



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA, CONDUCTA ALIMENTARIA
TIPO DE CARÁCTER E INDICE DE MASA CORPORAL EN
ADOLESCENTES"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

SELENE JIMÉNEZ NICOLAS



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR: MTRO. SOTERO MORENO
REVISORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

MEXICO, D.F.

MAYO, 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

*Este trabajo está dedicado a Hilda Jiménez Nicolás,
gracias por ser un ejemplo para mí, por tu apoyo en
momentos difíciles, por tu comprensión, bondad, por
ser una excelente hermana, hija y ser humano. Dios y
la vida dio una bendición a nuestra familia con tu
presencia, gracias.*

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

NOMBRE: Selene Jiménez
Nicolás

FECHA: 25-5-04

FIRMA: *[Firma]*

AGRADECIMIENTOS:

- ❖ *Agradezco a todos los profesores del Colegio de Ciencias y Humanidades campus Naucalpan su apoyo, al maestro Santiago Soto Estrada (q. e. p. d.), al licenciado Carlos Rivas, a la licenciada Treviño, a la maestra Mendiola por el apoyo brindado en la realización de este proyecto y por la formación profesional que me brindaron.*
- ❖ *A todos los profesores de la Facultad de Psicología que me impartieron cátedra y a toda la gente que colaboro para mi formación profesional.*
- ❖ *Al director de esta investigación por su comprensión, paciencia y apoyo.*
- ❖ *A la Dra. Gómez Pérez-Mitré por el apoyo, por el tiempo que me brindaron, por su paciencia para la realización de este proyecto, y a sus colaboradores les doy las más sinceras gracias por su apoyo que es invaluable.*
- ❖ *Al Licenciado Fabián Martínez por su apoyo y paciencia para la realización de esta investigación, gracias.*
- ❖ *A la Licenciada Norma Elena Reyes Ruiz, por las retroalimentaciones, por su paciencia y por darme un poco de su tiempo.*
- ❖ *A la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de estudiar en sus instalaciones y por darme el conocimiento que hoy tengo.*
- ❖ *Pero principalmente a mi familia, a mis padres por darme la vida y la oportunidad de estar aquí, a mi hermana Esmeralda por darme ánimo en los momentos más difíciles.*

❖ *Agradezco profundamente a Dios y a la vida por haberme dado la oportunidad de hacer esta investigación.*

INDICE

CAPITULO 1. CONDUCTA ALIMENTARIA Y PESO CORPORAL

1.1. Definición de conducta alimentaria.....	4
1.2. Teorías de la conducta alimentaria	5
1.3. Conducta alimentaria del adolescente.....	10
1.4. Peso corporal	13
1.5. Historia del peso corporal	14
1.6. Métodos para medir la cantidad de grasa corporal.....	17
1.7. Prevalencia de peso en México	21
1.8. Bajo peso.....	22
1.9. Peso normal	23
1.10. Obesidad	23
1.11. Diferencia entre sobre peso y obesidad	24
1.12. Factores predisponentes	24
1.13. Factores desencadenantes	25
1.14. Etapas de la Obesidad	26
1.15. Tipos	27
1.16. Etiología médica.....	30
1.17. Etiología psicológica	35
1.18. Etiología social.....	39
1.19. Consecuencias médicas.....	42
1.20. Consecuencias psicológicas.....	44
1.21. Consecuencias sociales.....	46
1.22. Costo económico de la obesidad.	48

CAPITULO 2. TEORÍA DEL CARÁCTER Y ADOLESCENCIA

2.1. Definición de personalidad.....	49
2.2. Definición de carácter.....	50
2.3. Función del carácter.....	50
2.4. Clasificación de carácter.....	51
2.5. Las orientaciones en el proceso de socialización.....	57
2.6. Ventajas de la improductividad.....	59
2.7. Investigaciones recientes.....	62
2.8. ADOLESCENCIA.....	64
2.9. Aspectos físicos	65
2.10. Cambios psicológicos.....	67
2.11. Aspectos sociales.....	68
2.12. Aspectos intelectuales.....	68
2.13. Etapas de la adolescencia.....	70

Capítulo 3. AUTOESTIMA

3.1. Concepto de Autoestima.....	72
3.2. Teorías de Autoestima.....	74
3.3. La autoestima del adolescente en relación al peso.....	80

CAPITULO 4. PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	85
---	----

CAPITULO 5. RESULTADOS	94
-------------------------------------	----

CAPITULO 6. CONCLUSIONES	103
---------------------------------------	-----

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	105
---	-----

REFERENCIAS	106
--------------------------	-----

ANEXO 1	115
----------------------	-----

ANEXO 2	116
----------------------	-----

ANEXO 3	117
----------------------	-----

ANEXO 4	121
----------------------	-----

ANEXO 5	125
----------------------	-----

ANEXO 6	126
----------------------	-----

ANEXO 7	129
----------------------	-----

ANEXO 8	131
----------------------	-----

ANEXO 9	132
----------------------	-----

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue conocer cual es la relación que existe entre peso corporal, autoestima, tipo de carácter y conducta alimentaria en una muestra no probabilística con una $n= 198$, de los cuales 111 fueron mujeres y 87 hombres adolescentes con una edad de 15 a 17 años; y con un diseño de tres grupos independientes (bajo peso, peso normal y sobre peso/ obesidad). Por lo anterior se utilizaron tres instrumentos para medir las variables: 1) Escala de autoestima para adolescentes; 2) Inventario de carácter para adolescentes; y 3) Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (sección E y F). Entre los principales resultados se presentaron relaciones débiles y no significativas entre las variables: a) peso corporal y tipo de carácter; b) peso corporal y autoestima; y c) peso corporal y conducta alimentaria.

Introducción

Hoy en día el peso corporal ha cobrado gran importancia como tema de estudio en las ciencias sociales, ya que los jóvenes están siendo bombardeados por mensajes que les dicen cuales son los prototipos de belleza y de aceptación social que deben tener, por lo que de no cumplirlos no tendrán éxito y serán rechazados por parte de la sociedad.

Tomando en cuenta lo anterior en relación a los adolescentes hablar de peso corporal y alimentación cada vez más se toma con una mayor atención y es básico para la sobre vivencia. Habitualmente el hombre abusa de los alimentos por causas múltiples como puede ser: malos hábitos de alimentación, problemas emocionales, etc., y es cuando se produce la obesidad que no es otra cosa que un exceso de tejido adiposo en el cuerpo del ser humano que le trae consecuencias de tipo psicológico, médico, social y económico(Braginsky, 2000; Ramos, 1995; Cormillot,1977; Alemany, 1992; y Gama 1999).

Por otro lado se encuentra, la delgadez o bajo peso, que indica una alimentación deficiente, e incluso un trastorno de la alimentación como lo es la anorexia. Lo ideal sería tener un peso normal u óptimo, por lo que se esperaría que en este caso el individuo tuviese una alimentación balanceada tomando en cuenta a las proteínas, los carbohidratos y los lípidos, entre otros.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta y que ya se menciono anteriormente es el aspecto psicológico que de alguna manera se encuentra relacionado con la conducta alimentaria, un ejemplo de ello el nivel de autoestima que diversas investigaciones han encontrado relación con la obesidad(Secord y Jourard, 1953; Gunderson, 1956; Buch, 1958; Williams, 1981; Cash, 1985 y Schweitzer y cols. 1992).

Un aspecto que no ha sido estudiado es el tipo de carácter que propone Fromm (2000) con relación al peso que ya se mencionó anteriormente, este aspecto aún no ha sido explorado, motivo por lo cual el objetivo del presente estudio será conocer cuál es la relación entre autoestima, tipo carácter, conducta alimentaria y el Índice de Masa Corporal (IMC) en una muestra de hombres y mujeres con una edad entre 15 y 17 años.

En el capítulo uno se expone la variable de peso corporal y sus derivados que son obesidad, peso normal y delgadez, hay que considerar que a partir de la revisión teórica, son muchas las causas que tienen que ver en dichos aspectos, uno de estos aspectos psicológicos y aún más es la autoestima, también se aborda el tema de la conducta alimentaria, las diversas teorías que la explican.

El capítulo dos aborda la teoría de Fromm (1953) acerca del carácter y la adolescencia como una etapa de desarrollo en el plano físico y psicológico, además de las repercusiones en el peso corporal.

En el capítulo tres se expone la variable de autoestima, los diferentes conceptos que tienen teóricos sobre este constructo, las diversas teorías que la explican y se toma en cuenta las repercusiones que tiene el peso corporal en dicho constructo.

El capítulo 4 contiene el plan de investigación, en el cual se presentan las variables con las que se trabajó, la muestra, las hipótesis y el procedimiento entre otros.

En el capítulo 5 se exponen los resultados, las medidas de tendencia central de las variables estudiadas y posteriormente se presentan las correlaciones realizadas con el fin de dar respuesta al problema de investigación.

Y por último el capítulo 6, en el cual se dan a conocer las conclusiones.

CAPITULO 1

CONDUCTA ALIMENTARIA Y PESO CORPORAL

Conducta alimentaria

Todo ser humano para sobrevivir necesita realizar la conducta alimentaria, ya que sin ella moriría debido a la falta de nutrimentos en el organismo, hay que tomar en cuenta que en el ser humano en dicha conducta intervienen diversos factores como biológicos, psicológicos y sociales, que pueden hacer que el individuo la realice en exceso o viceversa, lo cual le puede provocar un exceso de peso, y en consecuencia sobre peso u obesidad, o en el otro extremo esta un bajo peso que desemboque en una delgadez. Es necesario tomar en cuenta que los adolescentes debido a la etapa por la que atraviesan son quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de problemas.

1.1. Definición de conducta alimentaria

La conducta alimentaria es definida por Worrey (1973 en Sánchez, 1998) como un comportamiento complejo de un organismo en presencia de estímulos alimenticios y que en casos normales produce la ingestión de la comida, reacción alimenticia. Por otra parte hay que tomar en cuenta que dicha conducta esta constituida por tres elementos:

1. La detección de la necesidad de nutrimentos
2. La integración de esta información, y
3. La formulación de una respuesta adecuada para la búsqueda de comida y alimentación.

Como se puede ver el organismo al encontrarse alterado en su equilibrio por el descenso de los niveles de glucosa, da como resultado el hambre y con base en las cogniciones que tiene busca satisfacer dicha necesidad

En la conducta alimentaria intervienen diversos factores, por un lado el biológico, ya que el individuo para mantenerse funcionando necesita de vitaminas, minerales, proteínas, lípidos y carbohidratos para mantener el equilibrio del cuerpo; otro factor que interviene es el psicológico, hay personas que comen debido a la ansiedad, por el olor agradable de la comida, por antojo y hasta por placer (Mc Laren, 1981); otro factor que se considera es el que menciona Toro (1996), el aspecto social, ya que la conducta alimentaria es utilizada en la sociedad occidental como castigo o como premio, además de estar relacionada con el prestigio social (Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995). Como ejemplo de ello Bast et al (1979 en Toro, 1996) presenta los usos que las sociedades hacen de los alimentos y los distintos significados que se le pueden atribuir:

- a) Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
- b) Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
- c) Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
- d) Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
- e) Expresar amor y cariño.
- f) Expresar individualidad.
- g) Proclamar la distintiva de un grupo.
- h) Hacer frente al estrés psicológico y emocional.
- i) Significa estatus social.
- j) Demostrar la pertenencia a un grupo.
- k) Recompensas o castigo.
- l) Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
- m) Ejercer poder político y económico.
- n) Prevenir, diagnóstico y tratar enfermedades físicas.
- o) Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
- p) Simbolizar experiencias emocionales.
- q) Manifestar piedad o devoción.
- r) Representar seguridad.
- s) Expresar sentimientos morales.
- t) Significar riqueza.

1.2. Teorías de la conducta alimentaria

Existen diversas teorías acerca de la regulación de la conducta alimentaria, las más sobresalientes se presentan a continuación.

❖ **Concepto de peso regulador (set point)**

Keesey (en Braguinsky, 2000) ha expuesto reiteradamente que el peso, como expresión del balance energético es una variable regulada. Ha sugerido, según se comenta que:

- 1) Que existe en las diversas especies, incluida la humana, una tendencia a que el peso se constituya en una variable regulada.
- 2) Que el mecanismo responsable de la regulación del peso está controlado por el hipotálamo, y más particularmente por su área lateral.

Si bien la experimentación animal apoya fuertemente esta posibilidad, cabe señalar que no se ha ubicado con precisión el sitio o centro de esa regulación.

❖ **Hipótesis dual de los centros: correlación neuroendócrina**

La hipótesis de los dos centros, propone que existe un centro de la saciedad: el hipotálamo ventro medial, que inhibe la actividad del hipotálamo lateral, el centro del hambre. El hipotálamo ventro medial estaría implicado en la regulación del sistema nervioso simpático, mientras que el hipotálamo lateral media los efectos del parasimpático.

❖ **Integración de la regulación del apetito y la adiposidad**

Woods, Porter y colaboradores (en Braguinsky,2000) creen que es improbable que existan lugares en el sistema nervioso central que marquen un nivel determinado de masa grasa y peso corporal (set-point). Postulan la existencia de un sistema de control en el sistema nervioso central que integra señales:

1. De corto plazo, originadas en las comidas (cantidad y gusto), en las situaciones de alimentación y de actividad física, que determinan el inicio y terminación de una comida. No son directamente desencadenados por el grado de reserva energética.
2. De largo plazo, relacionadas con la adiposidad y que tienen un papel determinante en la conducta alimentaria. Estas señales logran que se acople la ingesta al gasto calórico permitido que la masa grasa permanezca dentro de márgenes limitados. Existen evidencias que sugieren que la insulina sirve como señal a largo plazo vinculada a la adiposidad, ya que sus niveles circulantes guardan relación proporcional con la grasa corporal y el balance energético, ejerciendo una retroalimentación negativa sobre las vías del sistema nervioso central que regulan la hormona energética.

De acuerdo a este modelo el aumento de peso obedecería a señales anabólicas crónicamente elevadas. Este estímulo condicionaría el aumento en la ingesta y el depósito de grasa que persistirá hasta que las señales catabólicas se incrementen lo suficiente como para contrarrestar el desequilibrio. En algunos individuos el cambio en el balance energético puede alcanzar un estado estable después de una marcada ganancia de peso, mientras que en otros la compensación puede ocurrir sólo con un modesto incremento de adiposidad.

❖ **Control psicobiológico del apetito: el modelo de tres niveles**

La conducta de ingesta es modulada sobre la base del sistema biológico del individuo, así como por la influencia ambiental en circunstancias determinadas.

Con respecto al apetito humano, debe tenerse en cuenta el aspecto volitivo, ya que el hombre puede decidir sobre su ingesta.

Se habla de regulación asimétrica del peso por que el organismo tiende a defenderse más de la desnutrición que del exceso de alimentación. Cuando el organismo se encuentra deplecionado, se genera la conducta activa dirigida a alimentarse. En cambio cuando por influencia de una dieta de sabor agradable y rica en calorías se facilita el depósito de grasa, no se crea una conducta hacia el ayuno o la disminución de la ingesta.

❖ **Control del apetito y la cascada de la saciedad.**

El impulso biológico hacia la ingesta se relaciona con el poder saciígeno de la comida. Este poder o eficiencia saciígena es el término aplicado a la capacidad del alimento consumido para suprimir el hambre e inhibir el comienzo de una nueva ingesta. Los procesos que median este fenómeno pueden ser clasificados a grandes rasgos en: sensoriales, cognitivos, posingesta y posabsortivos; son denominados en conjunto cascada de la saciedad, y son los que determinan el impacto de la comida sobre los mecanismos fisiológicos y bioquímicos, generando señales neurales y humorales que controlan el apetito.

❖ **“Saciación” y “saciedad”: la comida como unidad de análisis.**

La esencia de todas las regulaciones biológicas del apetito descansa sobre la capacidad de monitorear directamente la conducta alimentaria o su obvia consecuencia: el peso corporal. La cantidad y calidad de comida consumida generará una influencia positiva o negativa sobre la conducta alimentaria.

Por lo tanto, la regulación de la conducta alimentaria se basa principalmente en el control del tamaño de la comida. Las señales posabsortivas tienen poca influencia sobre la ingesta que los produce, pero sí sobre el momento de comienzo del próximo periodo de alimentación. Los fenómenos que ocurren durante la ingesta difieren temporalmente de las señales postingesta y posabsortiva.

Por lo tanto cada clase de señales ejerce diferente efecto sobre la expresión del apetito y controla distintos aspectos del patrón de la conducta alimentaria.

Con la separación de las acciones de los procesos preabsortivos y posabsortivos es la estimación entre “saciación”: el control del tamaño de la comida y “saciedad”: la inhibición del hambre que ocurre después de la comida y que determina el intervalo entre comidas.

Es posible hablar de "saciedad psicosensores", que es la que ocurre primero y detiene la comida determinando su tamaño, y las señales metabólicas secundarias a la absorción, que se producen luego y mantienen la "saciedad metabólica" (o estado de "no hambre") determinando el periodo interprandial. La primera puede equipararse a la saciación y la segunda a la saciedad.

A largo plazo la ingesta se ajusta según los requerimientos energéticos por medio de indicadores metabólicos relacionados con el grado de repleción de reservas energéticas; estos modulan directamente el intervalo interprandial e indirectamente el tamaño de la comida, mediante la alteración de la saciedad psicosensores.

❖ La naturaleza del sistema de control del apetito.

Este sistema puede ser conceptualizado en tres niveles: el nivel de la esfera psicológica (percepción del hambre, sensaciones hedónicas, etc) y operaciones de la conducta (comida, colaciones, ingesta de energía y macronutrientes); b) el nivel dado por los procesos fisiológicos y metabólicos periféricos, y c) el nivel que comprende la interacción entre los procesos metabólicos y la actividad de sistemas neurotransmisores y otras sustancias intracerebrales.

Los fenómenos neurales son los que inician y guían las acciones de la conducta alimentaria, y cada una de estas acciones genera una respuesta en el sistema fisiológico metabólico periférico. A la vez los procesos fisiológicos originan determina actividad neuroquímica cerebral.

Aun antes de que el alimento toque la boca, se general señales psicológicas por la visión y el olfato la fase cefálica del apetito, esta es generada en muchas partes del tracto gastrointestinal y su función es anticiparse a la ingesta.

Durante la ingesta e inmediatamente después de ésta, la información aferente que se produce provee el mayor control del apetito.

En la fase posabsortiva los nutrientes producidos por la ingestión pasan al torrente sanguíneo y pueden ser metabolizados en órganos o tejidos periféricos o hasta llegar al cerebro.

Este sistema puede ser alterado por :

- a) Defectos intrínsecos fisiológicos o neuroquímicos (como producción alterada de enzimas, "down regulation" de receptores)
- b) Disregulación secundaria a fuerzas extrínsecas. Probablemente la alteración más severa ocurra por el ajuste deliberado del patrón alimentario, por ejemplo, dietas muy restrictivas o ayunos prolongados, atracones y vómitos.

En el transcurso de la vida el individuo pasa por diversas etapas, una de ellas es la adolescencia, es durante esta que se llevan a cabo cambios físicos, sociales y psicológicos, muestra de ello es que el adolescente pone especial atención a su apariencia física, en especial a su peso y en consecuencia por el exceso de alimentos o la restricción de los alimentos.

1.3. Conducta alimentaria del adolescente

Como se ha comentado anteriormente alimentarse para todo ser vivo, es condición indispensable para sobrevivir, para existir. El hombre, ser vivo al fin y al cabo, no puede ser la excepción; sin embargo, para él, la alimentación y la comida significan no solamente la satisfacción de una necesidad sino que es una actividad que esta asociada a múltiples experiencias, lo que implica que el alimento y él comerlo queden revestidos de una gran variedad de significados y de muy diversas simbologías. (Saucedo, 1996).

Se debe tomar en cuenta que los jóvenes mexicanos se ven influenciados por la cultura de Estados Unidos de Norteamérica, es por ello que tienden a imitar la manera de ser de los estadounidenses, lo cual parece que sólo así los adolescentes pudieran sentirse integrados a un fuerte movimiento generacional, el cual se promueve no para la búsqueda de la identidad nacional, sino para poner como modelo una sociedad superior y desarrollada dentro de otra con tradiciones y valores diferentes.

Por otro lado los medios de publicidad anuncian sólo lo que está de moda. Su habilidad consiste en procurar que los mecanismos de fantasía de quien consume el producto que anuncia (refrescos embotellados, comida enlatada o empaquetada), lo hagan identificarse con las actitudes de las personas que lo anuncian, quieren pregonar incesantemente una felicidad y gran energía que garanticen el logro de múltiples fines y empresas, adquiriendo prestigio social e identidad, la publicidad de comida chatarra en general, llega a través de los medios de comunicación a todos los ámbitos de los países, y así estos productos se consumen por una tremenda imposición.

Otro aspecto que hay que tomar en cuenta es el hecho de que el adolescente se ve influenciado por el grupo de compañeros y de amigos al que pertenece, de esta manera, en los adolescentes se establece la moda de comer fuera de casa, en el lugar y lo que el grupo decida. Y si a esto se le añade la variabilidad de horarios con lo que lo hacen; sus comidas se toman rápidas, cortas y escasas para utilizar el tiempo en los rigores que la moda y el grupo demandan. Ponen y deponen el lugar de cita para comer a su modo y moda con igual rapidez, como cambian de opinión con respecto a cualquier otro asunto. Alternan este tipo de conducta indiferente e inapetente frente a la comida, con otros comportamientos, como la bulimia, con el objeto de reponer en una sola ingesta lo que no se consumió en las dos o tres comidas previas. Casi todos los estudiantes son víctimas de un horario que impide la posibilidad de una correcta alimentación, pues las distancias que median entre los centros escolares y el hogar, así como el costo del transporte son dos factores que se consideran de considerable peso social que contribuyen a evitar una conducta alimentaria adecuada. (Dulante, 2000)

Un aspecto más que hay que tomar en cuenta es que durante la adolescencia el sujeto se encuentra especialmente vulnerable a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, dichos trastornos suelen estar estrechamente relacionados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de crecimiento y emancipación (Guelar y Crispo, 2000; Papalia, 1992), por otro lado es en esta etapa cuando en el individuo acentúa la autocrítica y en el intento por imitar los estereotipos de belleza vigentes como la delgadez, que difunden diversos medios de comunicación esto ocasiona que el sujeto se abstenga de ingerir alimentos (Sánchez, 1998), prueba de ello es lo encontrado en una investigación realizada por Martínez, Toro, Zalamera, Breca y Zaragoza (1993), los resultados muestran que las conductas conducentes a la pérdida de peso son significativamente frecuentes en mujeres adolescentes de Barcelona.

En una encuesta realizada a estudiantes y trabajadores jóvenes tanto en Estados Unidos de Norteamérica como en México, los resultados muestran que la mayoría de los jóvenes urbanos entre 14 y 18 años de edad evaden el desayuno con mayor frecuencia, siguiéndole la comida del medio día, aunque esta última se suple con golosinas o intercambio de refrigerios traídos de las casas de los adolescentes. La cena parece ser la que con menos frecuencia se evita y la que aporta no sólo la mayor cantidad de calorías, sino la que da mejor calidad de nutrimentos. (Dulante, 2000)

Se ha encontrado entre las adolescentes mexicanas practicas alimentarias más extremas (formas anómalas de comer) tales como prácticas de evitación: ayuno, saltarse comidas, uso de inhibidores del hambre, ejercicio excesivo; practicas de expulsión: como vomito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos. Por lo que se ha encontrado que los sujetos con sobre peso y obesidad mostraron mayor numero de conductas alimentarias inapropiadas como saltarse alguna de las comidas y manifestaron menos autoatribuciones negativas. (Gómez y Ávila, 1998).

Peresmitré y Ávila (1998) aplicaron una prueba llamada escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), con el objetivo de explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal y encontraron varios factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres como son: conducta alimentaria compulsiva (que las adolescentes obesas presentaron en mayor medida, a diferencia de las de peso normal), conducta alimentaria normal (que se presentó con mayor frecuencia entre las adolescentes de peso normal y menos entre las obesas), preocupación por el peso y por la comida (preocupación por que se incrementa en el peso corporal), dieta crónica y restrictiva (que se presenta en mayor medida entre las adolescentes obesas), atribución de control alimentario interno, atribución de control alimentario externo (visto en menor medida entre las obesas), y dieta hipocalórica. En hombres se encontraron los factores preocupación por el peso y por la comida (que no mostró diferencias entre los adolescentes obesos y de peso normal) y conducta alimentaria compensatoria (que los adolescentes obesos reportaron tener en menor medida que los de peso normal). En general los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron con mayor importancia entre las mujeres que entre los hombres

En una investigación realizada por Cruz y Estrada (2001) en adolescentes, los resultados muestran que los sujetos con sobre peso y obesidad presentan mayor número de conductas alimentarias inapropiadas como saltarse algunas comidas.

Como se habrá podido ver la conducta alimentaria de las mujeres ha sido más estudiada que la de los hombres, por lo que existe poca información al respecto.

1.4. Peso corporal

Actualmente el peso es tomado en cuenta por ser un indicador del estado nutricional del individuo, por las exigencias estéticas de la sociedad y además es consecuencia e indicador de la conducta alimentaria. Por ello el que la persona tenga bajo peso, peso normal, sobre peso u obesidad conlleva repercusiones en diversas áreas como la psicológica, social, entre otras. Otro aspecto que hay que tomar en cuenta es que los medios de comunicación cada día muestran figuras más delgadas como prototipos estéticos, esto en consecuencia hace que las personas quieran imitar dichos modelos con la intención de estar a la moda, por lo que de no cumplir con estos prototipos el individuo se ve afectado en diversas áreas de su vida.

Desde el punto de vista médico el peso es visto como indicador del estado nutricional del individuo, además es un indicador de la conducta alimentaria de la persona y por otro lado cobra importancia debido a los prototipos estéticos que predominan en la cultura.

El peso corporal es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido el tejido óseo y tejido adiposo. Una alteración en el mismo no discrimina cual es el comportamiento responsable (Braguinsky, 1989 en León, 2000).

El hecho que la persona tenga bajo peso, peso normal, sobre peso u obesidad conlleva a repercusiones en diversas áreas como: psicológica, social, entre otras.

1.5. Historia del peso corporal

En un principio el hombre era nómada pero posteriormente se vuelve sedentario como hace recordar Barajas (1998) es cuando los hábitos alimentarios se ven modificados y es este el factor que hace que la aparición de los trastornos alimentarios se presente con mayor frecuencia. Un ejemplo de ello es la época de los Romanos en la que era frecuente que se hicieran grandes banquetes, pero una vez que los comensales se hartaban de comida procedían a vomitar. A lo largo de la historia los ideales de peso corporal han cambiado algunas veces las figuras gruesas y robustas eran muestra de belleza y otras en las que la delgadez comienza a predominar.

Periodo paleolítico y Grecia antigua

Cormillot (1977) comenta que la Venus de Wilhemdorf del periodo paleolítico presentaba una importante obesidad deformante y a partir de allí muchos descubrimientos arqueológicos (Venus de Malta, Venus de Lesplugue) despertaron dudas: ¿representaban el ideal o mostraban lo que era necesario evitar?.

En la Grecia antigua se tendía a evitar el sobrepeso, por lo que se puede inferir que se valoraba la delgadez, por que es bien sabido, gustaban de los banquetes copiosos y utilizaban el vómito como medio de regular el peso. Atracciones y vómitos estaban aceptados socialmente, plenamente integrados en su cultura, lo que impide que nos refiramos a esas prácticas como si de trastornos bulímicos se trata. (Toro, 1996)

Edad Media y Renacimiento

En la Edad Media la mujer reproductora y su correspondiente figura constituyeron el padrón dominante. El cuerpo femenino había de denotar corpulencia. El vientre de la mujer debía de ser ostensiblemente redondeado, símbolo de su fertilidad. Estos hechos deben entenderse en un contexto social en el que engordar era no sólo un signo de riqueza, sino también de salud. El precio de la gordura implicaba el rechazo de la delgadez, es decir, la huida del hambre, la enfermedad y la pobreza.

Toro (1996) reporta que durante los siglos XV a XVIII la mujer gruesa continuó siendo modélica.

Existen muestras del valor erótico de la gordura en Boccacio, Rubens, Velásquez y otros escritores y pintores que también nos han legado en sus creaciones el predominio de mujeres rollizas. Recordemos en este aspecto que la Venus del faisán de Tiziano, la Gioconda de Leonardo, como también el conocido Falstaff de Shakespeare y el Sancho de Cervantes. (Cormillot, 1977)

México Prehispánico

Durante esta época Molina (2002) comenta que se presentaban conductas alimentarias moderadas, por lo que era rara la obesidad.

Pero en el caso de los mayas es diferente ya que es la que más gordos tiene, la obesidad parece tener un vínculo muy importante con el grado de civilización del pueblo, mientras más civilizado se es, la población tiende más a la obesidad, como en el caso de la cultura maya, siendo la que alcanzó el mayor grado de civilización en América.

La colonia

En este periodo diversos autores, entre ellos Molina (2002) expone que una vez que ya ha sido conquistada América y los conquistadores traen la cultura occidental y con ella los hábitos alimentarios además de los cánones estéticos, cabe mencionar que la obesidad era considerada sinónimo de belleza y salud.

Es por demás imaginar que con base en lo anterior no es difícil imaginar que entre las mujeres predominaba la obesidad.

Siglo XX

Como señala Toro (1996), fue durante los años 20's que la delgadez es tomada como prototipo y su principal representante fue Wallis Simpson, la americana que provocó la renuncia al trono del duque de Windsor: << Una mujer nunca es demasiado rica ni demasiado delgada>>.

Es durante los 50's cuando se dan variaciones interesantes en lo que sería el cuerpo ideal de las mujeres. Uno de ellos incluía un busto sumamente generoso, opulento, una cintura muy estrecha, ceñidísima, y unas caderas de notable envergadura con nalgas oscilantes al caminar sobre elevados tacones. Marilyn Monroe y Jane Mansfield fueron estrellas hollywoodenses que probablemente encarnaron con más rigor este modelo corporal (y actitudinal). Convivía este modelo con otro de formas nada opulentas, tendente a lo rectilíneo, cuando no a la delgadez extrema. Grace Kelly y, sobre todo Audrey Hepburn lo representaban en el mundo del cine con evidente eficacia. Estas mujeres, sus cuerpos y sus actitudes implicadas, entrañaban una estética y un erotismo claramente << aristocrático>>, de <<clase>>, muy distintos de lo simbolizado por la Monroe y sus seguidoras, mucho más <<vulgares>>, mucho menos sofisticadas, más <<naturales>>.

En un estudio pionero muy citado y conocido, Garner et al. (1980 en Toro, 1996) verificaron la evolución de los pesos de las concursantes y ganadoras de los concursos de Miss América celebrados desde 1959 a 1978. Hallaron que durante esos veinte años las participantes en tal concurso presentaron disminuido su peso un promedio de 130 gramos por año. En la elite de vencedoras ese promedio fue de 170 gramos por año.

Entre los factores que han contribuido a la dirección que ha tomado el cambio de la figura ideal femenina se encuentra, de acuerdo con Braguinsky (1987 en Gómez, 1993), el descubrimiento de los antibióticos, ya que antes de estos, la delgadez se consideraba como factor de riesgo, especialmente para el desarrollo de tuberculosis.

Las concepciones estéticas comienzan a cambiar a fines del siglo XIX, hasta el punto de que Marañón en 1962 refiere que, según sus observaciones, nunca fue tan intensa la obsesión para adelgazar como en nuestro tiempo, ni nunca se ha llevado a tal extremo de escualidez el prototipo delgado de la figura humana. cabe duda que con notable exageración.

Prueba de lo anterior es que en su obra Toro (1996) menciona que en 1989 se determinó que el 20% de las muchachas adolescentes con infrapeso estaban siguiendo dietas adelgazantes.

Hay muchas influencias que también condicionaron esta modalidad: practicidad, economía, factores sexuales y, en muchos casos, la imitación de los países Europeos.(Cornillot, 1977)

Siglo XXI

En pleno siglo XXI la delgadez ha ido cobrando mayor auge y aceptación en occidente, por lo que se le considera símbolo de clase, de salud, belleza y de moda, cuanto más delgada sea la figura se es más bello, algunas chicas que se encuentran en su peso normal se sienten gordas y que no cumplen con el prototipo estético que el medio les dicta, por otro lado el sobre peso y la obesidad significan enfermedad, poco estético y se esta fuera de moda, además de que las personas que la presentan son objeto de diversas discriminaciones y de daños psicológicos.

Hay que tomar en cuenta que en lo que corresponde al hombre hay escasa información, pero el cuerpo ideal del hombre actualmente es aquel que es musculoso.

1.6.Métodos para medir la cantidad de grasa corporal

Algunas métodos para medir la cantidad de grasa en el organismos son las siguientes:

➤ Índice de Broca

Uno de los más sencillos es el índice de peso "normal" definido por Broca a partir de la altura; según este método, el peso teórico de un individuo sería el valor resultante de restar a su talla en cm el valor 100:

$$PT = A - 100$$

Donde PT sería el peso teórico, y A la altura en centímetros. Por lo que si un sujeto mide 160 centímetros, el peso teórico es de 60 kilogramos, ya que lo obtuvimos de la siguiente manera:

$$PT = A - 100 = 160 - 100 = 60$$

. Este índice puede funcionar más o menos bien para alturas entre 160 y 180 cm, pero induce a fuertes errores para alturas más bajas.

➤ Tabla de pesos normales

Una vez que se ha obtenido el peso, sexo, talla y estructura corporal, se procede a consultar en la tabla de pesos normales el peso deseable para el sujeto. Si el peso de la tabla coincide prácticamente con el peso actual, podríamos considerar al individuo como de peso normal, bajo peso, sobre peso u obesidad. (Braguinsky, 2000)

➤ Ultrasonido

La ecografía en modo A se ha utilizado como una alternativa a la medida de pliegues cutáneos con lipocalibres para la estimación de la cantidad total de grasa.

La ecografía en modo B puede ser tan fiable como la medida con lipocalibre. (Sorifet, 1994)

➤ Conductividad eléctrica total

Esta técnica conocida como TOBEC (total body electrical conductivity), es un método actualmente experimental. El sistema consiste en una cámara de medida rodeada por vueltas de un solenoide por el que se hace pasar una corriente alterna de 2,5 mega hertz, que genera un campo electromagnético. Cuando un objeto conductor se sitúa en el interior de del solenoide, pero sin contacto con él, interactúa con el componente magnético del campo disipando parte de la energía en forma de calor (en torno a 1 megawat). La energía perdida se detecta como un cambio en la fase de impedancia del solenoide. El sistema informa de la diferencia en las medidas cuando el solenoide está vacío y cuando contiene el conductor; la diferencia se expresa numéricamente como TOBEC o índice de conductividad y guarda relación tanto con la forma del conductor como con el volumen de este.

➤ Análisis de impedancia corporal

Una corriente eléctrica de alta frecuencia, bajo voltaje e intensidad se conduce de forma diferente por el tejido adiposo, donde la grasa actúa como aislante, que por la MLG, donde el agua y electrolitos actúan como buenos conductores. Estas propiedades se han utilizado para determinar la composición corporal con una técnica conocida como análisis de impedancia corporal (AIC).

➤ Pliegues cutáneos

La medición del espesor de los pliegues cutáneos como indicador de la magnitud del tejido adiposo es otro de los métodos que frecuentemente se utilizan para el diagnóstico de obesidad. Una importante proporción de la grasa corporal está contenida en el tejido adiposo (más del 50%), por lo que medir su espesor en distintas localizaciones es figurativo de su cuantía y distribución. (Braguinsky, 2000)

➤ Medidas antropométricas

La única manera exacta de medir la cantidad total de grasa en un organismo puede realizarse únicamente en cadáveres de animales. En consecuencia en el organismo vivo debe recurrirse a medidas antropométricas que son las más utilizadas, y toman en cuenta las circunferencias en la cintura, a nivel de la cintura, a nivel de la cadera, en el pecho, en los bíceps, los muslos, las pantorrillas, diámetros biacromiales, en el pecho, iliacos, en la cintura, en la rodilla, etc. (Satie y Escalante, 1996). Algunas medidas antropométricas se presentan a continuación.

Circunferencia de la cintura

La medida del entorno de la cintura esta relacionada en forma directa con la cantidad de tejido adiposo, Un paciente puede ser considerado portador de una obesidad de riesgo si la circunferencia de la cintura supera 100 centímetros.

Índice cintura / cadera (ICC)

La relación entre ambas circunferencias es representativa de la distribución del tejido graso en el cuerpo y su formula es la siguiente:

$$\text{ICC} = \frac{\text{Circunferencia de la cintura (en cm)}}{\text{Circunferencia de la cadera (en cm)}}$$

Los valores normales no deben superar 0,80 en mujeres y 0,95 en hombres.

Índice de masa corporal (IMC)

Otro método práctico para saber si una persona es obesa y establecer además el grado de obesidad es el índice de masa corporal, llamado correctamente Índice de Quetelet y citado en Ingles como BMI (Body Mass Index).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en Kg)}}{\text{Talla (en m)}^2}$$

El peso se refiere al que tiene el individuo y este debe ser en kilogramos; en lo que se corresponde a la talla, o sea es la altura que el sujeto tiene en metros, pero se eleva al cuadrado; y finalmente se divide el peso entre la talla al cuadrado.

Ejemplo:

$$\text{IMC} = \frac{79\text{Kg}}{1.57^2} = \frac{79}{2.46} = 32.11$$

(Gama, 1999 y Braguinsky,2000)

En una investigación realizada por Gómez y Saucedo (1998) con adolescentes les dio por resultado los criterios de clasificación con los cuales se puede decir si el adolescente tiene bajo peso, peso normal, sobre peso u obesidad.

Clasificación	IMC
Bajo peso	15 - 18.9
Normalidad	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	Mayores a 27

1.7. Prevalencia de peso en México

La Dirección General de Epidemiología realizó la Encuesta Nacional de Nutrición en 1988, la cual fue de tipo transversal, probabilística, en la que se estudio a mujeres de 15 a 49 años de edad en el área metropolitana y resto del país. Se encontró sobrepeso en el 10% de los encuestados y obesidad en el 14%.

En 1992 el Dr. Clicerio González reportó los resultados de encuestas donde comparó a los residentes México-americanos en una colonia de bajos recursos en Estados Unidos, con mexicanos que viven en la República Mexicana. Se encontró un mayor porcentaje de obesidad en los México-americanos debido a factores ambientales como lo son un mayor consumo de grasa (31-32% contra 18-19%), un menor contenido de hidratos de carbono (49% vs. 64-65%).

La obesidad constituye una causa frecuente de morbilidad en nuestro medio, ocupando el cuarto lugar en la República Mexicana y el Distrito Federal.

La obesidad constituye una causa frecuente de morbilidad en nuestro medio, ocupando el cuarto lugar en la República Mexicana y el Distrito Federal. Morbilidad de las 10 enfermedades no transmisibles notificadas con mayor frecuencia por las Unidades Médicas del Instituto en la República Mexicana, 1993.

El número de casos de obesidad en México es alarmante, con una prevalencia de alrededor de 35%(Ramos, 1995).

La obesidad constituye una causa frecuente de morbilidad en nuestro medio, ocupando el cuarto lugar en la República Mexicana y el Distrito Federal – únicamente detrás de los accidentes, enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus -. (Ramos, 1995)

Ahora bien, sobre la base de la muy escasa información en nuestro contexto socio-cultural sobre desórdenes del comer en poblaciones estudiantiles, Gómez Péresmitré (1993- 1997) ha llevado a cabo varios estudios de carácter exploratorio a fin de analizar y describir patrones de distribución del índice de sobre peso y obesidad, entre otras variables estudiadas. En un estudio Gómez Péresmitré encontró entre los hombres adolescentes (de 15 a 20 años) y jóvenes (de 21 a 29 años) índices de obesidad; entre los jóvenes se encuentra una prevalencia de sobrepeso del 7.4%. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes se encontró una prevalencia de obesidad del 4% y del 6.3% respectivamente, resultados que apoyan que entre los hombres hay más prevalencia de sobrepeso que entre las mujeres, pero que entre éstas hay más obesidad (Forman, Trowbridge, Gantry, Maks y Hogelin, 1986 en Gama, 1999).

1.8. Bajo peso

La figura delgada se encuentra fuertemente interiorizada en las mujeres mexicanas, ya que los medios publicitarios difunden la idea de una mujer delgada como estereotipo de belleza y éxito (Maraño, 1996; Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001 y León, 2000).

Mucho se ha comentado y caricaturizado el afán, no raramente el frenesí, que las generaciones actuales tienen por estar flacas. Se cree que es al menos, una preocupación colectiva, quizá originada en un concepto estético discutible, está de perfecto acuerdo con las conveniencias de la salud.

La delgadez de ahora es, desde luego, una reacción contra el tipo mórbido, escultórico, que imperaba en la etapa anterior de las modalidades sexuales; pero, además, es una moda útil, por que es cómoda y por que es conveniente para salud y, además, es una moda económica, ya que implica una reducción evidente en la cuenta de la cocinera y en la cuenta de la modista (Campollo, 1995).

No hay que olvidar que la iniciación de esta modalidad coincide con los años de guerra y de la post-guerra, años de escasez de víveres, de angustia pecuniaria y de reducción de los gastos superfluos, en los países de la Europa Central, donde la moda nace y desde donde se difunde por el mundo entero. Esta moda se ha extendido también al resto del planeta.

El bajo peso puede ser considerado como aquel que esta por debajo de lo normal y mejor conocido como delgadez.

1.9.Peso normal

El peso normal puede ser considerado con base a las tablas o a los índices que indican que el individuo se encuentra en el peso aceptable y que su cuerpo tiene un nivel de grasa adecuado, tomando en cuenta la constitución física, la edad y el sexo (Maraño, 1996). La ciencia se ha centrado en el estudio de la obesidad, anorexia y bulimia (Cormillot, 1977; Saldaña y Rosell, 1988; Rodin, 1992; Bruchon, 1992; Sorifet, 1994; Toro, 1996; Ramos, 1995 y Braginsky, 2000), por lo que existe poca información al respecto, ya que al ser considerado normal y sin problemas, se le da escasa atención.

1.10. Obesidad

Definición de obesidad

Existen diversos conceptos de obesidad algunos la consideran como un síndrome (Miller, 1995 en Sánchez, 1998), una enfermedad (Braier, 1988 en Sánchez, 1998), un estado patológico. (Saucedo, 1996), pero la etimología de la palabra obesidad "ob-esus" significa el que está frente a lo que se come; la raíz es comer. (Ramos 1995).

Por otro lado recientemente Braguinsky (2000) define a la obesidad como todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo, puede considerarse como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

1.11. Diferencia entre sobre peso, obesidad y gordura.

El término sobre peso implica mayor peso que el deseable para una persona de cierta talla y género. Muchos están excedidos de peso, pero no son obesos. La obesidad es un exceso específico de grasa corporal. En teoría, es posible que un paciente sea obeso sin tener peso excesivo. Sin embargo, la mayoría de los clínicos define a la obesidad como la etapa que sigue después del sobrepeso. (Way, 1999)

Gordura es uno de los síntomas de la obesidad, aumento de la proporción de grasa que debe tener el cuerpo, como consecuencia de un exceso de ingesta y/o un aprovechamiento patológico, especialmente de los hidratos de carbono. Se dice que es uno de los síntomas de obesidad pues hay muchos otros.

1.12. Factores predisponentes

Por otro lado no existe un perfil único que describa al sujeto con trastornos alimentarios, pero si existen características individuales que predisponen el desarrollo de este tipo de desórdenes, como son:

- **Baja autoestima:** Esto se refiere al grado en el que la persona prueba o desapueba su autoconcepto, definiéndose este como un sentir con respecto a quién es o cómo se ve.

- **Sentimiento de ineficacia y perfeccionismo:** El sujeto puede creer que el cambiar su peso puede ayudar a realizar grandes decisiones y a establecer afectividad interpersonal. Lo anterior, combinado con el deseo de ser casi perfecto puede desarrollar un desorden del comer.
- **La consecuencia del control:** Es muy común para aquellos con desordenes del comer, creer que es necesario mantener un control rígido sobre sus cuerpos y sus vidas. Esto puede resultar en sentimientos de minusvalía y de ser controladas por fuerzas externas. Por ello, el individuo piensa que si no controla ciertos aspectos de su vida, si puede controlar lo que ingresa en su boca.
- **Miedo a la maduración:** Los desordenes en el comer frecuentemente se desarrollan en la adolescencia debido a que es tiempo de numerosos cambios sexuales, físicos y emocionales. Estos cambios se producen de manera drástica en el adolescente, y éste en ocasiones no esta preparado para manejarlos, por lo que puede utilizar algún desorden alimentario como mecanismo de defensa.
- **La obsesión por el peso en la sociedad:** En los medios masivos de comunicación, así como en las revistas, se anuncia que para la sociedad el papel de la mujer es verse atractiva, siendo la delgadez una característica deseada y la obesidad algo intolerable.
(Sánchez, 1998)

1.13. Factores desencadenantes

Algunas situaciones que pueden desencadenar el desarrollo de la obesidad son los siguientes:

- a) el inicio de la menarca
- b) la menopausia
- c) el embarazo
- d) algunas enfermedades
- e) el estar mucho tiempo convaleciente en cama
- f) intervenciones quirúrgicas
- g) tratamientos farmacológicos inadecuados
- h) la llegada de un nuevo miembro a la familia
- i) el matrimonio
- j) el ingresar a la escuela,
- k) la muerte de un ser querido
- l) situaciones que produzcan tensión (Gama,1999).

1.14. Etapas de la Obesidad

La obesidad durante su desarrollo atraviesa por diversas etapas y son las siguientes:

Periodo estática.

Son los periodos en los que la obesidad está detenida, manteniéndose el peso en un nivel superior al normal, pero estable.

Periodo Dinámica

En los periodos de engorde activo, en los cuales se puede llegar a ganar peso en forma lenta o, a veces extremadamente rápida. Hemos observado que han aumentado hasta 30 Kg en 3 o cuatro meses.

Por lo general, estos casos han sido una respuesta a pérdidas afectivas muy importantes.

Las dos fases, la dinámica y la estática, suelen alternarse entre sí, con el agregado de una tercera, la del adelgazamiento:

Un patrón más o menos habitual es el siguiente:

1º Período dinámico



2º Período estático



3º Adelgazamiento → Mantenimiento



4º Período dinámico semejante al 1º, o mayor



5º Adelgazamiento o período estático.

1.15. Tipos

Existen diversas clasificaciones de la obesidad, algunas toman en cuenta la distribución del tejido adiposo, otras se basan en el riesgo, etc., a continuación se presentan algunas clasificaciones:

A. Clasificación de acuerdo a la disposición de la grasa en el cuerpo.

Otra clasificación de la obesidad es de acuerdo a la disposición de la grasa en el cuerpo y por su celularidad. Citando a Bouchard (en Gama, 1999), las dividiremos según la localización predominante del tejido adiposo en:

Tipo I. Difusa. Es la que presenta un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferente en ningún área del cuerpo en particular (riesgo +).

Tipo II. Central (androide de Brouhard). Se le define como la que posee un exceso de adiposidad subcutánea en la región troncoabdominal (riesgo +++).

Tipo III. Abdominovisceral (obesidad visceral). Se caracteriza por un exceso de grasa en la zona abdominal, pero principalmente en el compartimiento visceral (riesgo ++++).

Tipo IV. Femorogluteo (ginoide de Brouhard) presenta un exceso de grasa en la zona gluteofemoral (riesgo?)

B. Clasificación de acuerdo a la celularidad del tejido adiposo.

Por otra parte, teniendo en cuenta las características de la celularidad del tejido adiposo pueden subclasificarse como:

Hiperplásica: por aumento de la cantidad de células adiposas.

Hipertrófica: por aumento del tamaño del adiposito debido a un exceso en los depósitos grasos intracelulares.
(Braguinsky,2000)

Clasificación en grados según en IMC

Sobrepeso	25-27.5
Obesidad:	
Grado I	27.5-29.9
Grado II	30.0-39.9
Grado III	Más de 40

C. Existen tres fenotipos o formas clínicas de obesidad:

- a) **Androide u obesidad del segmento superior** (apariencia de "manzana"). El RCC es mayor de 1.0 en el hombre y mayor de 0.8 en la mujer, predomina en los varones, aunque se llega a observar en mujeres, especialmente en el climaterio, cuando la actividad estrogénica disminuye y la aromatización se acentúa. Debido al efecto de la testosterona u de los corticosteroides, las masas adiposas se acumulan en la parte superior del cuerpo. La adiposidad se localiza en el abdomen, tronco, cintura escapular, cuello, nuca y cara; las caderas y los miembros inferiores están respetados. Se observa clínicamente en individuos que ingieren comidas copiosas y beben en abundancia, con ingreso energético exagerado; sin embargo, en comparación con la obesidad ginecoide, la cantidad de tejido adiposo es menor. Este tipo de obesidad es de tipo hipertrófico y su tratamiento es más sencillo, ya que los pacientes disminuyen de peso con mayor facilidad cuando se someten a una dieta hipoenergética. Este fenotipo tiene mayor impacto sobre la salud, ya que se les ha encontrado estrechamente vinculados con el Síndrome Metabólico o Síndrome X.

- b) **Ginoide u obesidad del segmento inferior** (aparición de "pera"). El RCC es menor de 1.0 en el hombre y de 0.8 en la mujer; se presenta en la mujer, en edad reproductiva o en los hombres con hipogonadismo. Patrones genéticos u hormonales determinan la localización de la grasa en la mitad inferior del cuerpo, en la región fémoroglútea. La masa adiposa total es considerablemente mayor que en la obesidad androide y la musculatura poco desarrollada. La historia clínica no revela excesos alimentarios notables, aunque casi siempre existe una dieta inadecuada.
- c) **Mixta.** Se observa especialmente en los paciente con un IMC mayor de 35kg/m², en los que la diferenciación sexual de la grasa subcutánea se borra y desaparece. (Ramos, 1995)

D. Tomando en cuenta las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes:

-La obesidad hipertrófica, se caracteriza por el aumento de contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas y es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta.

-La obesidad hiperplásica, se caracteriza por el aumento del número de las células adiposas que pueden acompañarse o no de mayor contenido lipídico y es más frecuente que aparezca en la infancia.

(Baraja, 1998)

1.16. Etiología médica

Es evidente que son varios los trastornos y disfunciones orgánicas que pueden dar lugar a la obesidad, por lo que hay diversas teorías que explican el origen de la obesidad desde un punto de vista biológico o médico, psicológico y social, por lo que a continuación se expondrá la primera y posteriormente se explicaran las demás teorías.

✓ Metabolismo

El término "metabolismo" es una síntesis de los procesos químicos involucrados en la regulación de energía. Puede haber diferencias entre las personas en cuanto a la rapidez y eficiencia de estos procesos. El metabolismo influye inevitablemente en el equilibrio energético que es tan importante en la obesidad. Los individuos con grados más altos de metabolismo tienen una mayor probabilidad de aumento de peso que las personas con un grado más bajo.

La creencia popular de que la mayoría de la gente pasada de peso sufre una deficiencia tiroidea (hipotiroidismo) es un mito inquebrantable que parece persistir a pesar de la evidencia médica en su contra (Mahoney, 1990).

✓ Hipótesis nutricional

Si el peso excesivo es adquirido, su adquisición habrá consistido en una ingestión alimentaria superior a la precisa y/o un gasto energético inferior al necesario. En consecuencia, modificando la ingestión y/o gasto podremos modificar el peso. Todo ello se engloba dentro de la hipótesis nutricional de la obesidad.

✓ Genética

La observación común la frecuencia con que una persona obesa tiene en su familia próxima, y más concretamente en sus padres, personas obesas. Los estudios de familias obesas han suministrado datos de suma importancia. Si un niño cuenta con ambos padres obesos tienen tres veces más riesgo de ser obeso que siendo hijo de padres delgados. Cuando sólo es obeso uno de los padres, el niño en cuestión tiene de un 40 a un 50% de probabilidad de serlo también. Cuando ambos padres lo son, el riesgo de obesidad del hijo se eleva al 80% (Dally y Gómez, 1980 en Toro, 1996; Cormillot, 1977 & Mahoney, 1999)

✓ Hiperfunción suprarrenal

En el síndrome de Cushing es característica de obesidad con la localización de la grasa en tronco y región cervical posterior, con brazos y piernas relativamente delgadas, hipertensión, hirsutismo, intolerancia a la glucosa, trastornos menstruales, plétora, etc., tanto en su origen hipofisario, adrenal o por tratamiento con corticoides.

✓ Patología ovárica

La obesidad aparece fundamentalmente en el síndrome de Stein-Leventhal acompañando a alteraciones menstruales, hirsutismo moderado y facilidad para la infertilidad.

✓ Hiperinsulinismo

El aumento de la secreción de insulina incrementa la masa grasa, tanto en situaciones espontáneas como por sobre dosificación en la diabetes, directamente, o a través del incremento de apetito.

✓ Desbalance energético

La inactividad física forzosa o condicionada por el estilo de vida sedentario de la sociedad, industrializada reduce un gasto energético y favorece la aparición de la obesidad. Otro factor importante es la dieta inadecuada por exceso de aporte calórico, tipo de alimentación, reducido número de ingesta, sobrealimentaciones en edades tempranas, lactancia artificial, la frecuencia de ingesta, etc.

✓ Obesidad hipotalámica

Se entiende como las alteraciones de la zona ventromedial del hipotálamo de forma espontánea, o inducido por tumores, traumatismos, procesos malignos, enfermedades inflamatorias que se acompañan por de signos clínicos de hipertensión intracraneal, alteraciones endocrinas o trastornos neurológicos.

✓ Inducida por fármacos

Los antidepresivos tricíclicos, ciproheptadina, fenotiacidas, medroxiprogesterona, corticoides, estrógenos, etc., producen aumentos de peso a través de distintos mecanismos por lo que se deben de tener en cuenta al hacer la anamnesis. (Sorifet, 1994), algunos ejemplos de fármacos son los siguientes:

Fármacos que producen obesidad

- Imipramina (tofranil)	-Astemizol (hismanal)
- Clorimipramina (enafranil)	-Carbonato de litio (carbolit)
-Amitriptilina (tryptanol)	-Haloperidol(haldol)
-Maprotilina (ludiomil)	-Sulpride (ekilid)
-Fenotiacinas (sinogan,melleril)	-Progestagenos
-Corticosteroides	-Anabólicos
-Estrógenos	

✓ Seudohipoparatiroidismo

El pseudohipoparatiroidismo es un trastorno familiar raro que se caracteriza por resistencia del tejido blanco a la hormona paratiroides (PTH), hipocalcemia, incremento de la función paratiroidea y diversos defectos congénitos del crecimiento, y desarrollo como talla baja, obesidad con facie redondeada, retraso mental y acortamiento de los metacarpianos. El tratamiento se encamina a evitar la hipocalcemia con sustancias de calcio y calcitriol.

✓ Síndrome de Prader-Willi

Es una de las formas dismórficas más frecuentes de obesidad humana. Se caracteriza por obesidad, hipotonía muscular, retraso mental, hipogonadismo, talla baja, manos y pies pequeños; se ha descrito diabetes mellitus en algunos individuos con este síndrome.

✓ La hipótesis de la eficiencia

La hipótesis de la eficiencia supone que el obeso tendría un organismo de alta eficiencia, que con menos energía cubriría todas las necesidades vitales y acumularía el sobrante como grasa. Por su parte, la hipótesis del poco gasto sugiere que el organismo de los obesos gastaría poca energía en el cambio metabólico. Hay otra posible explicación que implica una causa hormonal. La tiroides segrega una hormona, T4, precursora de la que luego será la hormona activa T3. En los obesos es posible que la T4 produzca menos T3 y más rT3, que es una sustancia inactiva. La T3 determina, en parte, la forma en que el cuerpo quema su combustible.

✓ Alteración de los adipositos

La alteración de las células de grasa o adipositos, son células especiales cuya función normal es transformar en grasa los elementos que extraen del torrente sanguíneo, almacenándolos y liberándolos en forma de ácidos grasos cuando el organismo requiere energía. Cuando una persona aumenta de peso, automáticamente se produce un aumento en el número y el tamaño de los adipositos; al bajar de peso, los adipositos disminuyen el tamaño, pero no disminuyen en cantidad.

✓ hipótesis de producción de calor

Por su parte, la hipótesis de producción de calor por la comida establece que cuando se come, las calorías ingeridas se disminuyen de la siguiente forma: 73% para gastos de mantenimiento de funcionamiento del cuerpo (digestión, circulación, etc), el 12% en actividades físicas, el 15% en producción de calor, la cual es influenciada por el ingreso de comida, el frío y las sustancias productoras de calor. En los obesos, en especial cuando lo han sido desde niños, este último mecanismo tiene menor efectividad, lo cual puede explicar un aumento de peso (Cormillot, 1977 y Barajas, 1998).

1.17. Etiología psicológica

Hay diversas teorías psicológicas que explican el origen de la obesidad, a continuación se explican algunas de ellas.

a) Postulaciones psicoanalíticas

Han asumido que comer en exceso sería una respuesta mal adaptativa a una modalidad inconsciente frente a la depresión y la ansiedad, que pasaría por alto los mecanismos normales de hambre y saciedad (Hollis, 2001). Según estas teorías, dos mecanismos psíquicos pueden observarse en la producción de la obesidad. El de la obesidad primaria, resultante de la organización de un intenso yo oral, y el de la obesidad secundaria o reactiva, que surge como un intento de restaurar ante una intensa situación depresiva básica como una forma de recuperar maníaca. Los alimentos incorporados se identifican con el pecho originalmente alucinado.

Desde las diversas posturas psicoanalíticas se adjudican ciertas significaciones psicopatológicas al tejido graso, en función de una fantasía inconsciente básica, considerada como la situación nuclear en el contexto subyacente a la obesidad. El tejido graso es una reserva de alimento; la grasa sería como la madre misma "internalizada" debajo de la piel, pero rodeada y circunvolucionando el cuerpo, tal como si fuera a meterse dentro no perdiera su condición de fuera, o sea, de exterior (espacio intermedio). Reedita así la relación la primera relación simbiótica del feto con la madre.

b) Síndrome de descontrol alimentario

Este síndrome produce obesidad y se caracteriza por episodios recurrentes de binge o descontrol, por lo menos dos veces por semana durante seis meses, que resultan penosos y que no se acompañan de conductas compensatorias inapropiadas, tales como vómitos, laxantes o excesiva actividad física. (Braguinsky,2000)

c) Hipótesis de Bruch

Bruch en 1973, publica que la talla alcanzada por el obeso es una manera de autoafirmarse, por lo cual el adulto obeso desarrolla con el descenso de peso sensaciones de debilidad y tensión insoportable, además esta autora relacionaba la obesidad con perturbaciones en el rol sexual, la imagen corporal y el menosprecio del medio social, lo que provocaba una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada. (Sánchez 1998)

d) Hábitos alimentarios

Existen costumbres como picar la comida, probarla constantemente durante su elaboración, predilección por los alimentos dulces (golosinas), consumir lo que se deja en los platos, acostumar a los hijos a ser premiados mediante alimentos y a la familia a una dieta en alto contenido calórico, festejar los eventos importantes con comidas y acentuar las actividades en torno a su elaboración. (Sánchez 1998)

e) Teorías a cerca de la familia en obesos

Estas teorías sugieren que los obesos ingieren alimentos debido a ciertos estados emocionales que presentan relacionados con una dinámica familiar disfuncional. Entre los miembros de la familia del obeso existe aglutinamiento o amalgamamiento, esto significa que hay demasiada involucración entre ellos, además de deficiencias en la comunicación que puede ser: el mandar mensajes opuestos a lo que se espera escuchar; incongruencia entre los mensajes que se

perciben y lo que sé esta comunicando y contradecirse en la información que se trasmite.

De acuerdo con Minuchin (1989 en Sánchez, 1998), la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones es algo que siempre se presenta en las familias obesas. Al respecto, Ganley (1986 en Sánchez, 1998) comenta que esta clase de familias también se caracterizan por falta de respeto a la privacidad y a la autonomía, rigidez, hastío, lo que les ocasiona serios problemas al tratar de reunirse y convivir (López, Mancilla y González, 1995 en Sánchez, 1998).

f) Aprendizaje

Kaplan y Kaplan (1957 en Saldaña y Rossell, 1988) consideran a la sobreingesta como una conducta aprendida por el obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Este argumento es también apoyado por los autores que consideran la ingesta como el instrumento empleado por obesos para reducir el despertar del acto de comer (rousal) provocado por estados emocionales internos.

Conducta condicionada: Muchos obesos han quedado condicionados a comer por una amplia gama de estímulos. Son sensibles a indicaciones que les dicen cuando es la hora de comer y cuánto. El comer en exceso es una conducta compleja, vinculada con todas las áreas de la vida

g) Hipótesis de las emociones

Un número considerable de personas obesas come para atenuar su tedio, fatiga, tensión, ira, temor, ansiedad, tristeza, insomnio, excitación o soledad (Vila, Jean, Nolle, Vera, et al., 1996). No es la reacción emocional sino la respuesta a la misma -comer- la que difiere. Los sujetos que comen mucho en respuesta a ciertos estados emocionales, han aprendido a relacionarlos con el acto de comer.

En algún momento, quizás en la infancia, aprendieron que una comida abundante es la forma de celebrar un acontecimiento jubiloso, de intentar sentirse mejor cuando las cosas marchan bien o de ocuparse en algo cuando se sienten nerviosos o aburridos.

h) Situaciones psicológicas que pueden afectar al individuo y producir obesidad:

- **Nacimiento de hermanos:** Esto produce celos o rivalidad, especialmente cuando existe una situación familiar poco sólida o no hay preparación psicológica previa, que pueden ser un factor desencadenante de actitudes regresivas donde, por ejemplo, el deseo inconsciente de "comerse al hermanito" puede vincularse con una conducta manifiestamente hiperfágica.
- **Separación de padre:** Si se produce de una manera excesivamente traumática (y aun en condiciones ideales) genera sensación de abandono y agresividad consecuente que no se puede canalizar adecuadamente y se descarga por vía alimentaria.
- **Comienzo de la escolaridad:** Esta situación coincide con la socialización del niño, la finalización de un periodo evolutivo que en psicoanálisis se denomina edípico y el comienzo de etapa llamada de latencia. Es un periodo crítico (4 a 7 años) donde diversas situaciones ansiógenas pueden actuar como factores desencadenantes. Además se modifican los hábitos alimentarios en cuanto a horarios, ritmo, tipo de comidas, etc.
- **Servicio militar:** Es una situación límite donde se produce un impacto psicológico acompañado de un cambio radical de hábitos alimentarios y forma de vida; es un factor desencadenante bastante común.
- **Mujeres que llegan vírgenes al casamiento y/o con mucho miedo a la sexualidad;** en los hombres esto se presenta, pero menos. (Cormillot, 1977)

i) Autoestima baja

Una autoestima baja es otro factor que puede conducir a la obesidad. Una persona sólo puede cuidar realmente aquello que quiere o que valora. En consecuencia, si no se quiere así misma, es probable que desarrolle obesidad o que pueda llegar a desarrollar sobrepeso u obesidad. Asimismo, si su autoconcepto está devaluado, es probable que desarrolle obesidad o que incurra en otros trastornos conductuales

j) Mecanismo de protección

Como mecanismo de protección, la obesidad puede desarrollarse igualmente. Es común que en personas que han sufrido abuso sexual, por ejemplo, la obesidad esté presente. La persona que ha sido violada y que comprensiblemente se ha visto afectada emocional y psicológicamente, por lo general no es consciente de que tal agresión contra su persona de alguna manera esté ocasionando el desarrollo de la obesidad. Reconocidos autores como Louis Hay (1991 en Colmenares, 1996) Tom Rusk y Randy Reed(1988 en Colmeras, 1996), entre otros, apoyan estas observaciones a cerca del comportamiento del ser humano. Hay, por ejemplo, afirma que el comer en exceso siempre ha significado una necesidad de protección. Cuando las personas se sienten inseguras o atemorizadas, tratan de cubrirse con una capa de seguridad. El peso nada tiene que ver con el alimento. Podría ser cuestión de trabajo, del cónyuge, de la sexualidad, o de la vida en general.

1.18. Etiología social

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta socialidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida.

Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer en solitario suele ser una práctica incomoda, además históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus. Los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigio. (Toro, 1996)

Se han ido sustituido los modelos por un esteticismo basado exclusivamente en la apariencia física. Hombres jóvenes, perfectamente rasurados, viriles, fuertes, instantáneos conquistadores, bronceados, musculosos, sin un gramo de grasa extra, sin un pelo fuera de su sitio, desodorizados, perfumados, vestidos con cuidado, desenfadado y rubios aparecen junto a jóvenes atractivas, altas, delgadas, sin un gramo de grasa extra, perfectamente peinadas y maquilladas, también desodorizadas y aún más perfumadas, seductoras, distantes pero aseguibles,

instantáneamente conquistables, bronceadas, magníficamente vestidas y generalmente rubias.(Alemany, 1992)

- Económico

La inseguridad económica en la sociedad ocasiona un consumo exagerado hacia la comida, las ocupaciones actuales favorecen en el sedentarismo y una mínima actividad física, existen además principalmente en las familias actitudes y creencias de que en el niño la "gordura" es símbolo de salud y bienestar, a lo que hay que agregar los malos hábitos adquiridos que hacen que se consuman varias comidas al día y alimentos poco nutritivos.

- Protección contra la sexualidad

La obesidad también puede ser un mecanismo de protección contra las actitudes sociales actuales relacionadas con la sexualidad, las personas que se esconden en una figura obesa mandan el mensaje a los demás de que no son atractivas y por lo tanto no desean tener una relación sexual.

También en algunos casos se mantiene en una necesidad en ciertas actividades, como es en el caso de algunos artistas o deportistas (luchadores, lanzadores de bala, etc) en donde existe la demanda de tener cierta figura para destacar.(Sánchez, 1998)

- Ambiente

Personas que frecuentemente son objeto de agasajos, o desempeñan el papel de anfitriones, arreglan sus negocios a través de una cena suntuosa, se ven obligados a ingerir alimentos ricos en calorías y comer varias veces más de lo normal.

Personas que trabajan en restaurantes, dulcerías, pastelerías, están tentadas a comer por la presencia de comida.

Por lo tanto, el medio ambiente, es importante para que el ser humano aprenda a comer y alimentarse según su entorno.(Colmenares, 1996)

- Medios de comunicación

El cine, radio, periódicos, televisión y en general los medios masivos de comunicación, influyen los patrones alimentarios de las poblaciones. El comer penetra más como símbolo en el lenguaje, el folklore, los cuentos infantiles, etc., debido a la publicidad masiva. (Ramos, 1995)

La TV al mismo tiempo que nos incita a consumir determinados productos, lo hace presentándonos unos cuerpos "light" que, a través del medio se concierte en auténticos cánones de belleza. Sin embargo, en ningún momento nos proporciona información a cerca de cómo adquirir y mantener dichos cuerpos. (Sorifet, 1994)

- Tecnología

Las actividades sedentarias, la tendencia la automatización, la búsqueda de confort y todo lo que les ha hecho considerar a la obesidad como enfermedad de la civilización potencian la inactividad debido también a otros factores. (Cornillot, 1977)

1.19. Consecuencias médicas

Las personas con obesidad severa son quienes padecen muchas más alteraciones de las funciones físicas normales que los no obesos y a continuación se verán.

✓ Trastornos físicos

Algunos trastornos del funcionamiento físico normal en el obeso son:

- *Disminución de la capacidad respiratoria
- *Alteraciones del sueño
- *Hambre patológica
- *Problemas sexuales
- *Transpiración excesiva
- *Incontinencia urinaria (en mujeres)
- *Imposibilidad para higienizarse solos
- *Limitaciones en la locomoción

(Braguinsky, 2000; World Health Organization (WHO), 1998 & Warschburger, Buchholz y Petermann, 2001)

✓ Repercusiones clínicas de la obesidad

Otro tipo de repercusiones de la obesidad, son diversas enfermedades, como las que a continuación se presentan:

- *Enfermedades cardiovasculares
- *Diabetes Mellitus
- *Amenorreas
- *Disminución de la fertilidad en las mujeres
- *Ciclos anovulatorios
- *Menarquias tempranas
- *Menopausias tardías hirsutismo
- *Cáncer

- *Hiperinsulinismo
- *Disminución de la secreción de hormona del crecimiento
- *Hipoxia
- *Acentuación de episodios normales de apnea
- *Alteraciones del control respiratorio
- *Hipertensión arterial
- *Aterosclerosis
- *Osteoartritis
- *Trastornos digestivos
- *Síndrome de resistencia a la insulina
- *Trombosis

(Sorifet, 1994 y WHO, 1998)

✓ Complicaciones ortopédicas

Otra área de la salud que se ve afectada es el área ortopédica. Las articulaciones más afectadas en quienes padecen obesidad, son aquellas que soportan peso. Una de ellas es la rodilla, habiéndose constatado la correlación entre el peso corporal y la gonartrosis radiológica; por alguna razón no conocida, esto ocurre más frecuentemente en el sexo femenino.

En la columna, el sobrepeso contribuye a las anomalías estáticas como escoliosis, cifosis, hiperlordosis, etc.

Las talgias plantares son comunes en la mujer de más de 50 años que presenta sobrecarga ponderal. El examen revela dolor exquisito a la presión sobre la tuberosidad posterointerna del calcáneo, en la parte delantera e interna del talón, lo cual revela el apoyo de la parte posterior del pie.

✓ Complicaciones dermatológicas

La piel del obeso también se ve afectada ejemplo de ello son las variaciones ponderales, las que se localizan en abdomen, brazos, piernas, etc.

Otra de las alteraciones dermatológicas es la acantosis nigricans, la cual consiste de papilomatosis, hiperqueratosis e hiperpigmentación de la epidermis en grados variables en cuello y región axilar.

La acantosis puede ser asociada con otras patologías que cursan con resistencia a la insulina y entre estas existen algunas con hirsutismo, hiperandrogenemia y obesidad, llegándose a observar estigmas de otras alteraciones endocrinas como acné, amenorrea, estrías abdominales y cara de luna llena.

✓ Otras complicaciones

La obesidad se acompaña de aumento del riesgo quirúrgico por problemas respiratorios y mayor riesgo de tromboembolia, complicaciones obstétricas, alteraciones del sistema inmune, incapacidad funcional para el movimiento en pacientes de edad media y avanzada, complicaciones hematológicas como hiperfibrinogemia y policitemia. (Ramos, 1995)

1.20. Consecuencias psicológicas

Actualmente se observa en la psicopatología en los obesos, que esta se ve más como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como idea de belleza, que como una causa de la obesidad.

Algunas consecuencias psicológicas de la obesidad son las siguientes:

- a) La depresión observada en algunas personas podría ser más bien consecuencia de los prejuicios y la discriminación que causa de obesidad. (Braguinsky, 2000)
- b) El sentimiento de culpa y vergüenza por no poder controlar el peso probablemente disminuirían en parte la autoestima de las personas obesas en algunas áreas de funcionamiento, aun que no lo suficiente como para afectar la autoestima global. (Braguinsky, 2000)
- c) Al obeso se le atribuyeron las características de glotón, irresponsable, apático, inmaduro, no social, feo, deshonesto y sobre todo repulsivo. Esta fuerte estigmatización y rechaza del obeso refuerzan los sentimientos de soledad experimentados por este tipo de personas. (Perpiña, 1989 en Saucedo, 1996)
- d) La crítica social a la que se ve sometido el obeso le recuerda constantemente que su apariencia física no es una "buena carta de presentación", cayendo en lo que ya se ha dado en llamar "dietomanía" como forma de resolver sus problemas. (Sorifet, 1994)
- e) El etiquetarse como obeso puede ser un impedimento para el desarrollo de la personalidad. (Ramos, 1995)
- f) Las dificultades psicológicas van desde las típicas inhibiciones para el acercamiento al sexo opuesto, pasando por la vergüenza del propio cuerpo, hasta situaciones de impotencia y frigidez. (Cornillot, 1977)
- g) Las razones por las que a la gran mayoría de las personas les disgusta tener exceso de grasa son muy diversas. Entre las principales se encuentran:

*No sentirse bien consigo mismas; No valorarse.

*No sentirse bien físicamente, pone en riesgo su salud e incrementar el riesgo de un ataque cardiaco; la dificultad en su accionar; experimentar cansancio con frecuencia; sentirse faltas de energía.

* La manera en que por su condición las demás las tratan; la inaceptabilidad social, el rechazo, los juicios que emiten los demás acerca de su persona y su peso.

* No sentirse sexualmente deseadas; no sentirse atractivas.

*El poseer el sentimiento de no tener control, de ser "anormales", de ser "raras", "diferentes", de parecer "débiles"; el estar obsesionadas con la comida.

*Siempre estar preocupadas o incómodas acerca de lo que van a comer; estar siempre pensando en dietas, en bajar de peso, etc.

*No encontrar a menudo ropa que les quede.

*No poder lucir bien en un traje de baño.

h) Como puede verse que la preocupación por el peso juega un papel predominante en la mayor parte de las personas con obesidad. Generalmente su autoconcepto está devaluado y, por tanto, su accionar es muy distinto al que presentarían de tener un peso normal.

i) La obesidad a menudo guarda relación con la autoestima. Las personas con obesidad suelen sentirse mal consigo mismas, e inclusive suelen despreciarse.

(Barajas, 1998; Bolio, 2000; Sánchez, 1998; Braguinsky, 2000)

1.21. CONSECUENCIA SOCIALES.

El área social se ve afectada en la vida del obeso ejemplo de ellos es lo siguiente:

a) Prejuicios

El obeso se enfrenta a múltiples problemáticas, una de ellas es la discriminación de la cual es objeto, esto lo confirman diversas investigaciones (Cornillot, 1977; y Milkewicz, 2001)

También en los profesionales de la salud aparecen algunos de estos prejuicios. Los médicos clínicos ven a sus pacientes obesos como faltos de voluntad, torpes y feos. Estos son totalmente conscientes de esa actitud. En un estudio reciente, el 80% de los pacientes sometidos a cirugía por su obesidad refirieron que habían "sido tratados irrespetuosamente por el profesional médico debido a su peso".

En general, se tiende a creer que las mujeres con sobrepeso son más bien débiles e incapaces de cuidarse de sí mismas (Wooley y Wooley, 1979). Pero son las mujeres las que sufren más por los prejuicios con respecto a la apariencia y es juzgada más cruelmente que los hombres (Milkewicz, 2001).

Un estudio sobre las relaciones entre sobrepeso y empleo concluyó que en líneas generales las personas con sobrepeso, comparadas con las que no lo tienen, a efectos laborales tienden a ser consideradas menos competentes, menos productivas, menos laboriosas, desorganizadas, indecisas, inactivas y con menos éxito (Larkin y Pines, 1979 en Toro, 1996). También se ha verificado que, a igualdad de otras circunstancias, los salarios de los obesos suelen ser inferiores que los de sus colegas de peso normal o bajo (McLean y Moon, 1980 en Toro, 1996).

Es evidente que la presión social contra el sobrepeso se ejerce de forma mucho más acentuada sobre las mujeres que sobre los varones. El agravante básico reside en que aquellas, además, experimentan de modo muy especial la presión a favor de la delgadez. Esta situación permanente de crítica referida al volumen del cuerpo afecta las propias relaciones personales y afectivas. Se ha podido determinar que, comparadas con varones de peso excesivo o normal, las mujeres con sobrepeso tienen menos citas, experimentan menos satisfacción en las que tienen en sus relaciones con el otro sexo, y son más criticadas por sus compañeros o compañeras (Stake y Lauer, 1987 en Toro, 1996).

La publicidad procura crear mundos "perfectos" en los que la obesidad no tiene mucha cabida, regularmente se les usa como estereotipos de sacerdotes, cocineras, nanas y de algunas personas como Santa Claus; todo ello explotando la sensación de fortaleza y protección que manifiesta la obesidad.

Uno de los personajes que más representen la personalidad y el sentir de los gordos en la época actual sea el creado por Groening: Homero Simpson. (Molina, 2002)

b) Discriminación

La sociedad pone gran énfasis en la apariencia física, frecuentemente asocian el atractivo con la delgadez, especialmente en mujeres, o con la musculatura, en los hombres. Los mensajes, explícitos o no, hacen que las personas con obesidad se sientan poco atractivas. Un gran número de personas asume que la gente obesa es displaciente, poco inteligente, con poca fuerza de voluntad, glotona, perezosa, y hasta sucia y descuidada. Las personas obesas enfrentan prejuicios y discriminación en el trabajo, la escuela, y demás situaciones sociales. (Unikel, Mora y Gómez, 1999 en Gonzalez 2003; Browell, 1982 en Barber' et al, 1995 y Milkewicz, 2000)

Los prejuicios relativos al peso se acompañan frecuentemente de discriminación. Se observó un escaso porcentaje de aceptación por parte de colegas prestigiosos a estudiantes obesos, comparados con los no obesos, a pesar de que el rendimiento era semejante en ambos. En un ámbito diferente como el lugar de trabajo, se vio que el 16% de los empleadores no contratan a personas obesas bajo ninguna condición, y que 44% sólo los contrataría en circunstancias especiales. (Braguinsky, 2000)

1.22. Costo económico de la obesidad.

Junto con esta dirección que ha seguido el cambio de la figura ideal de la mujer, se ha dado en dirección inversa: a) un crecimiento en la publicidad de artículos para bajar de peso, y b) un auge de lo que sería, una industria cada vez más poderosa (farmacéutica, editorial, alimentaria, y publicitaria, entre otras) del adelgazamiento (Braguinsky, 2000 y Gómez, 1993)

Se ha procurado estimar los costos económicos directos e indirectos de la obesidad como enfermedad. Sus resultados tienen un lugar importante en la toma de decisiones en las políticas de salud. El impacto de la obesidad se basa en las estimaciones de prevalencia de enfermedades asociadas y en la proporción que en esa enfermedad es atribuida a la obesidad. Los costos indirectos se calculan sobre la base de la pérdida de días de trabajo en relación con la obesidad (Braguinsky, 2000)

CAPITULO 2

TEORÍA DEL CARÁCTER Y ADOLESCENCIA

2.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Existen diversas teorías de la personalidad entre las cuales encontramos a la teoría de Fromm (1953) plantea que la personalidad humana esta constituida por dos elementos uno que es el heredo, o sea el genético y el otro que es el aprendido en la sociedad en la que se esta inmerso. Para Fromm (1953) la personalidad es lo que hace diferentes y únicos a cada uno de los hombres.

Al elemento heredado de la personalidad se le llamo temperamento, lo define como el modo de reacción, afirma que es inmodificable y al elemento aprendido le llamo carácter, el cual se forma en esencia con las experiencias de la persona, pero la etapa en la que se forman sus cimientos es en la infancia, el carácter es modificable por el autoconocimiento y por experiencias nuevas.

Un ejemplo de lo anterior es el que una persona, por ejemplo, tiene un temperamento colérico, su modo de reaccionar es rápido y fuerte, pero aquello ante lo cual reaccionará rápido y violentamente depende de su carácter, pero si es una persona productiva, justiciera y amante reaccionará rápida y violentamente cuando ame, cuando se sienta irritada por una injusticia o impresionada por una nueva idea. Si tiene un carácter destructivo o sádico reaccionará también de forma rápida y fuerte en su destructividad y en su crueldad.

2.2. Definición de carácter

En la teoría del carácter de Fromm (1953) toma en cuenta los modos específicos de relación del humano con el mundo, dicha relación es de dos tipos:

1. Adquirir y asimilar objetos. Se refiere a el adquirir objetos recibiendo o tomándolos de una fuente exterior o producirlos con su propio esfuerzo y
2. Proceso de socialización, o sea el relacionarse con otras personas y consigo mismo, dicha relación puede ser de varias maneras: amando u odiando, competir o cooperar.

Con base en lo anterior Fromm (1953) define el carácter como la forma (relativamente permanente) en la que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización, por lo que una vez que la energía ha sido encauzada de cierta manera, la acción se produce como "fiel expresión del carácter". Un ejemplo de ello son los hábitos y opiniones más profundamente arraigadas que son característicos de un individuo y resistentes a ser modificados por lo que expresan la forma particular en que la energía ha sido canalizada en la estructura del carácter.

Por lo que además considera que el estudio del carácter trata de las fuerzas que motivan al hombre y por otro lado el carácter determina en gran proporción el modo de obrar, de sentir y de pensar del individuo, además de que los rasgos son dinámicos.

2.3. Función del carácter

Un carácter determinado puede ser indeseable desde el punto de vista ético, pero al menos permite a la persona actuar con relativa consistencia y la releva de la penosa tarea de tener que tomar cada vez una decisión nueva y deliberada. (Fromm, 1953). El hombre puede acomodar su vida de una manera que este ajustada a su carácter, creando así un cierto grado de compatibilidad entre la situación interna y la externa, lo cual le permite ajustarse a la sociedad en la que se encuentra inmerso.

El carácter también tiene una función selectiva con respecto a las ideas y los valores de la persona, ya que estos son el resultado del carácter y en consecuencia lo son las acciones.

2.4. Clasificación de carácter

Cabe mencionar que el carácter de un individuo contiene una combinación de todas o algunas de las orientaciones, aunque hay una que predomina. Fromm clasifica al carácter en 2 tipos de: el improductivo y el productivo, cada tipo de carácter está compuesto por orientaciones y son las siguientes:

1) Orientación improductiva:

a) La orientación receptiva.

En esta orientación, la persona siente que "la fuente de todo bien" se halla en el exterior y cree que la única manera de lograr lo que se desea – ya sea algo material, sea afecto, amor, conocimiento o placer – es recibiendo de esa fuente externa. El problema del amor consiste en esta orientación en "ser amado" y no en amar. Se prendan de cualquier persona que les ofrezca amor o algo que se le parezca. Son individuos excesivamente sensibles a todo rechazo o desaire por parte de la persona amada. Su orientación es la misma en la esfera del pensamiento: si están dotados de inteligencia son los mejores escuchas, puesto que su orientación consiste en recibir y no en producir ideas; si se ven abandonados a sí mismos, se sienten paralizados.

Es característico de estas personas que su primer pensamiento sea encontrar a alguien que pueda proporcionarles información necesaria, antes que hacer el menor esfuerzo por sí mismos. En caso de ser religiosas, tienen un concepto de dios de acuerdo con el cual esperan todo de Él y nada de su propia actividad. Muestran una clase particular de lealtad, en cuya base se encuentra la gratitud por la mano que les alimenta y el temor de llegar a perderla. Como necesitan de muchas manos para sentirse seguras, deben ser leales a numerosas personas, en consecuencia la parálisis de sus facultades críticas resultante aumenta constantemente su grado de dependencia de otros.

Al estar solos se sienten perdidos porque siente que nada pueden hacer sin ser ayudados.

Esta orientación se caracteriza por su gran afición a la comida y a la bebida.

Tales personas tienden a compensar su ansiedad y depresión comiendo y bebiendo. Su boca constituye un rasgo de prominencia singular y es con frecuencia el más expresivo; los labios tienden a permanecer abiertos como en un estado de espera constante de alimentos.

En general los individuos que corresponde a esta orientación son optimistas y cordiales; tienen cierta confianza en la vida y sus bondades, pero se tornan ansiosas o atolondrados cuando ven amenazada su "fuente de abastecimiento". A menudo tienen un deseo genuino de ayudar a otros, pero el hacer algo por los demás lleva el propósito de asegurar su favor. (Fromm, 1953)

b) La orientación explotadora.

El individuo en esta orientación siente que la fuente de todo bien se encuentra en el exterior; que cualquier cosa que uno desea obtener ha de ser buscada allí, y que el individuo no puede producir nada por sí mismo. Este sujeto le quita las cosas a los demás por medio de la violencia o astucia. Esta orientación abarca todas las esferas de actividad. En el terreno del amor y del afecto, estos individuos tienden a robar y arrebatar. Únicamente sienten atracción hacia personas a quienes pueden sustraer del afecto de otros.

En lo que corresponde a la esfera del pensamiento y los aspectos intelectuales, este tipo de personas tiende a hurtar ideas, ya sea plagiándolas directamente o, de modo más sutil, repitiéndolas directamente o, de modo más sutil, repitiéndolas con una fraseología alterada las ideas de otros y recalcando insistentemente que éstas son nuevas y propias.

En lo que respecta a las cosas materiales, los objetos que pueden sustraer a otros les parecen siempre mejores que cualquier cosa producida por ellos mismos. Utilizan y explotan cualquier cosa o persona de las que pueden sacar algún provecho. Su lema es: "Los frutos robados son mejores". Puesto que necesitan utilizar y explotar a otras personas, "aman" a quienes explícita o implícitamente son objetos susceptibles de explotación y se "hartan" de personas a las que ya han exprimido.

Esta orientación parece estar simbolizada por la boca en actitud de morder, pues suele ser un rasgo prominente de tales sujetos. No es un juego de palabras el que con frecuencia hacen observaciones "mordaces" a cerca de otros. Su actitud esta coloreada por una mezcla de hostilidad y manipulación. Toda persona representa para ellos un objeto de explotación y es juzgada de acuerdo con su utilidad (Fromm, 1953).

c) La orientación acumulativa.

Esta orientación hace que la persona tenga poca fe en cualquier cosa nueva que pueda obtener del mundo exterior; su seguridad se basa en la acumulación y en el ahorro, en tanto que cualquier gasto se interpreta como una amenaza. La avaricia que este tipo de personas presentan abarca tanto al dinero y otros objetos materiales como a los sentimientos y pensamientos. El amor es para ellos esencialmente una posesión; no dan amor, sino tratan de lograrlo poseyendo al "amado". La persona acumulativa muestra a menudo una singular clase de lealtad hacia la gente y también hacia los recuerdos. Su sentimentalismo le hace sentir que todo pasado fue mejor; se aferran a él y se deleitan en la rememoración de sentimientos y experiencias pasadas.

Este tipo de individuos presentan la boca caracterizada por la firmeza de sus labios apretados, sus facciones son características de su actitud de retraimiento. Otro elemento característico de esta actitud es el ser pedantemente ordenado. Manifiesta una limpieza compulsiva, esta es expresión de la necesidad de anular el contacto con el mundo exterior, siente que los objetos que se encuentran más allá de sus fronteras son peligrosos y sucios, anula el contacto amenazador mediante la compulsión de lavarse, similar a un ritual peligroso prescrito para después de haber estado en contacto con objetos o personas impuras.

El individuo del tipo acumulativo tiende a ser suspicaz y a poseer un singular sentido de justicia, el cual podría ser expresado por: "Lo mío es mío y lo tuyo es tuyo". La intimidad constituye una amenaza en su relación con los semejantes; el mantenerse distanciado de una persona o la posesión de ella significa seguridad, suelen sentir que están dotados de una determinada cantidad de fuerza, energía o capacidad mental, y que esta reserva se disminuye y agota con el uso y que esta no puede ser recuperada.

d) La orientación mercantil.

La orientación mercantil se desarrolló como una orientación predominante únicamente en la Era Moderna.

El concepto mercantil del valor, el énfasis puesto en el valor de cambio más que en el valor de la utilidad, ha conducido a un concepto similar de valor con respecto a las personas y en particular al valor de uno mismo. Fromm (1953) llama orientación mercantil a la orientación del carácter que está arraigada en el sujeto, que lo hace experimentar a él mismo como una mercancía, y al valor como un valor de cambio.

El éxito depende en grado sumo de cuán bien una persona logre venderse en el mercado, de cuan bien pueda introducir su personalidad, de la clase de "envoltura" que tenga; de si es "jovial", "profunda", "agresiva", "digna de confianza" o "ambiciosa"; y aun más, de cuales son sus antecedentes de familia, a que clubes pertenecen y si esta conecta con la gente influyente. El tipo de personalidad requerido depende hasta cierto punto del terreno específico en que una persona desempeñe sus tareas. Además dichas personas deben llenar un requisito: estar en la demanda.

Otro elemento que se debe de tomar en cuenta para lograr el éxito en este tipo de carácter es en alto grado de cómo vende el hombre su propia personalidad, él se experimenta a así mismo como una mercancía o más bien, simultáneamente, como el vendedor y la mercancía en venta. Este sujeto se preocupa ahora por ser vendible, por lo que debe saber cual es el tipo de personalidad de mayor demanda, los modelos de éxito los encontrará en los diversos medios de comunicación escritos o audiovisuales.

En lo que corresponde a la autoestima del este tipo de personas depende del éxito que se logre en un mercado de competencia cuyas condiciones están constantemente sujetas a cambio, como las acontecimientos del mercado son los jueces que deciden el valor de cada uno, ello conlleva que la autoestima sea fluctuante y la necesidad de ser confirmado por otros sea constante.

En esta orientación el hombre depende por completo de la opinión que otros parecen tener de él y le obliga a seguir desempeñando el papel con el cual logró tener éxito alguno. El prestigio, la posición, el éxito y el hecho de que el sujeto sea conocido por los demás como una persona determinada, son un sustituto del sentimiento de identidad genuino.

La diferencia entre este tipo de individuos se reduce a una mera diferencia cuantitativa: su precio en el mercado.

En esta orientación el saber mismo se transforma en mercancía. Aquí también el hombre es enajenado de su propio poder; el pensamiento y el conocimiento se experimenta como instrumento para el logro de resultados positivos.

La premisa de la orientación mercantil es la "vacuidad", la ausencia de cualquier cualidad, la ausencia de cualquier cualidad específica que no puede ser sustituida, ya que todo rasgo persistente de carácter estaría expuesto a entrar en conflicto algún día con las exigencias del mercado. Algunos de estos papeles no concuerdan con las peculiaridades de las personas, razón por la cual deben

eliminarse, no los papeles, sino las peculiaridades. La personalidad mercantil debe estar libre, libre de toda individualidad.

Todas las orientaciones forman parte de la dotación humana, y que el predominio de cualquier orientación específica depende en gran parte de las peculiaridades de la cultura en que vive el individuo.

2) Orientación productiva

- a) Características generales. Fromm (1953) define al hombre como un animal productivo, capaz de transformar las materias que se encuentran al alcance de su mano empleando su razón e imaginación. La productividad es la capacidad del hombre para emplear sus fuerzas y realizar sus potencialidades congénitas, para ello debe de tener conciencia de sus poderes si sabe lo que son, como usarlos, para qué usarlos y de cuando es productivo.

El hombre experimenta el mundo de dos maneras: reproductivamente, percibiendo la realidad del mismo modo que una película copia literalmente los objetos fotográficos, y generativamente, concibiéndola, vivificándola y recreando este nuevo material por medio de la actividad espontánea de los propios poderes mentales y emocionales; la interacción entre la reproductividad y la generatividad da por resultado productividad. La persona productiva produce objetos materiales, obras de arte y sistemas de pensamiento y emocionales del hombre

b) Las manifestaciones de la productividad: El amor y el pensamiento productivos.

Las manifestaciones de la productividad son:

- a) La razón: Le ayuda al hombre a llegar a la más profunda esencia del objeto, no se encuentra divorciada de los fines prácticos de la vida, tiene la función de conocer, entender, captar y relacionarse con las cosas por medio de su comprensión.
- b) Amor: Se caracteriza por la responsabilidad, respeto y conocimiento al relacionarse productivamente. Un ejemplo de ello es el amor materno, en el que se presenta el cuidado y la responsabilidad, esto implica además de la existencia física el crecimiento y desarrollo de los poderes que tiene el individuo. (Fromm, 1959)

El pensamiento productivo es motivado por el interés hacia el objeto, se caracteriza por la objetividad, a la vez también por la subjetividad. Para Fromm (1953) la objetividad es el respeto y en consecuencia la no deformación y falsificación de las cosas. Cabe señalar que el pensamiento productivo se ve determinado por la naturaleza del objeto y por la naturaleza del sujeto.

2.5. Las orientaciones en el proceso de socialización

El proceso de vivir implica dos clases de relación con el mundo exterior, la de asimilación y la de socialización.

Podemos hacer distinción entre las siguientes clases de relaciones interpersonales: la de relación simbiótica, la de distanciamiento-destructividad y la de amor.

En la relación simbiótica la persona se encuentra relacionada con otras, pero pierde, o nunca obtiene, su independencia; rehuye el peligro de la soledad, llegando a ser parte de otra persona, bien "siendo absorbida" por otra persona o bien "absorbiéndola". Lo primero es lo que clínicamente se describe como masoquismo (Fromm, 1953 y 1985)

El impulso por absorber a otros-sadismo-, la forma activa de la relación simbiótica, aparece en toda clase de racionalizaciones, como amor, sobreprotección, dominio "justificado", venganza "justificada", etc., y también aparece, combinado con impulsos sexuales, como sadismo sexual.

El alejamiento es la forma principal de relación con los demás; una relación, por así decirlo, de carácter negativo. Su equivalencia emocional es el sentimiento de indiferencia hacia el otro, acompañado frecuentemente de un sentimiento compensador de autoinflación. El alejamiento y la indiferencia pueden conscientes, pero no necesariamente; de hecho en nuestra cultura casi siempre están enmascarados por un interés y sociabilidad superficiales.

La destructividad es la forma activa del alejamiento.

El impulso de destruir a otros proviene del temor de ser destruido por ellos. Puesto que el alejamiento y la destructividad son, respectivamente, la forma pasiva y la activa de la misma clase de relación, se mezclan con frecuencia en distintas proporciones.

Sin embargo, su diferencia es mayor que la que hay entre las formas activa y pasiva de la relación simbólica. El impulso destructor proviene de un bloqueo más intenso y completo de la productividad que el del distanciamiento. Es la perversión del impulso vivir; es la energía de la vida no vivida transformada en energía destructora de la vida.

El amor es la forma productiva de relación con otros y con uno mismo. Implica responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento, así como también el deseo de que otra persona crezca y se desarrolle.

El carácter receptivo y explotador necesita de cierta intimidad y acercamiento, para poder obtener lo que se necesita; en el carácter receptivo la relación es sumisa y masoquista, ejemplo de ello es: si me someto a una persona más fuerte, ésta me dará todo lo que necesito; en el caso del carácter acumulativo, este implica un distanciamiento de las personas y tenderá a resolver sus problemas con los demás ya sea apartándose o destruyendo en caso que se sienta amenazado; en lo que respecta al carácter explotador, implica una relación

sádica, si tomo por medio de la fuerza todo lo que necesito de la persona debo gobernarla y transformarla en el objeto impotente de mi propio dominio; en la orientación mercantil la relación que se da se basa en el distanciamiento, pero el desapego se manifiesta también, o sea que el contacto sencillo, un apego superficial y desapego de otros sólo en el sentido emocional más profundo; y en el caso de la orientación productiva en el proceso de socialización implica amor productivo a través del razonamiento y del amor productivo. A continuación se presenta un esquema que aclara lo anteriormente expuesto.

ASIMILACIÓN

SOCIALIZACIÓN

I. Orientación improductiva:

a) Receptiva..... (Aceptando)	Masoquismo (Lealtad)
b) Explotadora..... (Tomando)	Sádica (Autoridad)
c)Acumulativa..... (conservador)	Destructiva (Afirmación)
d)Mercantil..... (Intercambiando)	Indiferente (Equidad)

II. Orientación productiva:

Trabajadora.....	Amando y razonando
------------------	-----------------------

2.6. Ventajas de la improductividad

La improductividad es necesaria para sobrevivir, ya que el ser humano debe ser capaz de recibir, tomar, de ahorrar y de intercambiar cosas, pero cuando predomina la improductividad en la manera de adquirir objetos (asimilación) y de relacionarse con otros (socialización), la capacidad de aceptar, tomar, ahorrar o intercambiar se transforma en el deseo voraz de aceptar, tomar y ahorrar. En el esquema que se muestra a continuación se pueden observar las ventajas y desventajas de cada orientación improductiva

Orientación receptiva (aceptando)

Aspecto positivo	Aspecto negativo
Capaz de aceptar.....	pasivo, sin iniciativa
Conforme.....	carente de opinión y carácter
devoto.....	sumiso
modesto.....	sin orgullo
encantador.....	parásito
adaptable.....	carente de principios
ajustado socialmente.....	servil, sin confianza en si mismo
idealista.....	apartado de la realidad
sensitivo.....	cobarde
cortes.....	rastrero
optimista.....	iluso
confiado.....	crédulo
tierno.....	sensiblero

Orientación explotadora (tomando)

Aspecto positivo	Aspecto negativo
activo.....	explotador
capaz de tomar iniciativa.....	agresivo
capaz de reclamar.....	egocéntrico
altivo.....	presuntuoso
impulsivo.....	precipitado
confiado en si mismo.....	arrogante
cautivador.....	seductor

Orientación acumulativa (conservando)

Aspecto positivo	Aspecto negativo
practico.....	carente de imaginación
economico.....	mezquino
cuidadoso.....	suspicaz
reservado.....	frío
paciente.....	letárgico
cauteloso.....	angustiado
constante, tenaz.....	obstinado
imperdurable.....	indolente
sereno ante los problemas.....	inerte
ordenado.....	pedante
metódico.....	obsesivo
fiel.....	posesivo

Orientación mercantil (intercambiando)

Aspecto positivo	Aspecto negativo
Calculador.....	oportunista
Capaz de cambiar.....	inconsistente
Juvenil.....	pueril
Previsor.....	sin futuro o pasado
De criterio amplio.....	carente de principios y Valores
Sociable.....	incapaz de estar solo
Experimentador.....	sin metas ni propósitos
No dogmático.....	relativista
Eficiente.....	superactivo
Curioso.....	carente de tacto
Inteligente.....	intelectualoide
Adaptable.....	sin discriminación
Tolerante.....	indiferente
Ingenioso.....	soso
Generoso.....	disipador

2.7. INVESTIGACIONES RECIENTES

Moreno (1997) creó el Inventario de Carácter para adolescentes, el cual permite ver la orientación de carácter en adolescentes de acuerdo a la teoría de Erich Fromm (1953), por lo que Moreno (1997) también validó el instrumento mediante una lista autoadministrable de 114 reactivos, con las opciones:

1. De acuerdo
2. Indeciso y
3. En desacuerdo

Una vez que fueron evaluados los reactivos se aplicó a 730 jóvenes con una edad entre 15 y 18 años.

Para la validación del instrumento se realizó lo siguiente:

1. Se elaboró una lista de reactivos de acuerdo con las definiciones conceptuales de la teoría de Fromm;
2. Se aplicó la técnica de jueceo, en la que se elaboraron tres estudios piloto; y
3. Finalmente se obtuvieron los reactivos que indican las diferentes dimensiones que constituyen el carácter en el adolescente. Cabe mencionar que para obtener los reactivos finales se realizaron análisis de frecuencia, análisis factorial y confiabilidad. Los resultados finales arrojaron 7 factores y tres indicadores, los cuales son:
 - a) Factor productivo
 - b) Factor mercantilista
 - c) Factor narcisista
 - d) Factor sistemático
 - e) Factor auto-afirmativo
 - f) Factor sociable
 - g) Factor explotador
 - h) Factor dinámico
 - i) Factor comunicativo
 - j) Factor receptivo (ver anexo 1)

Al año siguiente Escamilla (1998) realizó una investigación para conocer la orientación del carácter en el adolescente con ausencia de madre biológica, y los resultados que obtuvo indican que los adolescentes que carecen de madre biológica son menos explotadores a diferencia de los que si tienen madre biológica.

Recientemente Pérez (2002) realizó un estudio con el objetivo de conocer y comparar las relaciones padres-hijos, tipo de carácter y conducta adictiva, en lo que respecta al carácter los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes consumidores con respecto al grupo de adolescentes no consumidores de acuerdo al tipo de carácter productivo, autoafirmativo y narcisista, las medias del grupo de adolescentes consumidores son estadísticamente mayores que las del grupo de adolescentes no consumidores.

2.8. ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida por la que todo ser humano atraviesa. Durante esta etapa hay cambios en todas las áreas de la vida del joven adolescente. Algunos teóricos definen a la adolescencia como la edad que sucede a la niñez (Pepin, 1972); como la etapa intermedia entre la niñez y la edad adulta (Josselyn, 1974); como un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta (Papalia y Wenkos, 1992); y por otro lado existen diversas acepciones de esta palabra: crecer, ser en crecimiento, adolecer y ser cuyo crecimiento ha terminado.

El reconocimiento formal de la adolescencia surgió durante los primeros años del siglo XX. La diseminación de la industria en las sociedades occidentales es el evento que más influyó en la invención de la adolescencia. Conforme los inmigrantes llegaban en tropel a las naciones industrializadas y realizaban trabajos que antes habían sido ejecutados por niños y adolescentes, los jóvenes se volvieron económicamente dependientes en lugar de activos. Por otra parte, la tecnología cada vez más compleja de las operaciones industriales planteó la necesidad de obtener una fuerza de trabajo educada. Así que a fines del siglo XX se aprobaron leyes para restringir el trabajo de los niños y hacer obligatoria la escuela. De pronto los adolescentes comenzaron a pasar mucho tiempo rodeados de compañeros de su misma edad y separados de los adultos. Conforme los adolescentes frecuentaban amigos y desarrollaban sus propias y coloridas "culturas de pares", se les comenzó a ver como una clase distinta de individuos que evidentemente había salido de la inocencia de la infancia pero aún no estaba lista para asumir las responsabilidades de la adultez.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial, que la experiencia de la etapa adolescente se amplió conforme aumentaba la cantidad de graduados de bachillerato que posponían matrimonios y el ingreso al mundo laboral para buscar una educación universitaria (y de postgrado). Actualmente, no es raro que los jóvenes pospongan su ingreso al mundo laboral adulto hasta la mitad o fines de sus tercera década. (Shaffer, 1946)

Los primeros cambios en esta etapa son de tipo físico, a los cuales les suceden los psicológicos, sociales, etc.

2.9.Aspectos físicos

El inicio de la pubertad marca el inicio a su vez de la adolescencia, esto produce diversos cambios en el cuerpo del adolescente.

En lo que respecta al inicio de los cambios físicos se deben tomar el aspecto nutricional, genético y sexo.

La nutrición es fundamental en el inicio o el retraso de la adolescencia, ya que si el sujeto no tiene los nutrientes necesarios para que el desarrollo físico se lleve a cabo, este puede retardarse, llevarse a cabo en una mínima intensidad o no llevarse a cabo definitivamente (Dulante,2000; y Shaffer,1946)

El aspecto genético es un elemento que interviene en el desarrollo, por lo que la estatura y el peso se ven fuertemente influidos por este factor (Elkind y Winer,1976; y Grinder,1997).

El sexo es otro elemento que influencia el inicio y terminación de estos cambios físicos en el sujeto. En las mujeres el crecimiento acelerado se da antes que en los hombres, se dice que inicio de dicho desarrollo es a la edad de 10 años en promedio, pero puede ser a los 7 años y de atrasarse a los 14 años en las mujeres. En el caso de los chicos la edad de inicio de la pubertad es a los 12 años, pero hay una fluctuación normal entre los 9 y los 16 años.(Chumleo,1982 en Papalia y Wenkos,1992)

Durante la pubertad se dan los siguientes cambios:

- a) El estirón, es el crecimiento súbito del adolescente, o sea el repentino aumento de talla y peso, generalmente en las niñas comienza entre los 9 $\frac{1}{2}$ y los 14 $\frac{1}{2}$ años aproximadamente; y en los niños entre los 10 $\frac{1}{2}$ y los 16 años (generalmente alrededor de los 12 o 13 años). El crecimiento en la estatura esta completo a los 18 años (Behrman y Vanghon, 1983 en Grinder,1997). Este crecimiento súbito en los varones es más intenso y su tardía aparición permite un periodo extra de crecimiento. Pero el estirón no afecta únicamente el peso y la talla, sino también afecta toda las dimensiones del esqueleto y los músculos, el ojo crece más rápido, la mandíbula inferior se vuelve más larga y voluminosa y tanto la mandíbula como la nariz se proyectan más. Es durante esta etapa que aparecen las características sexuales primarias.

b) Las características sexuales primarias son necesarias para la reproducción. Durante esta etapa dichas características aparecen y son en las mujeres:

- Agrandamiento y maduración de ovarios
- Agrandamiento y maduración de el útero
- Agrandamiento y maduración de vagina
- Y el signo principal de madurez sexual es la aparición de la menarca.

Las características sexuales primarias en los hombres son los siguientes:

- Agrandamiento y maduración de testículos y escroto
- Agrandamiento y maduración de el pene
- Agrandamiento y maduración de la glándula prostática
- Agrandamiento y maduración de las vesículas seminales
- Y el signo principal de madurez sexual es la presencia de espermatozoides en la orina

c) Una vez que las características sexuales primarias aparecen le siguen las características sexuales secundarias, estos son signos fisiológicos de madurez sexual que no implican a los órganos reproductivos, en las mujeres se presentan en:

- Crecimiento general de los senos, se agrandan y sobresalen.
- Aparición de vello púbico, facial y axilar.
- Piel áspera y grasosa
- Voz más profunda

En el caso de los hombres se presentan los siguientes cambios:

- Los hombros se hacen anchos
- Agrandamiento temporal de pechos
- Aparición de vello púbico, facial y axilar
- Piel áspera y grasosa
- Voz más profunda

Cabe mencionar que adolescentes de ambos sexos se preocupan por el peso, el cutis y rasgos faciales. (Caplan y Lebovici, 1969; Horrocks, 1986; Mancilla, Mercado, Manriquez, Alvarez, López y Roman, 1999 & Coleman, 1985)

2.10. Cambios psicológicos

Los cambios físicos en el adolescente traen por consecuencia que las niñas principalmente se interesen por su apariencia y se preocupen por la manera en otras personas responden antes ellas, por lo que las chicas esperan ser consideradas atractivas y los cambios que son congruentes con el ideal femenino los reciben con agrado. Las jóvenes a menudo manifiestan preocupación por crecer y engordar demasiado

La apariencia en los adolescentes es importante para la vida social y en consecuencia para la autoestima, ya que la apariencia afecta como los demás ven al sujeto. En la búsqueda de atractivo físico a menudo incita a los adolescentes al desorden de la comida, por lo que se puede inferir que el aspecto físico ejercer una gran influencia en el bienestar psicológico del joven.

En el caso de los adolescentes para los cuales la adolescencia se vuelve una experiencia descorazonadora por alguna razón, se vuelven obesos por el rechazo humillante, aislamiento social, inferioridad física y sentimientos de depresión (Bruch, 1953 en Grinder, 1997).

Siegel (1982 en Carrera, Palacios y Marchesi, 1995) manifiesta que los transformaciones físicas que tiene el adolescentes le afectan de la siguiente manera:

- Se produce un aumento de toma de conciencia y del interés por los aspectos relacionados con el propio cuerpo, favorecidos probablemente, por el desarrollo cognoscitivo que tiene lugar en estas edades
- La mayoría de los adolescentes, al comienzo de esta etapa, se encuentran más interesados en su apariencia física que por cualquier otro aspecto de sí mismos.
- Por lo general, las chicas presentan mayor insatisfacción por su aspecto físico que los chicos
- Existe una clara relación entre el atractivo físico y la aceptación social, y viceversa. Es decir, a los adolescentes con un buen grado de aceptación social sus compañeros les atribuyen una buena dosis de atractivo físico.

En entrevistas hechas a cerca de 2000 chicas, entre los 11 y 18 años, a la pregunta sobre que les gustaría cambiar en su persona o en su vida, un 59% cito algún aspecto de su apariencia física, mientras sólo un 4% manifestó desear mayor capacidad intelectual (Douvan y Kaye, 1957 en Carrero y col. 1995)

2.11. Aspectos sociales

El adolescente además de pasar por los cambios físicos y psicológicos, tiene que ajustarse a lo que le exige el medio. Lucha por su independencia, expresando vehemente en palabras en protesta contra la dirección protectora de los adultos. No quiere que se le diga cómo se debe vestir, que horarios debe cumplir, que debe comer, que partido político debe respetar o que formula ética o moral debe abrazar, cada vez da menos explicaciones de su propia vida a los padres, ha de competir por la aprobación académica, por un consorte atractivo, por una carrera y ha de adquirir experiencias que le ayudarán a desempeñar las responsabilidades de adulto. El comportamiento del adolescente es impulsivo, y confuso en cuanto a sus objetivos.

El adolescente se ve influido en su comportamiento por el grupo de amigos, compañeros, etc. (Josselyn, 1974)

2.12. Aspectos intelectuales.

Basándose en la teoría cognitiva de Piaget, Keting (1980 en Kimmel & Winer, 1998) señala cinco características del pensamiento adolescente:

- a. Pensar sobre posibilidades. Piaget indicó que el adolescente es capaz de pensar ideas y cosas que están presentes de manera concreta, de establecer conexiones entre varias alternativas posibles e incluso de pensar sobre algo imposible.
- b. Pensar sobre hipótesis. La capacidad de desarrollar hipótesis y de verificarlas está estrechamente relacionada con la pensar sobre posibilidades.
- c. Pensar en el futuro. La planificación incluye la capacidad cognitiva para pensar en todos los pasos necesarios y estudiarlos a fondo, secuencialmente y de modo abstracto, antes de iniciar la tarea. Pensar en el futuro es un componente importante del razonamiento científico.

- d. Pensar sobre ideas. La capacidad de pensamiento también caracteriza las destrezas cognitivas de los adolescentes. Por ejemplo, en estos se advierte a menudo la introspección, o pensamiento sobre ideas o pensamientos sobre las ideas o sentimientos propios
- e. Pensamiento innovador. En cuanto el pensamiento del adolescente se ha liberado de la realidad concreta y es capaz de considerar todo tipo de posibilidades abstractas, su esfera de acción aumenta enormemente con respecto a la amplitud de temas pensados. (Elkind y Weiner, 1974)

A partir de estos cinco cambios del pensamiento de el adolescente existen cinco cambios característicos desde la perspectiva del procesamiento de información:

1. Pensamiento basado en la experiencia. Como consecuencia de tener más experiencias y destrezas en dominios seleccionados, los adolescentes son capaces de resolver problemas similares a los que han afrontado previamente en estos dominios.
2. Memoria a corto plazo y a largo plazo. Existen dos métodos para la manipulación de los recuerdos para que sea más probable la evocación, son la agrupación y las estrategias mnemotécnicas.
3. Atención. La mayoría de los adolescentes tratar de repartir su atención en diferentes tareas, como leer un libro de texto y escuchar música, o ver la televisión y cocinar. Si se esta familiarizado con una de las tareas y ésta acaba siendo algo automático, se le presta poca atención a menos que suceda algo inesperado. Durante la adolescencia, la memoria, el aprendizaje y la inteligencia afectan a la atención y a la capacidad de ignorar información no relevante.
4. Procesamiento estratégico. Se da por supuesto que las personas tienen una capacidad limitada para procesar información; y cuanto más compleja es la tarea, más capacidad se precisa, por lo que se echan mano de estrategias como: la atención selectiva, el procesamiento automático de la información, con lo que se requiere menos atención o menos recursos estratégicos; otro es el procesamiento dividido, en el que múltiples procesadores trabajan al mismo tiempo.
5. Toma de decisiones. El procesamiento estratégico se utiliza para tomar decisiones, evidentemente, las decisiones complejas implican más información, mayor uso de recursos estratégicos del individuo y se aprovecha la experiencia pasada y la memoria.

Durante esta etapa se observan algunos comportamientos y actitudes egocéntricas en las siguientes aspectos:

- 1) **Crítica a la figura de autoridad.** Durante esta etapa los adolescentes tienen una capacidad nueva para imaginar un mundo ideal. Se dan cuenta que la gente a la que antes veneraban se cayó del pedestal y se sienten obligados a decirlo con frecuencia.
- 2) **Tendencia a discutir.** Es durante este periodo que se requiere practicar la nueva capacidad que tiene el sujeto para ver los más leves matices de un hecho, y con frecuencia lo hacen discutiendo.
- 3) **Autoconciencia.** La exagerada autoconciencia en los jóvenes adolescentes tienen que ver con la audiencia imaginaria, el joven imagina que hay un observador que existe sólo en su mente quien esta preocupado tanto por su conducta como por sus pensamientos.
- 4) **Irresolución.** Los adolescentes tienen problema en decidirse aún acerca de las cosas más simples porque de repente se dan cuenta de las muchas posibilidades de vida.

2.13. Etapas de la adolescencia

La adolescencia generalmente es dividida en tres etapas:

- a. **Temprana.** Durante esta etapa es cuando los jóvenes crecen de prisa tanto físicamente como en sus capacidades intelectuales, y empieza a adquirir las características sexuales de los adultos. La principal tarea evolutiva durante esta etapa es adaptarse a los cambios mentales y biológicos, aceptar el propio aspecto y aprender a utilizar el cerebro y el cuerpo de una manera eficaz.

- b. **Media.** Esta etapa de la adolescencia coincide con los años de enseñanza secundaria. Los principales logros del desarrollo que afrontan los adolescentes en esta fase son: convertirse en personas físicamente seguras de si mismas y alcanzar la autonomía psicológica de los padres, sentirse fácilmente implicados en la expresión de sus relaciones con los compañeros y lograr la capacidad necesaria para consolidar amistades íntimas, y aprender a confrontar las relaciones heterosexuales, a salir con novios y a afrontar la sexualidad, la atención del adolescente en esta etapa es la de establecerse como individuo interdependiente, capaces de llevarse bien con sus padres, compañeros y novias circunstanciales.

- c. **Tardía.** Termina cuando los jóvenes han formado un sentido razonablemente claro y coherente de su identidad personal en relación con los demás y han empezado a elaborar unos roles sociales, definidos sistemas de valores y objetivos vitales. En esta etapa el adolescente sigue trabajando sobre cuestiones relativas a la independencia y las afinidades interpersonales, cobra importancia la toma de decisiones sobre como las capacidades de uno, las destrezas aprendidas anteriormente, las relaciones personales importantes y las actitudes ya modeladas pueden cambiarse de manera significativa. (Horrocks, 1886 ; Guido, 2000; Josselyn, 1974)

Capítulo 3

Autoestima

En términos generales podemos considerar la autoestima como los sentimientos que toda persona alberga a cerca de sí mismo. Estos sentimientos constituyen uno de los elementos más importantes en la vida del ser humano ya que al ser entes sociales nos regimos por la calificación que los demás hacen a cerca de nuestra persona, la cual debe concordar con la forma en que nosotros mismos nos percibimos y aquellos aspectos que validamos en nuestro ser para poder encontrar la coherencia necesaria en nuestra vida.

3.1. Concepto de Autoestima

La autoestima ha sido un constructo difícil de definir por lo que hay una gran variedad de definiciones, algunas de ellas son las siguientes:

- ✓ Erickson (1956 en Gerson, 1998) enfatiza que el niño se verá a sí mismo como otros lo vean y actuará de acuerdo a este concepto propio.

- ✓ La autoimagen es definida por Fitts (1964 en Gerson, 1998) como la "percepción multidimensional que una persona tiene en sí misma". Para este autor, los factores más importantes que describe este concepto son: El sí mismo físico, el ético moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica, la suma de estos elementos dan como resultado un nivel determinado de autoestima.

- ✓ Maslow (1970 en Vinocur, 1995) sugiere que la autoestima es la autoevaluación del self, lo que el individuo expresa acerca de sí mismo.
- ✓ Gergen (1971 en Gerson, 1998) emplea el término autoestima como índice de evaluación del concepto del self. Según esto, la autoestima describe el sentir del individuo en cuanto a la totalidad de su persona.
- ✓ Ochoa (1987 en Gerson, 1998) define a la autoestima como una actitud de valoración hacia sí mismo. Es una definición personal de lo que uno es, derivada del encuentro con uno mismo, la verbalización de la identidad.
- ✓ Para Pope, McHale y Craighed (1988) la autoestima es una evaluación de la información contenida en el autoconcepto, y eso deriva de lo que siente el individuo sobre lo que él es.
- ✓ Pilar (1989 en Vinocur, 1995) define al autoconcepto como la idea que el individuo tiene acerca de sí mismo, mientras que la autoestima se relaciona con lo que uno siente hacia sí mismo.
- ✓ Rosenberg (1981 en Leskinen y cols.,1995; Connelly, 1998 & Ciliska, 1998) considera que la autoestima es el grado en el cual uno tiene actitudes de aceptación o de rechazo hacia sí mismo, se ha sabido que este fenómeno involucra al proceso de toda la vida. Los factores que influyen en la autoestima son entrelazados en el desarrollo de las áreas especialmente durante la adolescencia.
- ✓ Coopersmith (1983 en Pope y cols.,1988) señala que la autoestima es una evaluación que el sujeto hace y mantiene de sí mismo y que expresa una actitud aprobatoria o desaprobatoria, e indica hasta dónde el individuo se siente capaz, triunfante y digno, dándole la noción de que su vida tiene sentido.
- ✓ De acuerdo con Satir (1989 en Vinocur, 1995) la autoestima del niño se determina en gran medida por la autoestima de los padres. Si los padres tienen una autoestima baja manifestarán ésta en los hijos que la absorberán indirectamente como tal.

- ✓ Para Baumeister (1994 en Vinocur, 1995) la autoestima es la dimensión evaluativa del autoconocimiento, refiriendo como una persona se evalúa a sí mismo o a sí misma.

Autoestima, la cual fue muy estudiada, fue interpretada como alguna evaluación positiva individual que tiene sobre sí mismo. (Kernis 1995)

- ✓ La autoestima es la consideración personal como un individuo con características positivas, alguien que hará bien las cosas que cree que son importantes (Cragg, 1997)

Como se pudo ver son varios los autores que consideran a la autoestima como una autoevaluación, por otro lado otros comentan que dicha evaluación puede ser positiva o negativa, esto indiscutiblemente influirá en el desempeño del sujeto en sus actividades.

Otro aspecto que toman en cuenta los teóricos son los factores que pueden favorecer o perjudicar la autoestima, uno de ellos es la familia, en especial los padres, ya que el sujeto aprende sin darse cuenta de sus padres, por medio de aprendizaje vicario; otro aspecto es el social, ya que la evaluación que la sociedad haga de la persona influirá en su autoestima (amigos, compañeros, vecinos, etc.); y la autoaceptación, influye también, ya que si al sujeto no le gustan algunas cosas (físico, desempeño, etc) de esto hará que el sujeto tenga una evaluación negativa o se menosprecie.

3.2. Teorías de Autoestima

Existen diversas teorías que comentan y analizan los factores que influyen en el desarrollo de la autoestima, por lo que algunas de estas teorías se exponen a continuación.

Modelo de Pope, McHale y Craghead

Pope, McHale y Craghead (1988 en Caso, 1999), apoyados en una perspectiva cognitivo conductual, proponen un modelo explicativo de la autoestima señalando la existencia, por un lado, de un marco o entorno comprendido, principalmente, por el hogar, la familia y la escuela con los compañeros y profesores, donde se producen sucesos; y por otro lado, sostienen la existencia de variables o áreas

personales las cuales pueden producirse en cualquier momento y llegar a influirse mutuamente de la primera a la segunda vez que éstas se producen.

Dichas áreas personales son las biológicas, la conductual, la cognitiva y la emocional. A su vez, cada variable afecta a cualquiera de las restantes.

La autoestima social abarca los sentimientos de uno mismo en cuanto a sus relaciones interpersonales. La autoestima académica trata de uno mismo como estudiante. Es la satisfacción con respecto a la aptitud y el éxito académico.

La autoestima familiar se basa en la satisfacción de su imagen corporal (apariencia y capacidad física), es decir, de cómo es y cómo actúa su cuerpo. Y la autoestima global se refiere a la valoración general de uno mismo basándose en las evaluaciones de todas las áreas

Por lo tanto consideran que la autoestima es el resultado de la discrepancia entre la percepción de uno mismo (la visión objetiva) y el ideal de uno mismo (aquello que la persona valora, lo que le gustaría ser). Una gran discrepancia produce una baja autoestima, mientras que una escasa discrepancia es, generalmente, indicativo de una baja autoestima.

“Modelo Jerárquico y Multifacético del autoconcepto de Shavelson”

Shavelson y cols (1976 en Caso,1999), el autoconcepto es la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que de mínimo realiza de su propia conducta. En este modelo se proponen como integrantes del constructo, componentes emocionales (los más subjetivos e internos), sociales (relacionados con la significación que la conducta del individuo tiene para los demás), físicos (en los que tienen una incidencia fundamental las aptitudes y la apariencia general del individuo) y académicos. Se destaca, además, la importancia que tiene la variable edad en sus componentes). Consideran que son siete las características fundamentales en la definición del constructo del autoconcepto:

1. Organizado. La gran diversidad de experiencias de un individuo constituye la fuente de datos sobre la que basa sus propias percepciones. Para reducir la complejidad y multiplicidad de estas experiencias una persona las organiza en las formas más simples o categorías. Los sistemas particulares de categorización adoptados por el individuo son, reflejo de su

cultura en particular. Las categorías representan una manera de organizar las experiencias y de darles significado.

2. Multifacético. Las áreas en particular reflejan un sistema de categorización adoptado por un individuo concreto y/o compartido con grupos.
3. Jerárquico. Las distintas facetas del autoconcepto pueden formar una jerarquía desde las experiencias individuales en situaciones particulares, situadas éstas en la base de la jerarquía, hasta el autoconcepto general, situado en lo alto de la jerarquía.
4. Estable. Otra característica es su estabilidad, sin embargo, a medida que uno desciende en la jerarquía del autoconcepto, este va dependiendo cada vez más de situaciones específicas resultado menos estable. Los cambios en los niveles son más bajos de la jerarquía están probablemente atenuados por los niveles más altos, haciendo al autoconcepto más resistente al cambio.
5. Experimental. La diferenciación del "yo" con el medio ambiente se inicia y desarrolla a mitad que maduran y aprenden. Al aumentar la edad y la experiencia el autoconcepto llega a diferenciarse cada vez más.
6. Valorativo. El individuo hace valoraciones de si mismo en las situaciones o en laguna clase de situaciones. La valoración diferencial de la importancia de las distintas dimensiones evaluativas probablemente depende de la experiencia basada pasada del individuo en una cultura particular, en una sociedad particular, etc.
7. Diferenciable. Se refiere a que el autoconcepto es diferenciable de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado.

Modelo explicativo de Stanley Coopersmith

Coopersmith propuso dimensiones o postulados de segundo orden que favorecen la idea de una autoestima global localizada en la cima de la estructura (Harter, 1983 en Caso 1999).

Coopersmith propone que hay cuatro factores que contribuyen en el desarrollo de la autoestima:

1. El valor que el niño percibe de otros hacia si mismos expresado en afecto, reconocimiento y atención.
2. La historia de éxito del niño, es decir, la posición o status que uno percibe tener en relación a su entorno.
3. La definición del niño de éxito o fracaso, las aspiraciones y demandas que una persona define como elementos de éxito.
4. El estilo del niño para manejar la critica o retroalimentación negativa (Bemar, Wells & Peterson, 1989 en Caso, 1999)

Por lo que dicho autor otorgó un papel central a los padres en el desarrollo de la autoestima, destacando la importancia de tres condiciones generales en la relación para con los hijos; aceptación, límites bien definidos y expectativas de desempeño, y respeto. Consideraba que la alta autoestima en los niños se asociaba con ambientes bien estructurados (límites y demandas), y con la competencia y autoestima presentada por los padres.

Coopersmith la autoestima global esta compuesta por varias dimensiones:

1. Competencia, éxito ante demandas académicas
2. Virtud, adherencia a las normas morales y éticas
3. Fuerza, habilidad para controlar e influir en otros y
4. Significado, aceptación, atención y afecto de otros

Modelo de Susan Harter

Susan Harter (1983 en Caso, 1999) define la autoestima como el nivel de valía global que una persona tienen para si misma. Supone la existencia de ordenes jerárquicos, donde la autoestima global aparece en la parte más alta como un constructo supraordenado. En el nivel inferior inmediato se encuentran las dimensiones de competencia (escolar y atlética) aceptación social, apariencia física y comportamiento apropiado.

Además propone que los niveles de competencia en las dimensiones o dominios mencionados, influyen en la cantidad de apoyo que reciben de personas significativas en sus vidas. La apariencia física, la aceptación social (del grupo de iguales y de personas significativas) y la competencia atlética mantienen una estrecha relación con la entidad denominada apoyo social, mientras que la competencia escolar y el comportamiento apropiado hacen con la dimensión de apoyo familiar.

Y sostiene la presencia de patrones de cambio durante etapas como la adolescencia, caracterizadas tanto por alteraciones en la percepción de competencia en los dominios identificados como importante, así como por variaciones en la aprobación o desaprobación de las personas que les rodean.

Modelo de Bernar, Wells y Peterson

Consideran que los sentimientos de valía personal son consecuencia tanto de la retroalimentación del medio social como de las autoevaluaciones donde, la retroalimentación interna tiene mayores efectos y más prolongados que la retroalimentación externa (Vendar et al, 1989 en Caso 1999).

El sentido de autoapreciación es, primeramente, un reflejo de la tendencia personal de emplear estilos de respuesta de afrontamiento en vez de estilos de respuestas de evitación, cuando encaran conflictos que involucran miedo o ansiedad. Dados que los seres humanos son vulnerables ante las amenazas psicológicas las cuales se manifiestan en un continuo tanto frecuencia como en intensidad, se presenta la exigencia de respuesta, ya sea de afrontamiento o evitación.

El afrontamiento requiere toma de riesgos, responsabilidad personal y buena disposición para encarar los asuntos personales. Cuando esto sucede, las personas no solamente amplían su entendimiento de si mismas y del mundo en que viven, sino que adquieren mayor capacidad para afrontar exitosamente situaciones amenazantes a futuro con menor miedo y ansiedad. La presencia de niveles de autoestima elevados permite a los individuos encarar y aprender de situaciones amenazantes y a percibirse capaces en la resolución de conflictos.

Los estilos personales de respuesta se asocian con las autoevaluaciones que el individuo hace de si mismo.

Los niveles de autoestima se encuentran íntimamente relacionados tanto con la retroalimentación interna como externa, como con el nivel de amenaza psicológica, con los estilos personales de respuesta y con la autoevaluación.

La teoría de la autoeficiencia de Bandura

Supone que la iniciación y persistencia en las conductas y cursos de acción de los individuos se encuentran determinados principalmente por juicios y expectativas concernientes a destrezas y capacidades conductuales y por la tendencia a afrontar exitosamente las demandas y cambios de medio ambiente.

Define la autoeficacia como el conjunto de creencias de las personas a cerca de sus capacidades para ejercer control sobre los eventos que afectan sus vidas, así como sus creencias en sus capacidades para movilizar su motivación, recursos cognitivos y cursos de acción necesarios para ejercer control ante las demandas de las tareas. Es decir, la autoeficacia tiene que ver no con las destrezas o habilidades de una persona, sino con los juicios que tiene con respecto a las destrezas o habilidades que posee (Maddux, 1995 en Caso, 1999).

En esta teoría distingue tres elementos:

1. La expectativa de eficacia, o sea la creencia de una persona de que al ejecutar una conducta específica puede producir determinados resultados, sugiere se compone de magnitud, fuerza y generosidad.
2. La magnitud hace referencia al número de escalones que una persona cree que puede alcanzar en una jerarquía de conducta de complejidad y grado de amenaza ascendente.
3. La fuerza se refiere a la intensidad de las convicciones personales en cuanto a la ejecución de una conducta particular.
Finalmente, la generalidad sugiere la forma en que las convicciones personales en cuanto a las experiencias de éxito o fracaso influyen expectativas de autoeficacia en conductas específicas o en que dichos resultados pueden efectuar expectativas en otras conductas externas.

Aunado a lo anterior, sostiene que la expectativa de eficacia deriva de las creencias a cerca de los recursos y habilidades personales, producto de la interacción de información proveniente del desempeño en experiencias pasadas, de experiencias vicarias (observación, modelamiento, imitación), de experiencias imaginadas, de la persuasión verbal, de la activación fisiológica y de los estados emocionales.

En cuanto a la relación entre la autoeficacia y la autoestima, Bandura propone que las creencias a cerca del dominio y efectividad influyen en la evaluación de la valía que una persona tiene de si misma, por lo que una persona con un alto sentido de competencia para una habilidad específica a la que se le atribuye gran valor, genera una autoestima alta, y sucede lo contrario si la competencia percibida para la misma habilidad es baja, en consecuencia si se formulan juicios de ineficacia en áreas o competencias poco valoradas por el individuo, difícilmente influirá de manera significativa en su autoestima.

3.3.La autoestima del adolescente en relación al peso

Con lo anteriormente expuesto queda claro que la autoestima es un factor determinante en la vida de toda persona y que en consecuencia, la evaluación que haga de sí mismo cada sujeto, sea positiva o negativa influye en cómo vive e interactúa con los demás, siendo esto especialmente importante durante el periodo de adolescencia por tratarse de una etapa en donde la multitud de cambios afecta la imagen interna y externa del individuo provocando un nivel de confusión que en la mayoría de los casos requiere de un alto grado de ajuste para pasar a la siguiente etapa de la vida.

Hay que tomar en cuenta que se ha encontrado poca información con respecto a la relación de la autoestima con el peso corporal, dicha información se centra en la obesidad, el peso bajo y normal al parecer no se han investigado.

Como se recordará durante la adolescencia tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como el de la personalidad, de manera tal que el niño se transforma en un adulto sexualmente "atractivo", capaz de intervenir en la reproducción, por lo que las destrezas físicas en el hombre y la belleza física en la mujer son los puntos cruciales en los cuales muchas veces el individuo basa su propio valor como persona. Así un chico delgado, de baja estatura o poco hábil para los deportes suele mostrar un bajo nivel de autoestima aún cuando posea una inteligencia por arriba del promedio; del mismo modo una adolescente que use gafas, frenos en la dentadura o sea demasiado alto tenderá a sentirse inferior al compararse con otras niñas de su edad, con lo que su autoestima se ve dañada.

Por lo anteriormente dicho en esta etapa la percepción de la autoestima es influenciada por el desarrollo(aumento) del cuerpo, estatura, peso, apariencia física, suficiencia física, índice de maduración y la aparición de las características sexuales secundarias (Biller & Liebman, 1971; Jonnes & Mussen, 1958; Mussen & Jonnes 1957; Strang, 1957; Yeatts, 1967 en Frey, 1989)

Se debe tomar en cuenta que durante esta etapa las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: la impresión que una persona causa a los demás.

Hasta el adolescente normal siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él y se preocupa demasiado comparándose con sus compañeros. Estudios

reiterados han demostrado que cuanto más perturbado afectivamente está el adolescente, menos tolerante se muestra respecto a su aspecto físico. (Caplan y Lebovici 1969). En esta etapa es cuando los jóvenes se preocupan por su talla, conformación, gordura o delgadez. Casi todo muchacho se preocupa por su musculatura, mientras que la mayoría de las muchachas quieren perder peso (Shapiro et al 1967 en Gring, 1987), además el adolescente puede preocuparse mucho por las apariencias y por la impresión que produce en sus iguales, en especial con los del sexo opuesto, y ha de hacer frente a muchos sentimientos: ansiedad, miedo, depresión, vergüenza y desesperación, así como ha de hacerlas con la felicidad, el orgullo y la satisfacción. (Gring, 1987).

Los datos experimentales han mostrado claramente que el adolescente medio no sólo es sensible, sino que, con frecuencia, está dotado de sentido crítico y respeto a su propio físico cambiante (Clausen, 1975). Así y debido probablemente en gran medida a la importancia de las películas y la televisión, los adolescentes tienden a mantener normas idealizadas de atracción física y a sentirse insuficientes o inferiores si no se hallan a la altura de dichos criterios alejados de la realidad. Lerner y Karabenick (1974) han demostrado que son aquellos adolescentes que se sienten no ajustados físicamente a los estereotipos culturales se inclinaban a tener mal concepto de sí mismos, multitud de estudios han señalado la importancia del papel que las características físicas desempeñan para determinar la propia estimación, en especial en el adolescente más joven. Por ejemplo, tanto Rosen y Ross (1968) como Simmons y Rosenberg (1975) han publicado estudios en donde los resultados mostraron que al comienzo de la adolescencia se autodescribían basándose principalmente en las características físicas y eran estas las que, con mayor frecuencia, les desagradaban. Precisamente en el momento en que se produce un cambio físico más rápido es cuando el aspecto exterior es fundamentalmente importante para el individuo, tanto respecto a su autoestima, como a su atractivo social. (Coleman, 1985)

La importancia que para el adolescente tienen su físico, lo sugiere el estudio de Hanley (1951) sobre las relaciones que tienen entre el físico y el prestigio. Los resultados mostraron una asociación entre físico y el prestigio. Deno (1953) en su estudio ofrece un ligero apoyo a la generalización de que los muchachos que poseen el físico más admirado tienden a ser favorecidos socialmente. (Poweel, 1975).

En un estudio realizado por Jaquish y Savin- Williams (1981) los resultados mostraron que los jóvenes que eran más altos y pesados (quizá los de desarrollo más temprano) tendían a tener una menor autoestima que los muchachos más pequeños y ligeros, mientras que las chicas con un desarrollo del busto más avanzado tenían una mayor autoestima que sus compañeras menos desarrolladas. (Bee, 1984)

Los factores que han demostrado están íntimamente relacionados con el concepto de si mismo son la imagen del propio cuerpo y aquella que Rosenberg ha denominado << el contexto disonante>>. Respecto al primero, Secord y Jourard (1953) fueron los primeros en demostrar que la satisfacción con el propio cuerpo se halla correlacionada con actitudes positivas hacia si mismo.

Gunderson (1956), en un estudio realizado con adolescentes varones mayores mostró que la desviación con respecto a una estatura y peso preferidos ejercía una profunda influencia negativa sobre la autoestima (Brooks, 1959).

Son diversas las causas por las cuales el adolescente se vuelve obeso, entre ellas se encuentran: por rechazo humillante, aislamiento social, inferioridad física y sentimiento de depresión la que expone (Bruch, 1958 en Oksooy y Kicha,2001); un adolescente puede ganar peso por experiencias como la entrada a una escuela nueva, un hogar deshecho, confusión del rol sexual, enfermedades físicas, dificultades al hacer gimnasia y rechazo de los compañeros (Cahnman, 1968; Shutter y Garell, 1968; Frisk Widhohn, Tenhunen y Hortling, 1966 en Grinder, en 1997).

Cahnman (1968 en Grinder, 1997) dice que el exceso de peso se considera perjudicial para la salud, desdoro en presentación, inconveniente social y algo reprensible moralmente. Como la mayoría de las personas consideran la obesidad como defecto controlable, infieren que el adolescente obeso puede hacer algo en contra de ello sin mucha dificultad; les parece que si no procura evitar ese defecto es por glotonería, desidia o incapacidad de controlar sus impulsos y por incuria frente a los buenos consejos.

Por lo mismo el joven obeso suele ser objeto de burla. Se suele creer que lo tiene bien merecido; consiguientemente se le discrimina hasta que él mismo llega a considerar que se le da trato justo. Por fin, se aviene a vivir con su obesidad, aunque quizás a costa de retraimiento o de inclinación a complacer; a lo mejor se vuelve indiferente o asume el papel de hazmerreír o de fanfarrón. "Se a cual fuere el escape que escoja, se interpretará como se le indica; aceptara los valores dominantes y responderá a lo que de él se espera".(Cahnman 1968 en Craig, 1987)

Cash (1985 en Jelalian,2000) revisó en sus estudios la relación de la apariencia y autoestima, fundamenta que la gente que se percibe así mismas como poco atractivas, frecuentemente tienen pobre autoestima.

Schweitzer y cols (1992) encontraron que la autoestima en adolescentes tiende a disminuir cuando éstos se comparan con estándares inalcanzables de un ideal cultural por otro lado la satisfacción a cerca del propio cuerpo menor en las niñas entre los 11 y 18 años y en los niños de 15 años. Los jóvenes con desordenes de conducta alimentaria muestran autoestima baja en (Schweitzer y cols, 1992, en Aranda y Muzquiz 1997).

Se ha encontrado en niñas adolescentes con obesidad una marcada autoestima baja (Vila, Robert, Nollet, Vera et al., 1996), algo similar se ha encontrado en varias investigaciones que se han realizado con adolescentes con sobre peso, ya que los resultados muestran que dicho peso es un factor que incrementa el riesgo de dificultades con la autoestima, ya que las criticas pueden llegar a desgastar la autoestima (Jelalian, 2000).

En lo que corresponde al sexo son las muchachas quienes sufren emocionalmente por el exceso de grasa, debido a que la norma cultural, exige esbeltez de las mujeres. Parte del problema está orientado socialmente, puesto que la adolescente gorda por lo general se retira de las situaciones sociales, para no ser el blanco de posibles burlas. (Poweel, 1975). Debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran las mujeres adolescentes tienden a ser más criticas de sus cuerpos que los hombres adolescentes.

Otros hallazgos muestran que para las mujeres, el autoconcepto tiende más a cercarse en el éxito de las partes de sus cuerpos que en el éxito de su autoeficacia y para los hombres es a la inversa.(Frey,1989).

Ruff (1951) ha señalado que para que se acepte a uno en un grupo de condiscípulos ha de diferirse poco de otros en la apariencia física.

Si un jovencito difiere de modo considerable, es probable que los otros lo eludan o qué le pongan mote despectivos, como el gordo, la ballena (Orgel y Tuckman, 1935 en Jersild 1972).

Los adolescentes pueden ser en exceso intolerantes con las desviaciones tanto en lo que se refiere al tipo de cuerpo -ser demasiado gordo o demasiado flaco- como al tiempo. Los medios de comunicación masiva manipulan esa tendencia a

la intolerancia vendiéndoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos exuberantes que se deslizan por la adolescencia sin barro, frenos, torpezas ni problemas de peso. Como muchos adolescentes son muy sensibles a su apariencia física y pasan horas escrutándose frente al espejo a, menudo esta discrepancia entre su autoimagen y dudas sobre su persona. (Criag, 1997)

Es considerable el consenso que la percibido de la apariencia física tiene una alta correlación con la autoestima global de todas las variables de autopercepción pero no es únicamente entre jóvenes, pero también en el transcurso de la vida. (Harter 1990 en Leskinen, Oinonen y Salinto, 1995).

Por lo anteriormente dicho en esta etapa la percepción de la autoestima es influenciada por el desarrollo (aumento) del cuerpo, estatura, peso, apariencia física, suficiencia física, índice de maduración y la aparición de las características sexuales secundarias (Biller & Liebman, 1971; Jonnes & Mussen, 1958; Mussen & Jonnes 1957; Strang, 1957; Yeatts, 1967 en Frey, 1989)

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

Se ha encontrado que el adolescentes obeso puede sufrir diversos cambios psicológicos como imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa, síntomas, somáticos, los cuales afectan sus patrones alimenticios. (Guerrero, 2000)

Hay que tomar en cuenta que el estereotipo de una figura delgada se encuentra fuertemente interiorizada en las mujeres mexicanas, ya que los medios publicitarios difunden la idea de una mujer delgada como prototipo de belleza y éxito. (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001 en Cruz y Estrada, 2001)

Se ha encontrado en la mujer que el peso y su distribución en el cuerpo ejerce un poderoso efecto sobre la evaluación del mismo cuerpo.

4. PLAN DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

El propósito de la presente investigación es conocer cuál es la relación entre autoestima, tipo carácter, conducta alimentaria e índice de masa corporal en una muestra de jóvenes con una edad de 15 a 17 años.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Se relaciona el bajo peso con los factores de la autoestima, el carácter predominante y la conducta alimentaria?

- ¿Se relaciona el peso normal con los factores de la autoestima, el carácter predominante y la conducta alimentaria?

- ¿Se relaciona la obesidad con los factores de la autoestima, el carácter predominante y la conducta alimentaria?

Definición de variables

Sexo

Definición conceptual

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra (Diccionario escolar de la lengua nacional, 1990)

Definición operacional

Esta variable fue medida a través de un cuestionario sociodemográfico.

Bajo peso

Definición conceptual

Calidad de delgado. Pérdida anormal de peso del organismo motivado por una disminución del contenido de grasas y otros tejidos. (Diccionario enciclopédico, 1981)

Definición operacional

Para clasificar a los sujetos en esta categoría es necesario obtener el su índice de masa corporal, para obtener este índice es necesario obtener primero el peso del individuo, la talla en centímetros y realizar la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (cm)}}$$

Se tomó en cuenta el criterios de clasificación realizada por la Dra. Gómez Peresmitré y Saucedo Molina (1997) para clasificar a los sujetos, que se muestra a continuación:

Clasificación	IMC
*Bajo peso	15 - 18.9
Normalidad	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	Mayores a 27

Peso normal

Definición conceptual

Peso óptimo o ideal. (Goodhart, y Shills, 1987).

Definición operacional

Para agrupar a los sujetos en esta categoría se tomó en cuenta el Índice de Masa Corporal de 19 a 22.9 (Gómez y Saucedo, 1997)

Sobre peso/Obesidad

Definición conceptual

Es un estado caracterizado por una excesiva acumulación y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, en relación con la masa corporal magra (Esquivel, Correa y Correa, 1998)

Definición operacional

Se tomó en cuenta el criterios de clasificación realizada por la Dra. Gómez y Saucedo (1997) para clasificar a los sujetos como obesos, y se tendrá en dicha categoría a los sujetos con sobre peso y con obesidad.

Autoestima

Definición conceptual

Término utilizado para referirse de manera general o global al nivel de auto evaluación o auto observación de una persona (Corsini, 1984)

Definición operacional

Autoestima: Fue medida con la Escala de Autoestima para Adolescentes realizado por Camacho en 1997 con las respuestas de acuerdo, indeciso y en desacuerdo.

Carácter

Definición conceptual

Es la forma (relativamente permanente) en la que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización (Fromm, 1953).

Definición operacional

Carácter: Esta variable se midió a con el Inventario de Carácter para Adolescentes (ICA) realizado por Moreno (1997), con las respuestas de acuerdo, indeciso y en desacuerdo.

Conducta alimentaria

Definición conceptual

Comportamiento complejo de un organismo en presencia de estímulos alimenticios y que en casos normales produce la ingestión de la comida, reacción alimenticia. (Howard, 1973)

Definición operacional

Conducta alimentaria: Se medó a través de la sección E y F de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) realizada por la Dra. Gómez Pérez-Mitré en 1998, dicha escala contiene dos subescalas: una tipo likert cuyas opciones de respuesta van de nunca a siempre, y la otra tipo Oswood con opciones de respuesta que incluyen de muy de acuerdo a muy en desacuerdo.

HIPOTESIS DE TRABAJO

1. Existe relación positiva directa entre el índice de masa corporal (bajo peso, peso norma y sobrepeso / obesidad) y las dimensiones de autotechazo y autodevaluación de la autoestima.
2. Existe una relación positiva con el índice de masa corporal (bajo peso, peso norma y sobrepeso / obesidad) y el carácter narcisista.
3. Existe una relación positiva con el índice de masa corporal (bajo peso, peso norma y sobrepeso / obesidad) y el factor de conducta alimentaria normal y de dieta crónico restrictiva.

MÉTODO

Diseño de la investigación

Por las características del estudio que se llevó a cabo, se puede clasificar como un estudio transversal de campo, pues se busca de manera sistemática las relaciones y las pruebas de hipótesis, midiendo las variables en cuestión en una sola ocasión y en su escenario natural.

El diseño fue de tipo correlacional y descriptiva, primero porque se estimó la relación de las variables y segundo, porque se describieron sistemáticamente los hallazgos obtenidos referente a los constructos revisados.

Muestra

El estudio fue no probabilística, por cuota ya que se tomó la población a la que se tenía acceso, dicha muestra fue extraída del Colegio de Ciencias y Humanidades Naucalpan, los sujetos fueron 198 sujetos (hombres y mujeres) con una edad de 15 a 17 años, que cursaban el segundo semestre del turno matutino

INSTRUMENTOS Y APARATOS:

Para medir las variables antes mencionadas se utilizaron diversos instrumentos que a continuación se describen.

Conducta alimentaria:

Esta variable se exploró con una escala que indaga conductas alimentarias normales y anómalas denominado: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (**EFRATA sección E y F, ver anexo 1**), este instrumento fue realizado por Gómez Pérez- Mitré y del cual hay dos versiones una para mujeres (**XX ver anexo 1**) y una para hombres (**XY ver anexo 2**), la escala para mujeres esta constituida por los siguientes subescalas:

- 1) Conducta alimentaria compulsiva (alfa=.9051)
- 2) Preocupación por el peso y la comida (alfa= .8242)
- 3) Conducta alimentaria normal(alfa= .6944)
- 4) Atribución de control alimentario externo(alfa= .8034)
- 5) Conducta alimentaria de compensación psicológica(alfa=.7434)
- 6) Dieta crónica y restrictiva(alfa= .8136)
- 7) Atribución de control alimentario interno(alfa= .7497)

(ver anexo 3)

La otra versión que se manejo es la construida para hombres (**XY Ver anexo 2**). Este instrumento esta constituido por 11 factores que son los siguientes

1. Conducta alimentaria compulsiva (alfa= .8602)
2. Preocupación por el peso y la comida (alfa= .8076)
3. Conducta alimentaria normal (alfa= .8121)
4. Dieta crónica y restrictiva (alfa= .8052)
5. Atribución de control alimentario externo (alfa= .7592)
6. Conducta alimentaria de compensatoria (alfa= .6529)
7. control alimentario interno (alfa= .7823)
8. Conducta alimentaria y sentimientos de culpa (alfa= .7617)
9. Conducta alimentaria de atracón (alfa= .6114)
10. Conducta alimentaria de sobre ingesta (alfa= .6307)
11. Tendencia al perfeccionismo (alfa= .6410) **(ver anexo 4)**

Autoestima (ver anexo 5):

Instrumento:

1.- Escala de Autoestima para Adolescentes, realizada por Camacho (1997), conformada por 20 reactivos y constituida por cuatro dimensiones:

1a.) Autorechazo: Esta dimensión refleja que el sujeto no percibe características positivas de él, ya que se siente presionado, no aceptado por él mismo, que su vida es complicada y que todo lo que hace es un desastre, además de querer evadir el ambiente familiar por su falta de adaptación. (alfa = .7222)

2a.) Autodevaluación: El adolescente hace una evaluación de sí mismo que es totalmente negativa al compararse con otras personas, y al no poder percibir en él, habilidades y cualidades de las cuales se pueda sentir orgulloso. (alfa = .6827)

3a.) Funcionamiento escolar y familiar: Aquí, el adolescente refleja una inconformidad hacia sus áreas funcional y de interacción, es decir, la escuela y la familia, específicamente con las actividades que realiza. (alfa = .6089)

4a.) Adaptación : Esta dimensión se refiere a los problemas que tiene el adolescente para adaptarse a los cambios y tal vez por esta razón quisiera cambiar muchas cosas en él; y este mismo problema de adaptación tiene como consecuencia su inseguridad para hablar en público. (alfa = .4533, ver anexo 6).

Carácter(Ver anexo 8):

Esta variable se medio con el **Inventario de Carácter para Adolescentes (ICA)**, fue creado por Moreno en 1997.

Este instrumento esta compuesto originalmente por 7 factores y 3 indicadores que son los siguientes

Factor 1: Productivo (alfa = .6414)

Factor 2: Mercantilista(alfa = .4754)

Factor 3: Narcisista(alfa = .5001)

Factor 4: Sistemático(alfa = .5682)

Factor 5: Auto-afirmación(alfa = .5759)

Factor 6: Sociable(alfa = .4611)

Factor 7: Explotador(alfa = .5163)

Indicador 1: Dinámico (alfa = .3790)

Indicador 2: Comunicativo (alfa = .3133)

Indicador 3: Receptivo (alfa = .4686, ver anexo 9)

Para la presente investigación se utilizarán las dimensiones obtenidas por Pérez Silva (2002) y son las siguientes (**ver anexo 7**)

- Carácter mercantilista cuenta con cuatro reactivos, un alpha de .7197 y los reactivos son: 17,23,40 y 41.
- Carácter productivo Esta dimensión cuenta con seis reactivos, un alpha de .6057 y los reactivos son: 8,10, 28, 30,32 y 34.
- Carácter autoafirmativo Esta dimensión cuenta con ocho reactivos, con un alpha de .7302 y los reactivos son: 1,7, 16,19, 20,24,25 y 33
- Carácter narcisista
Esta dimensión cuenta con 18 reactivos, con un alpha de .6529 y los reactivos son: 2, 3, 4, 6,9, 11,12,13,14, 18, 22, 26,27, 29, 31, 35, 37 y 38.

Por último se utilizo una bascula médica previamente calibrada.y con estadiometro de metal que especificó centímetros y metros, para pesar y medir a los sujetos, por lo que con ello se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) y se clasificó a los integrantes de la muestra en bajo peso, peso normal y sobre peso/ obesidad.

Procedimiento

1. Se acudió al Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Naucalpan para solicitar la colaboración de su población.
2. Una vez que fueron asignados los grupos que colaboraron en la presente investigación, se procedió a explicarle a los sujetos en que consiste el estudio, se les comentó que los resultados son confidenciales y que por lo tanto respondan con sinceridad, se les pidió que el día asignado para realizar las mediciones llegaran con ropa ligera y puntuales
3. Primero se les entregó el instrumento a contestar y se les dieron las siguientes indicaciones: 1)pondrán en la parte superior izquierda de cada instrumento el nombre, grupo y edad de quien contesta el instrumento y se les recordó que los resultados son confidenciales. El primer instrumento que se les aplicó es de Autoestima(Camacho 1997), para esta escala se les dio 15 minutos
4. Una vez que terminaron de contestar el primer instrumento los estudiantes procedieron a contestar el Inventario de Carácter para Adolescente (Moreno, 1997).
5. Se les dio la escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios. (EFRATA sección E y F; Gómez Peresmitré en 1998).
6. Por último se les pesó y midió a cada uno de los sujetos, con base en esta información se clasificaron a los mismos en sujetos con bajo peso, peso normal y con sobre peso /obesidad.
7. Se procedió a realizar la base de datos de cada uno de los instrumentos antes mencionados.

RESULTADOS

Como se recordará el propósito de la presente investigación es conocer cual es la relación que existe entre peso corporal, autoestima, carácter y conducta alimentaria.

Para obtener los siguientes resultados se utilizó el programa estadístico SPSS para MS Windows versión 5.0.

Descripción de la muestra

Sexo, peso corporal y edad

Es no probabilística de cuota. Fue constituida por 198 sujetos, de los cuales 111 (56.06%) fueron mujeres y 87 (43.93%) fueron hombres, con una edad de 15 a 17 años, ambos grupos a su vez fueron clasificados tomando en cuenta el índice de masa corporal (IMC) y se agruparon con base en 3 categorías: bajo peso, peso normal y sobrepeso/ obesidad (ver tabla 1). La muestra se concentro en las categorías de peso normal que obtuvo el 41.91% y sobre peso/ obesidad con un 42.42 % en hombres como en mujeres.

Tabla 1. Distribución de las variables peso y sexo.

	Hombres	Mujeres	Total
Peso bajo	n = 17 (5.58 %)	n = 14 (7.07%)	n = 31(15.65%)
Peso normal	n = 39 (19.69 %)	n = 44 (22.22%)	n = 83(41.91%)
Sobre peso /obesidad	n = 31 (15.65%)	n = 53 (26.76 %)	n = 84(42.42 %)
Total	n = 87 (43.93 %)	n = 111(56.06 %)	n = 198 (100%)

Tomando en cuenta el total de la muestra el 72.20% presento una edad de 15 años , de los cuales 6.56% de ello corresponden a los hombres con bajo peso, 14.64% a los hombres con peso normal, el 10.10% a hombres con sobrepeso/obesidad, por otro lado en lo que concierne a las mujeres el 5.05 % tiene bajo peso, 15.65% de las mujeres presento peso normal y el 20.20% a las mujeres con sobre peso/ obesidad.(ver tabla 2)

El 24.74% de la muestra total tiene una edad de 16 años, de este porcentaje el 2.02% corresponde a mujeres con bajo peso, el 6.06% a las mujeres con peso normal, el 5.05% a las mujeres con sobre peso/ obesidad, el 2.02% a los hombres con bajo peso, 4.04% a hombres con peso normal, .50% a hombres con sobre peso/ obesidad.

Y finalmente se obtuvo un 3.02% de la muestra con una edad de 17 años de lo cual, el .50% corresponde a mujeres de peso normal, 1.01% a mujeres con sobre peso/ obesidad, el 1.01% a hombres con peso normal y el .50% a hombres con sobre peso/ obesidad. (ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución de la variable edad.

Edad	Bajo peso		Peso normal		Sobre peso/ obesidad		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
15	6.56%(13)	5.05%(10)	14.64%(29)	15.65%(31)	10.10%(20)	20.20%(40)	72.20%
16	2.02%(4)	2.02%(4)	4.04%(8)	4.04%(12)	5.05%(10)	5.55%(11)	24.74%
17	0%(0)	0%(0)	1.01%(2)	.50%(1)	.50%(1)	1.01%(2)	32.02%
Total	8.58%	7.07%	19.69%	22.21%	15.65%	26.76%	100%(198)

En lo concerniente a la edad mínima que presentó la muestra (hombres y mujeres) fue 15 años y la máxima de 17 años, en el caso de la media de esta variable, las mujeres obtuvieron 15.27 como media con una desviación estándar de .485 y en el caso de los hombres la media obtenida fue de 15.32 con una desviación estándar de .539. (ver tabla 3)

Tabla 3. Media y desviación estándar de la variable edad en hombres y mujeres.

Sexo	Media	Desviación Estándar
Mujeres	15.27	.485
Hombres	15.32	.59

Descripción de las variables de interés

Autoestima

Como se mencionó en el capítulo anterior la variable de autoestima está constituida por cuatro factores: autorechazo, autodevaluación, funcionamiento escolar y familiar, y adaptación. Se obtuvo la media de cada factor de esta variable por cada categoría de peso en hombres y en mujeres. La media de cada grupo y factores mostraron similitudes en los puntajes medios obtenidos (ver tabla 3), y en lo que corresponde al nivel de cada factor se puede decir que todos mostraron niveles normales e incluso altos. (ver tabla 4)

Tabla 4. Media de los factores de autoestima en hombres y mujeres con diferente peso

Factores de autoestima	Peso corporal					
	Peso bajo		Peso normal		Sobre peso / obesidad	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Autorechazo	20.214	20.235	19.477	20.231	18.094	20.290
Autodevaluación	12.857	13.765	13.682	13.359	12.472	13.581
Funcionamiento escolar y familiar	7.786	8.118	8.250	7.718	8.264	8.226
Adaptación	6.357	6.353	6.523	6.487	5.755	6.839

CARACTER

Se obtuvieron la media de cada tipo de carácter por grupo, tanto de hombres como de mujeres (ver tabla 5), dicha medida de cada carácter muestra puntajes similares entre sí. En el grupo de mujeres con bajo peso se encontró que predominó el carácter autoafirmativo, mientras que el grupo de hombres con bajo peso predominó el carácter productivo(ver tabla 5), en el caso del grupo de peso normal tanto en hombres como en mujeres se presentó un predominio del carácter autoafirmativo, y en el grupo de sobre peso/ obesidad las mujeres presentaron el predominio del carácter productivo y por otro lado los hombres manifestaron el predominio del carácter autoafirmativo (ver tabla 5).

Tabla 5. Puntaje medio de los tipos de carácter en hombres y mujeres con diferente peso

Carácter	Peso corporal					
	Peso bajo		Peso normal		Sobre peso / obesidad	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Mercantil	8.083	8.053	8.383	7.528	7.788	7.469
Productivo	9.583	9.421	9.532	10.306	9.231	10.906
Autoafirmativo	12.417	12.842	12.383	11.528	12.346	12.094
Narcisista	35.917	34.105	34.894	34.806	34.577	34.813

CONDUCTA ALIMENTARIA

Otra de las variables con las se trabajo es la conducta alimentaria, se obtuvo también la media de cada factor de esta variable tanto en hombres como en mujeres.

En el caso del grupo de mujeres (con bajo peso, normal y sobre peso/ obesidad), se observó en los puntajes promedio de los factores: 1)Preocupación por el peso y la comida; 2)Conducta alimentaria normal y 6) Dieta crónica restrictiva, un aumento progresivo de dichos factores al aumentar el peso corporal, por lo que se puede decir que a mayor peso mayor problema en dichos factores. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Media de los factores de conducta alimentaria con relación al peso de mujeres

Factores	Peso corporal		
	Bajo peso	Peso normal	Sobre peso / obesidad
*1	16.428	19.977	24.150
2	11.500	14.977	16.735
3	17.571	17.659	17.528
4	17.642	17.227	16.452
5	6.357	7.204	7.641
6	9.142	11.000	13.207
7	13.142	15.318	14.754

- *1. Conducta alimentaria compulsiva
- 2. Preocupación por el peso y la comida
- 3. Conducta alimentaria normal
- 4. Atribución de control alimentario externo
- 5. Conducta alimentaria de compensación psicológica
- 6. Dieta crónica y restrictiva
- 7. Atribución de control alimentario interno

En el caso de los hombres, manifestaron que la preocupación por el peso y la comida (factor 2), la conducta alimentaria normal (factor 3) y la conducta alimentaria y sentimientos de culpa (factor 8) presentan un aumento al aumentar al peso corporal. (ver tabla 7)

Tabla 7. Media de los factores de conducta alimentaria con relación al peso de hombres

Factores	Peso corporal		
	Bajo peso	Peso normal	Sobre peso / obesidad
*1	11.000	10.641	11.516
2	9.705	10.153	11.548
3	12.058	13.205	15.096
4	5.529	5.256	5.709
5	15.176	13.461	14.258
6	5.117	4.897	4.935
7	20.176	18.307	18.967
8	3.117	3.589	3.709
9	3.88	3.87	4.129
10	5.294	5.948	5.871
11	9.176	9.153	10.612

- *1. Conducta alimentaria compulsiva
- 2. Preocupación por el peso y la comida
- 3. Conducta alimentaria normal
- 4. Dieta crónica y restrictiva
- 5. Atribución de control alimentario externo.
- 6. Conducta alimentaria de compensatoria
- 7. control alimentario interno
- 8. Conducta alimentaria y sentimientos de culpa
- 9. Conducta alimentaria de atracón
- 10. Conducta alimentaria de sobre ingesta
- 11. Tendencia al perfeccionismo

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con el fin de comprobar las hipótesis de trabajo y dar respuestas a la pregunta general de investigación y a los problemas específicos planteados en el capítulo anterior se emplearon correlaciones de tipo biserial puntual, en las cuales se relaciono el peso con cada factor de autoestima, tipo de carácter y conducta alimentaria en hombres y en mujeres.

AUTOESTIMA

Se correlacionó la variable de peso corporal (bajo peso, peso normal y sobrepeso/obesidad) y los factores de autoestima en mujeres y hombres. Los resultados mostraron coeficientes de correlación débiles, tal es el caso del coeficiente de correlación mostrado por el factor de autorechazo tanto de mujeres como de hombres que presentaron coeficientes de $-.1819$ con una probabilidad de $.056$ y $.0065$ con probabilidad de $.953$. Algo similar ocurrió con los demás factores, siendo $-.2012$ con probabilidad de $.034$ (obtenido por las mujeres en el factor de adaptación) el máximo coeficiente obtenido. (Ver tabla 8)

Con base en lo anterior se puede decir que la hipótesis de trabajo no fue confirmada.

Tabla 8. Coeficientes de correlación de los factores de autoestima y peso corporal en hombres y mujeres

	Factores de autoestima							
	Autorechazo		Autodevaluación		funcionamiento escolar y familiar		Adaptación	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Coeficiente de correlación con peso	-.1819	.0065	-.1318	-.0173	.0999	.0604	-.2012	.1217
N =	111	87	111	87	111	87	111	87
Probabilidad	.056	.953	.168	.874	.297	.579	.034	.261

Carácter

En esta variable se encontraron coeficientes de correlación bajos al relacionar el peso corporal (bajo, normal y sobrepeso/ obesidad) con los tipos de carácter en hombres y en mujeres, los hallazgos muestran coeficientes de correlación débiles entre las variables, el coeficiente más alto fue de $-.1001$ con probabilidad de $.296$ obtenido por las mujeres en el carácter mercantil y por otro lado el más bajo fue de $-.0086$ con probabilidad de $.929$ obtenido también por las mujeres en el carácter autoafirmativo. (ver tabla 9). Con base en lo anterior se puede decir que la hipótesis de trabajo no fue confirmada.

Tabla 9. Coeficiente de correlación de los tipos de carácter y peso corporal en hombres y mujeres

	Carácter							
	Mercantil		Productivo		Autoafirmativo		Narcisista	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Coefficientes de correlación del peso	$-.1001$	$-.1028$	$-.0668$	$.2256$	$-.0086$	$-.0731$	$-.0893$	$.0478$
n =	111	87	111	87	111	87	111	87
Probabilidad	$.296$	$.344$	$.486$	$.036$	$.929$	$.501$	$.352$	$.660$

Conducta alimentaria

En lo que corresponde a los coeficientes de correlación obtenidos al correlacionar el peso corporal y los factores de conducta alimentaria se obtuvieron coeficiente bajos, el más alto en las mujeres fue de $.2884$ con una probabilidad de $.002$ obtenido por el factor 6 de atribución de control alimentario interno

Y el menor fue de $-.0069$ con probabilidad de $.943$ obtenido en el factor 3 de atribución de control alimentario externo. (ver tabla 10)

Tabla 10. Coeficientes de correlación de las variables peso corporal y conducta alimentaria en mujeres

	Factores de conducta alimentaria						
	*1	2	3	4	5	6	7
Coeficiente de correlación de peso	.2878	.2623	-.0069	-.1292	.1404	.2884	.0847
n =	111	111	111	111	111	111	111
Probabilidad	.002	.005	.943	.117	.142	.002	.377

- * 1. Conducta alimentaria compulsiva
- 2. Preocupación por el peso y la comida
- 3. Conducta alimentaria normal
- 4. Atribución de control alimentario externo
- 5. Conducta alimentaria de compensación psicológica
- 6. Dieta crónica y restrictiva
- 7. Atribución de control alimentario interno

En lo que respecta a los hombres también obtuvieron coeficiente de correlación bajos, prueba de ello es el factor 2 de preocupación por el peso y la comida que presento un coeficiente de correlación de .2353 con probabilidad de .028 y el más bajo fue de -.0285 con probabilidad de .794 obtenido por el factor 6 de conducta alimentaria de compensatoria (ver tabla 11).

Tabla11. Coeficientes de correlación de las variables peso corporal y conducta alimentaria en hombres.

	Factores de conducta alimentaria										
	*1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Coefficiente de correlación de peso	.0818	.2353	.2072	.0958	- .0595	- .0285	- .0770	- .1380	.0654	.0858	.1765
N =	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87
Probabilidad	.452	.028	.054	.378	.584	.794	.478	.203	.547	.429	.102

- *1. Conducta alimentaria compulsiva
- 2. Preocupación por el peso y la comida
- 3. Conducta alimentaria normal
- 4. Dieta crónica y restrictiva
- 5. Atribución de control alimentario externo.
- 6. Conducta alimentaria de compensatoria
- 7. control alimentario interno
- 8. Conducta alimentaria y sentimientos de culpa
- 9. Conducta alimentaria de atracón
- 10. Conducta alimentaria de sobre ingesta
- 11. Tendencia al perfeccionismo

Por lo tanto con base en los resultados anteriores ninguna de las hipótesis de trabajo planteadas fueron confirmadas, ya que todas los coeficientes de correlación fueron débiles, por lo que se puede decir que existe una relación débil entre la variable peso corporal, autoestima, tipo de carácter y conducta alimentaria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue conocer cual es la relación entre las variables peso corporal, autoestima, tipo de carácter y conducta alimentaria en adolescentes hombres y mujeres con una edad entre 15 y 17 años, el cual se puede decir que fue cubierto.

En lo que corresponde a la relación entre las variables peso corporal y autoestima, los resultados muestran dos cosas: por un lado casi todos los sujetos muestran un nivel de autoestima normal e incluso alto en algunos casos, por lo cual se puede decir que dichos sujetos en general se evalúan a sí mismos positivamente, presentan conformidad con la familia y con la escuela, además de que presentan facilidad para adaptarse a las circunstancias; por otro lado los coeficientes de correlación son bajos por lo que se puede decir que existe una relación débil, esto pudo deberse, tomando en cuenta la teoría de Susan Harter (1983 en Caso, 1999), que supone la existencia de ordenes jerárquicos, donde la autoestima global aparece en la parte más alta como un constructo supraordenado, en el nivel inferior inmediato se encuentra la apariencia física y el comportamiento apropiado, por lo que la apariencia y en este caso el peso corporal se encuentra en un nivel inferior tomando en cuenta la teoría de Harter(1983) sobre este constructo, por lo cual no se ve afectada directamente la autoestima y en consecuencia es por ello que no hay relación entre ambas variables. Otro elemento que debe ser tomado en cuenta es la etapa por la que están atravesando los sujetos, que es la adolescencia, y tomando en cuenta la edad se puede decir que los cambios físicos y sociales más severos ya pasaron (Papalia y Wendkos,1992) y han sido superados, por lo que este constructo (autoestima) pudo no verse afectado en el presente estudio. Por otro lado Oksoo y Kycho (2001) encontraron que el índice de masa corporal no ayuda a predecir el nivel de autoestima.

En lo que respecta a la relación entre peso corporal y carácter, se encontró que en el grupo de mujeres de bajo peso el carácter autoafirmativo predominaba, por lo cual se puede decir que estos sujetos se sienten seguros de su capacidad, por otro lado los hombres con bajo peso presentaron el predominio del carácter productivo, por lo cual se puede decir que dichos sujetos son personas que emplean la razón para producir ideas, objetos y pensamientos; en el grupo de peso normal tanto de hombres como de mujeres se manifestó un predominio del carácter autoafirmativo, que ya fue explicado anteriormente; en el grupo de

mujeres con sobre peso/ obesidad se presentó el predominio del carácter productivo que ya se describió anteriormente, y en el caso de los hombres con sobre peso/ obesidad, estos presentaron un predominio del carácter autoafirmativo, comentado anteriormente. En lo que respecta a la relación que existe entre ambas variables (peso corporal y carácter), el coeficiente de correlación obtenido fue no significativo, por lo que se puede afirmar que en la muestra que existe no se encontró una relación entre ambas variables, esto se puede deber a la presencia del carácter social, en el cual los miembros de una cultura comparten elementos significativos del carácter. Por otro lado se debe de tomar en cuenta que esta relación no ha sido estudiada, por lo que no hay investigaciones que refuten o corroboren los resultados obtenidos en este trabajo.

En el caso de la relación entre peso corporal y conducta alimentaria, se puede decir que ésta fue muy baja, esto se debe a que los problemas peso, o sea que los desórdenes alimentarios no necesariamente se manifiestan con problemas de peso (Gómez, 1995). Hay que tomar en cuenta algunas coincidencias con una investigación realizada por Gómez y Ávila (1998), en la cual se encontró que la preocupación por el peso y la comida (factor 2) y la dieta crónica restrictiva (factor 6) en mujeres se incrementa con el peso corporal y en lo que se refiere a la atribución de control externo (factor 4) en mujeres también se encontró que el grupo con bajo peso presentó en mayor medida en comparación con el grupo de sobrepeso / obesidad.

Los grupos también mostraron que la conducta alimentaria de compensación psicológica se incrementa al aumentar el peso.

En lo que atañe a los hombres, se encontró que la preocupación por el peso y la comida aumenta progresivamente con el peso corporal, lo cual también coincide con los hallazgos hechos por Gómez y Ávila (1998). El grupo con sobrepeso / obesidad mostró en mayor grado la conducta alimentaria compulsiva (factor 1), en menor medida la conducta alimentaria normal y realizan dietas crónicas restrictivas en mayor medida. Dicho grupo mostró en mayor medida la conducta alimentaria y sentimientos de culpa, manifestó el puntaje más alto de la conducta alimentaria de atracón y presentó la mayor tendencia al perfeccionismo en comparación con los demás grupos (bajo peso y peso normal).

En lo concerniente al grupo de bajo peso, este mostró mayor tendencia a la atribución de control alimentario externo (factor 5), a la conducta alimentaria compensatoria (factor 6) y control alimentario interno (factor 7).

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se sugiere lo siguiente:

- Realizar investigaciones que involucren las variables aquí estudiadas (peso corporal, autoestima, carácter, y conducta alimentaria), ya que existen pero son escasas.
- Una muestra representativa y elegida al azar.
- Que se exploren todos los tipos de carácter que propuestos por Moreno (1997).
- Se empleen métodos más personalizados, como la entrevista clínica.
- Se realicen trabajos longitudinales con las variables aquí trabajadas.

Las limitaciones que se encontraron en este estudio fueron las siguientes:

- El realizar una sola medición, ya que no se sabe si se hubieran presentado cambios en las variables aquí trabajadas.

REFERENCIAS

- Alemany, M. (1992) Obesidad y nutrición. Madrid: Alianza.
- Andrade, C. D. y Estrada, M. F. (2001) Factores de riesgo en trastornos alimentarios, imagen corporal, autoestima en relación con el peso corporal. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aranda, S. E. y Muzquiz, A. M. (1997). La influencia de las practicas de crianza y el genero en la autoestima de adolescente: análisis retrospectivo. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México
- Barajas, M. O. (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. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barber, S., Bolaños, C. P., López, J. C. & Ostrosky, A. (1995) Los extremos en los trastornos alimentarios: Anorexia y Obesidad. Psicología Iberoamericana. 3, (2), 20-33.
- Baumeister, R. F. Enciclopedia Of Human Behavior (4). New York: V.S. Romachadron
- Bee, L. H. (1984) El desarrollo de la personalidad México: Harla.
- Bolio, B. R. (2000) Que hacen los malditos flacos para estar flacos. México. D. F.: Bolio.
- Braguinsky, J. (2000) Obesidad. Buenos Aires, Argentina: Ateneo.

- Brooks, F. D. (1959). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Kapeluz
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Campollo, R. O. (1995). Obesidad, bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Miguel Angel Porrúa.
- Caplan, G. y Lebovici, S. (1969). Psicología social de la adolescencia. Buenos Aires: Paídos.
- Carrero, M., Palacios, J. y Marches, A. (1995). Psicología evolutiva 3. México: Alianza.
- Caso, N. J. (1999). Validez de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de Postgrado. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese woman. Western Journal of Nursing Research. 20. 19.
- Coleman, J. C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Colmenares, B. M. (1996). Propuesta de intervención para el adolescente obeso. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Connelly, D. C. (1998) Hope fulness, self-steem , and perceived social support. Western Journal of Nursing Research. 20. (2) 195-210.

- Cormillot, E. J. Alberto. (1977). Obesidad. Buenos Aires: Panamericana,
- Corsini, J. R. (1984) Enciclopedia of Psychology 3. E. U. John Wiley & Sons.
- Craig, J. G. (1997) Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Cruz, A. D. y Estrada, M. F. (2001). Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios, Imagen Corporal, Autoatribución y Autoestima en Relación con el Peso corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Diccionario enciclopédico (1991). (3). Barcelona: Plaza & Jannes.
- Diccionario escolar de la lengua nacional. (1990) México: Rei.
- Dulanto, G. E. (2000). El adolescente. México: Mc Graw Hill.
- Elkind, D. y Weiner. B. I. (1976) Desarrollo normal y anormal del adolescente. Buenos Aires: Paídos
- Escamilla, R. I. (1998). Caracter en el adolescente con ausencia de madre biológica. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Esquivel, H. I., Correa, M. M. y Correa, M. L. (1998). Nutrición Y Salud. México D.F.: Manual Moderno.
- Frey, D., Jesé C. y Carlock P.D. (1989). Enhacing Self-Esteem. Indiana: Aceletated Development Inc. :
- Fromm, E. (1953). Etica y psicoanálisis. México: Fondo de cultura económica

- Fromm, E. (1959). El arte de amar. Buenos Aires: Paídos.

- Fromm, E. (1985) El miedo a la libertad. México: Planeta/ Origen.

- Gama, A. E. (1999). Factores de riesgo para alimentarios: relación entre obesidad y las variables de autoatribución. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Gerson, C. D. (1998). Autoestima y adolescencia. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Anahuac.

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

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desordenes del comer para la promoción de la salud. Proyecto de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila Angulo. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dietas con proposito de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6, (2) 37-45.

- Gómez Perez-Mitré, G. y Ávila-Angulo, E. (1998). Conduita alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana, 6, (2) 10-21.

- Gómez, Peresmitré G., Granados, A.M., Tafoya, S.A. y Unikel, S. (2001). Trastornos de la conducta alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del genero masculino. Psicología contemporanea, 7, (1), 4-15.

- Gómez, Peresmitre G. y Saucedo, M. T. (1997) Validez Diagnóstica de Índice de Masa Corporal (IMC) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta pediátrica de México. 18, (3), 103-110.
- Gómez Péres-Mitre, G. y Saucedo, T. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal (IMC) en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta pediátrica de México. 18, (1) 19-27.
- González Santa María, A. (2003) Relación entre estilo de crianza y factores de riesgo de la conducta alimentaria en adolescentes mexicanos. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Goodhart, S. R. y Shills, E. M. (1987). La nutrición en la salud y en la enfermedad. España:
- Gring, R. E. (1987). Adolescencia. México: Noriega Editores.
- Grinder, E. R. (1997). Adolescencia. México: Limusa.
- Guelar, D. y Crispo, R. (2000). Adolescencia y trastornos del comer. España: Gedisa.
- Guerrero, L. G. (2000) Conducta alimentaria de riesgo y autoestima en muestras de niñas y niños preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guido, M. & Valadez, T. (2000). Ser adolescente. México: Trillas.
- Hollis, J. (2001). La obesidad es un problema familiar. México: Promexa.
- Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

- Howard, C. W. (1973). Diccionario de psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jelalian, E. (2000). Overweight in adolescence leads to low self-esteem, health problems. Brown University Child & Adolescent Behavior Letter. 16, (9) 3.
- Jersild, A. T. (1972) Psicología de la adolescencia. Madrid: Aguilar
- Josselyn, I. (1974) El adolescente y su mundo. Buenos Aires: Psique.
- Kernis, M. H. (1995) Efficacy, agency and self esteem. New York: Plenum.
- Kimmel, C. D. & Winer, B. I. (1998) La adolescencia una transición del desarrollo. España: Ariel.
- León, H. C. (2000). Alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso (obesidad-peso bajo). Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Leskinen, E., Oinonen, M. & Salinto, M. (1995). Change, Reliability, and Stability in Self-perceptions in Early Adolescence: A Four – year Follow-up Study. International Journal of Behavior Development. 18 (2) 351-364.
- Mahoney, J. M. & Mahoney, K. (1990). Control permanente de peso. México: Trillas.
- Mancilla, D. J. M., Mercado, G. L., Manriquez, R. E., Alvarez, R. G. L., López, A. X. & Roman, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista mexicana de psicología. 16, (1), 37-46.

- Maraño, G. (1996). Gordos y flacos. México: Instituto Politecnico.

- Martínez, M. E., Toro, M. J., Salamera, M.M., Blecua, M.J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Berna. 20, (20), 51-65.

- Mc Laren, S. D. (1981). Nutrition and its disorders. New York: Churchill Livingtone.

- Milkewicz, N. (2001) Dismantling the heterogenety of obesity: psychosocial experiences of the obese. Dissertation Abstracts later national: Section B: the Sciences & Engineering. 61. (9-B).

- Molina, P. O. (2002). La obesidad: Problema de salud publica campaña publicitaria. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Moreno, C. S. (1997). Inventario de caracter para adolescentes (ICA). Una alternativa de medición. Tesis de maestría. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autonoma de México.

- Oksoo, K & Kycho. L. (2001) Body weighy, self-esteem and depresión in Korean female adolescents. Adolescence. 36, (142), 315.

- Papalia, E. D. y Wenkos, S. (1992). Psicología de la infancia a la adolescencia. México: Mc Grawn Hill.

- Pepin, L. (1972) Tratado de pedagogia. Barcelona: Oikos- tau

- Pérez, S. Y. (2002). Relación padre-hijos, tipo de caracter y conducta adictiva en adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autonoma de México.

- Pope, A. W., McHale, S. M. y Craighed, W. E. (1988) Self-esteem enhancement with children and adolescents. Gran Bretaña: Pergamon Press.
- Poweel, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ramos C. A. (1995) Obesidad conceptos actuales. México: Pagina Electrónica.
- Rodín, J. (1992) Las trampas del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988) Obesidad. España: Martines Roca.
- Sánchez, S. G. (1998) Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias publicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Satien, I. A. y Escalante, F. C. (1996) La obesidad y sus complicaciones. Tratamiento médico y quirúrgico. España: Universidad de Cantabria.
- Saucedo, M. T. (1996) Factores de Crianza e Interacción Familiar. Predictores de Trastornos Alimentarios. Tesis de maestría. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shaffer, R.D.(1946). Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia. México: Thomas.
- Sorifet. J.C. F. (1994) La obesidad. Monografía de la sociedad española de endocrinología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Toro, J. (1996) El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.

- Vicente, J. y Turon, G. (1997) Trastornos de la alimentación. España: Masson.

- Vila, G., Robert, J.J., Nollet-Clememcon, C. & Vera, L. (1996). Eating and emocional disorders in adolescentobese girls with insulin-dependt diabetes mellitus. European child & Adolescent Psychiatry. 4, (4), 270-279.

- Vinocur, M. D. (1995) Autoestima en adolescentes migrantes y adolescentes judios mexicanos. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México

- Warschburger, P., Buchholz, H. T. y Petermann, F. (2001). Dvelopment of a disease- specific interview for the resistration of quality of life the childran an adolescents. Zeitschritt Fuer Klinische Psychologie, Psychiatrie un Psychotherapie. 49, (3), 247-261.

- Way, V. W. C. (1999) Secretos de la nutrición. México: Mc Graw-Hill-Interamericana.

- World Health Organization. (1997). Report of who consultation on obesity. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. WHO: Genova.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la SALUD INTEGRAL (física y 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 tí, 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.

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Miré
Facultad de Psicología, UNAM*

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

4 - SECCION A

1. ¿Que estas estudiando?
 - A) Secundaria
 - B) Carrera Tecnica
 - C) Carrera Comercial
 - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
 - E) Licenciatura
 - F) Posgrado
2. ¿Trabajas?
 - A) Si
 - B) No
3. Actualmente vives con:
 - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
 - B) Padre o Madre
 - C) Hermano(s)
 - D) Esposo o pareja
 - E) Sola
 - F) Amigo(a)
4. Lugar que ocupas entre tus hermanos
 - A) Soy hija única
 - B) Soy la mayor
 - C) Ocupo un lugar intermedio
 - D) Soy la más chica
5. Edad de tu primera menstruación
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más
6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?
 - A) No. Pasar a la pregunta 8
 - B) Si. Pasar a la siguiente pregunta
7. ¿Tienes hijos?
 - A) Si
 - B) No

SECCI

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

I. En el último año.

6 - SECCIÓN A

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

14- SECCIÓN E

SECCIÓN

E

SECCIÓN E

SECCIÓN E-

1. En el último año :
 - A) Subi de peso
 - B) Bajé de peso
 - C) Subí y bajé de peso
 - D) No hubo cambios en mi peso corporal
2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :
 - A) Menos de un año
 - B) De uno a menos de tres años
 - C) De tres a menos de cinco años
 - D) De cinco y más de cinco años
3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?
 - A) No. (Pasa a la pregunta 6)
 - B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)
4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más
5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?
 - A) No
 - B) Sí
6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
 - A) No. Pasa a la siguiente sección
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
7. El problema consiste en que:
 - A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
 - B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
 - C) Comes tanto que te duele el estómago
 - D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
 - E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

10 - SECCION E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Procuro comer verduras. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Me avergüenza comer tanto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Como lo que es bueno para mi salud. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas | | | | | |

SECCION E -

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. No como aunque tenga hambre | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Procuro estar el día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. No soy consciente de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Me deprimó cuando como de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 37. Me sorprende pensando en la comida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 39. Como a escondidas | | | | | |
| 40. Disfruto cuando como con otras personas | | | | | |
| 41. Cuando estoy aburrida me da por comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 42. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 43. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

18 - SECCIÓN E

44. Paso por periodos en los que siento que podría (A) (B) (C) (D) (E)
comer sin parar.
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. No tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN

F

20 - SECCIÓN F

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas):

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura". (A) (B) (C) (D) (E)
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida. (A) (B) (C) (D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida". (A) (B) (C) (D) (E)
6. No se por qué se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que, la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy insegura. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigos (os). (A) (B) (C) (D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN F - 21

20. No tengo confianza en los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan. (A) (B) (C) (D) (E)

A) (B) (C) (D) (E)

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XY (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la SALUD INTEGRAL (física y 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.

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Facultad de Psicología, UNAM*

SECCIÓN A - J

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

Los derechos de autor están registrados
se prohíbe la reproducción total o parcial por cualquier medio, de este cuadernillo, sin la autorización expresa
de la responsable del proyecto.

Copyright, México 1998

1. - SECCION A

1. ¿Que estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Si
- B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hijo único
- B) Soy el mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy el más chico

5. Edad de tu primera emisión nocturna

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

7. ¿Tienes hijos?

- A) Si
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) NS 2000 o menos
- B) NS 2001 a 4000
- C) NS 4001 a 6000
- D) NS 6001 a 8000
- E) NS 8001 a 10000
- F) NS 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

1. En el último año :

14. SECCIÓN E

SECCIÓN

E

6. SECCIÓN A

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleado doméstica
- C) Obrero
- D) Comerciante
- E) Profesionista

a veces

algunas veces
(aprox. la mitad de la veces)

frecuentemente

siempre

SECCIÓN

1. En el último año :

- A) Subi de peso
- B) Bajó de peso
- C) Subi y bajó de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

16 - SECCIÓN E

En cada uno de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. (A) (B) (C) (D) (E)
2. Siento que la comida me tranquiliza. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. (A) (B) (C) (D) (E)
5. Procuro comer verduras. (A) (B) (C) (D) (E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida). (A) (B) (C) (D) (E)
9. Ingero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
17. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado. (A) (B) (C) (D) (E)
21. No me gusta comer con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN E - 17

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque lemo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
23. No como aunque tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". (A) (B) (C) (D) (E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero cenó mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas.
40. Disfruto cuando como con otras personas.
41. Como hasta sentirme inconfortablemente lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)

18. SECCION F.

A	B	C	D	E
nunca	a veces	frecuentemente (a.rox. la mitad de la veces)	muy frecuentemente	siempre

44. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Como tan rápido que los alimento se me atragantan. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCION

F

30-SECCION F

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas).

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
- Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura". (A) (B) (C) (D) (E)
- Admiro a las personas que pueden comer con medida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso nada con medida". (A) (B) (C) (D) (E)
- No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
- Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
- Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excusarse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que soy inseguro. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me cuesta trabajo hacer amigos (as). (A) (B) (C) (D) (E)
- Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCION F-21

- No tengo confianza en los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan. (A) (B) (C) (D) (E)
- Sólo se debe competir para ganar. (A) (B) (C) (D) (E)
- No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor. (A) (B) (C) (D) (E)
- Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter. (A) (B) (C) (D) (E)

ANEXO 3

XX

1. Conducta alimentaria compulsiva

E16	Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
E 31	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	.46365
F1	No siento apetito o ganas de comer , pero cuando empiezo nadie me detiene	.72085
F2	Siento que mi forma de comer se sale de control	.79064
F3	Mi problema es comenzar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo contenerme	.74727
F4	No soy consciente de cuanto como	.66033
F5	Siento que no puedo parar de comer	.80983
F6	Como sin medida	.79753
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.62831
F8	Dificilmente pierdo el apetito	.40022
F14	Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	.52215
F20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.65582
F21	Me avergüenzo de comer tanto	.58300
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value= 12.4 Varianza explicada 16.5.% alpha=.9051

2. Preocupación por el peso y la comida

E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con propósito de cuidar mi peso	.59484
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordantes"	.64573
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68226
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.41013
E26	Evito las tortillas y el pan para mantener delgado	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.49265
F18	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida	.55815
F22	Me deprimo cuando como de más	.48531

Eigen value= 5.52 Varianza explicada 7.4.% alpha=.8242

3. Conducta alimentaria normal

E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74462
E15	Como lo que es bueno para mi salud	.73346
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.71196
E20	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.73420
E21	Como con moderación	.45378
E28	Procuro comer verduras	.71369
E29	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61685

Eigen value= 4.39 Varianza explicada 5.9.% alpha=.6944

4. Atribución del control alimentario externo.

F32	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura"	.74154
F33	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer	.62385
F34	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	.69921
F35	No se por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón, aunque lo fajen"	.81261
F36	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar"	.68785
F39	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	.55393

Eigen value= 3.47 Varianza explicada 5.9.% alpha=.8034

5. Conducta alimentaria de compensación psicológica

E3	Cuando estoy aburrido me da por comer	.58951
E4	Paso por periodos en los que podría comer sin parar	.53921
E6	Siento que la comida me tranquiliza	.67344
E8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.70703
E18	Me sorprende pensado en comida	.43349

Eigen value= 2.56 Varianza explicada 3.4.% alpha=.7434

6. Dieta crónica y restrictiva

E10	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.48691
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.46423
F12	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	.41047
F15	Me la paso "muriendo de hambre ya que constantemente hago dietas	.59416
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
F17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero no ceno mucho)	.55259
F19	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value= 1.93 Varianza explicada 2.8.% alpha=.8136

7. Atribución de control alimentario interno

F27	Las personas que comen con mesura son dignos de respeto	.75354
F28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	.73452
F29	Una persona que puede comer en exceso con la comida también puede excederse en otras cosas	.62623
F30	Admiro a las personas que pueden comer con medida	.71698
F31	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida"	.49569

. Eigen value= 1.78 Varianza explicada 2.4.% alpha=.7497

ANEXO 4

XY

1. Conducta alimentaria compulsiva

E 31	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	.41342
F1	No siento apetito o ganas de comer , pero cuando empiezo nadie me detiene	.64982
F2	Siento que mi forma de comer se sale de control	.74363
F3	Mi problema es comenzar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme	.70806
F4	No soy consciente de cuanto como	.66876
F5	Siento que no puedo parar de comer	.71884
F6	Como sin medida	.72548
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.50121
F20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.41833

Alpha=.8602

2. Preocupación por el peso y la comida

E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.49715
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con propósito de cuidar mi peso	.62974
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordantes"	.64006
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68756
E24	Como despacio y/o mastico mis alimentos,pero no los trago (los escupo)	.45554
E26	Evito las tortillas y el pan para mantener delgado	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.51449
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.51079

alpha=.8076

3. Conducta alimentaria normal

E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.72204
E15	Como lo que es bueno para mi salud	.73430
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.70004
E20	Procuro mejorar mis habitos alimentarios	.70341
E28	Procuro comer verduras	.69631
E29	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61726

alpha=.8121

4. Dieta crónica y restrictiva

F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.71723
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.70527
F12	Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	.54768
F15	Me la paso "muriendo de hambre ya que constantemente hago dietas	.61613
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.64157

alpha=.8052

5. Atribución de control alimentario externo.

F32	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la muerte"	.70840
F33	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer	.56051
F34	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	.66027
F35	No se por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigon, aunque lo fajen"	.76786
F36	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar"	.70802

alpha=.7592

6. Conducta alimentaria de compensatoria

E6	Siento que la comida me tranquiliza	.60707
E8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.69850
E12	Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	.57886
E18	Me sorprende pensado en comida	.53705

alpha=.6529

7. control alimentario interno

F27	Las personas que comen con mesura son dignos de respeto	.70499
F28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	.76244
F29	Una persona que puede comerter excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	.69874
F30	Admiro a las personas que pueden comer con medida	.68367
F31	Las personas que pierden el control con la comida se guian por el lema "todo con exceso, nada con medida"	.49774
F39	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	.54912

alpha=.7823

8. Conducta alimentaria y sentimientos de culpa

F18	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.40549
F21	Me avergüenzo de comer tanto	.66423
F22	Me deprimio cuando como demás	.65592
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.52309

Alpha=.7617

9. Conducta alimentaria de atracón

E2	Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	.69662
E9	Como tan rápido que los alimentos se me atragantan	.40482
F14	Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	.66835

Alpha=.6114

10. Conducta alimentaria de sobre ingesta

E34	Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	.46434
E13	No tengo horarios fijos para la comida	.62862
E14	Soy de los que se hartan	.54037
E17	Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero desayuno mucho	.55864

Alpha=.6307

11. Tendencia al perfeccionismo

F37	No importa a lo que se dedique uno en la vida, el chiste es ser el mejor	.73451
F38	Solo se debe competir para ganar	.83902
F40	Se debe vencer las tentaciones para fortalecer el carácter	.52565

Alpha=.6410

ANEXO 5

Instrucciones:

"Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender cómo sienten los jóvenes de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tú sientes, y no cómo otros piensan que deberías sentir".

- (1) De acuerdo
- (2) Indeciso
- (3) En desacuerdo

1. Las cosas son un desastre en mi vida.....()
2. Me enoja fácilmente en mi casa.....()
3. He querido abandonar mi casa.....()
4. Desearía ser otra persona.....()
5. Siento que mi familia me presiona.....()
6. Pienso que no soy bueno (a).()
7. Se me hace difícil aceptarme a mí mismo.....()
8. Mi vida es muy complicada.....()
9. Siento que soy un fracaso.....()
10. Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.....()
11. Tengo baja opinión de mí mismo.....()
12. La mayoría de las personas son mejores que yo.....()
13. Me siento inútil.....()
14. Me siento mal en la escuela.....()
15. Tomo una actitud positiva hacia mí mismo.....()
16. Me siento mal por las cosas que hago.....()
17. Mi familia me comprende.()
18. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí.....()
19. Se me hace muy difícil hablar en público.....()
20. Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio.....()

ANEXO 6

Escala de Autoestima para Adolescentes. Presento un valor de consistencia interna (obtenida a través del Alfa de Cronbach) de .8380; con las siguientes cuatro dimensiones:

1a.) Autorechazo (Alfa=.7222) constituida por los reactivos:

- Las cosas son un desastre en mi vida.
- Me enoja fácilmente en mi casa
- He querido abandonar mi casa.
- Desearía ser otra persona.
- Siento que mi familia me presiona.
- Pienso que no soy bueno (a).
- Se me hace difícil aceptarme a mí mismo.
- Mi vida es muy complicada

2a.) Autodevaluación (Alfa= .6827) con los reactivos:

- Siento que soy un fracaso.
- Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso.
- Tengo baja opinión de mi mismo.
- La mayoría de las personas son mejores que yo.
- Me siento inútil.

3a.) Funcionamiento escolar y familiar (Alfa= .6089) conformada por los siguientes reactivos:

- Me siento mal en la escuela
- Tomo una actitud positiva hacia mi mismo.
- Me siento mal por las cosas que hago.
- Mi familia me comprende.

4a.) Adaptación (Alfa= .4533) contiene los siguientes reactivos:

- Me gustaría cambiar muchas cosas de mí.
- Se me hace muy difícil hablar en público.
- Me lleva mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cambio.

ANEXO 7

- **Carácter mercantilista** cuenta con cuatro reactivos, un alpha de .7197 y los reactivos son: 17,23,40 y 41.
- **Carácter productivo** Esta dimensión cuenta con seis reactivos, un alpha de .6057 y los reactivos son: 8,10, 28, 30,32 y 34.
- **Carácter autoafirmativo** Esta dimensión cuenta con ocho reactivos, con un alpha de .7302 y los reactivos son: 1,7, 16,19, 20,24,25 y 33
- **Carácter narcisista.** Esta dimensión cuenta con 18 reactivos, con un alpha de .6529 y los reactivos son: 2, 3, 4, 6,9, 11,12,13,14, 18, 22, 26,27, 29, 31, 35, 37 y 38.

ANEXO 8

INVENTARIO DE CARÁCTER PARA ADOLESCENTES (ICA)

Escribe en el paréntesis el número que vaya mejor con tu forma de ser, pensar y sentir. Las opciones de respuestas son:

- (1) De acuerdo
- (2) Indeciso
- (3) En desacuerdo

- () 1. Siempre pienso que las cosas que inicio me van a salir bien.
- () 2. Me gusta intervenir en la toma de decisiones de mi grupo.
- () 3. Cuando paso frente a un grupo de personas siempre voltean a verme.
- () 4. Cuando estoy platicando con alguna persona mi conversación la mantiene interesada.
- () 5. Me gusta ser siempre primero en todo.
- () 6. La mayoría de mis actividades las realizo con la intención de llamar la atención.
- () 7. Me resulta fácil hacer planes para dar solución a un problema.
- () 8. Me gusta ser ordenado.
- () 9. Planeo diariamente mis actividades.
- () 10. Me agrada que las personas me platicuen sus problemas.
- () 11. No me es difícil inventar historias.
- () 12. Establezco conversación con cualquier persona.
- () 13. Todas las personas merecen que les demuestre mi afecto.
- () 14. Externo mi opinión aunque ésta sea opuesta a la de los demás.
- () 15. Mis amigos consideran que yo soy siempre el primero en todas las actividades que realizamos.
- () 16. Cuando llevo a cabo una actividad la reviso varias veces hasta estar seguro de que está bien.
- () 17. Siempre trato de ver cual es la ganancia que voy a obtener en lo que voy a realizar.
- () 18. Cuando doy una opinión siempre estoy seguro de ésta.
- () 19. Me siento capaz de realizar cualquier trabajo.

- () 20. Me siento capaz de dar solución a cualquier problema que se me presenta.
- () 21. Tengo dificultades para integrarme a un grupo desconocido.
- () 22. Me gusta tener la oportunidad de crear una obra de arte.
- () 23. Mis pertenencias son sólo mías.
- () 24. Siempre que inicio algo pienso que todo saldrá bien.
- () 25. Me agrada cumplir con los compromisos sociales.
- () 26. Muchas normas sociales van con mi manera de pensar .
- () 27. Me gustan las reuniones donde haya gente y ruido.
- () 28. Me gusta enterarme de los problemas de la gente que me rodea.
- () 29. Ofendo a las personas que trato con regularidad.
- () 30. Generalmente atiendo a lo que sucede a mi alrededor.
- () 31. Me es fácil compartir lo que tengo.
- () 32. Cuando una persona obtiene un logro se lo festejo.
- () 33. Generalmente concluyo los trabajos que inicio.
- () 34. Me intereso por el desarrollo y felicidad de otros.
- () 35. Me siento mal cuando alguien obtiene algo que yo no tengo.
- () 36. Trabajar es reconfortante.
- () 37. Es mejor recibir ayuda que brindarla.
- () 38. Siempre se debe esperar ayuda de los demás.
- () 39. Es mejor que el alumno pierda a que pierda el profesor.
- () 40. Es necesario que el ser humano esté cambiando constantemente sus decisiones.
- () 41. La gente debe cambiar sus planes constantemente.

ANEXO 9

Factor 1: (Productivo)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Todas las personas merecen que les demuestre mi afecto	.2800
Me gusta enterarme de los problemas de la gente que me rodea	.2287
Generalmente atiendo lo que sucede a mi alrededor	.3925
Me es fácil compartir lo que tengo	
Cuando una persona obtiene un logro se lo festejo	.3131
Me intereso por el desarrollo y felicidad de otros	.4408
Trabajar es reconfortante	.5070
	.2854
	Alfa por factor 0.6414

Factor 2: (Mercantilista)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Siempre trato de ver cual es la ganancia que voy a obtener en lo que realizo	.1949
Mis pertenencias son sólo mías	.2939
Ofendo a las personas que trato con regularidad	.3116
Me siento mal cuando alguien obtiene algo que yo no tengo	.2946
	Alfa por factor= .4754

Factor 3: (Narcisista)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Cuando paso frente a un grupo de personas siempre voltean a verme	.1873
Cuando estoy platicando con alguna persona mi conversación la mantiene interesada	.1729
Me gusta ser el primero en todo	.3446
La mayoría de mis actividades las realizo con la intención de llamar la atención	.3598
No me es difícil inventar historias	.2526
Mis amigos consideran que yo soy siempre el primero en todas las actividades que realizamos	.2204
	Alfa por factor= .5001

Factor 4: (Sistemático)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Siempre pienso que las cosas que inicio me van a salir bien	.2550
Me resulta difícil hacer planes para dar soluciones a un problema	.3178
Me gusta ser ordenado	.3411
Planeo diariamente mis actividades	.2716
Cuando llevo a cabo una actividad, la reviso varias veces hasta estar seguro de estar bien	.3022
Siempre que inicio algo, pienso que todo saldrá bien	.2727
Generalmente concluyo el trabajo que inicio	.2667
	Alfa por factor= .5682

Factor 5: (Auto-afirmación)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Cuando doy una opinión siempre estoy seguro de ésta	.6326
Me siento capaz de realizar cualquier trabajo	.4635
Me siento capaz de dar soluciones a cualquier problema que se me presente	.6771
	Alfa por factor= .5759

Factor 6: (Sociable)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Me gustaría tener la oportunidad de crear una obra de arte	.1961
Me agrada cumplir con los compromisos sociales	.3662
Muchas normas sociales van con mi manera de pensar	.2493
Me gustan las reuniones donde haya gente y ruido	.2459
	Alfa por factor= .4611

Factor 7: (Explotador)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Es mejor que el alumno pierda, a que pierda el profesor	.1345
Es necesario que el ser humano esté cambiando constantemente sus decisiones	.4314
La gente debe cambiar sus planes constantemente	.4563
Alfa por factor = .5163	

Indicador 1: (Dinámico)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Me gusta intervenir en la toma de decisiones de mi grupo	.2338.
Externo mi opinión aunque sea opuesta a la de los demás	.2338
Alfa por factor = .3790	

Indicador 2: (Comunicativo)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Me agrada que las personas que platique sus problemas	.1857
Establezco conversaciones con cualquier persona	.1857
Alfa por factor = .3133	

Indicador 3: (Receptivo)

Reactivo	Correlación ítem-escala
Es mejor recibir ayuda que brindarla	.3060
Siempre se debe esperar ayuda de los demás	.3060
Alfa por factor = .4686	