity and breast cancer risk. Cancer, *74*, 632-639.
- Sepúlveda-Amor, J., Lezana, M., Tapia-Conyer, R., Valdespino, J., Madrigal, H. & Kumate, J. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una escuela probabilística nacional. Gaceta Médica de México, *126*, (3), 207-225.
- Sheldon, W.H. (1972). Las variedades del temperamento. Psicología de las diferencias constitucionales. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano.
- Schlundt, D. G. y Bell, C. (1993). Body image testing system: a microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, *15*, (3), 267-268.
- Schneider, D. J. Hastorf, A. & Ellsworth P.C. (1992). Percepción personal. México: Fondo Económico Interamericano.
- Slade, P., & Brodić, D. (1994). Body image distortion and eating disorders: a reconceptualization based on recent literature. International Journal of eating disorders, *2*, 32-46.
- Smith, A. (1990). Towards a global culture? Londres: Sage.

- Sternberg, R. J. (1984). How can we teach intelligence? Educational Leadership.
- Sternberg, R. J. (1985a) Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1985b). Teaching critical thinking: Are we making critical mistakes? Phi Delta Kappan.
- Striegel-Moore, R., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. International Journal of Eating Disorders, 5, 935-947.
- Stunkard, A. J., Foch, T. T., & Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. Journal of the American Medical Association, 256, 51-54.
- Unikel, C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Unikel, C. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1999b). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conducta alimentaria patológica en mujeres mexicanas. Psicología Conductual, 7, (3), 417-429.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E. & Hernández, S. (2000). Conducta alimentaria de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D. F. La Revista de Investigación Clínica, 52, (2), 140-147.
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: assessment and treatment. Nueva York: Pergamos.
- Thompson, K. (1996). Body image, eating disorders and obesity. United States of America: American Psychological Association Washington, D. C.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Barcelona: Ariel.
- Tortora, G. & Grabowski, S. (1996). Principios de Anatomía y Fisiología. España: Mosby/Doyma Libros.
- Tuker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. Journal of Clinical Psychology, 40, 1226-1234.

ANEXO

8.- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- Eres hijo único ()
Eres el más chico? ()
Ocupas un lugar intermedio ()
Eres el mayor ()

9.- ¿Has tenido emisiones nocturnas?

- No () Pasa a la pregunta 11
Si () Pasa a la siguiente pregunta

10.- Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

SECCIÓN B

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

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

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

	Hoy me desayuné	Ayer comí	Ayer cené
	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Aguacate			
Antojitos (tacos, sopes, etc.)			
Arroz			
Atole (masa, avena, maizena, etc.)			
Azúcar			
Bolillo			
Café			
Carne de cerdo			
Carne de res			
Cebolla			
Cereales preparados			
Crema			
Chicharrón			
Chile			
Chocolate			

Dulces			
Embutidos (jamón, salchichas, etc.)			
Frijoles			
Frituras (papas, churritos, etc.)			
Galletas			
Gelatina			
Habas			
Huevo			
Jitomate			
Jugos o licuados de frutas			
Leche en polvo			
Leche fresca			
Lentejas			
Mantequilla			
Nopales			
Pan blanco (bimbo)			
Pan dulce			
Papa			
Pastelitos			
Pescado			
Pollo			
Queso			
Refrescos			
Sopas y/o pasta			
Tortillas de maíz			
Verdolagas			
Verduras			
Yougurt			
Mayonesa			
Pan integral			

3.- En mi casa se cocina con:

Aceite vegetal ()

Mantequilla ()

Manteca de cerdo ()

No se ()

Otro. Especifica _____ ()

SECCIÓN C

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

Mamá ()

Papá ()

Yo mismo ()

Tía (o) ()

Abuela (o) ()
Hermano (o) ()
Otro. ¿Quién? _____ ()

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

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

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

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

7. Como mis alimentos frente a la T.V

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

8.- Consumo alimentos "chatarra".

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

9. Mis padres o tutores me presionan para comer.

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

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

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

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

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

12. Como a escondidas de mis padres.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Como rápido y mucho.

Nunca	A veces	Frecuentemente	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..... ()
- poco..... ()
- muy poco..... ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

21. Según mis padres o tutores como:

- Demasiado..... ()
- mucho..... ()
- ni mucho, ni poco..... ()
- 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 practiquen 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 indícalo con 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..... ()
 Tía (o)..... ()
 Abuelita..... ()
 Papá..... ()
 Nadie..... ()
 Otra persona, quién _____ ()

29. Actualmente, practico un deporte o una actividad física.

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

SECCION D

30. Llegar a estar gordo:

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



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

Nunca..... ()

A veces..... ()

Frecuentemente..... ()

Muy frecuentemente..... ()

Siempre..... ()

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños, como puede verse 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 figura fuera como:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

G

()

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

1. marca con una X en el cuadro que corresponda. ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMANO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
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 amigas y amigos 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..... ()

SECCIÓN E

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

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

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

Por ejemplo:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Mis manos son:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 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

4. 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. 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

6. 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

7. Mi estómago es:

	A	B	C	D	E	
Bonito						Feo
Rigido						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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

SECCIÓN F

1. ¿Cómo te llevas con...?

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

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

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

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

- No ()
 Sí ()

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

	Nunca	A veces	Frecuente-mente	Muy frecuente-mente	Siempre
4. Las amistades					
5. El dinero					
6. La falta de comunicación					
7. La disciplina					
8. La comida o alimentación					

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

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

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

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

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

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