



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN
PSICOLOGÍA**

*ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y HABILIDADES PARA LA VIDA EN
ADOLESCENTES CON DISTINTO ÍNDICE DE MASA CORPORAL*

TESIS:

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
INTERVENCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

PRESENTA:

SELMA STEPHANIA ROJAS CAMPOS

DIRECTORA: DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
Facultad de Psicología

COMITÉ:

MTRO. SALVADOR CHAVARRÍA LUNA
Facultad de Psicología

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA
Facultad de Psicología

MTRO. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA JIMÉNEZ
Facultad de Psicología

MTRA. ALMA MIREYA LOPEZ-ARCE CORIA
Facultad de Psicología



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2017.



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.

**“No te rindas que la vida es eso,
continuar el viaje,
perseguir tus sueños,
destrabar el tiempo,
correr los escombros,
y destapar el cielo”**

MARIO BENEDETTI

DEDICATORIA

A mi familia...

Mamá, Papá, Thali, Leo, Adi, Abuelos: Porque han sido un motivo muy grande en mi vida para conseguir mis metas, por el apoyo incondicional y el amor que me han brindado, por confiar en mí y en mi potencial. Gracias a ustedes he aprendido que en la vida siempre hay que luchar y esforzarse, que las cosas se hacen con pasión y entrega.

Carlos: Por acompañarme todos estos años, porque en cada momento de mi desarrollo profesional y personal has creído en mí y me has incitado a crecer, por tu amor incondicional, por estar a mi lado en cada momento.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México: Por la oportunidad de pertenecer, aprender y crecer, porque a lo largo de toda mi carrera académica me ha dado una educación invaluable y de grandes satisfacciones, mi eterno orgullo y agradecimiento a la máxima casa de estudios.

A la Facultad de Psicología: Porque aquí encontré mi gran pasión, por las enseñanzas académicas y de vida, por ser una pieza fundamental en mi formación y por hacer de mí la profesional que soy hoy en día.

Dra. Cecilia Silva: Gracias por brindarme la oportunidad de realizar este trabajo bajo su asesoría, por su aporte y orientación en la realización del mismo, por fomentar en cada uno de sus alumnos el amor por la investigación y la superación académica.

A todo el comité: Mtro. Salvador Chavarría, Dra. Mariana Gutiérrez, Mtro. Francisco Espinosa, Mtra. Alma M. López Arce. Les agradezco por tomarse el tiempo para colaborar en esta tesis, por su guía y asesoría, sin duda su aporte enriqueció este trabajo.

Mtra. Angélica Juárez: Tu apoyo fue fundamental, muchas gracias por tu colaboración en la realización de este trabajo, por tu gran paciencia y consejo.

A mis amig@s: por su amistad y porque sin duda han hecho más ameno mi transitar por la vida.

¡POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU!

ÍNDICE

RESÚMEN	5
ABSTRACT	7
MARCO TEÓRICO	8
Adolescencia y sus implicaciones en la percepción del peso corporal	8
Ansiedad, depresión y su relación con el peso corporal en adolescentes	15
Habilidades para la vida y su asociación con el peso corporal en adolescentes	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA y JUSTIFICACION	21
MÉTODO	24
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	24
OBJETIVOS	24
General:	24
Específicos:	24
HIPÓTESIS	25
TIPO DE DISEÑO.....	25
VARIABLES	25
DEFINICION CONCEPTUAL	25
DEFINICIÓN OPERACIONAL.....	27
PARTICIPANTES	28
INSTRUMENTOS.....	28
PROCEDIMIENTO	31
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES.....	40
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	49

RESÚMEN

La adolescencia es una etapa la cual está caracterizada por cambios significativos y abruptos, no sólo en el aspecto físico, sino también de desarrollo psicológico, conductual y emocional, todos los cuales pueden verse afectados por las presiones y las expectativas socioculturales que acompañan la transición a la edad adulta (Ezquerria Cabrera, 2013).

Los cambios relacionados con el aspecto físico, son una fuente de preocupación constante, ya que la necesidad de aprobación por parte del grupo de pares y la influencia de los estereotipos de belleza impuestos socialmente, van generando insatisfacción y conflictos a nivel emocional y conductual.

En esta etapa, las habilidades para la vida que tienen los adolescentes juegan un papel importante, ya que les permiten enfrentarse a las demandas y desafíos de la vida diaria mediante comportamientos positivos y adaptativos (OMS, 1993, citado en Mangrulkar, 2001), sin embargo, poco se ha estudiado de la relación de estas variables con el Índice de Masa Corporal (IMC).

En este estudio se tuvo como objetivo identificar las diferencias y la relación entre el IMC, la ansiedad, depresión y las habilidades para la vida, en un grupo de 166 adolescentes de nivel bachillerato, 85 fueron mujeres y 81 hombres, de edades entre los 14 y 18 años ($X= 15$).

Los resultados mostraron que los adolescentes con IMC Alto (sobrepeso y obesidad), presentan más dificultades en el área emocional y social. Estos presentaron mayores niveles

de depresión, menores niveles de expresión del afecto y planeación del futuro; por otro lado los adolescentes con IMC Normal y Bajo están menos deprimidos, expresan mejor sus emociones, planean mejor su futuro y los últimos, tienen un mejor manejo del enojo.

Finalmente la habilidad que se relaciona en mayor medida con el IMC en este grupo, es la expresión de emociones.

Palabras clave: Índice de Masa Corporal (IMC), Adolescentes, Ansiedad, Depresión, Habilidades para la vida.

ABSTRACT

Adolescence is a stage characterized by significant and abrupt changes, not only in the physical aspect but also in psychological, behavioral and emotional development, all of which may be affected by the sociocultural pressures and expectations that accompany the transition to adulthood (Ezquerro Cabrera, 2013).

Changes related to the physical aspect are a source of constant concern, since the need for approval by the peer group and the influence of socially imposed beauty stereotypes are generating dissatisfaction and conflicts on an emotional and behavioral level.

At this stage, adolescents' life skills play an important role, as they enable them to cope with the demands and challenges of everyday life through positive and adaptive behavior (WHO, 1993, quoted in Mangrulkar, 2001). However, little has been studied regarding the relationship of these variables to the Body Mass Index (BMI).

This study aimed to identify the differences and the relationship between BMI, anxiety, depression and life skills in a group of 166 high school adolescents, 85 were women and 81 men, aged 14 And 18 years ($X = 15$).

The results showed that adolescents with high BMI (overweight and obesity) present more difficulties in the emotional and social area. These presented higher levels of depression, lower levels of affection expression and future planning. On the other hand, adolescents with BMI Normal and Low are less depressed, express their emotions better, plan their future better and the latter, have a better management of anger. Finally, the ability that is most related to BMI in this group is the expression of emotions.

Keywords: Body Mass Index (BMI), adolescents, anxiety, depression, life skills.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia y sus implicaciones en la percepción del peso corporal

La adolescencia se define habitualmente como una “transición evolutiva” dado que supone un período de cambio, crecimiento y transformación desde el desarrollo infantil, a la madurez de la edad adulta. Asimismo se considera una etapa de crisis en el desarrollo, en la cual se presentan nuevas exigencias del entorno y múltiples cambios a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y social (Ramos, Rivera y Moreno, 2010). Todos estos cambios, tienen implicaciones importantes, ya que se presentan de forma acelerada y de forma paralela.

De acuerdo con la (OMS, 2010) la adolescencia se considera como una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años, siendo una de las etapas del desarrollo humano que plantea más retos, puesto que el crecimiento físico que se presenta está acompañado de un desarrollo emocional e intelectual acelerado.

La capacidad de los adolescentes para el pensamiento abstracto, en contraposición a los patrones de pensamiento concreto de la infancia, les permiten realizar tareas propias de este período, como es el establecimiento de su imagen corporal (García-Fernández y Garita, 2007).

Es por ello que la adaptación a los cambios físicos, psicosociales y contextuales, convierten a la adolescencia en un periodo de mayor vulnerabilidad para la aparición de problemas de salud, incluyendo aquellos de la esfera mental y emocional (Carvajal y Caro,

2009; citado en Gómez, Porras y Castro, 2010), en especial los relacionados con la imagen corporal, que provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Ramos et al., 2010).

Dentro de todo este contexto, es importante mencionar las implicaciones que conlleva el proceso de desarrollo adolescente para la salud, debido a los cambios fisiológicos en relación con los efectos de los cambios hormonales, generan un aumento en la talla: “Durante el estirón puberal se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta y el crecimiento ponderal (peso), viene a representar el 50% del peso ideal adulto”. A su vez, existe un aumento en el tejido graso en las mujeres con una mayor proporción que en los varones, y en cambio, en los hombres hay mayor desarrollo muscular (Iglesias-Diz, 2013, pág. 91).

Esto implica una reorganización en la concepción de su imagen corporal, que también puede verse influida por efectos de la genética y los hábitos de alimentación. Se encontró que esta preocupación se torna diferente según el sexo, es decir, mientras los chicos se preocupan por tener una imagen corporal donde predomine la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza asociados a la delgadez, en la mayoría de los casos por debajo incluso de una talla saludable (Ramos Valverde, Rivera y Moreno, 2010).

Asimismo “las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psico-social, comprendiendo cuatro aspectos: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad” (Iglesias-Diz, 2013, pág. 91).

En este momento los adolescentes pasan más tiempo con sus pares y menos con sus familias, comienzan a tener una necesidad de pertenencia y aprobación, por lo que el adolescente tiende a buscar maneras de encajar en su nuevo círculo.

En la búsqueda de aprobación, los adolescentes se encuentran muy preocupados por los aspectos físicos de sí mismos, son más conscientes de los cambios que están ocurriendo en sus cuerpos, esto aumenta la ansiedad relacionada con el cuerpo y la imagen corporal.

A su vez, “el nivel tan elevado que está llegando a tomar el descontento con la imagen corporal en los chicos, encontrándose que aproximadamente un tercio de ellos desea tener un cuerpo más delgado o fino, mientras que otro tercio desea un cuerpo más voluminoso y musculado” (Law y Peixoto, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2003, citado en Ramos Valverde, et al, 2010, pág. 78).

Unikel, Saucedo, Villatoro, y Fleiz (2002), hacen hincapié en la importancia del papel que desempeña el desarrollo de la infancia y la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal, ya que aumenta la conciencia del propio cuerpo debido a los cambios físicos radicales, la creciente introspección, la importancia que se le da al grupo de pares, los rasgos físicos y la tendencia a compararse con las normas culturales.

Además, debido a esta influencia sociocultural y el papel de los medios de comunicación masiva, que constituyen uno de los canales de transmisión del “modelo estético corporal” (Rodríguez y Cruz, 2008), se fomenta la adquisición de la idea de delgadez como un factor determinante de belleza, lo que influye en la satisfacción o insatisfacción corporal.

Vaquero, Cristóbal, Alacid, Muyor y Lopez-Miñarro (2013), hacen referencia a las repercusiones que tienen dichos estereotipos, ya que se presenta una asociación entre la percepción de la grasa corporal y una menor valoración del autoconcepto físico general.

Asimismo, se ha reportado una asociación significativa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la percepción del peso corporal (Herazo y Villamil-Vargas, 2013), en otro estudio se menciona que la insatisfacción corporal aparece directamente relacionada con el IMC, es decir, a mayor IMC, mayor insatisfacción (Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdéz, 2010).

Salazar-Mora (2008), señala que tras la insistencia en la sociedad actual por una imagen corporal delgada, no sólo implica aspectos culturales, sino dimensiones económicas y que el consumo se ha proyectado en el cuerpo humano. Una imagen física atractiva, es una condición de la vida social moderna, convirtiéndose en una norma de la cual todos quieren ser parte.

Esta valoración que le dan al cuerpo y los ideales estéticos que difunden los medios de comunicación, son en la mayoría de los casos, imágenes irreales e inalcanzables (Rodríguez y Cruz, 2008). A su vez, se considera que los adolescentes están forjando su imagen corporal a través de las experiencias, rendimientos personales, la aprobación y desaprobación de los demás (grupo de pares), lo cual está estrechamente relacionado con la autoestima.

En consecuencia, se ha observado que “la mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto y que a algunos no les gusta

lo que ven en el espejo, lo que representa un riesgo, ya que la insatisfacción con su cuerpo e imagen los lleva a buscar “soluciones” para sentirse más aceptados y mejor consigo mismos, siendo vulnerables al desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria” (Salazar-Mora, et al, 2008, pág. 68).

“El percibirse a uno mismo como obeso, cuando no es así, puede implicar un problema cognitivo que podría ser explicado a través de algún tipo de aprendizaje impuesto por las presiones sociales y culturales; y además, es que es precisamente esta autopercepción corporal lo que podría convertirse en un factor decisivo para el desarrollo de un trastorno alimentario” (Barker y Galambos, 2003; Bessenoff y Snow, 2006; Sánchez, Vila, García-Buades y Domínguez, 2005, y Stice y Whitenton, 2002, citado en Ramos Valverde, et al, 2013).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), 35% de los adolescentes entre 12 y 19 años de edad tiene sobrepeso u obesidad. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino y 34.1% en el sexo masculino.

Además se reportó que la proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%), para obesidad los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino con obesidad fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%) (Gutiérrez, et al, 2012).

Estos datos preocupan en muchos sentidos, pero más si se toma en cuenta que, con frecuencia, los adolescentes buscan conseguir la imagen que quieren mediante prácticas

alimentarias inadecuadas. En la ENSANUT (2012) se reporta que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come.

En las mujeres, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%); en los hombres, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las mujeres fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes, mientras que en los hombres prevalece principalmente la conducta de hacer ejercicio excesivo (Gutiérrez, op. cit.).

Ramos et.al., (2010), mencionan que la razón por la que los adolescentes realizan dietas o conductas para perder peso, no es tanto por su peso real, sino la percepción que tienen de su cuerpo y el grado de satisfacción con su imagen corporal.

En referencia a esto, “se ha encontrado que dichos trastornos se fundamentan en una profunda ansiedad y que puede producir estados depresivos mayores cuando fracasan los intentos por alcanzar la imagen corporal ideal” (Silva, 2001, citado en Jiménez-Cruz y Silva-Gutiérrez, 2008, pág. 96).

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta” (Vaquero-Cristóbal, et al, 2013, pág. 28). Por lo tanto, la imagen corporal no está necesariamente relacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo.

Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales, presentan una alteración en la percepción de su imagen corporal (Vaquero-Cristóbal, op. cit.) generan una percepción negativa del propio cuerpo, lo que repercute en el autoconcepto físico y estado emocional, desarrollando en el adolescente la insatisfacción corporal que a su vez favorece la presencia de conductas compensatorias, en el intento por conseguir la imagen deseada (García-Fernández, et al, 2007).

El estado emocional que se genera debido a la insatisfacción, así como las repercusiones psicológicas de las prácticas de riesgo y la preocupación excesiva por conseguir la imagen ideal, ocasiona conflictos que repercuten psicológicamente (en el estado emocional, presentando ansiedad o depresión constantes), conductualmente (conductas alimentarias de riesgo) y también en el empleo de las habilidades para la vida (por ejemplo habilidades para socializar, ser asertivo, autoeficaz, entre otras).

De acuerdo con lo anterior Trejo, Castro, Solís, Mollinedo, y Valdéz (2010), explican que el peso tiene un significado importante en la autoestima y el bienestar de los adolescentes, los medios de comunicación prometen a las mujeres de bajo peso y de figura esbelta una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito.

Estos mismos autores mencionan que, sentirse insatisfecho con la imagen corporal, puede ser causa de problemas emocionales en la adolescencia y juventud, ya que esto está asociado a una baja autoestima, sentimiento de ineficacia, inseguridad, depresión, ansiedad, inadecuación social y autoevaluación negativa.

Es fácil observar la influencia del peso, en la satisfacción corporal y a su vez cómo esto repercute en el comportamiento (conductas alimentarias de riesgo) y en el estado emocional, siendo la ansiedad y la depresión algunos de los síntomas que se presentan con más frecuencia.

Ansiedad, depresión y su relación con el peso corporal en adolescentes

Se ha encontrado que los niños y adolescentes experimentan ansiedad y depresión en sus vidas al igual que los adultos, constituyendo una problemática frecuente que se ha incrementado en las últimas décadas (Czernick, Dabski, Canteros y Almirón, 2006).

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2012), reporta que la ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes, argumentando que 14.3% de las personas han sufrido ansiedad alguna vez en la vida, de los cuales el 2.3% son adolescentes, siendo éste un porcentaje considerable que afecta el desarrollo y la calidad de vida. Además se estableció una relación con la depresión, que a su vez tiene una alta prevalencia, concluyendo que el 25-50% de los adolescentes con depresión presentan ansiedad.

Con respecto a la depresión, se dice que 2.0% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. (ENEP, 2012). A su vez, la Encuesta Mexicana de Salud Mental (2013) señala que en población adolescente, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es de 7.8% (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013).

De igual forma, en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron síntomas de depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II (Veytia López, et. al, 2012).

En las últimas décadas, como ya se ha mencionado anteriormente, el modelo estético corporal, ha influido en la percepción de la propia imagen corporal, se asocia con la internalización de la delgadez, lo cual contribuye a la insatisfacción corporal (Tiggemann, 2003; Vaughan & Fouts, 2003, citado en Jiménez-Cruz, 2008).

Se ha demostrado que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la ansiedad y los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria que están asociados innegablemente al peso, tales como: las conductas alimentarias compulsivas, preocupación por el peso y la comida, dietas crónicas y la insatisfacción corporal (Villaseñor, 2013).

Se encontró que en los adolescentes con obesidad, hay una presencia evidente de sintomatología psíquica (ansiedad y depresión) y presencia de afectos intensos (agresión, sentimientos de exclusión) y a su vez dificultades para el manejo de las emociones (Carrasco, Gómez y Stafforelli, 2009).

Calderón, et al (2010) concluyeron que el 11% de los adolescentes evaluados y que presentan obesidad, mantienen niveles altos de ansiedad, lo cual repercute de manera considerable el funcionamiento del individuo.

Bravo, Espinosa, Mancilla y Tello (2011) mencionan a su vez, que la obesidad tiene una relación más estrecha con la depresión y otros trastornos anímicos, a su vez el efecto que tiene sobre las opiniones de los otros, ya que la persona obesa muchas veces es estigmatizada, lo que afecta a los adolescentes que tienen esta condición, debido a que no son aceptados y no logran pertenecer a un grupo de referencia y a cambio reciben críticas que dañan aún más su autoestima y seguridad, y mencionan:

Las personas con sobrepeso y obesidad presentan ciertas características de personalidad y repercusiones emocionales, tales como: desinterés en situaciones emocionantes, tienden a actuar pasivamente, carecen de interés para pensar de manera crítica, tienen poca paciencia, intolerancia a la crítica, baja energía para realizar actividades, son inseguros, presentan ansiedad, bajo control del enojo, pocas relaciones sociales, y rasgos depresivos (Bravo, et al., 2011).

Por esta razón, el estudio de la ansiedad y la depresión en esta población es relevante, asociado al peso corporal de los adolescentes, pues aunque muchos estudios reportan dificultades en estos estados afectivos en adolescentes con sobrepeso y obesidad, no se ha estudiado lo suficiente a la población adolescente con bajo peso para reconocer si también presentan dificultades por no lograr el ideal estético de belleza.

Habilidades para la vida y su asociación con el peso corporal en adolescentes

“Las habilidades para la vida son aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, cuya función esencial es permitir que la persona enfrente de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida diaria mediante comportamientos positivos y adaptativos. Estas habilidades comprenden tres categorías de habilidades: sociales, cognitivas y para el control de las emociones” (OMS, 1993, citado en Mangrulkar, 2001).

Las habilidades para la vida se adquieren principalmente en el hogar a través de la socialización, sin embargo, existen varios factores que influyen en este proceso, tales como el grupo de pares y los medios de comunicación (Mangrulkar et al., 2001).

Los adolescentes como ya se mencionó, experimentan diversos cambios: además de la separación del ámbito familiar, desarrollan relaciones extrafamiliares identificándose más con el grupo de amistades que con la familia, lo que los lleva a necesitar la aprobación constante de dicho grupo (Iglesias-Diz, 2013).

En este proceso de integración a un grupo, de sentirse incluidos, es probable que los adolescentes lleguen a desarrollar conductas de riesgo y ante esto, son importantes las habilidades con las que el adolescente cuente para afrontar dichas situaciones.

Mangrulkar et.al (2001), explica que través de la investigación también se ha encontrado que estas habilidades particulares son mediadores de conducta en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas enfocados al desarrollo de las habilidades para la

vida, han demostrado eficacia en retrasar el inicio del uso de drogas, previenen conductas sexuales de alto riesgo, enseñan a controlar la ira, mejoran el desempeño académico.

Aunque también se puede relacionar el contenido informativo del enfoque con aspectos de salud y nutrición por lo que resulta de interés, el saber o determinar el papel que juega en el desarrollo adolescente y la forma de responder a las exigencias o conflictos relacionados con el peso (Mangrulkar, op. cit.).

El estudio de las habilidades para la vida se ha enmarcado en la relación que estas pueden tener con problemas de salud como las adicciones (Alfaro et al., 2010) sin embargo no se ha observado la asociación que tienen con la percepción del peso corporal en adolescentes.

Bravo et al, (2011) menciona de forma indirecta que aquellos adolescentes con IMC corporal alto (sobrepeso y obesidad) presentan conflictos en el afrontamiento al estrés y no cuentan con habilidades adecuadas para enfrentarse a las críticas, la estigmatización o la solución de este tipo de conflictos, de hecho tienden a aislarse y evadir incluso actividades que les corresponde cumplir normalmente.

Asimismo se ha reportado que en personas con obesidad se han observan sentimientos de exclusión, bajo control de impulsos, un inadecuado manejo del enojo y la agresión, lo cual puede limitarlos para afrontar las consecuencias sociales que tiene la obesidad (Carrasco-Dell'Aquila et al, 2009).

Sin embargo, dado que no se ha reportado un estudio donde se comparen las habilidades para la vida que tienen adolescentes con distintos pesos corporales, se desconoce si estos

tendrán un efecto en esta población. Por ello es importante conocer las habilidades para la vida que presentan los adolescentes con distinto IMC (bajo, normal y alto) y si esto tiene relación con los índices de depresión y ansiedad que están manifestando en esta etapa.

Considerando que las habilidades para la vida, pueden promover una adecuada interacción y adaptación al medio social, un ajuste psicológico y emocional más adecuado ante los conflictos (ya sean los propios del desarrollo, del contexto o la interacción social), o por el contrario, cuando existe un pobre manejo de ellas, pueden perpetuar y/o agravar los síntomas presentados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA y JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es la etapa en donde se presentan nuevos retos en los diversos ámbitos de desarrollo (fisiológico, cognitivo, emocional y social), es considerada una etapa de crisis lo que favorece la aparición de problemas de salud física y/o mental (Carvajal y Caro, 2009, en Gómez, Porras y Castro, 2010).

Se considera que este periodo es el momento de mayor vulnerabilidad en relación a problemas de imagen corporal, los cuales provocan una mayor preocupación por la apariencia física (Ramos, et al, 2010), la percepción de la imagen corporal puede estar seriamente distorsionada, por influencia de la presión social y los medios de comunicación, creándose el deseo de delgadez (Ezquerria Cabrera, 2013).

De igual forma Rodríguez y Cruz (2008), mencionan que se va creando en los adolescentes la idea de la delgadez como un factor determinante de belleza, lo cual contribuye a la insatisfacción corporal.

Vaquero, et al, (2013), hacen referencia a las repercusiones que tienen dichos estereotipos, ya que se presenta una asociación entre la percepción de la grasa corporal y una menor valoración del autoconcepto físico general, generando un riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia.

Los adolescentes, al estar preocupados por su imagen y peso corporal, comienzan a realizar conductas poco saludables con el objetivo de reducir el peso, llevando todo ello a una dieta desequilibrada que puede afectar al estado nutricional. (Ezquerria Cabrera, op. cit.).

En México se han incrementado con el paso de los años los índices de sobrepeso y obesidad, resultando que el 35% de los adolescentes presenta alguno de estos padecimientos. Este dato resulta alarmante ya que refiere una alta prevalencia, que va en aumento, pero también por las repercusiones que tiene en la salud física y psicológica, así como en las relaciones sociales. (Gutiérrez, et al, 2012). Además se sabe que hay una asociación significativa entre la insatisfacción corporal y el IMC, por lo tanto a mayor IMC, mayor insatisfacción corporal (Trejo, et al, 2010).

Se ha reportado que los adolescentes con obesidad severa presentan mayores problemas psicológicos, encontrando que el 12%, presenta ansiedad rasgo y el 11% depresión. (Calderón, et al, 2010). A su vez (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal y Filgueira, 2013) reportan que los adolescentes con sobrepeso y obesidad, presentan mayor retraimiento y ansiedad social, así como menor autocontrol. Además (Borges, Benjet, Medina-Mora y Miller, 2010), explican que los adolescentes con bajo y alto IMC, presentan dificultades en el control de impulsos.

Por otro lado, las habilidades para la vida, pueden promover una adecuada interacción y adaptación al medio social, un ajuste psicológico y emocional más adecuado ante las exigencias del medio (Mangrulkar, op. cit.).

Cuando un adolescente se encuentra tan preocupado por lograr los parámetros establecidos en cuanto a la imagen corporal o peso ideal, es difícil que pueda establecer relaciones sociales satisfactorias, por los factores antes mencionados (se ve alterada su capacidad de manejo de emociones, se sienten tímidos o retraídos, presentan menor autocontrol), de tal forma que puede suponerse que existe relación entre el IMC, las habilidades para la vida y la presencia de ansiedad o depresión, sobre todo en adolescentes

con IMC alto, debido a su condición física; sin embargo, se cuenta con pocos estudios que evalúen la relación entre habilidades para la vida y el IMC aunque sí se tienen estudios que hablan de su relación con la ansiedad y depresión.

En este estudio se propone evaluar las habilidades para la vida de adolescentes con diferentes IMC (bajo, normal y alto) y sus niveles de ansiedad y depresión con la finalidad de obtener información que nos permita tener una idea de cómo se comportan estas variables en esta población, lo que puede ofrecer nuevos conocimientos y con esto poder sugerir una intervención adecuada, dirigida a los factores que implican mayor dificultad y conflicto para los adolescentes.

MÉTODO

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existen diferencias entre los niveles de ansiedad, depresión y habilidades para la vida en adolescentes con distinto IMC?
- ¿Qué relación se observa entre los niveles de ansiedad, depresión y habilidades para la vida y el IMC en adolescentes?

OBJETIVOS

General: Identificar si existen diferencias en los niveles de ansiedad, depresión y habilidades para la vida en adolescentes con distinto IMC (bajo, normal y alto) y la relación que existe entre dichas variables.

Específicos:

- Identificar las diferencias y la relación entre los niveles de ansiedad presentados por los adolescentes con bajo, normal y alto IMC.
- Identificar las diferencias y la relación entre los niveles de depresión, que presentan los adolescentes con bajo, normal y alto IMC.
- Identificar las diferencias y la relación en el manejo de habilidades para la vida en adolescentes con bajo, normal y alto IMC.

HIPÓTESIS

- Los adolescentes con bajo y alto IMC, tienden a presentar mayores niveles de ansiedad,
- Los adolescentes con bajo y alto IMC, tienden a presentar mayores niveles de depresión.
- Los adolescentes con bajo y alto IMC, presentan deficiencias en el uso de las habilidades para la vida a diferencia de los adolescentes con IMC Normal.
- Existe relación entre el IMC y la ansiedad, depresión y las habilidades para la vida.

TIPO DE DISEÑO

Es un estudio correlacional, ya que tiene como propósito identificar la relación entre variables y además la comparación entre grupos, es de corte trasversal porque los datos fueron obtenidos en un solo momento.

VARIABLES

DEFINICION CONCEPTUAL

a) Variable Independiente

Índice de Masa Corporal:

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) (OMS, 2016).

b) Variables Dependientes

Ansiedad:

Spielberger (1980) señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo por ello cambios físicos y conductuales en el sujeto.

En este caso se evaluará únicamente la Ansiedad Rasgo (A-Rasgo), que se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger, 1969).

Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2013).

Habilidades para la vida

Son aquellas competencias personales necesarias para la promoción de la salud, cuya función esencial es permitir que la persona enfrente de manera efectiva las demandas y desafíos de la vida diaria mediante comportamientos positivos y adaptativos (OMS, 1993, citado en Mangrulkar, 2001).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

a) Variable Independiente

Índice de Masa Corporal (IMC): Se evalúa por medio de la tablas de la OMS para el IMC de niños y adolescentes de 5 a 18 años, (OMS, 2007). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

IMC menor a 18.5 "bajo peso"

IMC entre 18.5 y 24.9 " peso normal"

IMC entre 25 y 29.9 "sobrepeso".

IMC de 30 o superior "obesidad"

b) Variables Dependientes

Ansiedad: Se evalúa por medio del Inventario Rasgo-Estado (IDARE), adaptado en México por Spielberger, A y Díaz-Guerrero, 1975. Se utilizó únicamente la escala de Ansiedad.-Rasgo.

Depresión: Se evalúa por medio de la Escala breve de Depresión-rasgo para adolescentes (EDA) de Silva y Jiménez-Cruz (2016), en prensa.

Habilidades para la vida: Se evalúa por medio del Cuestionario de Habilidades para la vida de Andrade, Alfaro, Sánchez, Pérez de la Barrera, y Montes de Oca (2010).

PARTICIPANTES

El grupo estuvo constituido por 166 adolescentes de nivel escolar medio superior, de escuelas públicas de la Ciudad de México y Zona Metropolitana, de entre 14 y 18 años los cuales se eligieron de manera intencionada, 85 son mujeres y 81 son hombres y se distribuyen de acuerdo a su IMC de la siguiente manera:

54, con IMC Bajo

57, con IMC Normal

55, con IMC Alto (sobrepeso y obesidad)

INSTRUMENTOS

ANSIEDAD

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE): Es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory de Spielberger, A, 1970), dicha adaptación fue realizada en México por Spielberger, A. y Díaz-Guerrero, R (1975).

Está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas de 20 afirmaciones cada una que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad, los participantes contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4: A) La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) teniendo las siguientes categorías de respuesta:

1. No en absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho y B) La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado): Teniendo para esta, las siguientes categorías: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

Para la validación en población mexicana se aplicó a 377 estudiantes de bachillerato de los primeros años, obteniendo un Alfa de Cronbach de .89 (Varones) y .92 (mujeres) para A-Rasgo y de .86 (varones) a .92 (mujeres) para A-Estado. En este trabajo se utilizará únicamente la escala de Ansiedad-Rasgo.

DEPRESIÓN

Escala breve de depresión-rasgo para adolescentes (EDA) de Silva y Jiménez-Cruz, 2016 (en prensa):

Fue desarrollada en México por las autoras antes mencionadas, para evaluar depresión rasgo. Consta de 5 reactivos en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en los que el sujeto tiene que elegir la opción que mejor describa lo que piensa o generalmente, hace ($\alpha = .71$). Se correlacionó con el Inventario de Depresión de Beck, obteniéndose una $r=.587$, $p>.01$.

HABILIDADES PARA LA VIDA

Cuestionario de Habilidades para la vida de Andrade, Alfaro, Sánchez, Pérez de la Barrera, y Montes de Oca (2010).

Diseñado y validado para evaluar las habilidades para la vida en una muestra de 5.651 estudiantes de un bachillerato público de la Ciudad de México, el cual consta de 36 reactivos tipo *Likert* con cuatro opciones de respuesta: “Siempre”, “Pocas veces” “Muchas veces” y “Nunca”, utilizando una versión de 5 factores con valores propios superiores a uno, que explican el 49.087% de la varianza total de la prueba.

Los reactivos de cada factor tienen un peso igual o mayor a .40. De igual manera cada factor fue sometido a la prueba estadística *alpha de Cronbach* para analizar su consistencia interna. Los factores obtenidos de habilidades para la vida: planeación del futuro ($\alpha=.76$ con 6 reactivos), autocontrol ($\alpha=.74$ con 7 reactivos), asertividad ($\alpha=.77$ con 7 reactivos), expresión de emociones ($\alpha=.77$ con 5 reactivos), manejo del enojo ($\alpha=.70$ con 6 reactivos).

PROCEDIMIENTO

Para esta investigación, los participantes fueron agrupados, de acuerdo al peso y talla, que ellos mismos reportaron, esto de acuerdo a las clasificaciones de la OMS (2007) para el IMC en niños y adolescentes de 5 a 18 años (Anexo 2), ya que se ha visto que estos guardan una adecuada relación respecto a las medidas reales de los adolescentes (Gondim y cols., 2006; Martínez y cols., 2013; Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón, 2006).

Se realizó una aplicación grupal de los instrumentos previamente mencionados, con el previo consentimiento informado de las autoridades y de los alumnos participantes (Anexo 1). Una vez que se obtuvieron los datos, se procedió a organizar la información de cada participante y a capturar sus puntajes en una base de datos de SPSS (versión 20), para su posterior análisis e interpretación.

RESULTADOS

En este estudio participaron un total de 166 adolescentes, de los cuales 85 son mujeres y 81 son hombres, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años ($X= 15$).

Los participantes fueron clasificados en tres grupos de acuerdo con su Índice de Masa Corporal, de la siguiente forma: 54 participantes se incluyeron en el grupo de IMC bajo, (32.5% de la muestra total), 57 participantes representaron el grupo con IMC normal (34.3 % de la muestra total), y 55 de los participantes se agruparon en el grupo con IMC alto (33.1% de la muestra total).

Para comparar las medias grupales de los puntajes en las variables evaluadas se realizó una ANOVA y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (IMC bajo, IMC normal e IMC alto), en los índices de depresión: ($F (2,162) =5.057$, $p=.007$), en habilidades para la vida, únicamente en expresión de emociones ($F (2,163) =5.539$, $p=.005$), planeación del futuro ($F (2,160) =5.660$, $p= .004$), y en el manejo del enojo ($F (2, 161) =5.104$, $p=.007$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad, ($F (2,162) = 2.666$, $p=.073$), ni en la asertividad ($F (2,164) =707$, $p=.495$) y autocontrol ($F (2,165) =1495$, $p=.227$), estos datos se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 1. *Resultados y promedios de la ANOVA en los 3 grupos*

	IMC BAJO		IMC NORMAL		IMC ALTO		F	P
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
DEPRESION	8.85	2.27	9.38	2.30	10.29	2.55	5.057*	.007*
ANSIEDAD	40.12	9.38	41.58	9.52	44.70	11.84	2.666	.073
ASERTIVIDAD	17.92	3.65	18.16	3.32	17.36	3.83	707	.495
AUTOCONTROL	15.70	3.16	15.52	3.56	14.76	3.27	1.495	.227
EXPRESION DE EMOCIONES	15.07	3.22	15.26	3.19	13.30	3.70	5.539*	.005*
PLANEACION DEL FUTURO	18.85	3.69	19.65	3.30	17.13	4.81	5.660*	.004*
MANEJO DEL ENOJO	13.50	2.06	11.95	2.83	12.36	2.79	5.104*	.007*

* Valor de $p \leq .05$

Posteriormente se realizó la prueba posthoc de Tukey para identificar como son las diferencias encontradas entre los grupos (Tabla 2) y se encontró lo siguiente:

En la variable depresión: El grupo con IMC bajo, resultó con una diferencia significativa respecto al grupo con IMC alto ($p \leq .05$). Siendo los adolescentes con IMC alto los que presentan mayor tendencia a la depresión relacionada con baja autoestima y desesperanza.

En la variable, expresión de emociones: El grupo con IMC normal, presenta una diferencia significativa frente al grupo con IMC alto ($p \leq .05$), y el grupo con IMC bajo con respecto al grupo con IMC alto ($p \leq .05$). Por lo tanto se puede observar que los adolescentes con IMC alto, presentan mayor dificultad en la expresión de emociones, respecto a los grupos de IMC normal y bajo, lo que puede afectar sus niveles de tensión, estrés o agresión ya que presentan dificultades al momento de regular sus emociones y maneras de expresarlo.

En la variable de planeación del futuro: Existe una diferencia significativa entre los adolescentes con IMC normal e IMC alto ($p \leq .05$). Es decir, las dificultades emocionales e interpersonales que presentan los adolescentes con IMC alto se relacionan con un déficit en el desarrollo de metas a futuro, ya que pueden tener autoestima baja, sentimientos de rechazo, poca confianza en sí mismos, entre otras.

Finalmente en la variable de manejo del enojo: Se encontró una diferencia significativa entre el grupo con IMC bajo y el grupo con IMC normal ($p \leq .05$). En este caso los adolescentes con IMC bajo son los que presentan un nivel más alto en la variable de manejo del enojo, presentando un mejor desempeño en esta habilidad.

En el resto de las variables no se mostraron diferencias estadísticamente significativas, estos resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 2. *Prueba Posthoc de Tukey*

	<u>IMC bajo vs. Normal</u>		<u>IMC normal vs. alto</u>		<u>IMC alto vs. Bajo</u>	
	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Depresión	.529	.484	.916	.110	1.445*	.006
Expresión de emociones	.189	.953	1.961*	.008	1.772*	.020
Planeación del futuro	.802	.558	2.521*	.004	1.719	.070
Manejo del enojo	1.555*	.006	.418	.676	1.136	.064

* Valor de $p \leq .05$

Además, para conocer la relación y contribución de las variables a la varianza explicada del IMC, es decir, cual es la que influye más sobre el IMC, se aplicó un análisis de regresión lineal múltiple por el método de pasos sucesivos (Stepwise), y se encontró que la variable expresión de emociones ($R^2=.054$) resultó ser la que explica con mayor precisión al IMC de los adolescentes en los distintos grupos conformados, tal como se muestra en la Tabla 3.

TABLA 3. *Resultados de la Regresión lineal por método Stepwise*

Predictor	R ²	β (tip)	ΔR^2	<u>IC 95%</u>	
				Límite inferior	Límite superior
Paso 1. Expresión de emociones.	.054	-.232	.054**	-2.215	-.394

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que existen diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos de estudio (IMC bajo, IMC normal e IMC alto), particularmente en depresión, así como en las habilidades para la vida, tales como: expresión de emociones, planeación del futuro y manejo del enojo, las cuales juegan un papel importante en el proceso de adaptación a los cambios característicos de la adolescencia y son los que pueden promover un mejor ajuste social y psicológico para enfrentar los conflictos y desafíos de esta etapa del desarrollo.

Como se mencionó previamente, la desviación del peso normal en personas de bajo peso y con sobrepeso, se ha asociado con patologías alimentarias, problemas psicológicos y sociales de consecuencias significativas para la vida del adolescente (Hidalgo-Rasmussen y Hidalgo-San Martín, 2011). Esto puede relacionarse con la insatisfacción corporal que genera, ya que la persona comienza a realizar conductas nocivas para la salud, con el fin de modificar su imagen para buscar el ideal de belleza (Vázquez et al., 2011).

En esta investigación, en cuanto a la depresión se encontró que las diferencias más significativas es entre los grupos de IMC alto y bajo, determinando así la influencia del IMC en el desarrollo de estados depresivos en adolescentes con IMC elevado, ya que son más susceptibles a la crítica y al estigma. Maganto y Cruz (2008, en Ríos Osornio, 2014), mencionan que debido al modelo cultural de delgadez, a las personas con obesidad se les asocian connotaciones como la falta de voluntad y carácter, por lo tanto se refuerza la insatisfacción de estas personas con su imagen corporal y la autoestima baja.

En otras investigaciones se menciona que los adolescentes con obesidad, comúnmente manifiestan problemas en el área afectiva y cognitiva, como: baja autoestima y pobre autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal, observándose una deteriorada imagen de sí mismo y una baja expectativa frente a la eficacia y el logro (Bravo del Toro, et al, 2011), esto provoca que estos chicos, prefieran evitar las relaciones sociales, por miedo al fracaso, inseguridad y a su vez por la insatisfacción con su propio cuerpo.

Por lo tanto los adolescentes con obesidad, responden con vergüenza, pena y culpa, por lo que muchos de ellos experimentan repetidos fracasos para controlar su peso y esta carga o tensión emocional, puede afectar la calidad de vida general de los jóvenes y en casos más extremos puede desembocar en una depresión clínica (Bravo del Toro, et al, 2011).

En la población de adolescentes con obesidad, se observa en primer lugar, la presencia de sintomatología psíquica (ansiedad y depresión), en segundo lugar la presencia de afectos intensos (agresión, sentimientos de exclusión), pero a su vez la dificultad de tolerancia de sus afectos (uso de mecanismos defensivos para disociarlos) (Carrasco-Dell'Aquila, et al., 2009).

En referencia a esto Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín (2011) mencionan que se puede asociar el IMC alto y el IMC bajo, con una menor calidad de vida en adolescentes, al contrario que en adolescentes con un IMC normal.

En las variables de habilidades para la vida: Se encontró que el grupo de IMC normal, presenta una mejor habilidad para expresar sus emociones, en comparación con los de IMC Alto. En relación con esto (Betina, Caballero, Salazar, Sal y Filgueira, 2015) indican que se

observa una tendencia en los adolescentes con obesidad y sobrepeso, a mostrar habilidades sociales del estilo inhibido (retraimiento, el desvalía y pasividad, así como baja tolerancia a la frustración y bajo autocontrol).

En cambio, se encontró que los adolescentes con un IMC más cercano al normal, tienden a ser más expresivos y buscar el contacto con otras personas ya que se sienten más seguros para establecer relaciones sociales. Este hallazgo se corrobora con lo reportado por Guzmán, Castillo y García (2010), ellos encontraron que en las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos (negativos) en los individuos con IMC alto (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con IMC normal.

Asimismo, en la categoría de planeación del futuro, al comparar las medias resultó haber diferencias entre el grupo de IMC normal y el grupo de IMC alto, teniendo en cuenta que al presentar mayores niveles de depresión, los adolescentes con IMC alto, tienden a tener pensamientos más negativos con respecto a sí mismos, sus relaciones y el futuro, tienen menos confianza en sí mismos, lo que repercute en el establecimiento de metas personales, presentando mayor desesperanza o incertidumbre hacia lo que ocurrirá en el futuro.

En la variable de Manejo del enojo, se encontró que la diferencia más significativa fue entre el grupo de IMC bajo y el grupo con IMC normal. Los adolescentes con IMC bajo son los que presentan un mejor manejo de esta habilidad.

En relación con este hallazgo, se puede explicar este resultado considerando que el estereotipo corporal más aceptado socialmente es el de un cuerpo delgado como sinónimo de belleza, por lo tanto entre más delgado mayor aceptación, además, debido a que no se

trabajó con población clínicamente diagnosticada con algún trastorno de conducta alimentaria, no se puede asegurar que el tener un IMC bajo, sea un factor determinante para el desarrollo de los mismos o de algún otro problema emocional en este grupo.

Continuando con esta idea, Valles Casas (2013), afirma que las actitudes hacia la imagen que las personas tienen de su cuerpo, constituyen un elemento de análisis en los trastornos de la conducta alimentaria, ya que hay una relación positiva entre la apariencia física y la satisfacción corporal, por lo tanto, se podría inferir que los adolescentes con IMC normal o más cercano al normal se sienten más satisfechos con su imagen y peso, porque es más cercano al ideal corporal.

Esto se corrobora en los resultados de esta investigación donde el grupo de adolescentes con IMC normal, e incluso los de IMC bajo, muestran menores niveles de depresión, mayor expresión de emociones y como ya se mencionó mayor manejo del enojo (en el caso de los últimos), a diferencia de los de IMC Alto.

En cuanto a los resultados que se hallaron en la regresión lineal, la variable que resultó ser la que explica mejor al IMC, es la expresión de emociones, es decir, es la variable con la que hay una relación más fuerte, siendo ésta la que puede promover un mejor ajuste psicológico y social. Valles Casas (2013), reafirman que la obesidad se vincula con: baja autoestima, escaso control de impulsos, temor a no ser aceptado, inadaptación social, bloqueos afectivos, pasividad, sumisión, inseguridad y sentimientos de culpa, lo que apoya la idea de las dificultades que tienen para relacionarse y adecuarse al contexto en el que se desenvuelven.

CONCLUSIONES

De acuerdo a toda la información recabada en este trabajo, se encontró que el tema de la imagen corporal es muy importante en la etapa de la adolescencia, puede llegar a influir en diversos ámbitos de desarrollo de manera negativa, de igual forma el papel de los medios de comunicación y el ideal estético corporal que se ha promovido socioculturalmente, los cuales son en la mayoría de los casos, imágenes irreales e inalcanzables (Rodríguez y Cruz, 2008).

Esto es importante debido a que como se mencionó anteriormente los adolescentes buscan aceptación y pertenencia a un grupo y con ello interiorizan normas y estándares establecidos por la sociedad.

Tal como es mencionado por Herazo y Villamil-Vargas (2013), reportaron una asociación significativa entre el Índice de Masa Corporal y la autopercepción del peso corporal, este dato nos habla acerca de la importancia que tiene la imagen y la percepción que tienen los adolescentes de su cuerpo.

Ahora bien, se ha encontrado en este estudio que todo este contexto repercute a nivel psicológico, se llega tener pensamientos negativos respecto al propio cuerpo, la insatisfacción crece, así que el adolescente comienza a presentar síntomas a nivel emocional que pueden ir desde baja autoestima, inseguridad, hasta el desarrollo de síntomas más complejos como la ansiedad y la depresión.

Posteriormente, el adolescente puede llegar a presentar conductas compensatorias, en la búsqueda del cuerpo y la imagen que desea, lo cual puede repercutir de manera negativa la

salud física y mental, provocados por una alimentación inadecuada y el uso de productos para bajar de peso, hasta el punto de desarrollar problemas como los trastornos de la conducta alimentaria y estados depresivos mayores.

Se observó que los adolescentes, con IMC Alto, son los que muestran mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo, sin embargo en grupos de adolescentes de IMC bajo que respondieron afirmativamente a la práctica de este tipo de conductas, también representan un grupo que merece atención, ya que quizá éstas estén siendo motivadas por la distorsión de la percepción del propio cuerpo (por verse más obesos de lo que realmente son) (Hidalgo-Rasmussen e Hidalgo-San Martín, 2011).

Estos hallazgos permiten concluir que la mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto, esto es un riesgo, pues la insatisfacción con su cuerpo e imagen, como todos los factores mencionados los hace vulnerables al desarrollo de algún trastorno de la conducta alimentaria (Salazar Mora, et al, 2008).

En referencia a esto, se sugiere para el tratamiento psicológico de adolescentes con problemas de peso (alto o bajo IMC), realizar intervenciones enfocadas a la salud física y emocional.

En primer lugar, respecto a la educación emocional, se debe trabajar en el desarrollo y manejo de habilidades que fomenten un mejor desarrollo psíquico, emocional y social, en este sentido sería viable trabajarlo bajo el enfoque de habilidades para la vida, con el desarrollo de habilidades sociales, emocionales y cognitivas, que favorezcan el

enfrentamiento a los desafíos propios de la adolescencia y sobre todo los relacionados con la imagen y peso corporales.

Además con esta población se observa la necesidad de intervenir específicamente, con los efectos de la depresión y reforzar la expresión adecuada de las emociones, pues de acuerdo con los datos este es un factor relevante que puede determinar sus hábitos de autocuidado y por consecuencia su IMC.

Respecto a la salud física, se puede brindar la atención e información adecuada para fomentar el autocuidado y derivado de esto las estrategias de alimentación y actividad física necesarias para lograr y mantener el IMC acorde a su edad y con esto, favorecer su desarrollo en general.

Mangrulkar (2001) explica que el enfoque de habilidades para la vida ha permitido la incorporación de ciertos contenidos en un programa de habilidades, tales como: modificación de percepciones, estereotipos, estadísticas comunitarias, información de salud, e información sobre cómo buscar ayuda o recursos en la comunidad.

A su vez, menciona que se puede relacionar el contenido informativo del enfoque con aspectos de salud y nutrición (alimentos saludables, ejercicio/deportes, prevención de la anemia y deficiencia de hierro, desórdenes en la alimentación, imagen corporal).

Por lo tanto el enfoque de habilidades para la vida, puede emplearse para implementar un programa que aporte solución a los conflictos de los adolescentes que presentan, dificultades emocionales, conductuales y sociales derivados de la interacción con el peso y la imagen corporales.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Finalmente se reconoce que el estudio tuvo algunas limitaciones, por ejemplo que no se evaluó a población clínicamente diagnosticada con algún trastorno de la conducta alimentaria, por ello es complicado afirmar que los adolescentes con IMC bajo están en riesgo de presentar dichos trastornos.

En futuras investigaciones se recomienda además evaluar otros factores que pudieran estar relacionados con el IMC y que no se contemplaron en este estudio, pues la probabilidad de influencia que tuvo la expresión emocional sobre el IMC aún es baja y sería interesante reconocer qué otras variables psicosociales tienen influencia sobre el IMC en adolescentes.

REFERENCIAS

Andrade, P; Alfaro, L.B; López, A; Pérez, C; Sánchez, M.E. (2008). *Habilidades para la vida. Manual del profesor. Programa de prevención de Adicciones en el Bachillerato de la UNAM.* Universidad Nacional Autónoma de México.

Alfaro, L.B; Sánchez, M.E, Andrade, P; Pérez, C; Montes de Oca, A. (2010). *Habilidades para la vida, consumo de tabaco y alcohol en adolescentes.* Revisa española de drogodependencias. Vol.35 (1):67-77.

Betina, A., Caballero, S.V., Salazar, R., Sal, J., Filgueira, J. (2013). *Déficits Sociales en Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad.* Revista Ciencias Psicológicas; Vol. VII (1): 25-32.

Betina, A., Caballero, S.V., Salazar, R., Sal, J., Filgueira, J; Marcelo, A; Fernández, N, Díaz, Y. (2015). *Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad.* Revista Psicología y Salud, Vol. 25, Núm. 1: 5-14.

Berenzon, S., Lara., M.A, Robles., R, Medina-Mora, E. (2013) *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México.* Salud Pública de México; Vol. 55(1):74-80.

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.A., Miller, M. (2010). *Body mass index and its relationship to mental disorders in the Mexican Adolescent Mental Health Survey.* Salud Pública de México. Vol. 52, no. 2. México, D.F.

Bravo Del Toro, A; Espinosa, T; Mancilla, L.N; Tello, M; (2011) *Rasgos de personalidad con pacientes con obesidad.* Enseñanza e Investigación en Psicología. VOL. 16 (1): 115-123.

Calderón C., Forns M., Varea, V. (2010). *Implicación de la ansiedad y depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad.* Revista Nutr Hosp. Vol 25, no.4. Barcelona, España.

Carrasco-Dell'Aquila, D; Gómez, E; Staforelli, A (2009). *Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales*. Revista terapia psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Vol. 27, N° 1, 143-149.

Czernick, G.E., Dabski, M., Canteros, J., Almirón, L. (2006). *Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la Ciudad de Corrientes*. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 162 (Latindex). Corrientes, Argentina.

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes. (2012). Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". WMHS-OMS. México, pág. 44.

Fernández, G; González, Ma. A. (2013). *Influencia del peso en el estado de ánimo, la autoestima y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes*. Universidad Pontificia de Salamanca, Conference: VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica DOI: 10.13140/2.1.2100.1922.

García L; Garita, E. (2007). *Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses*. Costa rica, Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud. Vol. 5, N°1.

Gómez, A. Porras, C. Castro, C. (2010). *Relación de las estrategias de Afrontamiento con los niveles de Depresión en las Adolescentes Escolarizadas*. Tesis de Licenciatura. Universidad de la Sabana, Colombia. Pág.109.

Gómez-Perezmitré, G. y Saucedo-Molina, T.J. (1997). *Validez diagnostica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos*. Acta Pediátrica de México: 18 (3):103-107.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A. Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. 2da Edición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

Herazo, E., Villamil-Vargas, M. (2013). *Relación entre síntomas depresivos, Índice de Masa Corporal y autopercepción del peso en adolescentes escolares*. Salud Uninorte. 29 (3): 368-373. Barranquilla, Colombia.

Hidalgo-Rasmussen Carlos; Ramírez-López G; Montaña, R; Hidalgo-San Martín, A. (2012). *Sobrepeso medido por IMC o percibido y comportamientos de control del peso en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México*. Archivos Latinoamericanos de Nutrición Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición. IMSS, México. Vol. 62 N° 1, 2012.

Hidalgo-Rasmussen, C; Hidalgo-San Martín. (2011) *Percepción del peso corporal, comportamiento de control de peso y calidad de vida en adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria*. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. Vol.2: 71-81.

Jiménez-Cruz, B. E. y Silva-Gutiérrez, C. (2008). *Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias*. Revista Mexicana de Psicología, 25 (1), 89-98.

Iglesias Diz, JL. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Santiago de Compostela. Pediatría Integral 2013; XVII (2): 88-93.

Lacunza, B; Caballero, V; Cordero, L; Sal, J; Salazar, R; Filgueira, J. (2010) *Identificación temprana de factores de riesgo desde un abordaje interdisciplinario: Conductas Alimentarias de riesgo y déficits de socialización en adolescentes tucumanos*. Revista Psico diagnóstico – Vól: 20:99-112.

Mangrulkar, L; Whitman, V; Posner Marc (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Programas de Salud y Desarrollo Humano, OPS (SDH). División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Adolescencia. Pp. 1-65.

Medrano-Vázquez, M., Rojas-Russell, E., Serrano-Alvarado, K., Flórez-Alarcón, L., Aedo-Santos, A., & López-Cervantes, M. (2014). *Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad*. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 13-22.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *Sobrepeso y Obesidad*. Nota descriptiva N°311. Sitio Web. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Recuperado el 12 de Diciembre 2016.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Informe sobre salud en el mundo: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. *La depresión* (2013). Nota descriptiva N°369. Sitio Web. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> Recuperado el 20 de septiembre, 2013.

Ramos P, Rivera F, Moreno C. (2012). *Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles*. *Psicothema*; Vól. 22: 77-83.

Ríos, M.R; Osornio, L. (2014). *Perfil emocional, obesidad percibida vs IMC y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. *Revista Alternativas en Psicología*. Tercera Época. Año XVII. Número 2: 150-164.

Ramos Valverde, P., Rivera de los Santos, F., y Moreno C. (2010). *Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles*. Sevilla, España. *Psicothema* 2010. Vol. 22, nº 1, pp. 77-83.

Rodríguez S, Cruz S. *Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas* (2008) *Psicothema*; Vol. 20: 131-7.

Salazar-Mora, Z, (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Revista Reflexiones*, Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica. Vol. 87, Núm. 2: 67-80.

Silva Gutiérrez, C, Jiménez-Cruz, B. (2016). *Construcción de una Escala Breve de Depresión Rasgo para Adolescentes*. *Acta de Investigación Psicológica*, Volúmen 6, Issue 1, págs. 2317–2324.

Silva-Gutiérrez, C, Jiménez-Cruz, B (2008). *Niveles de ansiedad y depresión tras la exposición breve a imágenes publicitarias en relación con el índice de masa corporal y las actitudes hacia el peso y la alimentación en un grupo de mujeres universitarias*. *Revista Mexicana de Psicología*, Volúmen 25, Número 1: 89-98.

Trejo Ortiz, P; Castro, D; Facio Solís, A; Mollinedo, F; Montano, I; Valdez, G. *Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes*. *Revista Cubana de Enfermería*, Vól. 26 (3): 144-154.

Unikel, C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, J., Fleiz, C. (2002). *Conductas alimentarias de riesgo y distribución del IMC en estudiantes de 13 a 18 años*. *Salud Mental*.Vol.25, No.2., México, D.F.

Vaquero-Cristóbal, R; Alacid, F; Muyor, J.A; Lopez-Miñarro, P.A. (2013). *Imagen corporal; revisión bibliográfica*. *Nutr Hosp*: 28(1):27-35. Murcia, España.

Valles Casas, M. (2013). *La imagen corporal: Programas preventivos sobre los trastornos de la conducta alimentaria*. Universidad Castilla de la Mancha. Tesis Doctoral: Depto. de Psicología.

Veytia, M; González, N; Andrade P; Oudhof, H. (2012). *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. *Revista Salud Mental*; Vol. 35:37-43.

Villaseñor Castellanos, T. (2013). *Relación entre depresión, ansiedad y estrés con conductas alimentarias de riesgo en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



México D.F., a _____ de _____ del 20_____.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Participantes)

Sé que el propósito de mi participación en este estudio es: obtener información sobre la salud emocional de los estudiantes y han contestado mis dudas al respecto.

Estoy informado de que la información que aquí se genere tiene un carácter estrictamente confidencial y que su uso únicamente tiene fines estadísticos; y estoy de acuerdo.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

Anexo 2. Tablas Normalizadas de la OMS, 2007 para el Índice de Masa Corporal por edad.

Tablade IMC Para la Edad, de NIÑAS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 to < -2 SD (IMC)	Normal ≥ -2 to ≤ +1 SD (IMC)	Sobrepeso > +1 to ≤ +2 SD (IMC)	Obesidad > +2 SD (IMC)
5:1	menos de 11.8	11.8–12.6	12.7–16.9	17.0–18.9	19.0 o más
5:6	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–16.9	17.0–19.0	19.1 o más
6:0	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–17.0	17.1–19.2	19.3 o más
6:6	menos de 11.7	11.7–12.6	12.7–17.1	17.2–19.5	19.6 o más
7:0	menos de 11.8	11.8–12.6	12.7–17.3	17.4–19.8	19.9 o más
7:6	menos de 11.8	11.8–12.7	12.8–17.5	17.6–20.1	20.2 o más
8:0	menos de 11.9	11.9–12.8	12.9–17.7	17.8–20.6	20.7 o más
8:6	menos de 12.0	12.0–12.9	13.0–18.0	18.1–21.0	21.1 o más
9:0	menos de 12.1	12.1–13.0	13.1–18.3	18.4–21.5	21.6 o más
9:6	menos de 12.2	12.2–13.2	13.3–18.7	18.8–22.0	22.1 o más
10:0	menos de 12.4	12.4–13.4	13.5–19.0	19.1–22.6	22.7 o más
10:6	menos de 12.5	12.5–13.6	13.7–19.4	19.5–23.1	23.2 o más
11:0	menos de 12.7	12.7–13.8	13.9–19.9	20.0–23.7	23.8 o más
11:6	menos de 12.9	12.9–14.0	14.1–20.3	20.4–24.3	24.4 o más
12:0	menos de 13.2	13.2–14.3	14.4–20.8	20.9–25.0	25.1 o más
12:6	menos de 13.4	13.4–14.6	14.7–21.3	21.4–25.6	25.7 o más
13:0	menos de 13.6	13.6–14.8	14.9–21.8	21.9–26.2	26.3 o más
13:6	menos de 13.8	13.8–15.1	15.2–22.3	22.4–26.8	26.9 o más
14:0	menos de 14.0	14.0–15.3	15.4–22.7	22.8–27.3	27.4 o más
14:6	menos de 14.2	14.2–15.6	15.7–23.1	23.2–27.8	27.9 o más
15:0	menos de 14.4	14.4–15.8	15.9–23.5	23.6–28.2	28.3 o más
15:6	menos de 14.5	14.5–15.9	16.0–23.8	23.9–28.6	28.7 o más
16:0	menos de 14.6	14.6–16.1	16.2–24.1	24.2–28.9	29.0 o más
16:6	menos de 14.7	14.7–16.2	16.3–24.3	24.4–29.1	29.2 o más
17:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.5	24.6–29.3	29.4 o más
17:6	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.6	24.7–29.4	29.5 o más
18:0	menos de 14.7	14.7–16.3	16.4–24.8	24.9–29.5	29.6 o más

Tabla de IMC Para la Edad, de NIÑOS de 5 a 18 años (OMS 2007)

Edad (años:meses)	Desnutrición severa < -3 SD (IMC)	Desnutrición moderada ≥ -3 to < -2 SD (IMC)	Normal ≥ -2 to $\leq +1$ SD (IMC)	Sobrepeso > +1 to $\leq +2$ SD (IMC)	Obesidad > +2 SD (IMC)
5:1	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.6	16.7-18.3	18.4 o más
5:6	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.7	16.8-18.4	18.5 o más
6:0	menos de 12.1	12.1-12.9	13.0-16.8	16.9-18.5	18.6 o más
6:6	menos de 12.2	12.2-13.0	13.1-16.9	17.0-18.7	18.8 o más
7:0	menos de 12.3	12.3-13.0	13.1-17.0	17.1-19.0	19.1 o más
7:6	menos de 12.3	12.3-13.1	13.2-17.2	17.3-19.3	19.4 o más
8:0	menos de 12.4	12.4-13.2	13.3-17.4	17.5-19.7	19.8 o más
8:6	menos de 12.5	12.5-13.3	13.4-17.7	17.8-20.1	20.2 o más
9:0	menos de 12.6	12.6-13.4	13.5-17.9	18.0-20.5	20.6 o más
9:6	menos de 12.7	12.7-13.5	13.6-18.2	18.3-20.9	21.0 o más
10:0	menos de 12.8	12.8-13.6	13.7-18.5	18.6-21.4	21.5 o más
10:6	menos de 12.9	12.9-13.8	13.9-18.8	18.9-21.9	22.0 o más
11:0	menos de 13.1	13.1-14.0	14.1-19.2	19.3-22.5	22.6 o más
1:6	menos de 13.2	13.2-14.1	14.2-19.5	19.6-23.0	23.1 o más
12:0	menos de 13.4	13.4-14.4	14.5-19.9	20.0-23.6	23.7 o más
12:6	menos de 13.6	13.6-14.6	14.7-20.4	20.5-24.2	24.3 o más
13:0	menos de 13.8	13.8-14.8	14.9-20.8	20.9-24.8	24.9 o más
13:6	menos de 14.0	14.0-15.1	15.2-21.3	21.4-25.3	25.4 o más
14:0	menos de 14.3	14.3-15.4	15.5-21.8	21.9-25.9	26.0 o más
14:6	menos de 14.5	14.5-15.6	15.7-22.2	22.3-26.5	26.6 o más
15:0	menos de 14.7	14.7-15.9	16.0-22.7	22.8-27.0	27.1 o más
15:6	menos de 14.9	14.9-16.2	16.3-23.1	23.2-27.4	27.5 o más
16:0	menos de 15.1	15.1-16.4	16.5-23.5	23.6-27.9	28.0 o más
16:6	menos de 15.3	15.3-16.6	16.7-23.9	24.0-28.3	28.4 o más
17:0	menos de 15.4	15.4-16.8	16.9-24.3	24.4-28.6	28.7 o más
17:6	menos de 15.6	15.6-17.0	17.1-24.6	24.7-29.0	29.1 o más
18:0	menos de 15.7	15.7-17.2	17.3-24.9	25.0-29.2	29.3 o más