

48
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO E
IMAGEN CORPORAL: ALTERACIÓN,
SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN, Y SU
RELACIÓN CON NIVEL SOCIOECONÓMICO
Y SEXO, EN ADOLESCENTES".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :

HERRERA GONZÁLEZ ANGÉLICA MARÍA.

HERRERA GONZÁLEZ GENOVEVA.

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ.

SINODALES:

MTRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ.

MTR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA.

MITRO. SOTERO MORENO CAMACHO.

LIC. LILIA JOYA LAUREANO.



MÉXICO, D.F.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SECRETARÍA GENERAL

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Agradecimientos.

- ❖ *A DIOS por darme la oportunidad de seguir viviendo, porque nunca me dejas sola, por ayudarme siempre a salir adelante y por todo lo que me has dado, GRACIAS.*
- ❖ *A mi Mamá, que siempre te llevo en mi pensamiento y que sé que desde donde te encuentres estas con nosotras, guiándonos y apoyándonos en todo momento.*
- ❖ *A mi Papá, por todo tu amor, por tus sabias enseñanzas, por tu apoyo incondicional, por tu preocupación por mí, por tu confianza y principalmente por ser mi Padre.*
- ❖ *A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la gran oportunidad de formar parte de ella, así como de conocer a todos aquellos Profesores que me enseñaron tanto y de los cuales tanto aprendí. Es para mí un gran orgullo ser egresada de esta gran Universidad*
- ❖ *A todos aquellos Profesores que inculcaron en mí el deseo de aprender día con día y a los cuales nunca olvidare como una forma de agradecimiento.*
- ❖ *A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por todo su tiempo brindado para ayudarnos en la realización de la tesis y por sus enseñanzas.*
- ❖ *A Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT) por el gran apoyo que me brindo para la realización de mi tesis.*
- ❖ *A mis hermanas: Norma, Lidia y Angélica, por ser mis grandes confidentes, por ayudarme en todo momento a salir adelante, por soportarme y estar siempre conmigo.*

- ❖ A Bertha por tu apoyo, preocupación, atención, cariño y por esos momentos alegres que pasamos.
- ❖ A mis hermanitos: Selenne y Diego por su cariño, apoyo.
- ❖ A José Guadalupe, por tu cariño, tus palabras de aliento que siempre me has dado y por creer en mí.
- ❖ A mis amigos: Susana, Lourdes, Ricardo, Verónica, Rosalba, Isabel, Miriam, Barbara, Irma y Ana, por su apoyo, atención, cariño y por todos los ratos tan agradables que pasamos juntos.
- ❖ A los Sinodales:
 - Mtra. Lucy Reidl Martínez
 - Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa
 - Mtro. Sotero Moreno Camacho
 - Lic. Lilia Joya Laureanopor su atención y tiempo prestado para la revisión de la tesis.
- ❖ A Mari, Enrique, Germán y Osvaldo por su ayuda en el proceso de la realización de la tesis.

Genoveva

- ❖ *Gracias Dios mío por cada momento de mi vida, por todo lo que soy, por ayudarme a llegar hasta donde he llegado y estar siempre conmigo.*
- ❖ *Gracias mamá por tu confianza y cariño eterno, que aunque te fuiste muy pronto, sé que eres testigo de mi dedicación y esfuerzo en cada momento de mi carrera.*
- ❖ *Mil gracias papá por tu gran confianza en mí, tu apoyo en cada momento de mi vida y de mi carrera. Gracias por tu gran fuerza para salir adelante, siendo mi gran ejemplo a seguir, te quiero mucho.*
- ❖ *Bertha agradezco tu cariño y comprensión, que son muy importantes para mí.*
- ❖ *Gracias Lidia por tus palabras de aliento en cada momento de mi vida, por ser como eres y estar siempre conmigo.*
- ❖ *Geno gracias por tu apoyo, confianza, cariño, amistad y comprensión; gracias por aceptar realizar este trabajo tan importante conmigo, siendo la mejor compañera.*
- ❖ *Gracias Norma por tu apoyo y cariño, y por ese regalo tan grande que sólo tú pudiste hacer realidad.*
- ❖ *Gracias Sellenne y Diego por ayudarme cuando los necesite. Los quiero mucho.*
- ❖ *Lupe te agradezco mucho tu cariño, el creer y confiar en mí, y tus palabras de aliento; gracias por ser un gran primo.*
- ❖ *Agradezco a cada una de mis amigas, esos momentos tan agradables, cariño, apoyo y amistad.*

- ❖ *Es un gran orgullo haber estudiado en la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, siendo la facultad de psicología el camino de mi formación profesional, es un honor haber recibido de esta institución, por medio de sus profesores, tan buenos conocimientos, para lograr una de las metas más importantes de mi vida. Siempre llevare en alto el nombre de la U.N.A.M. GRACIAS.*
- ❖ *Agradezco a cada uno de mis profesores, el haber colaborado en mi formación profesional y personal. Cada uno dejó en mí muchos conocimientos, vivencias y grandes recuerdos, ¡gracias por todo!*
- ❖ *Agradezco a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré el compartir con nosotras sus conocimientos, tiempo y dedicación para la elaboración de éste trabajo.*
- ❖ *Gracias a Germán, Enrique, Mari y Osvaldo por su apoyo profesional, que nos fue de gran ayuda en el desarrollo de esta tesis.*
- ❖ *Agradezco a los sinodales del jurado: Mtra. Lucy Reidl Martínez, Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa, Mtro. Sotero Moreno Camacho y Lic. Lilia Joya Laureano su atención prestada al hacer la revisión de este trabajo.*
- ❖ *Agradezco al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación tecnológica (PAPPIIT) la beca otorgada que fue de gran ayuda para la realización de este trabajo.*

Angélica M.

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	.1
<i>INTRODUCCIÓN</i>	.2

CAPÍTULO I

1. <i>ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS.</i>	.5
-------------------------------------------	----

CAPÍTULO II

2. <i>ADOLESCENCIA.</i>	.12
2.1. Definición.	.12
2.2. Características del Adolescente.	.13
2.2.1. Físicas y Biológicas.	.13
2.2.1.1. Maduración Sexual en los Hombres.	.15
2.2.1.2. Maduración Sexual en las Mujeres.	.16
2.2.2. Psicológicas y Emocionales.	.16
2.2.3. Búsqueda de su Identidad.	.19
2.2.4. Sociales.	.22
2.3. El Adolescente y la Familia.	.28

CAPÍTULO III

3. <i>IMAGEN CORPORAL.</i>	.32
3.1. Definición.	.32
3.2. Alteración de la Imagen Corporal: Sobrestimación y Subestimación.	.35
3.3. Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.	.35
3.4. Imagen Corporal en la Adolescencia.	.36
3.5. Importancia de la Imagen Corporal en la Sociedad.	.40

CAPÍTULO IV

4. <i>CONDUCTA ALIMENTARIA.</i>	.45
4.1. Conducta Alimentaria de Riesgo.	.46
4.1.1. Desórdenes de la Alimentación.	.46
4.1.1.1. Anorexia Nervosa.	.48
4.1.1.1.1. Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa.	.48

4.1.1.1.2.	Definiciones de la Anorexia Nervosa.	.50
4.1.1.1.3.	Características Psicológicas de la Anorexia Nervosa.	.53
4.1.1.2.	Bulimia Nervosa.	.54
4.1.1.2.1.	Antecedentes Históricos de la Bulimia Nervosa.	.54
4.1.1.2.2.	Definición de la Bulimia Nervosa.	.56
4.1.1.2.3.	Características Psicológicas de la Bulimia Nervosa.	.58
4.1.1.3.	Obesidad.	.59
4.1.1.3.1.	Antecedentes Históricos de la Obesidad.	.59
4.1.1.3.2.	Definición de Obesidad.	.60
4.1.1.3.3.	Características Psicológicas de Obesidad.	.61
4.1.1.4.	Desórdenes de la Alimentación no Especificados.	.62
4.1.2.	Dietas.	.64
4.2.	Alimentación del Adolescente.	.66

CAPÍTULO V

5.1.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	.67
5.2.	OBJETIVO GENERAL.	.67
5.3.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	.67
5.4.	HIPÓTESIS DE TRABAJO.	.67
5.5.	VARIABLES.	.68
5.6.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.	.68
5.6.1.	Variable Independiente: Nivel Socioeconómico.	.68
5.6.2.	Variable Independiente: Sexo.	.69
5.6.3.	Variable Dependiente: Alteración (Sobrestimación y Subestimación) de la Imagen Corporal.	.69
5.6.4.	Variable Dependiente: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.	.70
5.6.5.	Variable Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.	.70
5.7.	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.	.70
5.7.1.	Variable Independiente: Índice de Nivel Socioeconómico.	.70
5.7.2.	Variable Independiente: Sexo.	.71
5.7.3.	Variable Dependiente: Alteración (Sobrestimación y Subestimación) de la Imagen Corporal.	.71
5.7.4.	Variable Dependiente: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.	.72
5.7.5.	Variable Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.	.72
5.8.	METODOLOGÍA.	.72
5.8.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	.72
5.8.2.	MUESTRA.	.73
5.8.2.1.	Características de los Sujetos.	.73
5.8.2.2.	Criterios de Inclusión.	.73
5.8.3.	INSTRUMENTO, APARATOS Y MEDIDAS.	.73
5.8.4.	PROCEDIMIENTO.	.82

CAPÍTULO VI

6.	RESULTADOS.	. . . . .	.83
6.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.	. . . . .	.83
6.1.1.	Edad.	. . . . .	.83
6.1.2.	Sexo.	. . . . .	.84
6.1.3.	Nivel Socioeconómico.	. . . . .	.84
6.2.	DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL.	. . . . .	.87
6.2.1.	Peso.	. . . . .	.87
6.2.2.	Estatura.	. . . . .	.87
6.2.3.	Índice de Masa Corporal Estimado y Real.	. . . . .	.88
6.2.4.	Autopercepción del Peso Corporal.	. . . . .	.91
6.2.5.	Figura Actual y Figura Ideal.	. . . . .	.92
6.2.6.	Alteración de la Imagen Corporal (Sobrestimación y Subestimación).	. . . . .	.96
6.2.7.	Resultados de Algunos Reactivos Relacionados con la Imagen Corporal.	. . . . .	.99
6.2.8.	Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.	. . . . .	.100
6.2.9.	Resultados de las Preguntas Relacionadas con Conductas Alimentarias de Riesgo.	. . . . .	.104
6.3.	ANÁLISIS PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS.	. . . . .	.107
6.3.1.	Análisis de Varianza de la Variable Alteración (Sobrestimación y Subestimación) de la Imagen Corporal.	. . . . .	.107
6.3.2.	Análisis de Varianza de la Variable Satisfacción/ Insatisfacción con la Imagen Corporal.	. . . . .	.108
6.3.3.	Factores de la Variable Conducta Alimentaria.	. . . . .	.112
6.3.4.	Análisis de Varianza de la Variable Conducta Alimentaria.	. . . . .	.114

CAPÍTULO VII

7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	. . . . .	.120
	SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.	. . . . .	.126
	REFERENCIAS.	. . . . .	.127
	ANEXO 1.	. . . . .	.134

RESUMEN

El propósito central del presente trabajo, que forma parte de una investigación mayor*, fue determinar si se relacionaban las variables: Alteración, Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo controlando Sexo y Nivel Socioeconómico, en una muestra no probabilística de *estudiantes adolescentes, con un rango de edad de 15 a 19 años*. El tamaño de la muestra fue de $N= 200$, la que se subdividió como sigue: $n1= 50$ hombres de NSE Bajo, $n2= 50$ mujeres de NSE Bajo, $n3= 50$ hombres de NSE Alto y $n4= 50$ mujeres de NSE Alto; esta muestra se tomó del Distrito Federal y zonas conurbadas. Para la obtención de la información se aplicó un cuestionario de alimentación y salud que consta de 360 reactivos de los cuales se utilizaron únicamente 100 reactivos. Se realizó una medición antropométrica de peso y talla al 39% de la muestra original. Para el análisis de los datos se aplicó un análisis estadístico de tipo paramétrico (ANOVA), que nos permitió probar las hipótesis planteadas. Entre los resultados más importantes se observó, que la variable Alteración de la Imagen Corporal se comportó independientemente del Sexo y NSE, que el Sexo se relaciona con la variable Insatisfacción con la Imagen Corporal, y también se encontró que son los adolescentes de NSE Alto los que se preocupan más por tener una alimentación adecuada.

*"Estimaciones subjetivas/mediciones objetivas: la imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desordenes del comer" (Nueva etapa del proyecto de investigación N. IN 301695) aprobado por el programa de apoyo a proyectos de investigación e innovación tecnológica (PAPPIT), bajo la responsabilidad de la Dra. Gómez Pérez-Mitró.

INTRODUCCIÓN

Uno de los propósitos del presente trabajo fue avanzar en el estudio de la Imagen Corporal (Alteración y Satisfacción/Insatisfacción) así como de los Trastornos de la Alimentación en población adolescente mexicana, ya que la información con la que se cuenta es principalmente de investigaciones realizadas con poblaciones extranjeras, que tienen características culturales, físicas y económicas muy diferentes a las nuestras, por lo cual una de las aportaciones de este trabajo fue la recopilación e integración de información, así como la generación de nueva información.

Algo que es muy importante resaltar es que se trabajó con población masculina además de la femenina, tratando de generar información con respecto a los hombres, ya que es muy poca la información con la que se cuenta en la literatura y son muy pocas las investigaciones realizadas con población masculina, por lo que se sabe muy poco acerca de ellos sobre temas relacionados con desórdenes de la alimentación o problemas como son: alteración y satisfacción/insatisfacción con su imagen corporal.

La importancia de este estudio reside en la contribución que hace con respecto a la prevención de trastornos de la alimentación, en la población adolescente que constituye un factor de alto riesgo. Así uno de los objetivos es promover la salud e incrementar la calidad de vida de los adolescentes en general, que en la actualidad son más de la mitad de la población del país, evitando el que se lleguen a incrementar los casos de bulimia y anorexia nervosa así como los desórdenes no especificados, en nuestro país.

La razón por la que se decidió trabajar con esta población se debe a que en esta etapa de desarrollo se dan diferentes cambios físicos y psicológicos, además de que los adolescentes viven en una búsqueda constante de su identidad, tratando de ser aceptados por el grupo de amigos, lo que da lugar a que en esa búsqueda de identidad puedan ser más vulnerables ante los estándares de belleza que impone la sociedad actual, como el hecho de que ser bello es ser delgado, con una cadera no muy pronunciada, y aunque puede ser contradictorio, desear tener un gran busto en el caso de las mujeres y en los hombres el desear tener tórax y hombros musculosos, por lo que pueden llegar a adoptar conductas de riesgo que afecten su salud como por ejemplo: hacer dietas restringidas para bajar de peso, preocuparse demasiado por el peso y la

comida, o incluso saltarse comidas con el objeto de bajar de peso, etc., con el fin de obtener una imagen corporal "aceptable" lo que podría dar lugar a desarrollar desórdenes de la alimentación como la anorexia nervosa o la bulimia nervosa de las cuales se trata más ampliamente en el capítulo IV.

Según la literatura especializada son las personas de nivel socioeconómico alto las que viven con una mayor presión por tener un aspecto físico aceptable ante la sociedad, por lo que es más probable encontrar personas de este nivel, con conductas alimentarias de riesgo, que en las personas de nivel socioeconómico bajo, ya que de acuerdo con su economía tienen que consumir alimentos con alto nivel calórico porque son menos costosos y además no tienen como prioridad practicar algún deporte a diferencia de los de nivel socioeconómico alto.

Es importante tomar en cuenta que el ser humano frecuentemente se preocupa por su aspecto físico y en la sociedad actual una figura delgada, llega a ser indispensable para tener éxito en la vida. Así observamos en la televisión, en el cine, en los anuncios, en las revistas, etc., que las personas con mayor éxito son las personas que tienen una figura delgada, por lo que muchos adolescentes tienden a elegir como figura ideal una figura delgada o muy delgada, por lo que pueden llegar a afectar su salud por querer conseguir tener un cuerpo delgado y llegar a sentirse frustrados, avergonzados e insatisfechos con su imagen corporal por no tener la figura ideal.

Además, algo que fomenta el desear una figura esbelta es el hecho de que en la actualidad se ha realizado una alta promoción de productos como: jabones, cremas, pastillas, bebidas y alimentos bajos en calorías, así como aparatos para hacer ejercicio, con el fin de reducir de peso y volumen corporal; lo cual es promovido sin requerir supervisión médica, dando lugar a generar posibles problemas de salud. De acuerdo con lo anterior, consideramos importante conocer más acerca del tema para poder intervenir de manera oportuna y eficiente.

A lo largo de este trabajo, como marco de referencia, se expone en el capítulo I una serie de resultados sobre Imagen Corporal y Desórdenes de la Conducta Alimentaria, de estudios realizados por investigadores internacionales. En el capítulo II se hace una amplia descripción de las características físicas, biológicas, emocionales y sociales, de los adolescentes.

En el capítulo III se presenta la definición de Imagen Corporal así como la

de variables relacionadas con ella, como son Alteración y Satisfacción/Insatisfacción, entre otros temas relacionados. Por otro lado, en el capítulo IV como ya se mencionó se presentan temas sobre Conductas Alimentarias de Riesgo.

Por lo que respecta al capítulo V, se hace una descripción detallada de la metodología, es decir, planteamiento del problema, descripción de la muestra y de las variables, etc. Por otra parte, los resultados obtenidos de las variables investigadas se exponen en el capítulo VI y la discusión y conclusiones en el capítulo VII.

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS.

En la etapa de la adolescencia se forma la identidad y durante esta etapa se deben adquirir pautas conductuales, cognoscitivas y emocionales que rigen en el medio en que se desarrolla. La imagen que tienen los adolescentes de sí mismos es importante para el equilibrio emocional, se va adquiriendo a través de la experiencia, los logros personales, las consecuencias de los propios actos y la aprobación y desaprobación de los demás (sobre todo la aprobación o desaprobación de los coetáneos). Por lo que, compartir, seguir y hacer propios los valores del grupo, esta relacionado con la autoestima personal. Esto es aplicable al propio cuerpo; la aceptación del propio cuerpo, esta condicionada por las características que predominen en el grupo, pero como sus cuerpos están en evolución los criterios están determinados por los modelos sociales. Para el adolescente su cuerpo en desarrollo le plantea no sólo cómo es, sino cómo desearía ser, debido a que los cambios le crean incertidumbres, esperanzas, deseos, etc. (Toro y Vilardell, 1987).

Por otro lado, en las sociedades de bienestar y de consumo, lo ideal es "ser delgado". Dejando la obesidad para las sociedades más modestas, en donde su alimentación está basada en pan, papas, pastas, legumbres secas y grasas, y que además no practican deportes, en vez de alimentarse de verduras, carne, pescado y frutas. Por lo que lo más elegante es el preocuparse por estar delgados. Además esta delgadez se relaciona con una imagen juvenil, bella, que esta en forma, que tiene éxito entre las muchachas y muchachos y que además tiene salud; siendo esta idea reforzada por modistos, modelos, bailarinas, artistas de cine, conductoras de televisión, que pasan con facilidad de la esbeltez a la desnutrición (Martínez, 1995).

En una investigación realizada con mujeres pre y postadolescentes, se encontró que tenían la intención de adelgazar, como meta para alcanzar su imagen ideal, y que las postadolescentes estaban significativamente menos satisfechas con algunas partes de su cuerpo (Brodie, Bagley & Slade, 1994).

Por otro lado, se considera que la mujer es más dependiente que el hombre, con respecto a su imagen corporal o mejor dicho, respecto a la que le impone la sociedad (Guillemot y Laxenaire, 1994). Muchos estudios han demostrado esta diferencia entre los dos sexos, con respecto a la evaluación de su propio cuerpo, en el que la insatisfacción con respecto a su peso es particular de las mujeres, el 70% de

las mujeres adultas piensan que su cuerpo actual es demasiado pesado en comparación con su cuerpo ideal, frente al 32% de los hombres (Fallon y Rozin, 1985 citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Guggenheim, Pozanski & Kaufman (1977 citados por Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kiemle, 1990) en su investigación realizada con adolescentes, con edades de 13 y 14 años de edad, encontraron que mientras una tercera parte de los varones estaban insatisfechos con su peso, por su parte el 50% de las mujeres expresaron insatisfacción. Otros estudios, apoyan estos resultados e incluso muestran que hay un nivel superior de insatisfacción de talla y figura corporal entre adolescentes de sexo femenino que en los de sexo masculino (Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kiemle, 1990).

Por su parte Martínez (1995) también señala que tres de cuatro muchachas que tienen peso normal se consideran hoy obesas, a diferencia de los muchachos que sólo suelen considerarse obesos si realmente lo están. Otro aspecto que se considera importante como fuente de insatisfacción corporal es la estatura, en este caso, se reporta que las jóvenes que son más altas y los jóvenes que son más bajos son los más insatisfechos con su cuerpo y consigo mismos (Kurtz, 1966 citado por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Con respecto a alteración de la imagen corporal, se ha encontrado que la alteración perceptual es mayor en adolescentes que en jóvenes adultos (Brodie, Bagley y Slade, 1994). También en otros estudios realizados por Button, Fransella & Slade, (1977 citados por Brodie et al., 1994) y Wingate & Christie (1978 citados por Brodie et al., 1994) indicaron que los adolescentes sobrestimaron su tamaño corporal mientras que los adultos jóvenes no lo hicieron.

Davies y Furnham (1986 citados por Toro y Vilardell, 1987). estudiaron el grado de satisfacción experimentado, respecto a nueve características corporales en un grupo de 182 adolescentes británicas, de entre los 12 y 18 años de edad; todas las características corporales, pero sobre todo, muslos, nalgas y estómago fueron juzgadas con progresiva insatisfacción, al aumentar la edad. Esta insatisfacción correlacionaba con el sobrepeso autopercebido (real o no). Los autores concluyen que durante la adolescencia la satisfacción disminuye y que está relacionada a la práctica de dietas restrictivas. Además, señalan que sólo el 4% de su población sufría sobrepeso (según las normas de la población general) sin embargo, el 40% creía pesar mucho.

Por su parte Gómez Pérez-Mitré (1993 a) en una investigación realizada con estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado de la Universidad Nacional

Autónoma de México (UNAM), encontró que los estudiantes con sobrepeso se autopercebían con peso normal y los que tenían IMC de peso normal, se percibían con peso por abajo de lo normal. Sin embargo, cuando se les pregunto por su peso deseado en forma directa contestaban que desearían pesar menos o lo mismo respectivamente. Mostrando una dirección opuesta a lo encontrado en otras investigaciones realizadas en otro contexto sociocultural (por ejemplo, Nylander, 1971, Schifter y Ajzen, 1987, Stunkard, 1984 y Wooley, 1985 citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993 a) donde los porcentajes altos están relacionados con "sentirse muy gorda" y sobrestimar su peso, cuando las mujeres tienen un peso normal o por debajo de lo normal según su IMC.

Por otra parte, la insatisfacción con la talla y figura corporal entre las mujeres de occidente, se plantea como uno de los más importantes factores en el incremento de problemas de anorexia nervosa y bulimia nervosa (Garner, Rockert, Olmsted, Johnson y Coscina 1985 citados por Slade y cols., 1990).

Por otro lado, la anorexia nervosa tiene una marcada incidencia en las mujeres adolescentes del más alto nivel socioeconómico y su incidencia ha ido aumentando (Guli, 1868; Fenwick, 1880 & Kendell, 1973 citados por Garner & Garfinkel, 1978). En una investigación realizada con mujeres norte americanas, se encontró que es más común encontrar casos de delgadez, en las de clase alta (Stunkard, 1975 citado por Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980) así como mujeres que realizan dietas (Goldblatt, Moore & Stunkard, 1965; Dwyer & Mayer, 1970 citados por Garner et al., 1980).

Los problemas de la alimentación parecen tener una estrecha relación con la adolescencia, (John A. Sours, en prensa, citado por Caplan y Lebovici, 1973), muestra de ello, es que se ha encontrado en diferentes investigaciones que la anorexia nervosa es común en los adolescentes, por su parte, Hilde Bruch (1958 citado por Caplan y Lebovici, 1973) también destaca la importancia de la obesidad en este periodo, ya que la adolescencia se caracteriza por una aceleración del crecimiento físico y por la significación que tienen el tamaño y la configuración del cuerpo. Este rápido aumento de peso durante el periodo de transición puberal, se considera como un factor para el desarrollo de desordenes del comer, y principalmente en aquellos adolescentes que tienen una imagen corporal negativa. Además se sugiere que el temprano intento por controlar el aumento de peso, haciendo dietas y la pobre autoimagen corporal pueden desencadenar serios desordenes del comer (Miller, McClauskey-Fawcett & Irving, 1993). Uno de estos desordenes es la anorexia nervosa, la cual se presenta más en mujeres que en varones (Beumont, Beardwood, & Rusell, 1972; Crisp & Toms, 1972; Gull, 1874; Jones, Fox, Babigian & Hutton, 1980; Kendell, Hall, Hailey & Babigian, 1973 citados por Hsu, 1983). Son las muchachas jóvenes entre los 12

y los 17 años, en las que se presentan más casos de bulimia y anorexia nervosa, que superan a los jóvenes en proporciones que van de 7 mujeres a 1 hombre, hasta 10 mujeres por 1 hombre, según los estudios.

Los trastornos de la alimentación afectan de un 2 a un 6% de la población en sociedades ricas, estas cifras abarcan a quienes presentan signos clínicos ya sea de mayor o menor gravedad, se estiman entre el 1.5 y el 2%, estas cifras no incluyen casos no reportados, debido a que se trata de enfermedades secretas, que la persona padece en secreto (Alemany, 1995).

Las personas con anorexia y bulimia nervosa generalmente provienen de familias respetables y de clase media alta (Duker y Slade, 1992). Por su parte Chinchilla (1995) considera como factor predisponente para el desarrollo de desordenes del comer tales como la bulimia y al anorexia, el nivel socioeconómico medio alto.

Crisp, Palmer y Kalucy (1976 citados por Toro y Vilardell, 1987) en un estudio realizado en Londres, encontraron que en las escuelas privadas aparecía un caso nuevo de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas aparecía un caso nuevo por cada 300 alumnas; por lo que las diferencias de incidencia eran significativas con respecto a la clase social, ya que las muchachas que asisten a las escuelas privadas cuentan con un nivel socioeconómico claramente superior, en comparación con las que asisten a escuelas públicas.

Por lo que respecta a casos de anorexia nervosa en hombres Frasciello & Willard (1995) y Romeo (1994), ésta última investigadora se basa en los reportes del DSM-III y del NIMH de 1987; reportaron que hubo un aumento del 5-10% de 1985 a 1987. En una encuesta realizada en Estados Unidos (Gallup, 1985 citado por Romeo, 1994) se encontró que hay un adolescente con anorexia nervosa por cada 8 mujeres adolescentes, y que el 4% de adolescentes varones presentan serios síntomas de anorexia y bulimia nervosa, y una tercera parte de los adolescentes entre hombres y mujeres tienen episodios de ingesta voraz. La anorexia nervosa en varones puede ser más prevalente que el informe estimado, ya que, cuando los varones acuden a solicitar ayuda profesional, lo más probable es que lo soliciten por un problema endocrino o gastrointestinal, lo que es una consecuencia de la anorexia nervosa, sin embargo este problema físico puede encubrir el desorden del comer ya que generalmente se sospecha de anorexia nervosa sólo en mujeres (Romeo, 1994).

Por su parte Andersen (1990 citado por Frasciello y Willard, 1995). considera que el diagnóstico de anorexia nervosa en varones es confuso porque: 1) es un desorden que se considera típico de la mujer joven, blanca, y de clase media-alta; 2) una gran

incidencia de varones con desórdenes del comer constituye un subgrupo de la población, por ejemplo los deportistas que practican deportes que demandan control de peso; 3) porque utilizan diferentes términos para expresar conflictos con respecto a su talla y figura corporal.

Por otra parte, generalmente las características para el diagnóstico de la anorexia nervosa en hombres es el mismo que para mujeres excepto por un síntoma que se presenta sólo en las mujeres, este es la suspensión de la menstruación o amenorrea. Algo típico de los varones anoréxicos es que ellos prefieren aumentar la cantidad de ejercicio en lugar de usar otros métodos, para perder peso. Además la anorexia nervosa puede comenzar entre las edades de la pubertad y la edad adulta joven, pero generalmente empieza en la pubertad (Romeo, 1994).

Por lo que respecta a obesidad, en investigaciones realizadas por Golden, Saltzer, Depaul-Snyder, & Reiff (1983 citados por Bowen, Tomoyasu y Cauce, 1991) y Sobal & Stunkard (1989 citados por Bowen, Tomoyasu y Cauce, 1991), encontraron que se dan más casos de obesidad en personas de bajo nivel socioeconómico que en las personas de nivel socioeconómico alto. Esta relación entre clase social y peso, se observa principalmente en mujeres.

La literatura especializada reporta que se da con mayor frecuencia obesidad en mujeres que en hombres, pero mayor porcentaje de sobrepeso en hombres que en mujeres (Bojontorp, 1985; Eah, 1979; Forman, Trowbridge, Gantry, Marks & Hogelin, 1986 citados por Gómez Pérez-Mitré, 1995). En un estudio realizado en la ciudad de Nueva York encontraron una relación entre la obesidad y el nivel socioeconómico, la incidencia de obesidad fue 7 veces mayor entre las mujeres de clase social baja, frente a las de clase social alta, es decir, 30% de las mujeres de nivel socioeconómico bajo eran obesas y este porcentaje tendía a bajar a medida que aumentaba el nivel socioeconómico, por lo que sólo se observó un 4% de mujeres obesas en la clase social más elevada. En hombres los resultados fueron similares aunque con valores menos extremos (More, Stunkard y Srole, 1962 citados por Saldaña y Rossell, 1988). En un estudio similar realizado en Londres por Silverston, Gordon y Stunkard (1969 citados por Saldaña y Rossell, 1988) encontraron una relación entre el nivel socioeconómico bajo y alto con la obesidad, en este estudio se encontró una relación de dos mujeres obesas de bajo nivel socioeconómico a una de nivel socioeconómico alto, mientras que en Nueva York fue de seis a una. Por el contrario en Londres, se encontró que en los hombres se dieron mayores índices de obesidad en el nivel socioeconómico medio.

Por otra parte, en un estudio realizado en España por Alonso y Pàmies, Segovia, Arnedo, Dènia y Ortí (1984 citados por Saldaña y Rossell, 1988) encontraron que el

28.9% de los niños de niveles socioeconómicos bajos tenían obesidad en comparación con el 10.5% encontrado en los niños de nivel socioeconómico alto. Igualmente en el análisis de nivel de educación de los padres se observó que el 15.7% de los niños obesos eran de padres universitarios y el 29% eran hijos de padres sin formación universitaria. Por otro lado, en una investigación realizada por Cousins, Power y Olvera en 1993, encontraron que madres con más educación formal es más probable que estén al tanto del consumo de comida de sus hijos que las madres con menos educación formal.

Las razones para explicar el predominio de obesidad entre las personas de bajo nivel socioeconómico según Sobal & Stunkard (1989 citados por Bowen y et al., 1991) son las siguientes: diferentes niveles de dietas restrictivas, diferente nivel de actividad física, por herencia, genética y social. En diversas investigaciones (como las de: Furukawa & Harris, 1986; Stern, Gaskill & Hazuda, 1982; Cozens, 1982 citados por Bowen y et al., 1991) encontraron que las mujeres de más alto nivel socioeconómico llevan una dieta más restringida de manera consciente. Sosteniendo que el comer todo lo deseado es una característica de las mujeres de nivel socioeconómico bajo, pero sin embargo, también plantean que se debe investigar más acerca del tema, ya que existe un mayor número de factores para que se den más casos de obesidad entre las personas de nivel socioeconómico bajo en los Estados Unidos. Es posible que la gente pobre obligada por la presión económica, compre comida menos costosa pero con un alto nivel calórico, y alto en grasa y azúcar.

También se considera que el alto nivel de incidencia de problemas de sobrepeso entre grupos de nivel socioeconómico bajo puede ser debido a la falta o adecuados conocimientos acerca de nutrición (Golden, Saltzer, Depaul-Snyder & Reiff, 1983 citados por Bowen y col., 1991). De cualquier manera otros autores han concluido que el mayor índice de obesidad se da en el nivel socioeconómico bajo no necesariamente por falta de conocimientos nutricionales sino por las limitaciones socioeconómicas que los llevan a consumir comida barata de mala calidad y alto nivel en grasas (Dewalt & Pelto, 1976; Calloway & Gibbs, 1976 citados por Bowen y col., 1991).

Por su parte Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) consideran que los motivos de una mayor prevalencia de obesidad en la clase socioeconómica baja puede estar relacionada con la mayor cantidad de alimentos glúcidos-lipídicos, ya que debido a su menor costo son consumidos por estas personas. Además consideran que éstas personas no siguen los dictámenes de moda de forma tan marcada y que tampoco se preocupan demasiado por la estética, ni suelen practicar tanto el deporte.

Morris (1987 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995) señala que los factores socioculturales intervienen en el peso corporal. Una gran parte de las personas pobres son obesas en comparación con las personas ricas. Esto puede deberse a que las personas con nivel socioeconómico alto sienten una mayor presión por conservar una figura esbelta, y por otra parte los patrones alimentarios de las personas con nivel socioeconómico bajo contribuyen a la obesidad. En la actualidad la obesidad esta considerada como un síntoma de dejadez, de pobreza espiritual o de incultura (Alemany, 1992).

Por su parte Fernández (1992 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995) señala que:

- ❖ Las personas de clase baja consumen más alimentos que aportan más calorías que alimentos ricos en proteínas. Esto debido a que los alimentos tipo chatarra tienen un precio más bajo.
- ❖ Las personas de nivel socioeconómico bajo tienen hábitos alimenticios inadecuados y una educación deficiente con respecto a la alimentación, lo que implica falta de criterio en seleccionar alimentos.
- ❖ Las personas de nivel socioeconómico bajo no tienen tantas presiones sociales estéticas, en comparación con las de nivel socioeconómico alto.
- ❖ Las personas de nivel socioeconómico bajo frecuentemente confunden la obesidad con fuerza y salud.
- ❖ Estas personas dedican menos tiempo a las actividades deportivas.

Contrario a lo reportado en las investigaciones anteriores, en una investigación realizada por Pope, Champoux y Hudson en 1987, realizada con mujeres de diferentes comunidades de Massachusetts, jugadoras de bingo; encontraron que, entre las mujeres con bajo nivel socioeconómico o de bajo nivel de ingresos, se daban más casos de desordenes de la alimentación, es decir, de bulimia y anorexia nerviosa que entre las mujeres de nivel socioeconómico alto y medio.

Moreno y Thelen (1995) con base en los resultados de investigaciones, en las que los adolescentes figuran como una población de riesgo para los desordenes del comer, sugieren que si la adolescencia es la etapa de iniciación por la excesiva preocupación por su peso corporal, es necesaria una intervención antes de que presenten esas actitudes, como son la excesiva preocupación por el peso corporal y el uso de dietas.

CAPÍTULO II

2. ADOLESCENCIA.

2.1. Definición.

El término adolescencia se deriva del verbo latino *adolescere*, que significa "madurar", "crecer", "llegar a la maduración". Es el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante la cual el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto. De esta forma la adolescencia es una fase definida culturalmente, más que biológicamente. En la sociedad occidental en general la adolescencia se inicia con la entrada a la pubertad y termina más o menos cuando los adolescentes se convierten en adultos jóvenes (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990).

A pesar de las diferencias individuales en cuanto al momento en que cada individuo logra su madurez sexual, se pueden señalar periodos dentro de la adolescencia, en función de promedios estadísticos. Esos periodos, aproximadamente, son los siguientes:

- ❖ Preadolescencia de los 10 a 12 años.
- ❖ Adolescencia (periodo inicial) de los 13 a 16 años.
- ❖ Adolescencia (periodo final) de los 17 a 19 o 20 años.

Son aproximados, ya que existen diferencias notables entre las diversas culturas y entre los individuos del seno de una misma cultura, además de la diferencia en los ritmos de maduración de ambos sexos. Un ejemplo de ello es que, las niñas tienden a ser más precoces que los varones en su desarrollo, en ellas la preadolescencia habitualmente se sitúa entre los 10 y 11 años, el periodo inicial de la adolescencia entre los 12 y 15 años y el final entre los 16 y 19 años (Fuentes, 1989).

Estas diferencias individuales en el ritmo de maduración, producen asimismo la aparición de adolescentes precoces y tardíos. Esto, que en el plano puramente biológico podría carecer de importancia, ya que a la larga los resultados de la evolución son similares, sin embargo, tiene interés y repercusiones conductuales y psicológicas a las que se debe prestar atención. Junto con estas diferencias generales habría que ubicar otras de particular interés, dada la estructura sociodemográfica del país, como las que se relacionan con la pertenencia al medio ambiente rural o urbano. Es posible decir, la distinción entre pubertad como fenómeno de maduración

biológica y adolescencia como proceso de maduración global del individuo (Fuentes, 1989).

Parecería conveniente dividir este periodo en adolescencia temprana y adolescencia tardía, habida cuenta que los aspectos del crecimiento fisiológico son predominantes en la primera etapa, mientras que los aspectos sociales y de conceptos de sí mismo lo son en la segunda.

"El adolescente significa muchas cosas a la vez, es tanto un individuo, como miembro de un grupo de personas de la misma edad. También es miembro de su cultura en general y un reflejo de la misma. Además forma parte de varios subgrupos o subculturas dentro de una cultura mayor, o igualmente es producto de su época" (Horroks, 1986).

2.2. Características del Adolescente.

La edad aproximada de esta población se ubica entre los 13 y 19 años. El paso de la niñez a la adolescencia se define por los cambios físicos de la pubertad generalmente, sin embargo, de la adolescencia a la edad adulta no hay cambios físicos o ritos que marquen la transición (Morris, 1987). Así, es importante señalar que no sólo se dan cambios físicos sino también en el desarrollo intelectual, social, emocional, familiar, etc.

2.2.1. Físicas y Biológicas.

El factor que agiliza las transformaciones psicofísicas que son características de la adolescencia, es el cambio biológico que afecta a todo el organismo y que lleva a cambios de índole intelectual, emocional, etc., y que da como resultado la adquisición de la madurez sexual. Este conjunto de cambios orgánicos debe comprenderse como un todo integral, cuyos elementos son inseparables (Fuentes, 1989).

En lo que respecta a los cambios físicos y biológicos, la adolescencia se caracteriza por un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento del tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo (Craig, 1994). Es posible decir que después de los 11 años de

edad el ritmo del crecimiento es de aproximadamente 4 cm y 4 kg por año. Los aumentos en talla y peso son irregulares y arrítmicos, ocurriendo no en forma de progresión paulatina sino mediante "oleadas" (Fuentes, 1989).

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endocrinas (Craig, 1994), las cuales en esta etapa de la adolescencia se desarrollan (Fuentes, 1989). Cada hormona está destinada a influir en cierto grupo de blancos o receptores. Por ejemplo, la secreción de testosterona hace que el pene crezca, la espalda se ensanche, y el pelo aparezca en el área genital y en la cara. De la misma manera que el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan, y las caderas se ensanchen (Craig, 1994).

Por lo general, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo, por lo que algunos preadolescentes pueden engordar de manera evidente en esta época. También le sigue, al final de la niñez o al principio de la adolescencia, un gran incremento en la altura. Los huesos y los músculos aumentan en tamaño (Craig, 1994); los músculos aumentan de modo notable su fuerza. Esta fuerza tiende a incrementarse en seis o siete veces entre el comienzo y el fin de la adolescencia; a su vez, el vigor de la muñeca se duplica entre los 13 y 17 años, y el muchacho aventaja rápidamente a la muchacha en fuerza y volumen muscular. Al final de la adolescencia, los músculos representan el 40% del peso total del individuo (Fuentes, 1989). En el curso de este crecimiento, por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon al principio. Sin embargo, en el caso de las niñas, ellas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, aún cuando termina distribuyéndose en distintos lugares del cuerpo (Craig, 1994).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza deja de crecer, las manos y los pies alcanzan más o menos su talla adulta; hay un aumento en el largo de las piernas y de los brazos. El estiramiento físico, que con frecuencia se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Después del crecimiento de las extremidades le sigue un incremento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, 1994).

Otro cambio es el incremento en el tamaño y actividad de las glándulas productoras de grasa sebáceas en la piel, las cuales pueden provocar que la cara de los adolescentes se cubra de acné. También se desarrolla un nuevo tipo de glándula sudorípara, causando un olor más fuerte en el cuerpo.

Ambos sexos maduran a diferente ritmo: en promedio, las adolescentes pasan

de modo bastante uniforme por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones. Sin embargo, hay variaciones en la tasa de desarrollo entre los miembros de un mismo sexo. Debido a que influyen factores como la alimentación, los genéticos y el principio de la pubertad algunas veces varía según la época en una misma cultura (Tanner, 1970 citado por Darley, y cols.,1990). Por el contrario, una vez iniciada la secuencia de la maduración sexual, ésta progresa en un orden fijo. La producción de hormonas gonadales o glándulas sexuales dan como resultado el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias durante la pubertad en los niños y niñas (McKinney, y cols., 1982).

2.2.1.1. *Maduración sexual en los hombres.*

El desarrollo de las características sexuales primarias es notable. Los órganos sexuales masculinos crecen en desproporción al crecimiento del cuerpo en general, ya que, el pene y el correspondiente conducto deferente, la glándula prostática y la uretra, al igual que los testículos y el escroto, crecen notablemente durante la pubertad. Se proponen cinco etapas de madurez genital: 1) Etapa infantil, 2) Agrandamiento del escroto, primer enrojecimiento y cambio de textura, 11.5 años; 3) primera formación y crecimiento del pene, 12.7 años; 4) formación más acentuada y oscurecimiento del pene, 13.4 años; y 5) piel penil notablemente adulta, de color rojizo café y floja, y pérdida de forma aguda, 17.3 años (Reynolds y Wines, 1951, citados por Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982). Con el desarrollo del pene sobrevienen emisiones nocturnas, (emisiones de semen, incluyendo células seminales espermáticas, durante el sueño) éstas secreciones pueden ocurrir por la masturbación o el coito (Mckinney, y cols., 1982).

Las características sexuales secundarias más sobresalientes son el desarrollo de pelo púbico y axilar, el desarrollo de pelo facial, (Mckinney, y cols., 1982) y el cambio de voz que sucede relativamente tarde en la secuencia de cambios de la pubertad y que en muchos niños, se da de manera gradual (Craig, 1994).

Durante este período, también hay un incremento en el tamaño del corazón y los pulmones, por la acción de las hormonas sexuales del hombre, testosterona, también desarrollan más células rojas en la sangre que las mujeres. Esta abundante producción de células rojas en la sangre puede ser un factor, si bien no es el único que influye en la capacidad atlética superior del hombre sobre la mujer adolescente (Craig, 1994).

2.2.1.2. Maduración sexual en las mujeres.

También en la mujer la producción de hormonas gonadales o glándulas sexuales desencadenan el desarrollo de las características sexuales primarias; las cuales consisten en el aparato reproductivo femenino, el cual incluye: los dos ovarios, las trompas de Falopio, la vagina y el útero, que en esta etapa se desarrolla (Mckinney, y cols., 1982). La menarca (primer ciclo menstrual) puede ocurrir desde los 9 ½ años y hasta los 16 ½ años (Craig, 1994).

Las secreciones de las gónadas estimulan también el desarrollo de las características sexuales secundarias, que incluyen vello púbico y axilar, senos, tejido adiposo en las caderas, la estructura ósea de las caderas típica de las mujeres y una ampliación de los hombros (Mckinney y col., 1982).

El orden cronológico de como aparecen las características sexuales secundarias (durante la pubertad normal) es: el desarrollo de los senos, que es una de las primeras señales de que ha empezado la maduración sexual, después aparecerá vello púbico; el vello en las axilas empieza por lo general después de que el vello púbico esta muy desarrollado y generalmente ocurre después de la menarquía (Greulich, 1951 citado por Mckinney, y cols., 1982). Aunque se pueden dar variaciones entre las jóvenes (Mckinney, y cols., 1982).

La descripción de los cambios físicos es importante para acercarse al conocimiento de la personalidad exterior que va adquiriendo el adolescente, pero por sí sola será insuficiente para comprender aquélla en su totalidad, ya que la integración psíquica, social y sexual sobrepasa mucho el solo recuento de transformaciones físicas. Sin embargo, su importancia esta fuera de duda, no solo por aportar capacidades y potencialidades nuevas, sino también por proponer al individuo nuevos problemas (Fuentes, 1989).

2.2.2. Psicológicas y Emocionales.

La adolescencia incluye una gran cantidad de cambios en todos los aspectos de la vida del niño. Se produce gran expansión e intensificación de la vida emocional cuando el adolescente amplía sus actividades buscando nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo, toma una actitud defensiva contra posibles consecuencias. Comúnmente es un periodo de esperanzas e ideales, de anhelos que, a menudo, están separados de la realidad; hay apasionamiento por asuntos que los adultos consideran de poca importancia. También se puede ver que las emociones

tienden a variar mucho más que en los períodos que preceden a esta etapa o que la siguen. Los períodos de mucho entusiasmo y con intentos de alcanzar grandes logros son seguidos por otros de falta de energía, depresión e insatisfacción.

La poesía, el romance y la sensibilidad artística se cataloga en un alto grado. Muchos adolescentes están enamorados del amor y sienten que desean alcanzar y abarcar el universo. Esto es frecuente cuando el entusiasmo se dirige hacia panoramas más amplios que los alrededores cercanos y el adolescente quiere hacer grandes proezas y corregir males existentes.

El adolescente enfoca la vida de una manera principalmente inductiva. Su falta de experiencia y su preocupación por el aquí y ahora lo llevan a generalizar a partir de casos específicos y a creer que lo que es cierto para algunas personas o para algunos sucesos o épocas específicas, también será verdadero en otras circunstancias y en todo momento (Horrocks, 1986).

Se le ha descrito como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrica, que tiene poco contacto con la realidad y que es incapaz de la autocrítica. También se le ha dicho conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible. Fountain (1961 citado por Horrocks, 1986), hace la siguiente lista de cinco cualidades que diferencian a los adolescentes de los adultos:

- ❖ Sentimientos especialmente intensos y volubles.
- ❖ Necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas.
- ❖ Comparativamente, poca capacidad para examinar la realidad.
- ❖ Incapacidad para la autocrítica.
- ❖ Inconsciencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

Emma (1965 citado por Horrocks, 1986) considera la maduración gradual de la capacidad racional y el rápido desarrollo de la vida emocional, como los dos fenómenos primordiales de la adolescencia. Este autor incluye la inestabilidad, la incertidumbre, la ambivalencia y la intensidad, como aspectos del desarrollo rápido. Con frecuencia se describe la adolescencia como el período durante el cual el individuo se esfuerza mucho para separarse de grupos de personas de otras edades (Horrocks, 1986).

Muzio (1970 citado por Horrocks, 1986) señala esta edad de exclusividad como intentos del adolescente de diferenciarse de los niños más pequeños, pero más de los adultos, ya que la responsabilidad le atemoriza. Se puede suponer que pese a que

desea el privilegio de la responsabilidad y lucha por ella, al mismo tiempo quiere protegerse de lo que ésta implica.

Elkind (1967 citado por Horrocks, 1986) considera que el egocentrismo es fundamental en la adolescencia, y que representa una falta de capacidad para diferenciar entre los propios intereses cognoscitivos y los intereses de los demás. Por lo que tienden a anticipar las reacciones de quienes los rodean; suponen que los otros aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican (Elkind y Bowe, 1979 citados por Craig, 1994).

Además Elkind (1970 citado por Horrocks, 1986) observa que son idealistas y perfeccionistas, e indica que su búsqueda de la perfección es igualmente crítica para sí mismo que para otros. Hurlock (1968 citado por Horrocks, 1986) observa que los adolescentes muestran típicamente tendencias bien definidas, no sólo para criticar a otros sino también para tratar de reformarse a ellos mismos. Supone que esto es un fenómeno del desarrollo, que comienza en la niñez y llega a su extremo en la adolescencia. Elkind y Bowen (1979 citados por Craig, 1994) mencionan que les inquieta la posibilidad de que los demás descubran sus deficiencias.

Las suposiciones referentes a las opiniones de la gente constituye la "audiencia imaginaria" del adolescente, ellos utilizan esa audiencia como prueba para ensayar "mentalmente" varias actitudes y conductas. Esta "audiencia imaginaria" es al mismo tiempo la fuente de gran parte de la conciencia de sí mismo, de sentirse observado constantemente y de forma dolorosa. Ya que los adolescentes no están seguros de su identidad interna, reaccionan exageradamente frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son (Elkind, 1967 citado por Craig, 1994).

Al igual que no diferencian los sentimientos de la gente están muy ensimismados en sus propios sentimientos, es decir, creen que sus emociones son exclusivas de ellos, que nadie ha conocido ni conocerá su sufrimiento o éxtasis tan profundos. Como parte de esta clase de egocentrismo, creen que se les debe liberar de las leyes ordinarias de la naturaleza y que vivirán para siempre. Este sentimiento de invulnerabilidad e inmortalidad puede ser la respuesta a algunas conductas riesgosas que son comunes en este periodo (Buis y Tompson, 1989 citados por Craig, 1994). Teniendo nuevos conocimientos críticos, pueden ver ahora un número mayor de fracasos personales o de sus padres, por lo que les es difícil imaginar cómo dos personas tan limitadas y ordinarias pudieron tener a una persona tan sensible y especial. El ensimismamiento puede ser un obstáculo en el proceso de aprender a encarar el resto del mundo, pero este problema tiende a desaparecer cuando el egocentrismo empieza a ceder entre los 15 y 16 años, a medida que los adolescentes se empiezan a dar cuenta de que la

"audiencia imaginaria" no les da mucha atención y que están sujetos a las leyes de la naturaleza, al igual que los demás (Craig, 1994).

2.2.3. Búsqueda de su Identidad.

Entre los catorce y dieciocho años de edad, se da la época más complicada en la resolución de problemas planteados por la formulación final del concepto del yo, sin embargo, cabe mencionar que se dan variaciones individuales. Después de los dieciocho años, la dificultad va disminuyendo, hasta que se logra una estabilidad en la percepción del yo. El yo representa una dualidad, es decir, que mira hacia el interior como al exterior. Presenta, interpreta y explica el ambiente exterior tal como es; mediando con el interior físico del individuo. Los conceptos del yo que tenga un individuo influyen en toda su conducta, siendo estos producto de las emociones como del intelecto. El yo representa la continua organización y reorganización afectivo cognitiva de las experiencias pasadas del individuo, de la experiencia del presente, y del pronóstico del futuro. El yo es una experiencia personal y representa una visión interior (Horrocks, 1986).

El self es la totalidad del ser físico y psíquico, el concepto identidad es algo más, es el self y su relación con los otros (Gabarino, 1968 en Jiménez, Preza, Ramírez, 1988). Durante la adolescencia, el yo aún no se ha encontrado, se está en permanente búsqueda (Fuentes, 1989). Erik Erickson (1959 citado por Mckinney, 1982) sugirió que la adolescencia es un periodo en el cual la persona lucha entre la identidad y pérdida de ésta.

Erikson resume así las tareas de la adolescencia:

"Hemos denominado sentimiento de identidad interior a la integridad que ha de lograrse en este estado. Afín de experimentar la integridad, el joven debe sentir una continuidad progresiva entre aquello que ha llegado a ser durante los largos años de infancia y lo que promete ser en el futuro; entre lo que él piensa que es y lo que percibe que los demás ven en él y esperan de él. Individualmente hablando, la identidad incluye (pero es más que) la suma de todas las identificaciones sucesivas de aquellos años tempranos en los que el niño quería ser -y era con frecuencia obligado a ser- como la gente de la que dependía. La identidad es un producto único que en este momento enfrenta una crisis que ha de resolverse sólo en nuevas identificaciones con compañeros de la misma edad y con figuras líderes fuera de la familia. La búsqueda de una identidad nueva y no obstante confiable quizá pueda apreciarse mejor en el constante esfuerzo de los adolescentes por definirse, sobredefinirse y redefinirse a sí mismos y a cada uno de los otros en comparaciones a menudo crueles" (Erikson, 1968, citado por Delval, 1994).

La búsqueda de identidad es parte de la experiencia humana en todas las

etapas de su vida, sin embargo, en la adolescencia es cuando la identidad tiene un papel muy importante ya que es cuando se da un crecimiento y cambios fisiológicos rápidos. Entonces el preguntarse: "¿Quién soy yo?, ¿Qué soy?, ¿Cómo soy?, ¿Para quién soy?, ¿Para qué soy?", son las preguntas constantes ante los cambios rápidos, ellas traducen el desconcierto que lo domina. Se da una lucha por "encontrarse a sí mismo", esto puede observarse cuando está en busca de una carrera, la elaboración del papel sexual, logros especiales, o identificación con otros (Mckinney, 1982).

La búsqueda de identidad esta proporcionada en parte por el crecimiento corporal, ya que a la necesidad de cambiar de imagen corporal, se agrega que su psiquismo no concuerda con su cuerpo en ese momento. Es decir, que no coordinan; su yo corporal y su yo psicológico, lo que le provoca una confusión en su identidad, no saben si son adultos o niños. Por lo que el proceso de formación de una imagen clara y coherente de sí mismo, es una tarea básica de los adolescentes (Garbarino, 1968 citado por Jiménez, Preza, Ramírez, 1988)

De esta manera, de las primeras cosas que debe lograr el adolescente es asimilar los cambios físicos que está viviendo. Su cuerpo y su voz cambian, aparecen los caracteres sexuales secundarios, debido a esto la imagen que tiene de sí mismo se modifica. Es importante mencionar que aunque generalmente nuestra imagen corporal es importante a cualquier edad, para el adolescente puede ser algo crucial, debido a muchas razones, como las que se describen a continuación:

- ❖ Los cambios no se dan al mismo ritmo y a la vez en todos los adolescentes, debido a las diferencias individuales, algunos crecen muy rápido y son más altos, lo que provoca en sus compañeros de la misma edad, temor de no crecer más (Delval, 1994; Fuentes, 1989).
- ❖ El peso es otro punto de preocupación, frecuentemente las muchachas quieren perder peso, mientras que los muchachos que son altos y desgarbados quieren aumentarlo (Delval, 1994).
- ❖ Al adolescente le importa mucho la opinión de los demás, sobre todo lo que piensen de él y cómo lo vean, también tienden a sentirse el centro de las miradas de todos, dejando ver su egocentrismo social (Delval, 1994).
- ❖ Hay otros factores determinantes en la confirmación de la identidad entre ellos están la cultura de su tiempo, de su nación, de su clase social, de sus experiencias personales, etc. (Bustamante, 1980 citado por Jiménez 1988).

En la adolescencia se observan entonces cambios importantes en el concepto de sí mismo (autoconcepto). El autoconcepto es un conjunto de representaciones que la persona elabora sobre sí mismo, estas incluyen aspectos corporales, psicológicos,

sociales y morales. Un adolescente suele responder a la pregunta ¿quién soy?, refiriéndose a aspectos psicológicos y a las relaciones con los otros (Delval, 1994).

El autoconcepto de los adolescentes, es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que tienen los demás de ellos. Los adolescentes viven grandes oscilaciones, que van desde sentirse excepcionales, a situarse por debajo de sus compañeros. Esta es una etapa de titubeos hasta lograr encontrar un punto justo, es una etapa en la que se teme mucho al ridículo (Delval, 1994).

Otro punto importante en la formación de la identidad es el grupo de referencia, los adolescentes han de aprender a convivir con diversos grupos. Los principales grupos a los que estaba muy apegado en la niñez como la familia, asociaciones religiosas o la pandilla de la colonia, ya no lo satisfacen y pierden su atractivo. Por lo que algunos adolescentes se sienten divididos entre su familia y el grupo de compañeros. A veces, el acercamiento a un determinado grupo se basa en elementos como el nivel socioeconómico o sociocultural donde buscan el componente de identidad de grupo (Craig, 1994).

Así el adolescente consolida su identidad personal, al final de la adolescencia, donde se integra en una unidad todo lo que ha aprendido sobre sí mismo, en sus diversos roles como estudiante, hijo, deportista, novio, etcétera. Esta visión integrada de roles, habilidades, intereses, actitudes, proporciona al adolescente un sentimiento de continuidad con el pasado y lo ayuda para afrontar el futuro. Por lo que, la consolidación de la identidad se da cuando el muchacho sabe quién es, hacia donde se dirige, etcétera (Weiner y Elkind, 1976 citado por Jiménez, 1988). Cada adolescente va construyendo su identidad, lo cual, implica una unidad y continuidad del yo, frente a cambios del ambiente y del crecimiento individual. La identidad es el resultado de la integración de los aspectos del yo, como el autoconcepto (Delval, 1994).

Por otro lado, cuando la organización interna del adolescente es vulnerable o se da una excesiva tensión conflictiva que desde afuera se le ha creado al adolescente, llegan a tener problemas para lograr una identidad estable, es decir, se da una crisis de identidad, que surge cuando sus recursos internos son insuficientes para enfrentar integralmente las tensiones propias de la adolescencia (Bustamante, 1985 citado por Jiménez, 1988).

Algunos jóvenes se desorientan tanto en la búsqueda de roles apropiados que sufren una dispersión de identidad, un sentimiento de ignorar quiénes son, a donde pertenecen o hacia donde van, muchas veces abandonan la tarea de definirse a sí mismos, llegando a ser personas solitarias, apáticas, sin interés en metas, con pocas

ambiciones, no se esfuerzan lo suficiente, no sienten que las cosas mejoren en algún momento. En otras ocasiones el adolescente continúa con la búsqueda de su identidad, pero no es capaz de optar por las decisiones, elecciones, compromisos, que le ayuden a consolidarla. Esto produce que se prolongue la etapa de la adolescencia, con inseguridad, evadiendo problemas y no cumpliendo compromisos, aún en los años de adulto (Bustamante, 1985 citado por Jiménez, 1988).

No a todos los adolescentes les es difícil establecer su identidad. Muchos superan este período con facilidad, quizá con algunos períodos de incertidumbre. El influjo de los padres parece ser el factor más importante que afecta la capacidad del adolescente para lograr una fuerte identidad (Siegel, 1982 citado por Morris, 1987).

2.2.4. Sociales.

El hombre, como un ser social, vive permanentes procesos de socialización. Puede decirse, que las distintas etapas de la vida implican, cada una, diferentes necesidades de adaptación e integración a la sociedad. Por ello, una buena integración a la sociedad es importante en cualquier etapa (Fuentes, 1989).

Los cimientos de la socialización se construyen durante la infancia; por lo que se espera que el adolescente estructure sobre tales cimientos las actitudes y patrones de comportamiento adecuados que le permitirán ocupar su lugar en el mundo de los adultos. El grupo social espera que el adolescente domine cuatro tareas evolutivas:

- ❖ Establecer relaciones nuevas y más maduras con adolescentes de ambos sexos;
- ❖ Desear y alcanzar un comportamiento socialmente responsable;
- ❖ Desarrollar las habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano; y
- ❖ Lograr una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional con respecto a sus padres y otros adultos (Hurlock, 1987).

El paso hacia la socialización adulta es difícil para los adolescentes, ya que los patrones de comportamiento social aprendidos durante la infancia ya no se adaptan a las relaciones sociales maduras. Tampoco se adaptan al mundo adulto los patrones de la conducta social que gran parte de los adolescentes aprenden como parte de la cultura juvenil (Hurlock, 1987).

El grupo social espera que el adolescente reemplace sus actitudes y comportamientos infantiles por más adecuados a su nuevo status (Hurlock, 1987). Sin

embargo, si bien la sociedad impone al adolescente muchas exigencias, como por ejemplo: comportarse de tal o cual manera, tener un determinado rendimiento escolar; adoptar valores que se le presentan más o menos autoritariamente, etc., en cambio, no le provee, en general, de un plan cuidadosamente trazado que le ayude u oriente a satisfacer dichas exigencias, es decir, la sociedad parece que le propone al adolescente una especie de "deber ser" con lo cual se le valora positiva o negativamente, pero en cambio no le da indicaciones que él considere aceptables alrededor de "cómo llegar a ser". Puede ser que la escuela sea la única institución que trate algo al respecto (Fuentes, 1989).

Puede ocurrir, que ante hábitos, tradiciones o valores que él no ha ayudado a elaborar (por lo que los ve como propuestos autoritariamente), y desconociendo los modos de llegar a ser socialmente valorado positivamente, es frecuente que varios adolescentes den la espalda a la sociedad temporalmente (ó al menos así lo creen ellos), por lo que crean una escala de valores que consideran suya. Sin embargo, los fenómenos anteriormente mencionados, no tienen que ser alarmantes ya que después de haber cumplido su función de ayudar a que el adolescente logre seguridad, estos disminuyen (Fuentes, 1989).

Como ya se menciono antes, los requerimientos son diferentes en cada etapa, por ejemplo: en la niñez sus actividades se vinculan casi exclusivamente con sus padres y un poco después se relaciona con compañeros de juegos, pero la familia sigue siendo el punto de referencia básico (Fuentes, 1989). Además, cuando el niño ingresa a la escuela recibe mucha ayuda de sus padres y maestros en cuanto a su comportamiento social, y como ha estudiado durante 6 años o más, los adultos creen que están preparados para manejar por su propia cuenta los problemas de la transición hacia la adolescencia (Hurlock, 1987).

Los adolescentes advierten la magnitud de la tarea que tienen y con frecuencia se sienten incapaces de llevarla a cabo. Como piensan que sus padres no comprenden sus problemas y que sus profesores no tienen tiempo para ayudarlos en cuestiones ajenas a la enseñanza, por lo general se acercan a sus compañeros en busca de consejo y ayuda (Hurlock, 1987). Además, el adolescente, se verá llevado por su propio proceso de crecimiento a distanciarse del grupo inicial, de alguna manera se esfuerza por demostrarse a él mismo que es mayor, pero sigue sintiéndose inseguro e inexperto y ve que dichas sensaciones son comunes en otros individuos de su edad. Con ello empieza el proceso que lo llevará a identificarse con otros que están en su misma condición. Al unirse con un grupo de iguales el adolescente se siente apoyado, comprendido, aceptado, y con ello va afirmando su confianza en sí mismo y consolidando su voluntad de ser mayor, de lograr un lugar propio e independiente

en la sociedad (Fuentes, 1989).

Por otro lado, es consciente de que no puede ser feliz si carece de amistades, y de que sus necesidades de contactos sociales no pueden ser satisfechas fuera del grupo social. Además, en una cultura que da mucha importancia a la popularidad, el adolescente que no tiene amigos, piensa en sí mismo que es un fracasado social (Hurlock, 1987).

En general, los cambios de comportamiento social tienden a darse con lentitud mientras el adolescente asiste a la escuela y vive con sus padres. Si éstos y sus profesores lo tratan como niño, entonces tiene poca motivación para comportarse como adulto. Sin embargo, la transición en la socialización se acelera normalmente en la última etapa de la adolescencia. Por otro lado ya sea que el adolescente se case y construya su propio hogar, siga estudiando ó trabaje, las expectativas sociales serán diferentes a las que existían en los comienzos de su adolescencia (Hurlock, 1987).

Además, si el adolescente necesita bastante tiempo en transformar sus patrones sociales infantiles en los de adulto es porque debe cambiar toda la estructura social de su vida. Estos cambios se pueden verificar en cinco áreas, que son las siguientes:

Cambios en los grupos sociales. El adolescente intenta crear una sociedad particular capaz de satisfacer sus intereses y necesidades más maduros. Para ello , se asociaron distintas clases de grupos sociales como son:

- ❖ Camaradería son compañeros y confidentes inseparables que con mucha frecuencia pertenecen a su propio sexo y son de 2 a 3 camaradas.
- ❖ Camarillas son pequeños conjuntos exclusivos formados de varios grupos de camaradas y son grupos de ambos sexos.
- ❖ Barras son grupos más numerosos, son grupos formados que generalmente se componen de varias camarillas unidas por intereses y valores semejantes, que se reúnen para dedicarse a actividades específicas, y no debido a una atracción mutua.
- ❖ Grupos formalmente organizados creados por las escuelas, y otras organizaciones, con el fin de dar actividades sociales a todos los adolescentes. No son elegidos entre sus pares, pero se congregan por intereses comunes.
- ❖ Pandillas adolescentes se componen de adolescentes rechazados por camarillas o barras, son de ambos sexos y sus actividades tienden a ser agresivas, por el rechazo de sus pares.

El grupo de pares es una influencia importante para la socialización durante la

adolescencia ya que algunos adolescentes se apartan de sus familias, y el grupo de pares es una fuente de seguridad emocional y también enseña actitudes y conductas socializadas. Lo enseña a llevarse bien con otros, a tomar en cuenta sentimientos ajenos, a escuchar a otros y tolerar otros puntos de vista. Además, establece normas de conducta aprobadas socialmente y espera que sus miembros se conformen a ellas. Les exige lealtad y que se comprometan con los objetivos del grupo, si desean seguir en el grupo (Hurlock, 1987).

Cambios en las amistades. Los amigos son importantes para la socialización. Las actitudes hacia los amigos cambian de como era en la niñez. Las actitudes del adolescente se reflejan en su deseo de elegir sus propios amigos, en la cantidad, en sus cualidades, y en el deseo de que sean de ambos sexos.

Como ya se menciono anteriormente, el estar con otros que sienten lo mismo que él le ayuda a fomentar en él sentimientos de seguridad. El adolescente que quiere que sus pares lo acepten sabe que debe adaptarse a las expectativas del grupo con el que quiere identificarse. En la adolescencia la preferencia se desvía gradualmente ha amigos del sexo opuesto (a los 15 o 16 en las muchachas y 1 años después en los muchachos) (Hurlock, 1987).

Los adolescentes carecen de valores basados en la experiencia personal con respecto a lo que desean en amigos del otro sexo (no obstante tienen muchas actitudes negativas en relación a lo que no desean). Por lo que tanto las adolescentes como los adolescentes, en el inicio de la adolescencia tienden a guiarse por valores basados en personajes proyectados en los medios masivos y en adultos, quienes los atraen románticamente. Muchos de esos conceptos son irreales y están influidos por estereotipos de una persona "ideal". Este ideal de persona del adolescente, dependerá del grupo cultural (Hurlock, 1987).

Cambios en el trato dado a los amigos. La mayoría de los adolescentes tratan a sus amigos de un modo que, en cualquier otra edad lo llevaría a quedarse sin amigos. Esto se debe: a que sus relaciones ahora son muy intensas y cargadas de emoción; son propensos a idealizar a sus amistades; desean que sus amigos dejen buena impresión en otros y así acentúan su popularidad; reciben influencia de hábitos de la infancia como reñir física y verbalmente, criticar, poner apodos, hacer chistes a expensas de otros y hacer comentarios despectivos, estas costumbres hacen que las respuestas se hagan automáticas cuando aparecen en situaciones semejantes en el futuro; y por último, el grado de lealtad que siente por sus amigos influye en el trato que les da, en como se lleva con ellos. La estabilidad entre amigos es necesaria para que de al individuo seguridad y satisfacción emocional que, al menos temporalmente, no recibe de su familia (Hurlock, 1987).

Cambios en la elección de líderes. En la adolescencia, el grupo social se reúne para muchas y distintas clases de actividades, por lo que requiere de muchos y distintos tipos de líderes.

Cambios en las actitudes y en la conducta social. Los adolescentes empiezan a cambiar sus actitudes y comportamientos. Las presiones sociales determinan en gran parte la manera en que asumen las modificaciones de actitudes. El adolescente con el fin de asegurar la aceptación al grupo trata de cambiar sus actitudes y su manera de conducirse para adaptarse a las normas establecidas por el grupo con el que quiere identificarse.

La conducta social del adolescente esta marcada por:

- ❖ Actividades heterosexuales, se interesa más por individuos del sexo opuesto.
- ❖ Conformidad con el grupo, los puntos de vista ajenos, más específicamente los del grupo de igual edad, son muy importantes, pero no se conforma a todos los integrantes sino se adecua a quienes predominan en éste y son considerados sus líderes. La conformidad puede favorecer la socialización, dentro de límites razonables y grados adecuados a la edad, pero puede suceder lo contrario, cuando la conformidad es exagerada o insuficiente.
- ❖ Afirmación personal, cuando adquiere más confianza en sí mismo, se revela en él el deseo de aprobación y de atención. Los primeros intentos por ella son con frecuencia toscos y a veces ridículos. Pero aprende poco a poco a distinguir lo aceptable de lo que no lo es.
- ❖ Resistencia a la autoridad de los adultos, es una forma común de que se valen los adolescentes para afirmar su personalidad. Esta resistencia aumenta con los años, alcanzando su índice máximo entre los 15 y 17 años, después comienza a disminuir, ya que las actitudes y restricciones de los adultos se hacen menos severas.
- ❖ Deseo de ayudar a otros a resolver sus problemas, las principales fuentes de satisfacción en esta ayuda a otros están en el desahogo emocional y en los sentimientos de superioridad y de seguridad. Como es típico que estos sentimientos sean débiles en los adolescentes, por compensación, dirigen esfuerzos a ayudar a otros y así realzar la confianza en sí mismos y lograr la sensación que desean de ser importantes.

- ❖ Prejuicio y discriminación social, es una actitud organizada y estructurada de manera definible y consistente que justifica la discriminación. Se compone de tres elementos: el primero, es que hay creencias basadas a menudo en estereotipos, según las cuales el que no pertenece al grupo o que es diferente de algún modo, es una persona inferior, mientras los del grupo son superiores; el segundo, es que hay un acompañamiento emocional, desde la indiferencia hasta la hostilidad violenta y cruel; y el tercero, es que hay convicciones sobre el trato que se les debe dar a las personas consideradas "inferiores".

Las marcas psicológicas del prejuicio se intensifican en la adolescencia con la fuerza del fenómeno discriminatorio. El prejuicio hace al adolescente sensible a las características y denominaciones -físicas y psicológicas- que forman parte del estereotipo del grupo hacia el cual tiene una actitud prejuiciosa. A menudo engrandece mentalmente los aspectos, en el peor de los sentidos, del estereotipo.

Las marcas del prejuicio no solo afectan a quienes son sus víctimas, sino también, a los adolescentes prejuiciosos. Estos lo manifiestan desquitándose con quienes consideran inferiores.

- ❖ Competencia social, es la facilidad para tratar con personas y para actuar en situaciones sociales. Para ser socialmente competente, el adolescente tiene que conocer los patrones de comportamiento aprobados para diferentes circunstancias sociales y como llevarlos a cabo.

Los muchachos tienden a rebelarse contra el aprendizaje de alguna habilidad social por temor a que se los considere afeminados. Muchos de ellos se dan cuenta de que carecen de aptitudes sociales por lo que se sienten incómodos en reuniones sociales. Pero estas aptitudes sociales las irá adquiriendo por medio de la experiencia y la práctica.

La competencia social puede servir como un factor compensatorio de una conducta no muy bien vista socialmente, por ejemplo, un muchacho compensará su renuencia a cooperar y su carácter egocéntrico con el hecho de ser agradable por sus modales. También la competencia social afecta la clase de relaciones sociales que el adolescente mantiene con individuos de los dos sexos, como el hecho de que ser popular entre miembros del sexo opuesto lleva a tener prestigio en el propio. Además, la competencia social concede al adolescente equilibrio y confianza en sí mismo. Todo ello justifica que el adolescente dedique más tiempo y esfuerzo de lo que es habitual, a ello (Hurlock, 1987).

2.3. *El Adolescente y la Familia.*

Al comenzar en los adolescentes su desarrollo físico, la relación con sus padres va cambiando marcadamente. Algunos de estos cambios son el resultado del esfuerzo del adolescente por obtener su independencia, algo que comúnmente provoca tensión en la familia, principalmente durante las primeras etapas de la adolescencia. Por otro lado, generalmente, los adolescentes están en contra de los límites y reglas establecidos por sus padres, por lo que los padres conceden más autonomía pero con preocupación y recelo (Craig, 1994).

Los padres ven llegar esta etapa en sus hijos con preocupación, ya que no sólo se presentarían problemas para ellos mismos, si no que en toda la familia, por lo que se dará una readecuación emocional y social. El adolescente presiona a sus padres con diversas exigencias, desea vivir con plena independencia a pesar de que en realidad sea todavía dependiente, tiene nuevas actividades, perspectivas sociales y mayores necesidades económicas, exigencias que son incluso irrazonables, sobre todo en el plano económico, y casi cualquier esfuerzo de sus padres le parece insuficiente. "Me trajiste al mundo y ahora me tienes que resolver todo y dar todo", parece ser la exigencia latente (Fuentes, 1989).

Por su parte, los padres piden constantemente al adolescente que trate de adaptarse a las normas de conducta de los adultos, siendo estas algunas veces contradictorias. Se sabe que, el crecimiento de los hijos no siempre se vive con orgullo y confianza; frecuentemente los padres sienten (consciente o inconscientemente) ambivalencia ante este crecimiento. Por lo que puede ocurrir que se le pida al adolescente, algo en particular y después le este pidiendo otra cosa contradictoria a la anterior. En un momento se le considera casi un adulto, y en otro como un niño completamente dependiente; primero se le sobre exige; después se le subestima (Fuentes, 1989).

Los padres tienen actitudes conflictivas, por un lado desean que los adolescentes sean independientes, que tengan decisiones propias y dejen de tener exigencias infantiles, y por otro lado se asustan de las consecuencias de la independencia. Por lo que contradicciones como estas provocan malos entendidos y fricciones que son muy frecuentes. Lo que lleva a los adolescentes a pensar que sus padres no los quieren, que son fríos, indiferentes, que tienen ideas anticuadas e irrazonables con sus requerimientos; llevándolos a sentir hostilidad y desconfianza.

Por otro lado, y como ya se mencionó anteriormente, el adolescente no acepta por completo las reglas y valores que le indican sus padres, que debe seguir, debido

a que percibe incongruencias entre ellas y la conducta real. Sin embargo tampoco llegaría a romper lazos de dependencia (salvo en raras excepciones), de los que obtiene beneficios. En esta indefinición se relaciona con otros adolescentes, en los que encuentra un reflejo de sus propios problemas, prefiriendo intercambiar con ellos que con sus padres (Fuentes, 1989).

Sin embargo, es frecuente que tanto los padres como los amigos, influyan en el comportamiento de los adolescentes, siendo los amigos los que parecen tener mayor influencia (Kandel, 1973, Selman, 1980 citados por Darley, 1990). Es cierto que los adolescentes difieren mucho con sus padres, esto sucede frecuentemente con cuestiones relativamente poco importantes, como es el vestido, las diversiones, etcétera; pero en cuanto a cosas más importantes como sus valores son con frecuencia bastante similares a los de sus padres (Conger, 1977 citado por Darley, 1990). Lo que indica que los padres influyen mucho en el desarrollo de los valores de sus hijos adolescentes, y los amigos, más que nada influyen en el comportamiento diario, la forma de vestir, y otras cosas que se relacionan poco con los valores, sin embargo, es posible que los amigos influyan en como traducir esos valores a la vida cotidiana, en cuestiones como fumar o consumir bebidas alcohólicas. Así aunque los padres y los adolescentes promedio difieren en cuestiones como son sexo, droga y justicia social, las diferencias entre ellos no son tan grandes, como se describen en los medios de comunicación y los críticos sociales (Darley, 1990).

Con respecto a la búsqueda de independencia, podemos mencionar que existen muchos factores que interactúan para impulsar al adolescente hacia su independencia, como son: la maduración física e intelectual, a parte se encuentran las fuerzas psicológicas y las sociales. El logro de la independencia es un rasgo importante del desarrollo del adolescente. El proceso de búsqueda de independencia significa para él romper vínculos infantiles con los padres, tener libertad dentro de la familia, para adoptar decisiones día a día, libertad emocional para adquirir nuevas relaciones y libertad personal para decidir por sí solo en asuntos como educación, opiniones políticas y que carrera profesional estudiará (Coleman, 1985).

Sin embargo, aunque la independencia parece una meta muy importante, existen momentos en que se ve como una perspectiva preocupante e incluso que provoca temor, lo cual, es característico de los adolescentes, este comportamiento contradictorio, provoca en los padres, en ocasiones, desesperación, ya que les es frustrante que unas veces el adolescente se queja de que intervengan en su vida (por ejemplo, dándole consejos) y otras protesta de que nadie le toma interés (por ejemplo, cuando no se le aconseja) por lo que la actitud de los adultos cercanos al muchacho tiene mucha importancia (Coleman, 1985).

Las causas más comunes de problemas entre padres e hijos adolescentes son las siguientes:

- ❖ Los métodos de disciplina que el adolescente siente que son "injustos", "infantiles" o "arbitrarios". En ocasiones aplican las mismas sanciones de cuándo eran niños, a lo que, cuando el adolescente intenta argumentar acerca de ello, lo domina el coraje y la violencia. Por lo que los padres se reafirman en su posición y ese diálogo no conduce sino al crecimiento del conflicto.
- ❖ Otra de las fuentes de disgusto, surge de la actitud crítica que frecuentemente el adolescente, tiene hacia sus padres, hermanos y en general la vida familiar. Siendo esto una de las características del deseo de independencia por parte del adolescente. Los padres suelen tomar esas críticas como falta de agradecimiento filial.
- ❖ Otra causa de fricciones, es la creencia de que los padres no comprenden las dificultades y los problemas de los adolescentes (Hurlock, 1987).
- ❖ Por otro lado, los conflictos más comunes con los padres se dan respecto a los permisos que les dan para regresar a casa por la noche, el número de veces que el adolescente sale de noche, la persona con quien sale, los muchachos o muchachas que elige como amigos, las tareas domésticas, el dinero para sus gatos, las calificaciones escolares o la vestimenta, etcétera. Estos conflictos normalmente no se resuelven dialogando o por acuerdo mutuo, sino que se tratan en un clima de recriminación y agresión.

Cuándo la crisis del crecimiento puberal se modera y el equilibrio corporal se obtiene gradualmente, el joven adolescente comienza a sentirse mejor. Esto se ve reflejado en su conducta, por lo que las relaciones con su familia mejoran poco a poco. En el caso de las muchachas, este proceso se inicia entre los 15 y los 16 años de edad, y en los muchachos uno o dos años más tarde. El mejoramiento depende de la maduración, el ambiente familiar, y en particular del modo en que los padres reconozcan que el individuo ya no es un niño y que la forma de tratarlo sea la adecuada. Al final de la adolescencia, las relaciones familiares son mejores. Generalmente los padres tratan a sus hijos e hijas casi adultos como personas mayores, esto ayuda a que los adolescentes se hagan más maduros tanto en el aspecto social como en el emocional (Hurlock, 1987).

Por otro lado es importante mencionar, que el ambiente familiar, varía mucho de una casa a otra, de un momento a otro para un individuo determinado. En general, es más probable que el ambiente familiar sea insatisfactorio para el adolescente, por que las fricciones con los miembros del núcleo familiar se presentan con mucha

frecuencia durante este período de su vida (Hurlock, 1987).

Puede observarse que muchos adolescentes no sienten que con un clima familiar agradable se favorezcan las relaciones familiares. Por lo que la mayoría se muestra infeliz, y crítica y censura. Otros miembros de la familia, que sienten insocial la conducta del adolescente, toman represalias, los censuran y les hacen comentarios desagradables, hasta que se alcanza la infelicidad en todos (Hurlock, 1987).

Algo que debe ser destacado, respecto a la conflictiva padres e hijos adolescentes, es que existe una diferencia entre la forma de sentir y la forma de comportarse. Los muchachos pueden sentirse molestos o enojados con sus padres, por problemas cotidianos, pero son problemas que se pueden resolver en el hogar y que no llevan necesariamente a un severo rechazo o rebelión. Aún discrepando en determinadas cosas es posible que los adultos y los jóvenes, puedan seguir admitiendo las diversas opiniones y vivir en una relativa armonía, en el mismo hogar. Se puede decir que la transición adolescente de la dependencia a la independencia implica que se den algunos conflictos, pero no se debe exagerar su importancia como para que se de un rompimiento severo con los padres o la familia (Coleman, 1985).

Se ha llegado a estereotipar las conductas de los adolescentes, fomentado por los medios masivos de comunicación, por lo que es posible que el adolescente se comporte según las expectativas que sabe que la gente tiene de él, con lo que se refuerza el propio estereotipo (Bandura, 1964; Horrocks, 1984 y Hurlock, 1980 citados por Magaña, 1988).

Sin embargo, no es posible negar que existan algunos conflictos entre adultos y adolescentes. En este caso los adolescentes sienten que no pueden convertirse en adultos a no ser que puedan comprobar los límites de la autoridad, y descubrir en que creen a menos de que tengan oportunidad de luchar contra las creencias de otros (Coleman, 1985).

CAPÍTULO III

3. IMAGEN CORPORAL.

3.1. Definición.

Se puede considerar que la evolución de los conceptos relativos a la imagen del cuerpo tuvieron su origen a partir de las investigaciones realizadas en neurología, de las cuales, Ambrosio Paré en el siglo XVII (citado por Rincon, 1969) hace referencia en un intento por explicar las sensaciones persistentes que tenían las personas que habían sido sometidas a la amputación de un miembro, fenómeno al cual, se le denominó "miembro fantasma". Posteriormente Weir Mitchell y Charcot (citado por Rincon, 1969) interpretaron lo que sería el funcionamiento central responsable de esa persistencia sensorial. Por su parte, Sir Henry Head a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (citado por Rincon, 1969) da a conocer su concepto "esquema corporal" o "modelo postural del cuerpo". Según Head (citado por Rincon, 1969) el modelo que tenemos mentalmente de nuestro propio cuerpo reposa en los cambios posturales.

Por otro lado, los psiquiatras también se han interesado en el concepto "imagen corporal" para explicar algunas extrañas distorsiones de las sensaciones corporales en la psicosis. Por su parte los psicólogos lo han utilizado, con un interés sobre todo, en la construcción de la imagen del cuerpo del niño (Wallon 1954; Zazzo 1957; Piaget 1960; Koupernik y Dailly 1968, citados por Bruchon-Schweitzer, 1992). De acuerdo con lo anterior es importante mencionar que el concepto de "imagen corporal" tiene múltiples acepciones, por lo que podemos encontrar definiciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas (Bruchon-Schweitzer, 1992).

A continuación se presentan algunas definiciones:

Paul Shilder, (citado por Rincon, 1969) en su visión de neurólogo, fisiopatólogo, psiquiatra, psicólogo, psicoanalista y filósofo, define a la imagen corporal como una estructura mental, que forma parte de las estructuras psicobiológicas con las que cuenta una persona al nacer, mismas que se consolidan en la maduración y el desarrollo. La imagen corporal se va desarrollando durante los primeros meses de vida extrauterina pero será construida en el ejercicio de la percepción la sensación y la acción ; las necesidades básicas y las emociones en continúa interacción con el medio exterior, es decir, con un mundo lleno de estímulos que invitan al contacto social, al

dominio y conocimiento tanto de los objetos como del propio cuerpo por medio del constante ejercicio y de la interacción con la realidad. La imagen corporal al ser entendida como la imagen tridimensional que tenemos de nuestro cuerpo, es la que da la sensación de unidad corporal.

Gamer y Garfinkel (1981), fueron los primeros en sugerir que la imagen corporal es una estructura multidimensional.

F. Dolto (1986), de orientación psicoanalítica, hace una diferenciación de los conceptos "esquema corporal" e "imagen corporal", ya que, aunque están estrechamente relacionados no son sinónimos. El esquema corporal especifica a la persona en cuanto que representa la especie humana, no importando lugar, época o condiciones en que vive. El esquema corporal es la representación activa o pasiva de la imagen del cuerpo, ya que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal, basada en el lenguaje, en la relación con los otros y que, sin el esquema corporal y sin su soporte sería un fantasma no comunicable.

Por lo que el esquema corporal es el mismo para todas las personas, en cambio, la imagen corporal es única individual elaborada por el propio sujeto y su historia. El esquema corporal es tanto inconsciente, preconscious y consciente, sin embargo, la imagen corporal es principalmente inconsciente. La imagen corporal es la síntesis de todas nuestras experiencias emocionales, es memoria inconsciente de nuestras vivencias, y al mismo tiempo es actual, viva, dinámica y narcisista. Es el sujeto del deseo y gozar.

Gracias a la imagen y esquema corporal es que podemos comunicarnos con los demás. El esquema corporal es el cuerpo actual en un espacio de una experiencia inmediata que puede ser independiente del lenguaje, es decir, de la relación de una persona con los demás. El esquema corporal es evolutivo en el tiempo y el espacio.

Gardner, Martínez y Sandoval (1987), definen el término "imagen corporal" como la imagen que una persona tiene de la apariencia física de su cuerpo.

Para Slade, Dewey, Newton, Brodie, y Kiemle (1990), el concepto "imagen corporal" generalmente tiene al menos dos elementos, es decir, uno es la "percepción corporal" que se refiere al aspecto en el que se incluye precisión de juicio de la talla corporal y el segundo el "concepto corporal" el cual, se refiere a la insatisfacción/menosprecio.

La investigadora Bruchon-Schweitzer (1992), considera la "imagen del cuerpo"

como la mirada dirigida hacia el propio cuerpo, lo cual, es un proceso complejo en el que el observador es también observado, y la define como una configuración global, formado por el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza y de rol), y la imagen corporal es generalmente una representación evaluativa.

Por otro lado, la autora considera que hay dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (apreciación de distancias, proporciones y orientación espacial del cuerpo) a lo cual le llama imagen espacial del cuerpo. La otra consiste en las percepciones representaciones y afectos elaborados a partir del mismo cuerpo, con base casi siempre en unas normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo", identidad corporal percibida etc.); lo que se refiere a una imagen afectiva del cuerpo.

La adquisición progresiva de la imagen corporal se apoya sobre adquisiciones múltiples, visuales, cinestésicas, cognoscitivas, afectivas y sociales. Finalmente el desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, distinto de los otros y como propio, lo que corresponde a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Además, el concepto imagen corporal es adecuado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, como es percibida y descrita por la persona no sólo percibiendo un cuerpo objeto con propiedades físicas, como estatura, peso, volumen, orientación, etc., sino también un cuerpo sujeto con afectos, complejos, más o menos conscientes y casi siempre autoevaluativos (Bruchon-Schweitzer, 1992).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997), es necesario, en relación a las experiencias que Bruchon-Schweitzer menciona, tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales, y tener en cuenta que la imagen corporal también es percibida según, edad, o etapa de vida, género, clase social, entre otras variables ambientales y socio demográficas.

Para Gómez Pérez-Mitré (1995), la imagen corporal corresponde a una categoría subjetiva, la cual, se refiere a una representación psicosocial parecida a una fotografía en movimiento, esta es resultado de una elaboración que puede llegar a tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

3.2. Alteración de la Imagen Corporal: Sobrestimación y Subestimación.

Entre las variables de la imagen corporal, catalogadas como factores de riesgo se encuentran las alteraciones de la imagen corporal (no distorsión, ya que en investigaciones previas, se ha encontrado que en poblaciones abiertas o normales como las de estudiantes no se encuentra distorsión de la imagen corporal, sino alteraciones de la misma, que constituyen factores de riesgo, mientras que las distorsiones son típicas de las poblaciones clínicas y constituyen ya un síntoma patológico) que son sobrestimación y subestimación, esto se refiere a una percepción subjetiva en la cual se da un mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, es decir, es la diferencia que se da entre el peso real y peso imaginario (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Por peso real se entiende el resultado de una medición realizada con una báscula y/o el valor del índice de masa corporal (IMC) -peso/talla²-. Algo que debe tomarse en cuenta es que la grasa corporal (que se refiere a los lípidos del organismo que se encuentran en las células, en los fluidos corporales y en el tejido adiposo) no se puede medir directamente, siendo así el peso corporal un indicador de medición indirecta.

Por otro lado, el peso imaginario se define como una serie de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que hace de sí mismo el sujeto al observarse, y puede llegar a sobrestimarlo o subestimarlo. Generalmente se hace una sobrestimación del tamaño del cuerpo, así como del peso corporal, lo que lleva a sentir rechazo o insatisfacción con su imagen corporal al igual que un gran temor o miedo a subir de peso, de llegar a estar gordo y el sentirse siempre preocupado por su forma de comer, entre otras variables. Cabe señalar que la sobrestimación de su peso corporal se produce sin que la persona tome en cuenta su peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

3.3. Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es otra variable catalogada como factor de riesgo, esta tiene un origen de carácter psicológico-social y es de naturaleza cognoscitiva ya que involucra un proceso de conocimiento donde interactúan otros procesos como son: percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otra parte, se considera actitudinal, ya que expresa afecto y aceptación o rechazo hacia la propia imagen corporal. Estas variables implican, por lo tanto, conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que la persona hace propios y construye

como parte de un grupo social (Gómez Pérez-Mitré, 1993 a).

La variable satisfacción/insatisfacción constituye fundamentalmente una evaluación y modera las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas como son: cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros y las realidades internas, subjetivas generalmente como son: la percepción de sí mismo, la autoevaluación y la autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1998 a).

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se refiere al nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997), es decir que la satisfacción corporal parece depender de la distancia entre la realidad y la idealidad (Bruchon-Schweitzer, 1992). Pero debe de tomarse en cuenta que esta es una realidad percibida que difiere mucho de la realidad objetiva, es decir, que el propio cuerpo puede ser percibido diferente del cuerpo real y del ideal. Sin embargo, lo que es más importante tomar en cuenta, es la dirección o nivel de la autopercepción negativa o positiva, mostrando ser el mejor predictor de la satisfacción o insatisfacción corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1998 a).

Por otro lado, las personas parecen apreciar su cuerpo de acuerdo con las diferencias que perciba con un cuerpo ideal (Bruchon-Schweitzer, 1992). Así definimos satisfacción/insatisfacción corporal como el grado en el que una persona le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su propio cuerpo (Cash & Brown, 1987, Thompson, 1990, citados por Schlundt & Bell, 1993).

Finalmente cabe resaltar que las variables que reúnen a los dos factores anteriormente descritos son principalmente perceptuales, evaluativas y auto-actitudinales. Como resultado de la interacción de: condiciones sociales; variables individuales más o menos objetivas (peso o tamaño y forma real); comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia, clase social y variables psicosociales subjetivas (autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones o autoconcepto y autoestima entre otras) (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

3.4. Imagen Corporal en la Adolescencia.

Es una característica de los seres humanos tener un concepto de su yo físico, que incluye una imagen corporal (Horrocks, 1986). Durante la mayor parte de la vida esta imagen se modifica con lentitud ya que los cambios en el cuerpo son relativamente imperceptibles y no son tomados muy en cuenta, sin embargo, durante

la adolescencia se dan cambios muy rápidos en las proporciones del cuerpo, en el tamaño, en la apariencia facial y en el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias y el individuo se ve obligado a hacer cambios mayores en su imagen corporal, al mismo tiempo que los cambios rápidos lo llevan a una preocupación aumentada, en el sentido de tener que llegar a algún ideal culturalmente determinado (Powell, 1975).

La idea de imagen corporal definida por Schilder (1935 citado por Horrocks, 1986) y analizada por Kolb (1959 citado por Horrocks, 1986) y Schonfeld (1963 citado por Horrocks, 1986), se refiere a que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal, y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia personal y su capacidad funcional. Y en esta época de la adolescencia donde se presentan cambios físicos que parecen estar fuera de control, lo que tal vez al adolescente le resulte difícil de ajustar, ya que, es poco probable que el joven este preparado para reconocer el verdadero significado de esto. Además, debe de tomarse en cuenta el factor adicional como es el sobre valorar la importancia del aspecto físico y tener menos aceptación a estos cambios que el adulto.

Algo que es importante señalar es el hecho de que los adolescentes no resisten uniformemente el hecho de volverse mayores. Sin embargo, lo que resulta perturbador no es necesariamente el volverse mayor sino son los cambios repentinos del crecimiento y desventajas de cambios imprevistos que entran en conflicto con las aspiraciones de las personas. Es un axioma el que muchas personas pasen la primera mitad de sus vidas deseando parecer mayores y la segunda mitad deseando parecer más jóvenes (Horrocks, 1986).

El 70% de las adolescentes se sienten descontentas con su cuerpo. Mientras que en los muchachos la grasa representa un 15% de su peso, en las muchachas, cuando llegan a la pubertad la proporción de grasa alcanza generalmente niveles en torno al 20 o 25%. Los cambios de formas onduladas en senos, caderas y muslos -expresión normal de la biología y estéticas femeninas- los ven como obesidad que las desmerece ante sus ojos y los de los demás. La adolescencia es la etapa de la metamorfosis somática y de la rebeldía, lo que explica en parte lo anterior (Martínez, 1995).

Adelgazar para alcanzar el ideal estético femenino y el peso que hace ver una buena salud corporal y mental, para estar en forma y sentirse atractiva, es una presión irrenunciable para no pocas muchachas y adolescentes en las sociedades desarrolladas. Por ello múltiples factores socio-culturales determinan que las

adolescentes se confundan a la hora de percibir su silueta propia como normal. Algunas muchachas observan obsesivamente -llenas de angustia- cómo determinadas partes de su cuerpo van adquiriendo volumen y redondez diferenciándolas de los muchachos. En la adolescencia aumenta la preocupación por la imagen corporal ya que son los años de paso del grupo de amigos al individuo, desea ser distinto a los demás pero no demasiado (Martínez, 1995).

El interés que el adolescente tiene por su cuerpo se agranda si observa que atrae la atención y los comentarios por parte de los demás. Esto sucede cuando la atracción por miembros del sexo opuesto empieza a aparecer. Este interés que el adolescente tiene por su cuerpo puede deberse a varias razones entre ellas, el interés por el sexo opuesto, la apariencia y el desarrollo personal y la salud; en este caso la más observada es la atención que ponen en individuos del sexo opuesto; por lo que comienzan a pensar en sus cuerpos desde el punto de vista de los demás, que probablemente los observarán. Se da el cambio de una preocupación egocéntrica por el propio cuerpo, por una preocupación por el cuerpo en relación con las demás personas (Horrocks, 1986).

Por otro lado, es posible observar que el adolescente se sienta en conflicto debido a que por un lado desea tener una apariencia atractiva y lucirse, y por otro lado desea ocultar sus atributos físicos que posiblemente lo avergonzarían, sin embargo, esto depende de las características de cada adolescente, a parte hay otros motivos, como el de mostrarse a otras personas de acuerdo con el propio concepto de sí mismo (Horrocks, 1986).

Los cambios que sufren los adolescentes los guían a desarrollar otras representaciones, emociones y actitudes hacia su cuerpo. Esta elaboración de una nueva imagen corporal es una de las mayores tareas del adolescente en su desarrollo (Havighurst, 1972, citado por Rodríguez-Tomé, Bariaud, Cohen Zardi, Delmas, Jeanvoine y Szylagyi, 1993). En este proceso intervienen diversos factores como: el sentido visual y la percepción cinestecica, la apropiación de la imagen, la opinión de otras personas, la imaginación, la comparación con iguales y la comparación con el patrón cultural del cuerpo ideal (Rodríguez-Tomé, et al., 1993).

En ocasiones la preocupación física puede exagerarse y si en realidad se aparta mucho del concepto ideal, el adolescente puede hacer intensos esfuerzos para alcanzar ese ideal. Si por el contrario llegará a fracasar en sus intentos podría aparecer en él sentimientos de inseguridad, inferioridad y ansiedad (Horrocks, 1986).

Como indican Lemen y Karabenick (1974 citados por Magaña, 1988) cuando

dicen que los cambios en la adolescencia tienen un efecto psicológico importante, ya que existe una relación significativa entre la estimación que una persona tiene del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la autoestima global de uno mismo.

Ya que los adolescentes le dan mucha importancia a la apariencia física y tienden a dedicar mucho tiempo a su arreglo personal (Horrocks, 1986), con frecuencia muestran una actitud crítica, y se hacen preguntas como: ¿Tengo una buena figura y el tamaño idóneo?, ¿Mi cuerpo se acerca al ideal?, ¿Mi cuerpo es atractivo?, etc. Esto hace a los adolescentes, desde un punto de vista sociológico, un grupo manipulable a nivel cultural. Por lo general los adolescentes tienden a mostrar una necesidad mayor de ir de acuerdo a lo ideal. Por lo que el adolescente puede no tolerar la desviación tanto de su constitución corporal (por ejemplo, una excesiva obesidad o una extrema delgadez) como en la sincronización corporal (por ejemplo, en el caso de una maduración tardía). En este caso, los medios de comunicación juegan un papel muy importante al manipular esa tendencia, presentando en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivos y exuberantes que pasan esta etapa de la adolescencia sin barros ni espinillas, ni formas desgarradas. Los adolescentes son muy sensibles y perceptivos con respecto a su propia apariencia física y a la de sus amigos; las diferencias entre su autoimagen y la imagen ideal que se les muestra en medios publicitarios como las revistas o la televisión pueden ser una fuente de ansiedad (Craig, 1994).

Durante la infancia los niños conocen diferentes tipos de cuerpo e ideales y se forman una idea clara del suyo, de sus proporciones y de sus destrezas. Pero ya en la adolescencia su imagen corporal es objeto de un análisis más minucioso. En nuestra sociedad algunas jóvenes se someten a dietas rigurosas mientras que otros llevan a cabo rigurosos regímenes de acondicionamiento físico y entrenamientos de resistencia, como levantamiento de pesas, atletismo y danza. Las niñas por su parte se preocupan por ser muy gordas o muy delgadas mientras que los hombres están preocupados por ser muy flacuchos, es decir, no lo suficientemente musculosos y muy pequeños. La razón de que las niñas se preocupan mucho por su peso es que se interesan mucho por su aceptación social, y la gordura no es muy bien vista en nuestra sociedad. Llegan a presentarse casos en que las adolescentes que están perfectamente normales, médicamente saludables e incluso esbeltas, a pesar de ello, ellas se consideran obesas y quieren perder peso. Sin embargo, cabe mencionar que hay otras culturas en las que consideran la gordura como el ideal femenino y creen que la delgadez en la mujer no es saludable o que indica estados de pobreza en la familia. En los adolescentes varones, el principal interés es la fuerza física (Lerner, Orlos y Knapp, 1976 citado por Craig, 1994). Por lo que, la altura y los músculos son los aspectos más importantes para ellos (Craig, 1994).

Talla, peso y complexión son las principales fuentes de preocupación para los adolescentes, algunos deseando uno o más cambios físicos en ellos (Frazier y Lisonbee, 1950; Peterson y Taylor, 1980 citados por Fuentes, 1989). Los adolescentes que se desarrollan temprana o tardíamente tienen distintas repercusiones, según se trate, de un hombre o una mujer. Las muchachas que maduran tempranamente y que pertenecen a la clase media sufren desventajas reales, mientras que los jóvenes de maduración temprana se sienten estimulados y halagados. Los muchachos en su vida social, logran ciertos beneficios por su desarrollo físico y sexual temprano en cambio las jovencitas experimentan en muchas ocasiones sentimientos de desadaptación en relación a las necesidades y expectativas de sus compañeras y compañeros. Culturalmente, las clases medias por lo general no hacen una valoración positiva del desarrollo sexual femenino precoz. Por ello muchas adolescentes se sienten incomodas por la estatura que súbitamente alcanzaron o con frecuencia por el desarrollo de sus senos que ellas mismas llegan a considerar que son más grandes de lo normal para su edad, por lo que es frecuente que tratan de disminuirlos o ocultarlos. Ocurre lo contrario con los jóvenes que maduran tardíamente, que aunque sea una situación pasajera, el adolescente se siente demasiado débil o pequeño para competir, por ejemplo, en los deportes con sus compañeros, por lo que siente que será subestimado o que lo harán a un lado las jovencitas e incluso recibirá burlas por parte de sus compañeros.- Todo ello lo hará sentirse retraído; desarrollando fantasías compensatorias y sentimientos de inferioridad (Fuentes, 1989).

Por otro lado, cabe mencionar, que los adolescentes observan sus cambios, los evalúan y tratan de adquirir una apariencia personal que sea atractiva, estando en una búsqueda de su identidad, no sólo para sí mismos sino también para los demás (Rodríguez-Tomé, 1972, citado por Rodríguez-Tomé y cols, 1993).

3.5. Importancia de la Imagen Corporal en la Sociedad.

La imagen corporal no es creada sólo por una reflexión individual, sino que se hace una interpretación de diversos factores como son: una carga afectiva, factores individuales, roles de acuerdo al sexo del individuo, los valores culturales y el contexto social en que se desarrolla la persona (Petersen y Taylor, 1980, Lerner, 1985, Bruchon-Schweitzer, 1990, citados por Rodríguez-Tomé y cols, 1993).

Nuestra propia imagen corporal es y puede llegar a ser gracias al hecho de que nuestro cuerpo no está aislado, un cuerpo es necesariamente un cuerpo entre otros cuerpos alrededor. La palabra "yo" no tiene sentido cuando no hay un "tu". La existencia de las demás personas representa para nosotros una necesidad íntima. No

sólo nos interesa nuestra integridad, sino también la de los demás. Nuestra propia imagen corporal no es posible sin las imágenes corporales de las otras personas. Elaboramos nuestra imagen corporal con base en las experiencias adquiridas por las acciones y actitudes de los otros, ya que, estas pueden ser palabras o acciones dirigidas hacia nuestro cuerpo, pero además, las actitudes de los otros hacia sus propios cuerpos también ejercen una influencia en nosotros (Schilder, 1987).

Como se sabe, todo individuo es emisor de una apariencia física y también receptor de la apariencia de los demás. En todo encuentro entre las personas hay una emisión-recepción mutua de impresiones e informaciones por medio de su apariencia física (Duflos-Priot, 1987 citado por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Para Rodin (1993), la época en que vivimos la imagen corporal es muy importante. El comercio de la belleza es un gran negocio. En esta época los roles sexuales son confusos, así que en varios aspectos, nuestro cuerpo sigue siendo el medio más visible con que expresar las diferencias entre los sexos. Las mujeres están participando en actividades y profesiones que por tradición eran consideradas sólo para hombres, e igualmente los hombres participan más en las labores de la casa que eran consideradas exclusivas de la mujer. Por ello el cuerpo y la apariencia adecuada pueden ser la forma como las mujeres expresen ser femeninas en áreas que se pensaban exclusivas para hombres, sin dejar de ser profesionales. Por lo que respecta a los hombres un aspecto masculino y musculoso suele reafirmar la masculinidad en el hombre debido a que ya no puede recurrir a su posición laboral.

Por otro lado el creciente interés por la actitud física ha convertido a nuestros cuerpos en prueba de una búsqueda por la salud. Desde décadas pasadas se ha visto la importancia de estudiar el problema de la exagerada preocupación por el cuerpo, así como la preocupación por cumplir con los estándares de belleza que la sociedad imponía, cuando con esto se alentó la creación de pautas de alimentación totalmente desbalanceadas, con gran difusión (Rodin, 1993).

Como ya se ha visto las condiciones sociales juegan un papel muy importante en la percepción de la imagen corporal como la presión que ejercen los medios de comunicación, que con frecuencia promueven estereotipos, valores y normas de belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor etc. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

En varias investigaciones se ha observado que aún anterior a la pubertad la belleza y la apariencia son aspectos que sobresalen del papel femenino (Moracco & Camilleri, 1983 citados por Kelson, Kearney-Cooke & Lansky, 1990). Esto puede deberse a que generalmente se educa a las mujeres, desde la infancia, a preocuparse por su

cuerpo y por su imagen corporal, más que a los varones. Unido a esto, se puede observar que anteriormente las características de las muñecas eran similares a las de un bebe gordo o de una niña robusta. En cambio ahora las muñecas que sobresalen son las muñecas "Barbie", la cual, representa a una jovencita muy delgada no siendo así el busto, un cuello largo y delgado, las caderas más estrechas que los hombros, sin pompas y con piernas largas y finas. Con las que las niñas llegan a identificarse desde la infancia al jugar con ellas (Martínez, 1995). Se puede decir que la figura femenina ideal ha cambiado, a lo largo de este siglo, el cambio ha sido desde una figura llena, durante la década de los 20, a una figura cada vez más delgada, a partir de los años 50, como se observa en los análisis hechos a revistas femeninas de distintas épocas (Agras & Kirkley, 1986, citados por Gómez Pérez-Mitre, 1993 b). El cambio que se dio fue desde una preferencia por una figura en forma de reloj de arena, hacia una figura menos curvilínea y angular del cuerpo (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980 citados por Heinberg, 1996, en Thompson, 1996). Por otro lado en otros estudios similares se ha encontrado que las mujeres que aparecen en revistas tienden a ser muy delgadas (Silverstein, Perdue, Peterson, & Kelly, 1986; Silverstein, Peterson, & Perdue, 1986, citados por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996).

Por otro lado, se ha visto esta tendencia hacia la delgadez en los estudios hechos con las concursantes a Miss América en los cuales se ha encontrado que el peso ha disminuido significativamente en relación con la estatura desde 1960 (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980 citados por Gómez Pérez-Mitre, 1993 b). Se puede decir que la sociedad actual estandariza la delgadez en las mujeres, sin embargo no todas las mujeres en promedio pueden alcanzar ese ideal (Franzo & Herzog, 1987, citados por Heinberg, 1996, en Thompson, 1996).

Vivimos en una época en que la sociedad da un gran valor al aspecto físico de nuestro cuerpo (Rodin, 1993). En la que la delgadez es casi un sinónimo de belleza (Striegel-Moore, McAvay & Rodin, 1986; Thompson, 1990 citados por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996) y lo bello es bueno (Franzo & Herzog, 1987 citados por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996). Al igual que esbeltez es una forma graciosa y delicada de ocupar el espacio, el termino delgado se deriva del latín delicatus. Se piensa que todo lo que es bueno para la salud también lo es para la belleza y que todo lo que es bueno para la belleza es también bueno para la salud (Martínez, 1995). En las sociedades industrializadas el objetivo de ser bello parece como si fuera accesible a cualquier persona que le dedique un tiempo suficiente que haga demasiado ejercicio y que coma poco. Pero esta búsqueda por el cuerpo perfecto no es tan fácil, ya que, la mayoría de las personas después de un tiempo se sienten frustradas avergonzadas y derrotadas al no poder llegar a este cuerpo perfecto (delgadez) (Rodin, 1993).

Sin embargo, aunque el ideal social es promover la delgadez, la mujer tiene la presión de lograr una apariencia contraria a la delgadez, como por ejemplo, el tener un gran busto (Thompson & Tantleff, 1992 citado por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996) o un físico muscular (Striegel-Moore, Silverstein & Rodin 1986 citado por Heinberg, 1996, en Thompson, 1996).

Por otra parte, se ha visto que las mujeres pasan mucho tiempo y gastan gran cantidad de dinero cuidando su atractivo (Tan, 1979, citado por Kelson, Kearney-Cooke & Lansky, 1990). Durante la adolescencia las muchachas se preocupan más por su apariencia, lo cual, está asociado con sus cambios físicos y se intensifica con la presión social sobre las características del rol femenino (Freedman, 1984, citado por Kelson, et al., 1990).

Por su parte los medios publicitarios, promueven cosméticos y otros artículos diseñados para cuidar la apariencia (Tan, 1979, citado por Kelson y cols, 1990), también ha habido un aumento en la publicación de anuncios orientados hacia las dietas (Silverstein et al., 1986; Silverstein, y et al., 1986 citados por Heinberg, 1996 en Thompson, 1996). Esta influencia social tiene un fuerte efecto en las mujeres que perciben a la belleza como una característica importante en su vida (Tan, 1979, citado por Kelson, y cols., 1990).

Los medios audiovisuales como son: televisión, radio, cine, libros y revistas ilustradas (Martínez, 1995) todas ellas dedicadas a promover la apariencia, la belleza, el estilo, el pelo, la ropa, etc., ya sea para hombres o mujeres e incluso para los adolescentes (Rodin, 1993) que es una población especialmente de mayor riesgo por su inmadurez psicológica y predisposición cultural. En este caso el mensaje que les llega a las jovencitas es, que sólo si son delgadas serán atractivas y competitivas con las demás muchachas. Por lo que la moda termina uniformándolos por fuera y a la larga también por dentro, tanto a las muchachas como a los muchachos. Esto puede verse en los años en los que los muchachos y muchachas gustan de pertenecer a un grupo de amigos (entre los 8 y 18 años de edad) su autoestima depende mucho del grado de aceptación de los miembros del grupo. Gustando de utilizar ropa y zapatos semejantes a los demás miembros del grupo y tampoco se debe de diferir en el peso y talla promedios de los amigos aunque su constitución biológica sea diferente ya que la apariencia física es importante (Martínez, 1995).

En resumen, cabe mencionar que socialmente en mujeres el ideal y belleza se asocian a la delgadez, no siendo raro encontrar bellos los cuerpos femeninos que se acercan a los anoréxicos. En el caso de los hombres, los factores más importantes del atractivo físico son la musculatura y la fuerza principalmente a nivel del tronco superior

(Bruchon-Schweitzer, 1992) así la figura atractiva se caracteriza por hombros y tórax musculosos con una cintura más fina que los hombros (Hovarth, 1981, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992). Sabemos que los hombres también sienten preocupación por su cuerpo (algunos de forma intensa) pero que los afecta de distinta manera (Rodin, 1993).

CAPÍTULO IV

4. CONDUCTA ALIMENTARIA.

La conducta alimentaria, es un objeto de estudio relevante, ya que representa una respuesta biológica esencial a todo ser vivo (Gómez Pérez-Mitré, 1993 b). En el caso de los seres humanos cobra una mayor importancia porque la alimentación sólo en parte mínima es instintiva, es una respuesta a la necesidad de nutrientes, con objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos y reguladores indispensables (Gómez Pérez-Mitré, mimeo), y por otro lado se convierte en una respuesta altamente condicionada por factores de tipo psicológicos, sociales y culturales. Por lo que influyen otros aspectos emocionales y de placer, entre otros (Contreras, 1993).

Baas, Wakefield y Kolasa (1979 –p 51, 52-) enlistan una serie de usos que se le dan a los alimentos:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar un foco para las actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza".

Los usos que se le dan a los alimentos, combinaciones, orden, composición,

número y horas de las diferentes comidas, todo esto está organizado como resultado de un proceso social y cultural cuyo significado está en la historia de cada sociedad o cultura (Contreras, 1993). Por otra parte, la alimentación es también un sistema de comunicación (Barthes, 1961; Douglas, 1982 citados por Contreras, 1993) ya que no son sólo una colección de productos que pueden ser estudiados estadísticamente o dietéticamente sino que es también un complejo sistema de signos, un cuerpo de imágenes, un protocolo de usos, de situaciones y de comportamientos (Contreras, 1993).

La alimentación es una conducta que se realiza más allá de su propio fin, que sustituye, resume o denota otras conductas; y por lo cual constituye un signo. La actividad, el trabajo, el deporte, el esfuerzo, el estudio, la fiesta, el descanso, el ocio, etc., cada una de las situaciones tiene una expresión alimentaria (Contreras, 1993). Un aspecto importante relacionado con este punto es que generalmente lo que la gente come determina en gran medida cómo es su apariencia, cómo se siente físicamente y que probabilidad tiene de sufrir varias enfermedades (Papalia, 1992).

Todo lo mencionado anteriormente hace que la conducta alimentaria sea muy compleja ya que la alimentación en el ser humano se ve afectada por factores tales como: los biológicos, los psicológicos, los sociales y los culturales (Gómez Pérez-Mitré, mimeo) lo que hace a la conducta alimentaria compleja y la convierte en fuente de conflicto que provocan desórdenes alimenticios (Gómez Pérez-Mitré, 1993 b), como bulimia, anorexia nervosa y obesidad que constituyen las tres categorías principales de esta conducta. Estas se relacionan entre sí, de manera que en realidad difícilmente se encuentran en forma pura (Gómez Pérez-Mitré, mimeo).

4.1. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.

4.1.1. *Desórdenes de la Alimentación.*

Los desórdenes de la alimentación son enfermedades que suelen presentarse en sociedades del primer mundo actual (Alemany, 1995), se puede afirmar con seguridad que el problema del control y autonomía con respecto a los alimentos sólo se presenta cuando hay abundancia de dichos alimentos; por lo que no hay casos de desórdenes de la alimentación como bulimia y anorexia nervosa en países del tercer mundo, y en esas naciones generalmente la obesidad es considerada un símbolo de estatus. En las sociedades occidentales donde hay abundancia se induce a la gente a mantener autocontrol y demostrar autonomía frente a la abundancia de comida

disponible (Stierlin y Weber, 1989).

Las personas que viven en estas sociedades occidentales están expuestas a una gama de exigencias y expectativas contradictorias. Esto puede verse con claridad por el hecho de que se presentan cuerpos y alimentos que se conciben como valores. Por una parte, los medios bombardean con anuncios de alimentos de altas calorías; y por el otro, esos mismos medios pregonan el carácter deseable de la esbeltez, el atractivo y la aptitud física, y la necesidad de autocontrol, de dietas y de restricciones (Stierlin y Weber, 1989). El cuerpo es visto como un distingo social, como un instrumento de competitividad, en un medio donde predominan los estereotipos, valores estéticos y culturales (Toro y Vilardell, 1987 citados por Chinchilla, 1995). Por lo que parece posible que el trastorno de la imagen corporal en interacción con varios factores predisponentes y desencadenantes constituyen la base en que se desarrollan y mantienen los desórdenes de la conducta alimentaria (Chinchilla, 1995). Sin embargo, no deja de parecer sorprendente que en condiciones de extrema abundancia de nutrientes y alimentos variados, al alcance, se produzcan alteraciones del proceso alimentario en una porción de la población, que se encuentran al final de la infancia y adolescencia, incluso aún más allá de la madurez (Alemany, 1995).

Los desórdenes del comer se caracterizan por disturbios severos en la conducta de comer (Aizpuru, 1995 a) y comprenden esencialmente la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y otras entidades que se relacionan con ellas (Alemany, 1995). El miedo a estar obeso y el deseo de estar delgado son fuerzas motivacionales de estos desórdenes y en ambos se observa alteración de la percepción de la forma y del peso corporal. Por otro lado, se encuentran los desórdenes no especificados, que abarcan aquellos desórdenes que no cumplen todos los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (Unikel, 1995).

Actualmente, la obesidad se ha incluido como un desorden de la alimentación, ya que se ha encontrado que el porcentaje más alto de esta, así como el sobrepeso, provienen de desórdenes del comer y por que comparten características. Aunque debe aclararse que lo anterior no significa que se pueda igualar problema alimentario con problema de peso, ya que los desórdenes alimentarios no necesariamente se manifiestan con problemas de peso (Gómez Pérez-Mitré, mimeo).

Por otro lado, cabe mencionar que consideran como factores el nivel socioeconómico y la edad (para anorexia y bulimia) en el desarrollo de desórdenes alimentarios (Bray, 1989 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995; Garfinkel y Garner, 1982 citados por Rubio de Lemus y Lubin, 1993; y Alemany, 1995), por su parte, Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes & Lackstrom (1993-p 6-) consideran como

antecedentes para el desarrollo de un desorden del comer, los siguientes factores:

a) Individuales.

- ❖ Autonomía, identidad y preocupación por la separación
- ❖ Alteración perceptual
- ❖ Preocupación por el peso
- ❖ Alteración cognitiva
- ❖ Enfermedades crónicas

b) Familiares.

- ❖ Predisposición biológica heredada
 - desórdenes del comer en la historia familiar
 - enfermedades afectivas y alcoholismo en la historia familiar
 - obesidad en la historia familiar
- ❖ Modificación de factores culturales
- ❖ Problemas con la autonomía y separación en la interacción padre-hijo

c) Cultural.

- ❖ Presión por la delgadez
- ❖ Presión por la figura.

Agras, 1988; Braguinsky, 1987; Fairburn & Garner, 1986 (citados por Aizpuru, 1995 b), de acuerdo con sus investigaciones indican que las formas combinadas de desórdenes de la conducta alimentaria son las que se encuentran con mayor frecuencia. Cabe mencionar que hablamos de desórdenes que tienen varios elementos: psicológicos, fisiológicos, nutricios y neurológicos.

4.1.1.1. *Anorexia Nervosa.*

4.1.1.1.1. *Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa.*

Es posible encontrar evidencias históricas que nos muestran la presencia de conductas alimentarias inadecuadas desde épocas antiguas (Wilson, Hogan y Mintz, 1983 citados por Chinchilla, 1995). Durante la edad media se sabe que muchas mujeres jóvenes con ideas religiosas hacían ayunos prolongados, sobreviviendo sólo con muy pocas cantidades de alimentos (Brumberg, 1988 citado por Chinchilla, 1995) y que después murieron tras su estado de inanición. Esto es considerado por algunos autores como las primeras muestras de anorexia nervosa. Sin embargo, las mujeres

antes de mediados del siglo XIX no presentaban exactamente anorexia nervosa, porque estas conductas no estaban motivadas por el miedo a engordar (Habermas, 1989 citado por Holtz, 1995) sino porque pensaban que era una forma por la cual podrían desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad, era solamente otra forma más de autosacrificio (Bell, 1985; Bynum, 1987 citados por Holtz, 1995).

La primera descripción clínica que se conoce fue publicada en Londres en 1689 por Richard Morton (citado por Chinchilla, 1995) en su obra *Phisiológica: or a Treatise on Consumptions*, donde presenta dos historias, la de un hombre de 16 años y una mujer de 18 años, éste último caso, era el de la hija del Mr. Duke, entregada a sus estudios y lecturas día y noche y a pesar de la extrema emaciación, se veía indiferente al frío extremo de invierno, en esta historia clínica se pueden observar los caracteres principales del trastorno: amenorrea, trastornos del apetito, estreñimiento, delgadez extrema y tendencia a trabajar ininterrumpidamente a pesar del estado de consunción (como un esqueleto solamente revestido con piel). La paciente rechazó la atención médica y falleció. Morton (citado por Holtz, 1995) llamó a esta enfermedad "consumición nerviosa". Sin embargo, muchos autores no toman en cuenta el trabajo de Morton y consideran que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874 (citados por Holtz, 1995), fueron los primeros. Ellos hacen una descripción casi simultánea, en Francia Laségue y en Inglaterra Gull, de casos de restricción alimentaria que indican anorexia nervosa.

Gull, propone primero una causa orgánica, un trastorno del aparato digestivo, posteriormente apoya la hipótesis psicogenética de Laségue, que hace referencia a la histeria, entonces de moda, lo que denomina Laségue síndrome de anorexia histérica y Gull posteriormente le dio el término de anorexia nervosa (Guillemot y Laxenaire, 1994) siendo el primero en emplearlo (Chinchilla, 1995). Estos autores fueron los primeros que dieron reportes médicos completos sobre anorexia nervosa ya que por primera vez reportaban el aspecto del miedo anormal a estar o llegar a estar obesas aún estando emaciadas, esto las diferenciaba de las mujeres de épocas anteriores a 1850, que hacían ayuno y de otras formas de enflaquecimiento psicogénico (Garfinkel, Garner, Kaplan y Darby, 1983; Garner, 1991; Toro y Vilardell, 1987 citados por Holtz, 1995).

Mientras que algunos autores consideraban mental o nervioso el origen del síndrome, el descubrimiento por parte de Simmond en 1914 (citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) de la caquexia hipofisaria y su asociación a la alteración de sustancias hormonales (Chinchilla, 1995), dio paso a que se retornara a una explicación fisiopatológica, ampliándose inadecuadamente la aplicación de su modelo,

reforzado por el descubrimiento de los trastornos endocrinos (Jeammet, 1984 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994). Destacando la consideración errónea de los trastornos endocrinos como causa del síndrome, ya que estos son consecuencia de la desnutrición (Guillemot y Laxenaire, 1994). Todo lo anterior provocó el auge de las interpretaciones somáticas, disminuyendo así las aportaciones psicológicas para la explicación del desarrollo de la anorexia nervosa (Chinchilla, 1995).

Posteriormente se observó la ineficacia de los tratamientos hormonales; mientras que los tratamientos psiquiátricos empleando la separación de la familia obtenían éxito terapéutico. Esto marcó el fin de la era organicista en el campo de la anorexia nervosa. Dándose una gran cantidad de abordajes explicativos y terapéuticos del trastorno: psicoanálisis, comportamentales, biológicos y sistémicos. Esta pluralidad de abordajes que se relaciona con la concepción multifactorial de los desordenes de la conducta alimentaria se propone favorecer la adaptación del tratamiento a cada problema individual (Guillemot y Laxenaire, 1994).

Después se intentó establecer un diagnóstico preciso elaborando unos criterios diagnósticos y un sistema de clasificación similar a los que se encuentran en la actualidad. Los criterios de St. Louis o Research Diagnostic Criteria (Feighner, Robins y Guze, 1972 citados por Chinchilla, 1995) configuraron el primer sistema de clasificación categórica, en relación con la anorexia nervosa, incluida como una entidad clínica diferenciada e independiente. Estos criterios no permitían que se confundiera con otro trastorno psiquiátrico.(Chinchilla, 1995).

Con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, editado por la Psychiatric American Association (DSM III) en 1980, fueron los criterios de este manual los que predominaron en la investigación y diagnóstico clínico de la anorexia nervosa. Posteriormente los criterios incluidos en el DSM III R 1987 y actualmente el DSM IV 1995, junto con los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10 de la organización Mundial de la salud [OMS]) son los criterios más utilizados en la actualidad (Chinchilla, 1995).

4.1.1.1.2. *Definiciones de la Anorexia.*

Anorexia: del griego *an*, privativo, y *oresis*, deseo, esto quiere decir, falta anormal de ganas de comer (Martínez, 1995).

Se describió por primera vez en 1964 por Morton, en una forma muy precisa, como un cuadro patológico autónomo (Thomä, 1961 citado por Battegay, Glatzel,

Pöldinger y Ranchfleisch, 1987). La describió, como un adelgazamiento nervioso con pérdida total del apetito, originado por un trastorno del sistema nervioso (Decourt, 1953; Thomae, 1961; Sours, 1969 citados por Schütze, 1983).

Por su parte, la Asociación Americana de Anorexia Nervosa define la anorexia como un trastorno de deliberada inanición con componentes profundos psiquiátricos y físicos (Newman y Halvorson citados por González, 1992, en Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995).

Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) definen anorexia mental como un síndrome que se caracteriza por un adelgazamiento voluntario producido por una disminución significativa de la ingesta y un temor intenso a llegar a estar obesa, a pesar de que presente un peso muy por debajo de lo normal.

Chinchilla (1995) define la anorexia nerviosa como un trastorno que se caracteriza por un rechazo persistente a los alimentos, como consecuencia de un miedo irracional ante la posibilidad de aumentar su peso ya sea en el momento actual o en el futuro, asimismo también presenta una alteración en la percepción de la imagen corporal, dando lugar a una intensa pérdida de peso, lo cual, conduce a un estado de desnutrición progresivo.

Alemany (1995), señala que la anorexia nervosa, como su nombre lo indica, no responde directamente a una causa orgánica definida, sino que tiene un origen nervioso (psíquico). La anorexia se caracteriza por la falta de hambre o apetito, o mejor dicho por el bloqueo psicológico voluntario de la capacidad de comer. Se genera una situación de rechazo sostenido a la alimentación que provoca una pérdida progresiva de peso, que conduce a la desnutrición y posteriormente a la muerte sino se consigue tratarse y corregirse a tiempo.

Los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa según la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* son los siguientes:

- ❖ Pérdida significativa de peso (IMC o de Quetelet= peso (kg) / altura 2 (m) de menos de 17.5). Los pacientes prepúberes pueden no ir ganando peso propio del periodo de crecimiento.
- ❖ La pérdida de peso es provocada por el mismo enfermo a través de: 1) evitar comer alimentos que "engordan" y por uno o más de los síntomas tales como: 2) vómito autoinducido; 3) uso de purgas autoinducidas; 4) ejercicio excesivo, y 5) uso de anorexígenos o diuréticos.

- ❖ Distorsión de la imagen corporal que se refiere a la persistencia de la idea sobre valorada de un miedo intenso a la gordura o flacidez de las formas corporales, por lo que el enfermo se impone él mismo a permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- ❖ Un trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal que se manifiesta en la mujer como amenorrea y en el hombre como una pérdida de interés y potencia sexuales (una excepción aparente es la persistencia del sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución generalmente el uso de píldoras contraceptivas). Por otro lado, pueden presentarse altas concentraciones de hormonas de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- ❖ Si comienzan antes de la pubertad, se retrasan o detienen las manifestaciones de la pubertad (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y se presenta amenorrea primaria; en los hombres continúan los genitales infantiles). Si se da una recuperación, se completa la pubertad, aunque la menarquía es tardía.
- ❖ El diagnóstico de la anorexia nerviosa debe realizarse estrictamente, de tal manera que deberán presentarse todas las alteraciones antes mencionadas (Chinchilla, 1995).

Los criterios diagnósticos esenciales para la anorexia nerviosa del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*, son los siguientes:

A. Un rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, esto considerando la edad y la talla, es decir, que el peso de la persona está por debajo del 85% del peso considerado normal, para su edad y su talla, o si la anorexia nerviosa comienza en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso que da como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado.

B. Se presenta un miedo intenso a subir de peso o convertirse en obeso aún estando por debajo del peso normal, incluso el miedo generalmente no desaparece, aunque la persona pierda peso y puede ir aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

C. Hay una alteración en la percepción del peso y figura corporales, dándoles

demasiada importancia en la autoevaluación, y niegan el peligro de tener bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales se presenta amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos y que aparecen únicamente con tratamientos hormonales). En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía. La amenorrea se debe a niveles bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas y folículos estimulantes (FSH) y luteinizantes (LH) lo que indica una disfunción fisiológica.

Subtipos de anorexia nerviosa: Los subtipos de anorexia nerviosa se usan para especificar la presencia o ausencia de atracones así como purgas durante los episodios de anorexia nerviosa.

- ❖ Tipo restrictivo: Describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se obtiene haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa las personas no recurren a atracones ni a purgas.
- ❖ Tipo compulsivo/purgativo: Este subtipo describe a personas que recurren regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido, o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas), e incluso ambos.

4.1.1.1.3. *Características Psicológicas de la Anorexia Nervosa.*

Suelen ser personas introvertidas, que se portan bien y que rara vez han presentado algún problema en la escuela o en casa (Saldaña, 1994), presentando una capacidad intelectual superior a la del término medio que se asocia a su hiperactividad, su marcada tenacidad y su alta capacidad de abstracción (Asperger, 1963 citado por Schütze, 1983) obteniendo calificaciones escolares muy altas, sin embargo, esta aplicación escolar esta basada únicamente en las exigencias de su entorno y apenas es desarrollada espontáneamente por la misma paciente. Estudian siguiendo estrictamente las reglas preestablecidas por la escuela y se preocupan mucho por sus calificaciones, por miedo al fracaso (Dührssen, 1965 citado por Schütze, 1983).

Por otro lado, su actividad física parece casi inagotable que contrasta con la creciente debilidad física (Schütze, 1983). Además, parecen tener gran autocontrol, determinación y voluntad; siguiendo regímenes sumamente duros e incluso se niegan a comer. Sin embargo, están obsesionadas con la idea de la comida. Muchas

anoréxicas suelen coleccionar libros de cocina y cocinar para otros, ignorando su propia hambre (Areson, 1991). Varios autores deducen que el apetito y el hambre se conservan permanentemente, pero son reprimidos con obstinación (Schütze, 1983).

4.1.1.2. *Bulimia Nervosa.*

4.1.1.2.1. *Antecedentes Históricos de la Bulimia Nervosa.*

Existen reportes muy tempranos de la conducta bulímica. Los egipcios pensaban que la comida era una de las causas de enfermarse y por ello intencionalmente se purgaban mensualmente; entre los romanos eran bien vistos los vomitorios (Chinchilla, 1995), era costumbre en los festines de las clases altas provocarse el vómito para seguir disfrutando el placer de comer. Sin embargo, esa costumbre romana de vomitar después de comer no tiene que ver con la bulimia. El vomitar para los romanos era una costumbre social, se provocaban el vómito para poder seguir comiendo y no por el temor a engordar; no era compulsivo ni creaba sentimientos de autoculpabilidad, sino por el contrario les era muy gratificante (Martínez, 1995).

James en 1743 (citado por Chinchilla, 1995) describe "boulimus" asociándolo con "caninus appetitus", que se caracterizaba por una preocupación intensa por la comida y la ingesta en muy cortos períodos de tiempo seguidos por mareos, en la que la ingesta voraz terminaba con vómitos. En 1785, Motherby (citado por Chinchilla, 1995) distingue tres tipos de bulimia: a) bulimia del tipo hambre pura; b) bulimia asociada con desvanecimientos; y c) bulimia que finaliza con vómitos. Por su parte Hooper (1825 citado por Chinchilla, 1995) utiliza tres términos: bulimia emética, bulimia canina y cinorexia para designar un apetito voraz seguido de vómito (Stein y Laakso, 1988 citados por Chinchilla, 1995).

La bulimia comprendida como una forma de voracidad impulsiva, neurótica, era descrita al final del siglo XIX, agrupada en los trastornos del apetito (Habermas, 1991 citado por Chinchilla, 1995). Blachez (1869 citado por Chinchilla, 1995) describe dos formas de bulimia, en ambas, el alimento puede llegar a ser la mayor preocupación del paciente; incluso el hambre puede continuar después de comer grandes cantidades de alimento. En cuanto al subtipo cinorexia, el episodio de voracidad era seguido de vómitos.

Durante muchos años la bulimia fue descrita en relación con los pacientes que

presentaban anorexia nervosa. Moshe Wulff (1932 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) describió un síndrome caracterizado por periodos alternados de restricción alimentaria y de voracidad insaciable, de este modo se establecía implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Wulff (citado por Stunkard, 1990) caracterizaba el síndrome clínico basándose en cuatro conductas: episodios de voracidad, hipersomnolencia, depresión apática y una alteración en forma de subestimación de la imagen corporal. Los trabajos anteriores a los de Wulff hacen referencia a la bulimia como voracidad impulsiva, ninguno incluía las alteraciones en relación al peso y a la imagen corporal, lo que hace que sea considerada la bulimia como un nuevo síndrome en 1980, solamente se referían al temor de ser obesos en el contexto de la anorexia nerviosa (Habermas, 1989 citado por Chinchilla, 1995). De acuerdo con la definición de bulimia que hace referencia a episodios de voracidad compulsiva, cogniciones en relación al peso corporal y prácticas como vómitos, dietas, etc., podría decirse que Wulff fue el primero en describir la bulimia (Habermas, 1991 citado por Chinchilla, 1995).

En 1959, Stunkard (citado por Guillemot y Laxenaire, 1994), propone una clasificación de la obesidad de acuerdo con el tipo de comportamiento alimentario, obteniendo tres subgrupos; uno de ellos se caracteriza por el aspecto orgiástico de la alimentación y por la repeticón de los accesos bulímicos. Es una de las primeras descripciones de este tipo de conductas alimentarias, sin embargo, este subgrupo no coincide con las bulímicas actuales, que se caracterizan por la delgadez o por lo menos no están obesas, esto en la mayoría de los casos.

Poco a poco la bulimia se fue reconociendo como un trastorno autónomo separado de la anorexia y la obesidad. En 1973, H. Bruch (citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) plantea la posibilidad de que se lleven a cabo ingestas alimentarias compulsivas en personas normales. Posteriormente Buls Kind-Lodhal (1976 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) y Boskind-Lodhal y Sirlin (1977 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994) presentan un síndrome que se caracteriza por los episodios de sobreingesta, que lo denominan bulimarexia. Por su parte, Palmer (1979 citado por Guillemot y Laxenaire, 1994), llama síndrome de caos alimentario a un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por accesos de bulimia, de esta manera se deriva poco a poco la independencia de la bulimia.

El reconocimiento de la bulimia como un síndrome independiente se dio hasta que observaron que esta no únicamente se puede dar en pacientes anoréxicas u obesas, sino que también en personas de peso normal. Russel (1979 citado por Holtz, 1995) es el primero en definir los criterios diagnósticos de lo que denominó bulimia nerviosa: 1) el paciente siente una necesidad urgente e incontrolable de sobre

alimentarse; 2) se sobre alimenta, y para evitar engordar, se autoinduce el vómito, utilizando sustancias purgantes o ambos al mismo tiempo; 3) presenta un intenso miedo a engordar. Finalmente es importante mencionar que los criterios diagnósticos de este trastorno han ido cambiando y, probablemente, continuarán cambiando, desde los iniciales del DSM III en 1980 hasta los del DSM IV en 1994 (Chinchilla, 1995).

4.1.1.2.2. *Definición de Bulimia Nervosa.*

Bulimia se deriva del término griego *bulimy* que significa *hambre excesiva o hambre de buey* (Kaplan y Garfinkel, 1984 citados por Holtz, 1995). Galen describe las palabras griegas *kynos orexia* o hambre canina como sinónimo de la bulimia, que es considerada como un estado de ánimo anormal que lleva a un deseo exagerado de alimento, constantes episodios de ingesta que pueden ligarse a vómitos severos (Siegel, 1973 citado por Holtz, 1995).

Según Areson (1991), la bulimia no es un trastorno físico. No es una enfermedad sino un grupo de conductas que se convierten en una obsesión.

Para Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) es una desviación o perversión del comportamiento alimentario; muy frecuente en la mujer. La persona que la padece come sin placer, sin apetito y generalmente sola y a escondidas. Este comportamiento, carece de base nutricional. La bulimia se produce por crisis y de forma estereotipada. La crisis se desarrolla de la siguiente manera: hay una sensación de malestar difícilmente de explicar, como una forma de angustia. Esta sensación se interpreta como una necesidad de comida, esta idea de comer se impone en el ánimo de la persona que en un principio se resiste porque sabe como acabará este proceso. En esta lucha interior la tensión va aumentando hasta llegar a la descarga, en este momento se realiza la ingesta alimentaria, masiva, rápida e irresistible. Posteriormente, se desarrolla la fase de remordimientos, donde se interrumpe la comida por vómitos, dolor abdominal, abuso de laxantes o llevar a cabo dietas muy estrictas. La finalidad de la bulimia es llenar un vacío insopportable, el acto alimentario es un mecanismo de descarga. Después de la crisis experimenta una sensación de fracaso por no poder controlar su alimentación y no poder adelgazar.

Alemany (1995) considera que la bulimia nervosa es un trastorno psíquico que se caracteriza por la presencia periódica de atracones, en la que la persona es consciente de perder el control de cuánto y cómo come; comiendo hasta que ya no puede contener más alimento en el estómago. A veces fuerza el vómito y después sigue comiendo indiscriminadamente, hasta repetir el acceso.

Chinchilla (1995) define la bulimia como un trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de voracidad (consumo, en un periodo discreto de tiempo, de una cantidad de alimentos visiblemente superiores a la cantidad que comería la mayoría de las personas en circunstancias similares, acompañado de un sentimiento de falta de control de qué o cuánto se come), presentándose una gran preocupación o temor a ser obesa en el momento actual o en el futuro utilizando conductas compensatorias inadecuadas para no subir de peso.

Los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa según la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* son los siguientes:

- ❖ Preocupación continua por la comida, con gran deseo de comer, de tal manera que el enfermo termina por comer, consumiendo grandes cantidades de alimento con periodos cortos de tiempo.
- ❖ La persona intenta contrarrestar el subir de peso utilizando uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos y diuréticos.
- ❖ Miedo intenso a engordar, por lo que la persona se fija una meta de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Frecuentemente, existen antecedentes de anorexia nerviosa habiendo intervalos entre los dos trastornos de muchos meses o años. Este episodio precoz puede presentar todos los síntomas o solo presentar algunos de ellos con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Los criterios para el diagnóstico de la bulimia nerviosa del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)* son los siguientes:

A. La presencia de episodios de ingesta voraz, el cual, se caracteriza por: 1) comer en un periodo corto de tiempo (menos de dos horas) una cantidad de alimento mayor a lo que la mayoría de la gente comería en un tiempo similar y en iguales circunstancias; 2) sensación de falta de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sentir que no se puede parar de comer o no tener control sobre el tipo o la cantidad de comida que esta comiendo). No necesariamente los atracones se producen en un mismo lugar sino que puede empezar en un lugar y terminar en otro. El picar comida a lo largo del día no se considera atracón. La persona se siente avergonzada de su conducta por lo que, por lo general los atracones los realiza a

escondidas. Generalmente duran hasta que la persona no pueda más o siente dolor.

B. Conductas compensatorias inapropiadas, frecuentes para evitar subir de peso como son: vómito autoinducido; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas se llevan a cabo en promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

D. En la autoevaluación tienen una importancia exagerada, el peso y la figura corporal. Estos factores son muy importantes para determinar su autoestima.

E. Esta alteración no aparece solamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Subtipos de bulimia nerviosa:

- ❖ Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona se provoca frecuentemente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- ❖ Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona emplea conductas compensatorias inapropiadas como puede ser el ayuno o el ejercicio intenso, no recurriendo regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

4.1.1.2.3. Características Psicológicas de la Bulimia Nervosa.

Las personas bulímicas persiguen la perfección y esto les produce sentirse impotentes e inútiles, estos sentimientos la inducen a comer más. Ese odio que sienten por sí mismas por la falta de control por la comida aviva el proceso atracón-purga. Aunque sabe que esta pauta es anormal teme abandonarla debido al miedo que le produce el ganar peso. Sólo ve dos caminos seguir comiendo y purgarse o estar gorda (Areson, 1991).

Por otro lado, mientras que mucha gente considera vómito como un signo de falta de control, para las personas bulímicas es todo lo contrario; muchas de ellas pueden vomitar sólo con pensarlo. La bulímica tiene la idea de que nadie la querrá a menos que sea delgada, por cual, debe estar sola hasta entonces; pero estar sola es estresante, lo que la conduce a atracarse de comida para sentirse bien (Areson,

1991). Un intento por solucionar este tipo de problemas consiste en pretender detener el deseo de comer, sin embargo esto es inevitable, ya que cuando se intenta combatir un deseo este tiende a volverse el centro de atención. Esto conduce a la persona a un círculo vicioso que consiste en luchar contra el deseo de comer, una excesiva focalización sobre el mismo, sensación de fracaso para dominarlo que lleva a pensar que no tiene control de las propias conductas, lo que lo llevan a buscar otros esfuerzos para controlar el deseo o idea de comer (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994).

Este desorden que aparece generalmente en mujeres jóvenes adolescentes, suele iniciarse posterior a un intento continuo o repetido de realizar dietas estrictas, con el fin de disminuir el peso (Chinchilla, 1995). La preocupación por la figura y el peso son una característica importante, la persona tiene miedo a ganar peso por lo que son muy sensibles ante un cambio pequeño en su peso corporal, y frecuentemente ellas tienen un fuerte deseo de perder peso, por otra parte, también se preocupan mucho por el aspecto y su figura corporal; lo cual parece motivar mucho su comportamiento perturbado (Fairburn & Garner, 1986 citados por Cooper & Taylor, 1988), y tal preocupación constituye la preocupación central del desorden psicopatológico (Cooper & Fairburn, 1987 citados por Cooper & Taylor, 1988). Finalmente es importante mencionar que la bulimia se considera un desorden socialmente transmitido, en tanto que las técnicas de purga se aprenden, frecuentemente, a través de los amigos y de los medios de comunicación (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

4.1.1.3. *Obesidad.*

4.1.1.3.1. *Antecedentes Históricos de la Obesidad.*

A lo largo del tiempo la obesidad no ha sido considerada de igual forma, ya sea en el aspecto social, estético o sanitario. Hace algunos años, las madres se sentían orgullosas de tener bebés cebados, enormes y obesos. Por lo general, en las épocas en las que se ha dado una escasez de alimentos, o las dietas son monótonas y poco gratas al paladar, el tener exceso de grasa corporal se volvió un signo de estatus social, una demostración de abundancia y riqueza por parte de las personas obesas (Alemany, 1992). Aún en muchos pueblos con tradición de pobreza se asocia a la obesidad con el poder y la belleza (Martínez, 1995).

Es posible seguir la moda de la figura humana en relación a la obesidad por medio de los pintores y escultores. Por ejemplo hace un siglo, Renoir pintaba a las adolescentes con unos 10 o 12 kilos de más, lo cual, estaba repartido entre senos,

caderas y abdomen, ello representaba la belleza en ese tiempo (Martínez, 1995). Por otra parte, debemos tomar en cuenta que los ideales estéticos van cambiando con los tiempos, así como también varían de acuerdo a los lugares y culturas (Alemany, 1992).

4.1.1.3.2. *Definición de Obesidad.*

La palabra obesidad proviene del latín: *obesitas*, que significa *a causa de que yo como* (Braier, 1988).

Pasqualini (1973 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995) considera que la obesidad es el estado en el que el organismo acumula exceso de tejido adiposo, con una desviación marcada de la conformación somática.

La obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria (Mahoney, Mahoney, Rogers y Straw, 1979 citados por Saldaña, 1998).

Chávez (1967 citado por Campollo, 1995) y Weinsier (1987 citado por Campollo, 1995) consideran que la obesidad por sus características fisiológicas es el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso que afecta la salud y vida de las personas.

Bray (1989 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995) considera que hay obesidad cuando el tejido adiposo constituye una fracción mayor que la "normal" del peso corporal total. El porcentaje de peso corporal que es grasa generalmente aumenta con la edad, pero esto podría ser no necesario o deseable.

Cornillot (1992 citado por Barber, et al. 1995) define la obesidad como una tendencia a comer más de lo que el organismo necesita para mantener un peso adecuado, ingiriendo generalmente un exceso de hidratos de carbono y/o manteniendo una ingesta que hace que se convierta fácilmente en grasa, y/o una disminución de la actividad física.

Por su parte Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) define la obesidad como un aumento de peso o un exceso de grasa corporal, esto en relación con el peso estándar que esta dado principalmente por la talla, el sexo y la edad. En realidad consideran que la obesidad es un exceso de tejido graso y no solamente de peso, y que no todas las personas que presentan aumento de peso corresponden a lo que se entiende por obesidad. Para conocer la desviación de peso del obeso se pueden

emplear diferentes métodos como el índice de Quetelet o índice de masa corporal basado en la relación peso (kg) / (talla (m))².

Aizpuru (1995) considera que la obesidad debe ser considerada como un síntoma, ya que el verdadero desorden es el comer compulsivamente o el abuso de la comida.

Gómez Pérez-Mitré (1995) define la obesidad como un exceso de grasa corporal o de tejido adiposo que se determina por un índice de masa corporal (IMC) se considera obesidad un índice mayor de 27 en mujeres y en hombres mayor de 28, y se considera obesidad masiva un índice mayor de 31 en hombres y mujeres. El exceso de grasa corporal es el resultado de períodos largos en los que la ingesta alimentaria es mayor que el gasto calórico (Gómez Pérez-Mitré, 1995), en la persona la masa total de su tejido adiposo crece en desproporción con relación a otros tejidos del cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1993 b). Es importante destacar que la grasa corporal no es posible medirla directamente y siendo así, el peso corporal es sólo un indicador de medición indirecta (Gómez Pérez-Mitré, mimeo).

La masa grasa se refiere a los lípidos del organismo que se encuentran en las células, en los fluidos corporales y principalmente, en el tejido adiposo, donde se acumulan los triglicéridos y por otro lado, la masa magra es la masa carente de grasa, es decir es la diferencia entre la masa corporal total y la masa grasa (Gómez Pérez-Mitré, mimeo). Por lo que debe de tomarse en cuenta, que el peso corporal no representa una medida adecuada para la clasificación de la obesidad, ya que el peso corporal es un valor agregado conformado por los fluidos y los tejidos del organismo, donde se incluye el tejido adiposo, por ello es importante el Índice de Masa Corporal (IMC), ya que se ha comprobado que tiene una alta correlación con la grasa corporal y una baja correlación con la estatura (Florey, 1970; Kkolsa & Lowe, 1967; NIH, 1985; Roche, Siervogel, Chumlea & Webb, 1981; Simopoulos, 1986 citados por Gómez Pérez-Mitré, 1995).

4.1.1.3.3. *Características Psicológicas de la Obesidad.*

Existe una gran variación respecto a la actitud hacia la obesidad, desde el aspecto sociocultural; en algunas sociedades se considera la obesidad como reflejo de éxito, sin embargo en las sociedades industrializadas se muestra una actitud negativa hacia ella, esto último contribuye a que el obeso tenga baja autoestima y problemas psicológicos (Campollo, 1995). El obeso se siente rechazado a causa de su imagen corporal, aún en las personas con sobrepeso, se ha observado que tienen una

actitud negativa hacia su imagen corporal, especialmente mujeres (Brodie & Slade, 1988; Cash, 1990; Cash & Green, 1986; Cash, Winstead & Janda, 1986 citados por Cash, 1993); llevándolos a ser inseguros, agresivos, ya sea, pasiva o activamente; para contrarrestar esta sensación de menosprecio comen agredándose física y emocionalmente; sus afectos son siempre de hostilidad. Cabe mencionar que los afectos en el obeso son impulsos que él satisface en parte a través de la comida, ya que el alimento lo ingiere tratando de llenar un hueco, un vacío que es difícil de llenar (Pérez, 1993 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995). Por otra parte, se ha encontrado que en los adultos cuya obesidad aparece en los comienzos de su juventud tienen una actitud más negativa de su imagen corporal que aquellos cuya obesidad aparece posteriormente (Stunkard & Burt, 1967 citados por Cash, 1993).

4.1.1.4. *Desórdenes de la Conducta Alimentaria no Especificados.*

Esta categoría se refiere a los desórdenes de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún desorden específico, ya sea: anorexia nervosa, bulimia nervosa u obesidad.

1. En el caso de las mujeres, se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, sin embargo las menstruaciones se presentan regularmente.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, con excepción de que el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad, a pesar de que se observa una pérdida de peso significativa.

3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, sin embargo, no se presentan los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren con una frecuencia de menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

4. Se emplean regularmente conductas compensatorias inapropiadas después de comer pequeñas cantidades de comida, teniendo la persona un peso normal.

5. Masticar y escupir para no tragar grandes cantidades de comida.

6. Sobreingesta compulsiva: La sobre ingesta compulsiva se caracteriza por episodios repetidos de voracidad (atracones) en un período determinado de tiempo, lo cual reconoce la persona como un patrón alimentario anormal que le genera un sentimiento de no poder controlarlo voluntariamente. Es común observar que los

comedores compulsivos presenten niveles de sobrepeso, pero se diferencian de los obesos en que no necesariamente usan procedimientos drásticos para perder peso, por ejemplo, no hacen dietas severas ni tienen insatisfacción con su imagen corporal como presentan las pacientes anoréxicas o bulímicas (Davis, Williamson, Goreczny y Bennet, 1989; Prather y Williamson, 1988; Williamson, Davis, Duchman, Mckenzie y Watkins, 1990; Williamson, Prather, Goreczny, Davis & Mckenzie, 1989 citados por Saldaña, 1994).

De acuerdo con el DSM IV este desorden se caracteriza por atracones recurrentes pero con ausencia de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nerviosa.

A. Episodios recurrentes de atracones. Se caracteriza por las dos condiciones siguientes:

- ❖ Ingesta en un corto período de tiempo (en 2 horas), de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de la gente comería en un período de tiempo y circunstancias semejantes.
- ❖ Sensación de no poder controlar la ingesta durante el episodio (por ejemplo, sentir que no puede parar de comer o controlar que o cuanto se come).

B. Los episodios de ingesta voraz están asociados a 3 (o más) de los siguientes síntomas:

- ❖ Comer más rápido de lo normal.
- ❖ Comer hasta sentirse demasiado lleno.
- ❖ Comer demasiado a pesar de no tener hambre.
- ❖ Comer a solas ocultando su voracidad.
- ❖ Sentirse enojado consigo mismo, deprimido o con un sentimiento de culpa después del atracón.

C. Sentirse muy mal al recordar los atracones.

D. Los episodios de ingesta voraz se presentan al menos dos días a la semana durante seis meses.

E. El episodio de ingesta voraz no esta asociado a conductas compensatorias inadecuadas (por ejemplo: purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no se presentan únicamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulímica nerviosa.

4.1.2. Dietas.

La palabra dieta es considerada un concepto negativo, ya que "significa" un programa de no comer, no ingerir muchas calorías, no comer comidas que engordan, ni comer las comidas favoritas, etc. (Gordon, 1983 citado por Aizpuru, 1995). Lo que puede considerarse como una forma de autocastigo, opuesto del comer en exceso como conducta auto-indulgente (Aizpuru, 1995).

El seguimiento de dietas reductoras de peso corporal equivale a una restricción de la ingesta de alimentos, de forma consciente o propositiva que implica, insatisfacción con imagen corporal, aunque no necesariamente, pero sí, al menos preocupación por ella (Gómez Pérez-Mitré, mimeo). La utilización de dietas pobres en energía es el procedimiento más utilizado para perder peso. La causa de su gran aceptación se basa en la rápida aparición de resultados (rápida pérdida de peso). Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la pérdida de peso sólo se mantiene si se continúa con la dieta de modo indefinido, lo que resulta no ser viable (Alemany, 1992).

El gran problema de las dietas es que son temporales. Las personas cambian sus hábitos de alimentación durante un período de tiempo corto, durante el cual, sufren, se reprimen y ponen fuerza de voluntad. Todo éste autocontrol parece que merece la pena porque no durará siempre. Tarde o temprano, se volverá a ingerir todos los alimentos a los que se renunció y que le gustan. Las dietas son fases desagradables en una vida de alimentación excesiva (Areson, 1991). Además, las pérdidas no se mantienen durante mucho tiempo recuperándose el peso inicial o incluso algo más (Agras y Weme, 1981 citado por Vera y Fernández, 1989). La razón de ello es que mientras que la persona está haciendo la dieta, el comer se encuentra bajo el control de estímulos principalmente aversivos asociados a la dieta, por ejemplo: de privación, eliminación de comidas que le gustan, etc.; sin embargo, cuando la dieta se deja, se vuelve a estar controlado por los estímulos anteriores a la dieta (Vera y Fernández, 1989).

El principal problema no es el perder peso sino que es el abuso de la comida. La grasa corporal es el resultado del abuso de comida. Para que la persona pierda peso, debe comprender, el significado de la obsesión por la comida como un síntoma en su vida. Una dieta pospone que encuentre lo que la comida significa realmente para ella y como se adapta a su estilo de vida como fuente de placer o dolor. Las dietas son un refuerzo para su creencia de que no puede controlarse ante ciertos alimentos y de que es una comedora irresponsable. Las dietas hacen que se sienta una víctima de la comida para siempre (Areson, 1991). La recuperación de la adicción a la comida no empieza con una dieta, de hecho, las dietas contribuyen más al

problema (Gordon, 1983; Jensen, 1988 citados por Aizpuru, 1995). Esto se debe al hecho de que el metabolismo baja durante la dieta, compensando la falta de comida, y por tanto el cuerpo quema calorías más lentamente. Como consecuencia de la dieta, el cuerpo no necesitará la misma cantidad de alimentos para mantener el peso que cuando inicio la dieta sino menos. El cuerpo aprende a hacer más con menos, por ello el mantener el peso después de una dieta será cada vez más difícil (Aizpuru, 1995).

Varios investigadores consideran que el seguimiento de dietas con propósitos relacionados con el peso corporal es ya un precursor de los desórdenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, mimeo). El riesgo relativo de los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es mayor que el de los no dietantes (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990 citados por Gómez Pérez-Mitré y Ávila, en prensa). Desafortunadamente la dieta probablemente no sea lo más efectivo para poder resolver las dificultades psicológicas o problemas en la vida, lo que generalmente la persona hace para tener una sensación de bienestar; sin embargo, lo que podría llegar a causar es un círculo vicioso entre dieta-episodios recurrentes de ingesta voraz, originando también la utilización de conductas inapropiadas como purga o dietas restrictivas para anular el efecto del episodio de ingesta voraz, y con ello se da paso a los desórdenes de la alimentación (Cillska, 1991 y Polivy, 1976 citados por Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes & Lackstrom, 1993), sin embargo, uno de los principales valores sociales es la idea de asumir responsabilidades personales y tener algún objetivo en la vida; el control alimentario y corporal es una estrategia muy aceptable para alcanzar estos fines.

Existe una gran variedad de revistas de moda y salud que animan a las personas a mejorar, sometiéndose a dietas o realizando cada vez más ejercicio, los fines no son sólo estéticos, sino es una manera de no "desbocarse"; es una forma de cumplir con la obligación de hacer algo por sí mismo, por medio de esfuerzos personales. La mayoría de las estrategias de automejora son muy drásticas, por ejemplo, hay dietas populares que sugieren que "está permitido por los médicos" consumir apenas 200 calorías al día. Se asegura a la persona, que emprendiendo estos cursos de automejora se sentirá con más vida, se concentrará mejor, se habrá limpiado y purificado, será más buena, sentirá más confianza en sí misma y se desenvolverá más positivamente. Sin embargo, se da poca atención a aquello que esencialmente produce el sentido de confianza en sí mismo, bienestar y agrado (Duker y Slade, 1992).

4.2. Alimentación del Adolescente.

Las necesidades de sustancias nutritivas aumentan durante la adolescencia, sin embargo, el abuso de estas sustancias puede dar lugar a la obesidad (Pato y Rodríguez, 1977 citados por Saldaña y Rossell, 1988). Durante esta etapa, los adolescentes necesitan una alimentación abundante, rica en elementos necesarios para el crecimiento (Brooks, 1959), sobre todo calorías, proteínas, calcio, hierro y vitaminas (Padioleau, 1991). Las necesidades alimenticias varían algo de acuerdo a los individuos (Brooks, 1959), dependiendo del peso, de la altura y de su actividad física. Este es un período de crecimiento que se da por saltos, por lo que las necesidades y el apetito también siguen el mismo ritmo (Padioleau, 1991).

Los adolescentes entre los 15 y 20 años, prueban sabores nuevos hacen mezclas extrañas, no tienen en cuenta los horarios de comida y tampoco se preocupan tanto por comer en casa. Algo muy característico de los adolescentes es que se preocupan más por no engordar; queriendo adelgazar, pasan frecuentemente de un régimen a otro sin gran preocupación. Por otro lado, otra de las características es que no ponen interés en su alimentación llevándolos a desequilibrios alimentarios que son graves para la salud y principalmente que les afectará en el futuro (Padioleau, 1991).

Generalmente, cuando el adolescente siente hambre, entre comidas, acostumbra a comer chocolates, galletas, panquecitos, todo con mucha grasa y muy azucarado. Dos tendencias se observan en los adolescentes, por un lado, están los adolescentes que no comen casi nada, dicen no tener hambre o no tener tiempo para comer y suelen comer cualquier cosa que les quite el hambre como chocolates, galletas, panquecitos, etc., y generalmente comiendo a cualquier hora. Por otro lado, se encuentran los adolescentes que les gusta comer lo mejor posible (Padioleau, 1991).

Por otra parte, como las contradicciones son muy características de la adolescencia, no es raro ver a las jovencitas que hacen régimen más o menos restringidos durante una semana y a la siguiente semana comen demasiadas galletas, caramelos, etc., a menos que se hayan propuesto no comer nada para adelgazar y sólo "picar" durante el día, para no sentirse culpable. Todo ello lleva a malas costumbres alimentarias (Padioleau, 1991).

CAPÍTULO V

5.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Detectar si el nivel socioeconómico y el sexo se relacionan con Alteración, Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, y con la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, en una muestra de adolescentes que estudian el nivel bachillerato.

5.2. OBJETIVO GENERAL.

Contribuir al conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, con el propósito de prevenir.

5.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

- 1.- ¿Las variables Nivel Socioeconómico y Sexo se relacionan con la presencia de Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal?
- 2.- ¿Las variables Nivel Socioeconómico y Sexo se relacionan con la presencia de Satisfacción/Insatisfacción de la Imagen Corporal?
- 3.- ¿Las variables Nivel Socioeconómico y Sexo se relacionan con la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, como son: Conducta Alimentaria Compulsiva, Preocupación por el Peso y la Comida, Conducta Alimentaria Normal y Atribución del Control Alimentario Interno?

5.4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

- 1.- Existe relación entre Nivel Socioeconómico y Sexo, con la presencia de Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal.
- 2.- Existe relación entre Nivel Socioeconómico y Sexo, con la presencia de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.
- 3.- Existe relación entre Nivel Socioeconómico y Sexo, con la presencia de Conductas

Alimentarias de Riesgo como son: Conducta Alimentaria Compulsiva, Preocupación por el Peso y la Comida, Conducta Alimentaria Normal y Atribución del Control Alimentario Interno.

5.5. VARIABLES.

- ❖ Variable Independiente: nivel socioeconómico.
- ❖ Variable Independiente: sexo.
- ❖ Variable Dependiente: Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal.
- ❖ Variable Dependiente: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.
- ❖ Variable Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.

5.6. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

5.6.1. *Variable Independiente: Nivel socioeconómico.*

Nivel socioeconómico se refiere a un grupo social cuasi organizado cuyos miembros están unidos por la similitud de sus vínculos económicos y especialmente culturales. Tienen un estándar de vida, maneras y costumbres semejantes al igual que una perspectiva mental semejante.

Nivel socioeconómico alto: Las personas de nivel socioeconómico alto suelen ser propietarias y capitalistas a la vez, es decir, tienen propiedades y títulos de inversiones, también se consideran en el nivel socioeconómico alto a los profesionales que surgidos de ella, ejercen sus respectivas profesiones y quienes gracias al éxito alcanzado en una actividad profesional técnica o universitaria, logran colocarse en los círculos del nivel socioeconómico alto.

Nivel socioeconómico medio: Esta se halla integrada por diferentes sectores que tienen ciertos aspectos comunes, como una base económica, un cierto bienestar mínimo, derivado de la renta de pequeñas propiedades, de reducidos capitales, o del trabajo personal, incluso de ambos elementos. Este bienestar se acerca a la comodidad desahogada, a cierto lujo en algunos sectores del nivel socioeconómico medio; pero sin llegar al lujo desorbitado y ostentoso de las personas que pertenecen al nivel socioeconómico alto (Mendieta, 1967).

Nivel socioeconómico bajo: El principal criterio de pertenencia, consiste en ser un trabajador o vivir del trabajo, es decir, los obreros calificados, los artesanos, los obreros dedicados a los trabajos de industrias determinadas, los jornaleros del campo, los trabajadores sin especialización alguna que se alquilan para cualquier clase de labores y las personas que viven en asilos y hospitales, o de la caridad pública. Es aquella que está integrada por personas sin patrimonio o cuyas propiedades tienen muy escaso valor, de tal modo que viven casi o exclusivamente del producto de su trabajo (Mendieta, 1967).

5.6.2. Variable Independiente: Sexo.

Hombres.

Mujeres.

5.6.3. Variable Dependiente: Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal.

Se entiende por Imagen Corporal, a la configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. La Imagen Corporal es casi siempre una representación evaluativa, ya que se evalúa con respecto a unas normas de belleza y rol. (Bruchon-Schweitzer, 1992 citado por Gómez Pérez-Mitré, 1995). Por otro lado se deben tomar en cuenta las experiencias como: cambios biológicos y psicológicos, las debidas al contexto sociocultural que pueden diferir según edad, género, clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Una de las variables de la Imagen Corporal, es la Alteración de la Imagen Corporal que se refiere a una percepción subjetiva del mayor o menor alejamiento, específico, concreto, del peso real, esto es, la diferencia entre el peso real y peso imaginario. El peso real es el resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del índice de masa corporal -peso/talla². El peso imaginario es un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimulación es el propio cuerpo. En la Alteración de la Imagen Corporal pueden observarse dos vertientes principales la sobrestimación y la subestimación (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

5.6.4. Variable Dependiente: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Dentro de las variables de la imagen corporal se encuentran la satisfacción e insatisfacción, su origen es de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, es decir, interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otro lado, es actitudinal que se refiere a la expresión de afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, esta variable implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que una persona socializada internaliza, adopta y construye, como miembro y parte de grupos, en su expresión más alta de una cultura (Gómez Pérez-Miñré, 1993).

5.6.5. Variable Dependiente: Conductas Alimentarias de Riesgo.

Es una variable compleja, que incluye patrones distorsionados de consumo de alimento, bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa. El temor a la obesidad y el deseo de ser delgado son las fuerzas motivacionales de estos trastornos y en los dos se presenta un disturbio en la percepción de la forma y peso del cuerpo. Por lo que respecta a la anorexia nervosa hay un rechazo a mantener el peso del cuerpo en sus límites normales; mientras que en la bulimia nervosa se dan episodios de ingesta voraz, seguidos de prácticas compensatorias inapropiadas, como vómito autoinducido; abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos; ayunos o exceso de ejercicio. Por otro lado encontramos también los trastornos no especificados, para clasificar los trastornos que no cumplen los criterios específicos de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (DSM-IV, 1995).

5.7. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

5.7.1. Variable Independiente: Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico se formó con las siguientes variables: ingreso económico mensual familiar, años de estudio del padre y de la madre, y ocupación del padre y de la madre.

Para esta variable se obtuvo información con los reactivos que exploran el área

sociodemográfica, con los cuales se obtuvo un índice ponderado.

Es importante mencionar que en la presente investigación, sólo se trabajó con población de nivel socioeconómico bajo y alto.

5.7.2. Variable Independiente: Sexo.

Hombres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad.

Mujeres adolescente de entre 15 y 19 años de edad.

5.7.3. Variable Dependiente: Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal.

Se entiende por imagen corporal, la representación del propio cuerpo. Entre las variables que conforman la imagen corporal esta: la alteración de la imagen corporal que incluye la sobrestimación y la subestimación, así definimos la alteración de la imagen corporal como la diferencia que existe entre la autopercepción del peso corporal (que se refiere a como una persona se ve así misma en cuanto a tamaño, peso y figura), menos el Índice de Masa Corporal Real. La sobrestimación es una diferencia positiva y la subestimación es una diferencia negativa, cuando encontramos una diferencia igual a cero nos indica que no hay alteración de la imagen corporal.

El Índice de Masa Corporal es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o la estatura en centímetros elevada al cuadrado (Peso/Talla²). Para obtener el Índice de Masa Corporal se utilizó la tabla, tomada del estudio de validación diagnóstica, realizada con muestras de adolescentes mexicanos de 15 a 18 años de edad (Saucedo y Gómez Pérezmitré, en prensa) donde se determinan las siguientes categorías:

Tabla 1. Categorías del Índice de Masa Corporal.

CATEGORIA	IMC
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15 – 18.9
Normal	19 – 22.9
Sobrepeso	23 – 27
Obesidad	Mayor 27 a 31
Obesidad extrema	Mayor de 31

El índice de masa corporal real se obtuvo a través de la medición directa del peso y talla de los sujetos y el índice de masa corporal estimado se obtuvo con el peso y talla reportados por los sujetos.

5.7.4. Variable Dependiente: Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La satisfacción con la imagen corporal la encontramos cuando la elección de la figura actual o real fue igual a la que se eligió como figura ideal y la insatisfacción con la figura corporal la encontramos cuando existía una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal. A mayor diferencia, mayor fue la insatisfacción con la imagen corporal.

Esta variable se midió con las secciones visuales B y E que se utilizaron para la elección de la figura actual y figura ideal, la pregunta directa que mide satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal y la autoevaluación de las partes corporales con sección F.

5.7.5. Variable Dependiente: Conductas alimentarias de riesgo.

Nuestro interés se enfocó en factores de riesgo y no en las conductas patológicas, ya que la muestra con la que se trabajó es normal y no clínica, por lo que esperamos encontrar sólo algunos de los indicadores y hábitos alimentarios inadecuados o riesgosos y no los desórdenes de la alimentación como la anorexia y la bulimia nervosa. Los factores alimentarios de riesgo se midieron con base en las respuestas dadas a las secciones E y F que exploran la conducta alimentaria de riesgo.

5.8. METODOLOGÍA.

5.8.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se utilizó un diseño de cuatro grupos, con observaciones independientes (intersujetos), combinado con un diseño de observaciones dependientes (intrasujetos).

Se realizó una investigación de campo transversal de tipo confirmatorio.

5.8.2 MUESTRA.

Se trabajó con una muestra no probabilística de adolescentes de ambos sexos que cursaban el nivel bachillerato, en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal y zonas conurbadas. Esta estuvo formada por un total de $N=200$ hombres y mujeres, de la cual $n_1=50$ hombres de nivel socioeconómico bajo, $n_2=50$ mujeres de nivel socioeconómico bajo, $n_3=50$ hombres de nivel socioeconómico alto, $n_4=50$ mujeres de nivel socioeconómico alto.

También se trabajó con una submuestra que se extrajo con una selección sistemática y aleatoria de un 39% ($n=78$) del total de la muestra.

5.8.2.1. Características de los sujetos.

Adolescentes hombres y mujeres que se encontraban en un rango de edad de 15 a 19 años de edad y que no tuvieran compromisos laborales.

5.8.2.2. Criterios de inclusión.

Adolescentes solteros, que no tuvieran ningún problema físico grave, que no trabajaran, que sólo estudiaran, y que no tuvieran hijos.

5.8.3. INSTRUMENTO, APARATOS Y MEDIDAS.

Se aplicó un cuestionario de formato mixto de 100 reactivos, que exploran las siguientes áreas:

Área Sociodemográfica. De esta área se tomaron las preguntas: 6, 7, 8, 18, 19; todas de la sección A, preguntas que exploran ingreso socioeconómico, años de estudio del padre y de la madre, y ocupación del padre y de la madre, para obtener el índice de nivel socioeconómico (ver anexo 1).

Se sacó un índice ponderado, es decir, se les dio un valor a las variables, posteriormente se sumaron los valores y se dividieron entre el número de indicadores (para sacar el índice de nivel socioeconómico) con ello se obtuvo una escala de valores, la cual, se dividió en tres para obtener el nivel socioeconómico bajo, medio y alto.

Área que Explora la Imagen Corporal. Esta escala estuvo formada por las preguntas de la sección A , la pregunta "14. ¿Qué peso te gustaría tener? ... con opciones que van desde A) Mucho menor del que actualmente tengo, hasta E) Mucho más alto del que actualmente tengo", que explora peso deseado; la "15. ¿Cómo te sientes con tu figura? ... con opciones que van desde A) Muy satisfecho, hasta E) Muy insatisfecho, que explora satisfacción con la figura corporal; la "16. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras ... con opciones de respuesta que van desde A) Muy por abajo de él, hasta E) Muy por arriba de él", que explora autopercepción del peso corporal real en relación con el peso ideal, y la "17. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras ... con opciones que van desde A) Obeso, hasta E) Peso muy por abajo del normal", que explora autopercepción del peso corporal. Todas las preguntas son estimaciones directas.

Para obtener el grado de alteración, es decir, subestimación y sobrestimación, se utilizó el reactivo "17. De acuerdo con la siguiente escala tú te consideras ... con opciones que van desde A) Obeso, hasta E) Muy por abajo del normal", que explora autopercepción del peso corporal, menos el Índice de Masa Corporal real que se obtuvo de las mediciones antropométricas, peso y estatura, tomadas de la submuestra, una diferencia igual a cero significó no alteración, una diferencia positiva significó sobrestimación y una diferencia negativa significó subestimación. Por otra parte el IMC Estimado se obtuvo de las preguntas ¿cuál crees que es tú peso? y ¿cuál crees que es tú estatura?, que sirvió para hacer una comparación con el IMC Real.

Para medir Satisfacción/Insatisfacción se utilizaron los reactivos de las secciones B y E. En la sección B se pide al sujeto, "1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal ..." y en la sección E se le pide al sujeto, "1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener ...", que exploran figura actual y figura ideal respectivamente, con estas se exploró indirectamente Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal. Estos son reactivos escalares visuales donde se pidió al sujeto que eligiera una, de las 9 siluetas distribuidas al azar, que cubren un continuo de peso corporal, que va desde una silueta muy delgada hasta otra muy gruesa u obesa, pasando por una silueta que no es ni delgada ni gruesa con peso normal. Cabe mencionar que hay un orden diferente en cada escala (ver anexo 1). Se obtuvo la diferencia de figura actual menos figura ideal, para conocer el grado de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, una diferencia igual a cero significó satisfacción, y una diferencia mayor a cero significó insatisfacción con la figura Corporal.

Área que Explora Factores de Riesgo Relacionados con la Conducta

Alimentaria. Se obtuvo información con las siguientes preguntas de la sección A: "9. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso? ... A) No y B) Sí", la "10. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta? ... con opciones que van desde A) menos de 9 años, hasta F) 21 o más", la "11. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta? ... A) No y B) Sí", la "12. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer? ... A) No y B) Sí", y "13. El problema consiste en que ... con opciones como A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad, C) Comes hasta que te duele el estómago y E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas, entre otras", y las preguntas de las escalas C y D que formaron parte de los factores para hombres y mujeres. Los factores se crearon de la siguiente manera:

Factores para hombres adolescentes. Se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimenticias a un total de 1494 sujetos hombres adolescentes. Se usó una rotación Varimax que convergió en 15 interacciones para extraer 16 factores que explican el 55.9% de la varianza. Se descartaron 5 factores al no cumplir los criterios. El modelo final con 11 factores explica el 48.5% de la varianza. La escala total obtuvo un alpha de .8660. Los factores quedaron como sigue:

<i>Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva.</i>		
C31	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	.41342
D1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.64982
D2	Siento que mi forma de comer sale de mi control.	.74363
D3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.70806
D4	No soy consciente de cuanto como.	.66876
D5	Siento que no puedo parar de comer.	.71884
D6	Como sin medida.	.72548
D7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.50121
D20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.41833

Eigen value = 11.23 Varianza explicada = 15% alpha = .8602

<i>Factor 2. Preocupación por el Peso y la Comida.</i>		
C11	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.49715
C13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.62974
C14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64006
C23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68759
C24	Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	.45554
C25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.51079
C26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.70754
C30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.51449

Eigen value = 5.23 Varianza explicada = 7% alpha = .8076

<i>Factor 3. Conducta Alimentaria Normal.</i>		
C5	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.72204
C15	Como lo que es bueno para mi salud.	.73430
C17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.70004
C20	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	.70341
C28	Procuro comer verduras.	.69631
C29	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61762

Eigen value = 4.20 Varianza explicada = 5.6% alpha = .8121

<i>Factor 4. Dieta Crónica y Restrictiva.</i>		
D9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.71723
D11	Prefiero la sensación de estómago vacío que de estómago lleno.	.70527
D12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.54768
D15	Me la paso "muriendome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.61613
D16	"Perlenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.64157

Eigen value = 3.42 Varianza explicada = 4.6% alpha = .8052

Factor 5. Atribución de Control Alimentario Extremo.		
D32	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura".	.70840
D33	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	.56051
D34	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	.66027
D35	No se por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón, aunque lo fajen".	.76786
D36	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	.70802

Eigen value = 2.91 Varianza explicada = 3.9% alpha = .7542

Factor 6. Conducta Alimentaria Compensatoria.		
C6	Siento que la comida me tranquiliza.	.60707
C8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	.69850
C12	Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño.	.57886
C18	Me sorpendo pensando en comida.	.53705

Eigen value = 2.18 Varianza explicada = 2.9% alpha = .6529

Factor 7. Atribución de Control Alimentario Interno.		
D27	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto.	.70499
D28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida.	.76244
D29	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas.	.96874
D30	Admiro a las personas que pueden comer con medida.	.68367
D31	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida".	.49774
D39	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.45912

Eigen value = 1.76 Varianza explicada = 2.3% alpha = .7823

<i>Factor 8.</i>		
D19	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.40549
D21	Me avergüenza comer tanto.	.66423
D22	Me deprimio cuando como de más.	.65592
D23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	.52309

Eigen value = 1.55 Varianza explicada = 2.1% alpha = .7617

<i>Factor 9</i>		
C2	Como rápidamente y en poco tiempo grandes cantidades de alimento.	.69662
C9	Como tan rápido que los alimentos se me atragantan.	.40482
D24	Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	.66835

Eigen value = 1.37 Varianza explicada = 1.8% alpha = .6114

<i>Factor 10</i>		
C34	Como hasta sentirme inconfortablemente lleno.	.46434
D13	No tengo horario fijo para las comidas, como cuando puedo.	.62862
D14	Soy de los que se hartan (se llenan de comida).	.54037
D17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55864

Eigen value = 1.29 Varianza explicada = 1.7% alpha = .6307

<i>Factor 13</i>		
D37	No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor.	.73451
D38	Sólo se debe competir para ganar.	.83902
D40	Se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter.	.52565

Eigen value = 1.18 Varianza explicada = 1.6% alpha = .6410

Factores para mujeres adolescentes. Se aplico un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1915 sujetos mujeres. Se uso una rotación varimax que convergió en 57 interacciones para extraer 16 factores que explican el 57.4% de la varianza. Se descartaron 9 factores al no cumplir los criterios, el modelo final quedo integrado por

7 factores que explican el 42.8% de la varianza. La escala total obtuvo un alpha de .8876. Los factores quedaron como sigue:

<i>Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva.</i>		
C16	Paso por periodos en los que como en exceso.	.43929
C31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
D1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
D2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
D3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
D4	No soy consciente de cuanto como.	.66033
D5	Siento que no puedo parar de comer.	.80983
D6	Como sin medida.	.79753
D7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
D8	Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
D14	Soy de los que se hartan (se llenan de comida).	.52215
D20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
D21	Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
D23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa.	.45587

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

<i>Factor 2. Preocupación por el Peso y la Comida.</i>		
C11	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.5780
C13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
C14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64573
C23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
C25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
C26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
C30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
C18	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.	.55815
C22	Me deprimó cuando como de más	.48531

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

Factor 3. Conducta Alimentaria Normal.

C5	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462
C15	Como lo que es bueno para mi salud.	.73346
C17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196
C20	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420
C21	Como con moderación.	.45378
C28	Procuro comer verduras.	.71369
C29	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685

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

Factor 4. Atribución de Control Alimentario Externo.

D32	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
D33	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	.62385
D34	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	.69921
D35	No se por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón, aunque lo fajen".	.81261
D36	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	.68785
D39	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.55393

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

Factor 5. Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica.

C3	Cuando estoy aburrido me da por comer.	.58951
C4	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	.53921
C6	Siento que la comida me tranquiliza.	.67344
C8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	.70703
C18	Me sorprendo pensando en comida.	.43349

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

Factor 6. Dieta Crónica y Restrictiva.		
C10	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	.57328
D9	Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.	.48691
D11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.46423
D12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
D15	Me la paso "muiriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
D16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.62004
D17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
D19	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.46706

Eigen value= 1.93 Varianza explicada= 2.6% alpha= .8136

Factor 7. Atribución de Control Alimentario Interno		
D27	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto.	.75354
D28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida.	.73452
D29	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas.	.62623
D30	Admiro a las personas que pueden comer con medida.	.71698
D31	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

Las respuestas dadas a todos los reactivos antes señalados se calificaron de tal manera que un puntaje alto representó una respuesta con mayor problema y un puntaje bajo representó un menor problema.

En las Mediciones Antropométricas se utilizó:

- ❖ Una Báscula de piso marca Torino con una capacidad de 140 kilos.
- ❖ Un estadiómetro de madera de 2 metros, que especifica metros, centímetros y milímetros.

5.8.4. PROCEDIMIENTO

Se acudió a las escuelas de nivel bachillerato público y privado para solicitar a los directivos de las escuelas su colaboración en ésta investigación. Obtenida la autorización, se solicitó la participación voluntaria de los alumnos en los salones de clase. Para la aplicación del instrumento, se les dio un entrenamiento previo a los aplicadores. La aplicación del instrumento se hizo colectivamente en los salones de clase, procurando que fuera simultáneamente en todos los salones que se pretendían aplicar en una escuela, con el fin de evitar que los alumnos se transmitieran información del cuestionario, afectando la investigación. En la aplicación del instrumento se informó acerca del propósito de dicha aplicación, de una forma breve, como se presenta a continuación: " En la facultad de psicología de la UNAM, se está llevando a cabo una investigación para conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de los estudiantes, con el fin de contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la salud y de su calidad de vida".

Por otro lado, las instrucciones que se les dieron fueron las siguientes: "lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas de lector óptico 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 el cuestionario".

También se les dijo que "toda la información que proporcionen es confidencial y totalmente anónima, sin embargo se les pide el nombre para hacer mediciones antropométricas a algunos de ustedes, la información que nos brinden será para fines exclusivos de la investigación".

Posteriormente a la aplicación del cuestionario se acudió una segunda vez a las escuelas para llevar a cabo la medición antropométrica, que sólo se le hizo al 39% de la muestra original, dicha muestra fue tomada con selección sistemática y aleatoria. Para ello se contó con personal médico y encuestadores entrenados previamente.

CAPÍTULO VI

6. RESULTADOS.

El propósito central del presente estudio fue conocer si el nivel socioeconómico y el sexo, se relacionaban con la presencia de Alteración, Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo, en adolescentes.

Después de haber aplicado el instrumento a los estudiantes adolescentes (hombres y mujeres) de nivel bachillerato; con un rango de entre 15 y 19 años de edad; sin compromiso laboral, solteros, sin problemas físicos graves y que no tuvieran hijos; se procedió a hacer la captura de datos y el análisis de los mismos, utilizando el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows (SPSS 5.01).

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

6.1.1. Edad.

El rango de edad de los sujetos de estudio fue de 15 a 19 años con un promedio de 16.3 años y una desviación estándar de 1.131 para la muestra total. Tomando en cuenta el índice de nivel socioeconómico (Bajo y Alto) y sexo, las medias resultaron muy similares así como también sus desviaciones estándar (ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución en porcentajes de edad, medias y desviaciones estándar por nivel socioeconómico y sexo.

EDAD	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15	28	46	28	30
16	30	20	30	28
17	24	14	26	28
18	14	20	14	12
19	4	0	2	2
Total %	100	100	100	100
Media	16.4	16.1	16.3	16.3
D E	1.16	1.19	1.10	1.10

6.1.2. Sexo.

En cuanto a la distribución por sexo la muestra quedó compuesta como sigue:

Tabla 3. Distribución en porcentajes de la variable sexo por nivel socioeconómico.

SEXO	Nivel Socioeconómico Bajo	Nivel Socioeconómico Alto
Femenino	50	50
Masculino	50	50
Total %	100	100

6.1.3. Nivel Socioeconómico.

Para calcular el Nivel Socioeconómico se procedió a crear un índice de nivel socioeconómico como sigue:

- a) A las variables componentes del índice (ingreso mensual familiar, años de estudio y ocupación de ambos padres) se les dieron valores de manera que al más bajo (por ejemplo, menor ingreso mensual familiar) comprendió el puntaje menor (ver tablas de la 4 a la 8).
- b) Se sumaron los puntajes correspondientes de cada variable y
- c) se hicieron los siguientes puntos de corte:

De 4 a 11 puntos = Índice de Nivel Socioeconómico Bajo.

De 12 a 19 puntos = Índice de Nivel Socioeconómico Medio.

De 20 a 27 puntos = Índice de Nivel Socioeconómico Alto

Tabla 4. Distribución en porcentajes del ingreso mensual familiar por grupo.

Puntaje	<i>Ingreso mensual familiar</i>	Nivel Socioeconómico	Nivel Socioeconómico
1	\$ 2000 o menos	64	0
2	\$ 2001 a 4000	22	15
3	\$ 4001 a 6000	13	23
4	\$ 6001 a 8000	1	23
5	\$ 8001 a 10000	0	22
6	\$ 10001 a más	0	17
Total %		100	100
Media		1.51	4.03
D E		.76	1.32

Tabla 5. Distribución en porcentajes de los años de estudio del padre, por grupo.

Puntaje	<i>Años de estudio del padre</i>	Nivel Socioeconómico	Nivel Socioeconómico
1	Menos de 6 años	34	0
2	De 6 a 8 años	44.3	2
3	De 9 a 11 años	15.5	0
4	De 12 a 14 años	5.2	4
5	De 15 a 17 años	1	26
6	De 18 o más	0	68
Total %		100	100
Media		1.95	5.58
D E		.89	.76

Tabla 6. Distribución en porcentajes de los años de estudio de la madre, por grupo.

Puntaje	<i>Años de estudio de la madre</i>	Nivel Socioeconómico	Nivel Socioeconómico
1	Menos de 6 años	46.9	0
2	De 6 a 8 años	33.7	2
3	De 9 a 11 años	17.3	1
4	De 12 a 14 años	1	8
5	De 15 a 17 años	1	37
6	De 18 o más	0	52
Total %		100	100
Media		1.76	5.36
D E		.85	.84

Tabla 7. Distribución en porcentajes de la ocupación del padre, por grupo.

Puntaje	Ocupación del padre	Nivel Socioeconómico	Nivel Socioeconómico
1	Obrero	37.1	0
2	Comerciante	25.8	2
3	Empleado	34.8	10.1
4	Profesionista	1.1	75.8
5	Empresario	1.1	12.1
Total %		100	100

Tabla 8. Distribución en porcentajes de la ocupación de la madre, por grupo.

Puntaje	Ocupación de la madre	Nivel Socioeconómico	Nivel Socioeconómico
1	Ama de casa.	82.1	14
2	Empleada doméstica.	8.4	0
3	Obrera.	5.3	2
4	Comerciante.	4.2	5
5	Profesionista.	0	79
Total %		100	100

En las tablas de la 4 a la 8, puede verse la distribución en porcentajes de las variables componentes del Índice de Nivel Socioeconómico, por ejemplo, en la tabla 4 la media igual a 1.5 y la desviación estándar igual a .75 del grupo de nivel socioeconómico bajo indica que el ingreso cayó entre los puntajes 1 (\$ 2000 o menos) y 2 (\$ 2001 a 4000), mientras que el ingreso del grupo con nivel socioeconómico alto tuvo una media igual a 4.03 y una desviación estándar igual a 1.32 indicando que el ingreso cayó en el puntaje 4 (\$ 6001 a 8000).

En la tabla 5 se observa que el grupo de nivel socioeconómico bajo obtuvo una media de 1.94 con una desviación estándar de .89 indicando que los años de estudio del padre cayeron en el puntaje 2 (de 6 a 8 años). En cuanto al grupo de nivel socioeconómico alto, obtuvo una media de 5.58 con una desviación estándar de .75 indicando que los años de estudio del padre cayeron en el puntaje 6 (de 18 o más).

La tabla 6 muestra que el grupo de nivel socioeconómico bajo obtuvo una media de 1.75 con una desviación estándar de .85 lo cual indica que los años de estudio de la madre cayeron en el puntaje 2 (de 6 a 8 años), mientras que el grupo de nivel socioeconómico alto obtuvo una media de 5.36 con una desviación estándar de .83 indicando que los años de estudio de la madre cayeron en el puntaje 5 (de 15 a 17 años).

6.2. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL.

6.2.1. Peso.

- ❖ *Peso estimado* (reportado por los sujetos). Se obtuvo una media de 59.02 con una desviación estándar de 10.02 en la muestra total.
- ❖ *Peso real* (medido con una báscula de piso marca Torino). El peso real registró una media de 59.65 con una desviación estándar de 10.64 en la muestra total. Los resultados obtenidos dependiendo del grupo de nivel socioeconómico y sexo se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Medias y desviaciones estándar del peso estimado y real por NSE y sexo.

	<i>Peso Estimado</i>				<i>Peso Real</i>			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
NSE	Media	D E	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Bajo	60.73	10.46	54.17	8.63	61.26	11.21	54.62	9.3
Alto	66.50	9.05	55.38	6.96	67.33	9.57	55.95	7.44

6.2.2. Estatura.

- ❖ *Estatura estimada* (reportada por los sujetos). Se obtuvo una media de 1.65 con una desviación estándar de .09 en la muestra total.
- ❖ *Estatura real* (medida con estadiómetro de madera). Se obtuvo una media de 1.68 con una desviación estándar de .09 en la muestra total. Los resultados obtenidos dependiendo del grupo de nivel socioeconómico y sexo se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Medias y desviaciones estándar de estatura estimada y real por NSE y sexo.

	<i>Estatura Estimado</i>				<i>Estatura Real</i>			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
NSE	Media	D E	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Bajo	1.71	.08	1.59	.06	1.73	.09	1.61	.06
Alto	1.73	.08	1.61	.06	1.75	.08	1.63	.06

6.2.3. Índice de Masa Corporal Estimado y Real.

Se procedió a dar un valor a cada rango del Índice de Masa Corporal basándose en la tabla del "estudio de validación diagnóstica: con muestras de adolescentes mexicanos de 15 a 18 años de edad", de Saucedo y Gómez Pérezmitré, 1997, como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11. Puntaje de las categorías del IMC.

Puntaje	Categoría	IMC
1	Muy delgado.	Menor a 15
2	Delgado.	15 – 18.9
3	Normal.	19 – 22.9
4	Sobrepeso.	23 – 27
5	Obesidad.	Mayor a 27 y menor a 31
6	Obesidad extrema.	Mayor a 31

Con la fórmula $(\text{Peso} / \text{Talla}^2)$ se calculó el IMC Estimado. De la muestra total, se obtuvo una media de 3.09 con una desviación estándar de .71, lo que indica que en promedio los adolescentes obtuvieron un IMC Estimado normal.

Por otro lado, se obtuvo el IMC Real con la fórmula $(\text{Peso} / \text{Talla}^2)$. De la submuestra total se obtuvo una media de 2.97 y también una desviación estándar de .70, lo cual, indica que en promedio los adolescentes obtuvieron un IMC Real normal.

Tabla 12. Medias y desviaciones estándar del IMC Estimado y Real por NSE y sexo.

	IMC Estimado				IMC Real (submuestra)			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
NSE	Media	D E	Media	D E	Media	D E	Media	D E
Bajo	2.95	.76	3.02	.79	2.68	.82	2.95	.81
Alto	3.30	.67	3.11	.61	3.23	.61	3.00	.37

Como puede observarse en la tabla 12 tanto hombres como mujeres, de ambos grupos de nivel socioeconómico en promedio obtuvieron un IMC (tanto estimado como real) normal.

Tabla 13. Distribución en porcentajes del IMC Estimado por NSE y sexo.

<i>IMC Estimado</i>	Nivel Socioeconómico		Nivel Socioeconómico	
	Bajo		Alto	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Muy delgado.	2.6	2.1	0	0
2. Delgado.	23.1	21.3	6.8	13.1
3. Normal.	51.2	51.1	61.4	63
4. Sobrepeso.	23.1	23.4	27.3	23.9
5. Obesidad.	0	2.1	4.5	0
6. Obesidad extrema.	0	0	0	0
Total %	100	100	100	100

Como puede observarse en la tabla 13, un 26% de los hombres de NSE Bajo obtuvieron un IMC Estimado delgado o muy delgado y en un porcentaje casi igual (23%) obtuvieron un IMC Estimado de sobrepeso a diferencia de los hombres de NSE Alto que sólo un 7% obtuvo un IMC Estimado delgado y un 32% obtuvo un IMC Estimado de sobrepeso u obesidad.

Por otra parte, un 23% de mujeres de NSE Bajo obtuvo un IMC Estimado delgado o muy delgado, un 26% obtuvo un IMC Estimado de sobrepeso u obesidad; mientras que sólo un 13% de mujeres con NSE Alto obtuvo un IMC Estimado delgado y un 24% obtuvo un IMC Estimado de sobrepeso.

Tabla 14. Distribución en porcentajes del IMC Real por NSE y sexo.

<i>IMC Real</i>	Nivel Socioeconómico		Nivel Socioeconómico	
	Bajo		Alto	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Muy delgado.	10.5	0	0	0
2. Delgado.	21.1	33.3	9.1	6.3
3. Normal.	57.9	38.1	59.1	87.4
4. Sobrepeso.	10.5	28.6	31.8	6.3
5. Obesidad.	0	0	0	0
6. Obesidad extrema.	0	0	0	0
Total %	100	100	100	100

La tabla 14 muestra que un 32% de hombres de NSE Bajo obtuvo un IMC Real delgado y muy delgado, sólo un 11% obtuvo un IMC Real de sobrepeso. Mientras que sólo un 9% de los hombres de NSE Alto obtuvo un IMC Real delgado y un 32% de sobrepeso.

En cuanto a las mujeres de NSE Bajo se observa que un 33% obtuvieron un IMC Real delgado y un 29% en IMC Real de sobrepeso. A diferencia de las mujeres de NSE Alto que sólo un 6% obtuvo un IMC Real delgado y en igual porcentaje sobrepeso. Cabe mencionar que sólo los hombres de NSE Bajo presentan un IMC Estimado y Real muy delgado a diferencia de los otros tres grupos. Además tanto hombres como mujeres de NSE Bajo obtuvieron porcentajes más altos en IMC Estimado y Real delgado en comparación con los hombres y las mujeres de NSE Alto.

Por otra parte, tanto mujeres de NSE Bajo como hombres de NSE Alto obtuvieron los porcentajes más altos en IMC Real de sobrepeso y son los únicos dos grupos que presentan obesidad en IMC Estimado.

Al hacer una comparación entre IMC Estimado e IMC Real, de los cuatro grupos, se encontró que los mayores porcentajes de IMC Estimado e IMC Real se localizaron en el rango de normal para los cuatro grupos; los demás porcentajes se localizaron entre el rango delgado y sobrepeso tanto en IMC Estimado como en IMC Real, lo cual, muestra una distribución muy similar. Cabe mencionar que se encontraron porcentajes de obesidad en mujeres de NSE Bajo como en hombres de NSE Alto de IMC Estimado, sin embargo estos fueron muy bajos. En el caso de IMC Real no se encontró ningún porcentaje de obesidad y obesidad extrema en los cuatro grupos. Por otro lado, también se encontraron porcentajes muy bajos de IMC Estimado muy delgado en hombres y mujeres de NSE Bajo, sin embargo, en IMC Real sólo en hombres de NSE Bajo se encontró que el porcentaje aumentó de un 3% a un 11%, no encontrándose algún porcentaje en mujeres de NSE Bajo. Para hombres y mujeres de NSE Alto el IMC Estimado y el IMC Real en el rango muy delgado fue de 0% (ver tablas 13 y 14).

Cabe mencionar que el Índice de Masa Corporal Estimado sirvió para compararlo con el Índice de Masa Corporal Real encontrándose que son muy similares, lo cual indica que los adolescentes saben su peso y estatura real independientemente de si se creen muy gordos o flacos.

Para comprobar lo anterior se aplicó la prueba de correlación de Pearson, encontrándose una alta correlación positiva altamente significativa entre IMC Estimado e IMC Real, obteniendo $R = .9744$ $P = .000$. Por lo tanto el comportamiento de las dos variables está relacionada, esto es que una variable puede ser utilizada de forma efectiva para predecir la otra, al igual que lo han señalado autores como Stunkard & Albaum, 1981; Stewart, 1982; & Manson, Colditz, Stampfer, Willet, Rosner, Monson, Speizer & Hennekens, 1990. Lo anterior indica que no es

indispensable hacer una medición directa con instrumentos como la báscula y la cinta métrica para obtener el IMC.

6.2.4. Autopercepción del Peso Corporal.

De acuerdo con la pregunta que mide autopercepción del peso corporal, la muestra total de los estudiantes adolescentes obtuvieron los porcentajes, medias y desviaciones estándar que se muestran en la tabla 15 y por grupos de NSE y sexo en la tabla 16.

Tabla 15. Distribución en porcentajes de la muestra total de las respuestas dadas a la pregunta 17 que mide autopercepción del peso corporal.

<i>"De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras con..."</i>	Porcentaje
1. Peso muy por abajo del normal.	1.5
2. Peso por abajo del normal.	20.4
3. Con peso normal.	52.6
4. Con sobrepeso.	22.4
5. Obeso.	3.1
Total %	100
Media	3.05
D E	.78

Como puede observarse en la tabla 15 un 53% se autopercebió con peso normal, un 20% con peso por debajo de lo normal, un 22% con sobrepeso y fue muy bajo el porcentaje de los que se autopercebieron con un peso muy por debajo de lo normal u obesos, en la muestra total.

Tabla 16. Distribución en porcentajes de autopercepción del peso corporal, medias y desviaciones estándar por NSE y sexo.

<i>Autopercepción del peso corporal.</i>	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Peso muy por abajo del normal.	2.1	2	2	0
2. Peso por abajo del normal.	27.1	28.6	12	14.3
3. Con peso normal.	47.9	38.8	62	61.2
4. Con sobrepeso.	20.8	28.6	16	24.5
5. Obeso.	2.1	2	8	0
Total %	100	100	100	100
Media	2.94	3.00	3.16	3.10
D E	.81	.87	.82	.62

Puede observarse en la tabla 16 que un 29% de hombres de NSE Bajo se autopercebieron con peso por abajo del normal o muy por abajo del normal y un 23% se autopercebieron con sobrepeso u obesidad a diferencia del grupo de hombres de NSE Alto que sólo el 14% se autopercebieron con peso por abajo del normal o muy por abajo del normal y un 24% con sobrepeso u obesidad.

En el caso de las mujeres 31% del grupo de NSE Bajo se auto percibió con peso por abajo del normal o muy por abajo del normal y en un mismo porcentaje se autopercebieron con sobrepeso u obesidad, a diferencia de las mujeres de NSE Alto que sólo un 14% se autopercebieron con peso por abajo del normal y un 25% se autopercebieron con sobrepeso. Cabe mencionar que tanto hombres como mujeres de NSE Bajo se autopercebieron con peso por abajo del normal o muy por abajo del normal, en porcentajes más altos que los hombres y mujeres de NSE Alto.

Por otra parte, el grupo de mujeres de NSE Alto es el único en el que no se observa algún porcentaje que se autopercebiera con obesidad, por el contrario en el grupo que se observa un mayor porcentaje es en el grupo de hombres de NSE Alto sin embargo, de los cuatro grupos, es el grupo que tiene un porcentaje menor en autopercepción con sobrepeso.

6.2.5. *Figura Actual y Figura Ideal.*

- ❖ *Figura Actual.* Se midió con la pregunta 1 de la sección B, donde se muestran una serie de siluetas, de las cuales los estudiantes adolescentes

eligieron la que más se aproximó a su figura corporal (ver anexo 1). La distribución en porcentajes de la muestra total se presenta en la tabla 17.

- ❖ *Figura Ideal.* Se midió con la pregunta 1 de la sección E, donde al igual que en la sección B, se presentan una serie de siluetas pero en diferente orden al azar (ver anexo 1) y en este caso seleccionaron aquella que les gustaría tener. La distribución en porcentajes se muestra en la tabla 17.

Tabla 17. Distribución en porcentajes de figura actual y figura ideal de la muestra total.

Puntaje	Figura	<i>Figura Actual</i>		<i>Figura Ideal</i>	
		Silüeta *	Porcentaje	Silüeta *	Porcentaje
1	Muy delgada (I).	F	2.5	G	.5
2	Muy delgada (II).	H	13	E	7.5
3	Delgada (I).	A	43	C	44
4	Delgada (II).	I	16	A	41
5	Peso normal.	B	17	I	4
6	Sobrepeso (I).	D	3	B	2
7	Sobrepeso (II).	C	4	D	1
8	Obesa (I).	E	.5	F	0
9	Obesa (II).	G	0	H	0
Total %		100		100	
Media		3.62		3.51	
D E		1.34		.87	

*Orden al azar en la presentación de las silüetas.

Como se observa en la tabla 17, una sexta parte de los adolescentes eligieron como figura actual la silüeta del peso normal y sólo una mínima parte (4%) eligió como figura ideal la silüeta I que representa un peso normal; por otro lado, un 43% (porcentaje más alto) de la muestra total de los adolescentes eligió como figura actual la silüeta A (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I) y un 44% (porcentaje más alto) eligió como figura ideal la silüeta C (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I).

Tabla 18. Distribución en porcentajes de figura actual por nivel socioeconómico y sexo.

Puntaje	Figura Actual	Silueta *	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	Muy delgada (I).	F	2	8	0	0
2	Muy delgada (II).	H	14	18	4	16
3	Delgada (I).	A	52	26	62	32
4	Delgada (II).	I	10	12	16	28
5	Peso normal.	B	14	28	8	18
6	Sobrepeso (I).	D	2	2	8	2
7	Sobrepeso (II).	C	4	6	2	4
8	Obesa (I).	E	2	0	0	0
9	Obesa (II).	G	0	0	0	0
Total %			100	100	100	100
Media			3.52	3.64	3.60	3.70
D E			1.40	1.59	1.11	1.23

*Orden al azar en la presentación de las siluetas.

Como se observa en la tabla 18, el 52% de los hombres de NSE Bajo y el 62% de los hombres de NSE Alto (siendo estos los porcentajes más altos de cada grupo) eligieron la silueta A (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I).

Por otra parte, un 28% (porcentaje más alto del grupo) de las mujeres de NSE Bajo eligieron como figura actual la silueta B (ver anexo 1) que representa un peso normal, sin embargo un 26% de este grupo eligió como figura actual la silueta A (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I). En el caso de las mujeres de NSE Alto el 32% (porcentaje más alto del grupo) eligió también la silueta A (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I).

En todos los grupos los porcentajes más altos se ubicaron por debajo de lo normal, es decir, eligieron siluetas que representan figuras de delgadas (II) a muy delgadas (II), observándose sólo en el grupo de NSE Bajo tanto en hombres como en mujeres, porcentajes bajos que eligieron como figura actual, la silueta F (ver anexo 1) que representa una figura muy delgada (I). Por otro lado, también se observaron porcentajes reducidos que eligieron como figura actual las siluetas D y C (ver anexo 1) que representan figuras con sobrepeso (I y II) en todos los grupos, y sólo en el grupo de hombres de NSE Bajo se encontró un porcentaje pequeño que eligió la silueta E (ver anexo 1) que representa una figura obesa (I).

Tabla 19. Distribución en porcentajes de figura ideal por nivel socioeconómico y sexo.

Puntaje	Figura Ideal	Silueta *	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	Muy delgada (I).	G	0	2	0	0
2	Muy delgada (II).	E	0	12	2	16
3	Delgada (I).	C	30	48	40	58
4	Delgada (II).	A	56	36	54	18
5	Peso normal.	I	6	2	2	6
6	Sobrepeso (I).	B	6	0	0	2
7	Sobrepeso (II).	D	2	0	2	0
8	Obesa (I).	F	0	0	0	0
9	Obesa (II).	H	0	0	0	0
Total %			100	100	100	100
Media			3.94	3.24	3.64	3.20
D E			.89	.77	.75	.86

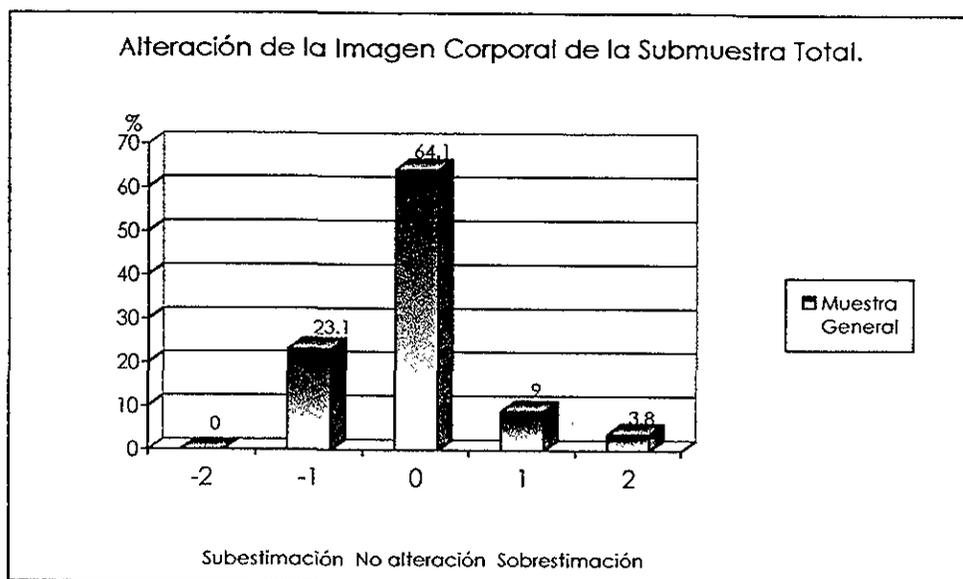
*Orden al azar en la presentación de las siluetas.

Como puede observarse en la tabla 19, sólo una mínima parte (6 y 2%) eligieron como figura ideal la silueta I que representa una figura con peso normal; el 56% (porcentaje más alto) de los hombres de NSE Bajo y el 54% (porcentaje más alto) de los hombres de NSE Alto eligieron como figura ideal la silueta A (ver anexo 1) que representa una figura delgada (II).

Por otra parte, el 48% (porcentaje más alto) de las mujeres de NSE Bajo y el 58% (porcentaje más alto) de las mujeres de NSE Alto eligieron como figura ideal la silueta C (ver anexo 1) que representa una figura delgada (I). También puede observarse que en los cuatro grupos los más altos porcentajes se ubicaron entre la silueta que representa una figura delgada (II) y la que representa una figura delgada (I). Además sólo en el grupo de mujeres de NSE Bajo se encontró un 2% que eligió como figura ideal la silueta que representa una figura muy delgada (I) y un 12% de este grupo y un 16% en el grupo de NSE Alto eligieron la silueta E (ver anexo 1) como su figura ideal, que representa una figura muy delgada (II). Por lo que respecta a los hombres sólo en el grupo de NSE Alto se encontró un 2% que eligió la silueta E, que representa una figura muy delgada (II).

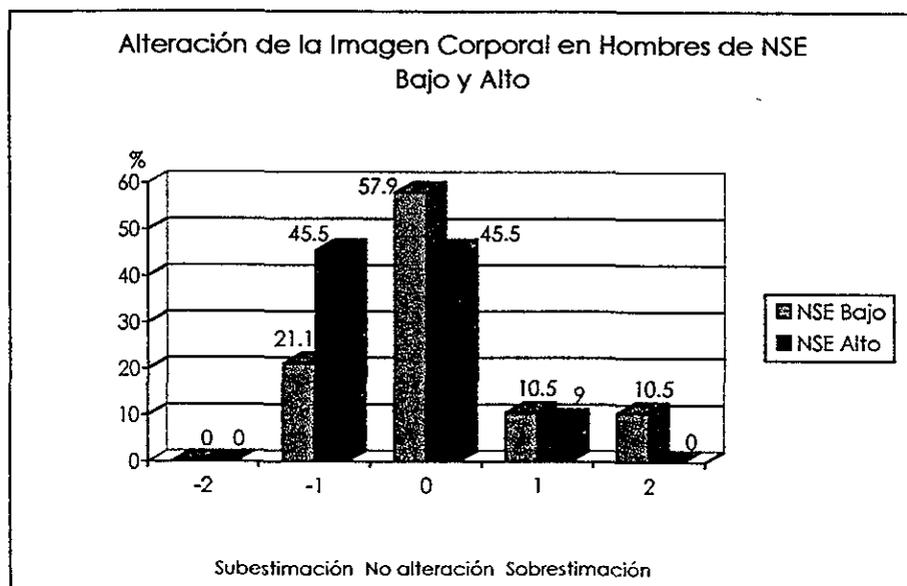
6.2.6. Alteración de la Imagen Corporal (Sobrestimación y Subestimación).

Con respecto al grado de alteración de la imagen corporal que se obtuvo como una diferencia entre autopercepción del peso corporal menos el índice de masa corporal real (una diferencia negativa se consideró como subestimación, una diferencia positiva como sobrestimación y no alteración cuando el resultado era cero), se encontró lo siguiente:



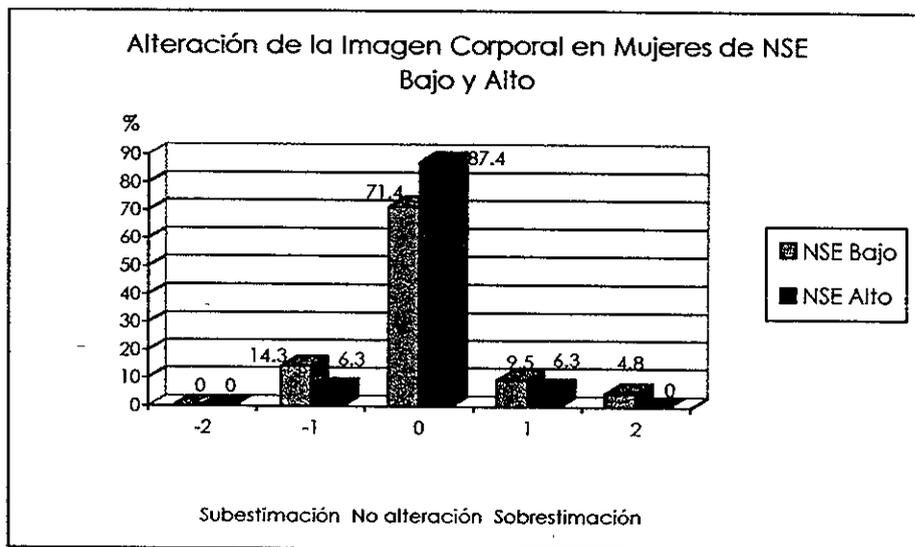
Gráfica 1. Distribución en porcentajes del grado de alteración de la imagen corporal de la submuestra total.

De acuerdo con la distribución que se muestra en la gráfica 1 se observa que más de la mitad de los estudiantes adolescentes no presentaron alteración de la imagen corporal (la diferencia fue igual a 0) y que en los que se observó alteración el 23 % presentó subestimación (se vieron más delgados) y un 13 % sobrestimación (se vieron más gruesos).



Gráfica 2. Distribución en porcentajes del grado de alteración de la imagen corporal en hombres de nivel socioeconómico bajo y alto.

Como puede observarse en la gráfica 2 más de la mitad de los hombres de NSE Bajo y un 45 % de los hombres de NSE Alto, no presentaron alteración de la imagen corporal. Por otro lado, los hombres de NSE Bajo que presentaron alteración se distribuyeron en igual porcentaje entre subestimación (se ven más delgados) y sobrestimación (se ven más gruesos) . Mientras que los hombres de NSE Alto que presentaron alteración la mayoría mostró subestimación (se ven más delgados).



Gráfica 3. Distribución en porcentajes del grado de alteración de la imagen corporal en mujeres de nivel socioeconómico bajo y alto.

En la gráfica 3, se observa que en ambos grupos de mujeres más de la mitad no presentaron alteración de la imagen corporal y las que presentaron alteración se distribuyeron en igual porcentaje subestimación (se vieron más delgadas) y sobrestimación (se vieron más gruesas) en ambos grupos.

Por otro lado, a diferencia de los hombres las mujeres presentaron en un porcentaje mayor no alteración de la imagen corporal, por lo que los hombres son los que presentaron un porcentaje más alto de subestimación y sobrestimación a diferencia de las mujeres.

6.2.7. Resultados de Algunos Reactivos Relacionados con la Imagen Corporal.

Tabla 20. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 14 "¿Qué peso te gustaría tener?" que mide peso deseado.

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. Mucho más alto del que actualmente tengo	0	2	0	0	.5
2. Más alto del que actualmente tengo	27	20	22	8	19.2
3. El mismo que tengo	43.8	28	40	36	36.9
4. Menor del que actualmente tengo	14.6	22	24	42	25.8
5. Mucho menor del que actualmente tengo	14.6	28	14	14	17.6
Total %	100	100	100	100	100
Media	3.17	3.54	3.30	3.62	3.41
DE	.99	1.16	.97	.83	1.01

Como se muestra en esta tabla un 29% de los hombres de NSE Bajo y un 38% de NSE Alto respondió que les gustaría tener un peso menor y mucho menor del que tenían. Mientras que un 27% de NSE Bajo y un 22% de NSE Alto respondió que les gustaría tener un peso más alto y aproximadamente en igual porcentaje 44% de NSE Bajo y 40% de NSE Alto, respondió que le gustaría tener el mismo peso que tenían (en el momento de responder el cuestionario).

Por lo que respecta a las mujeres se observa que la mitad (50% del NSE Bajo y 56% del NSE Alto) de ambos grupos respondió que les gustaría tener un peso menor y mucho menor del que tenían en ese momento; mientras que un 22% de NSE Bajo respondió que le gustaría tener un peso más alto y mucho más alto del que tenían en ese momento y sólo un 8% de NSE Alto respondió que desearía un peso más alto. Por otro lado, 28% de mujeres de NSE Bajo y 36% de mujeres de NSE Alto respondieron que les gustaría tener el mismo peso que tenían (en el momento de responder el cuestionario).

Como se observa un porcentaje mayor de mujeres de ambos grupos de NSE desean tener un peso menor y mucho menor del que tenían, en comparación con los hombres de los dos grupos.

Tabla 21. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 16 "Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:" que mide peso ideal.

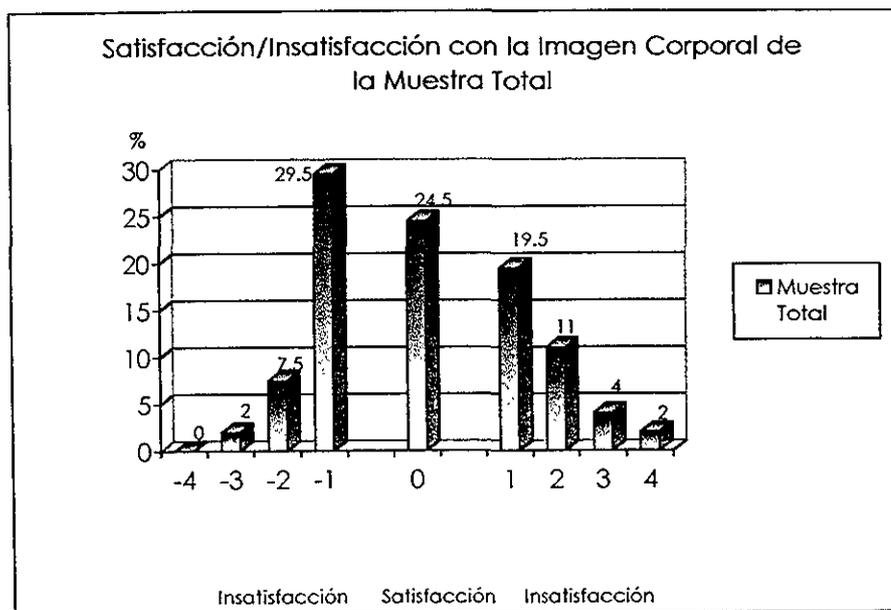
	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. Muy por abajo de él	10	6	0	0	4
2. Por abajo de él	36	32	32	22	30.5
3. Estas en tu peso ideal	38	16	34	34	30.5
4. Por arriba de él	14	38	34	40	31.5
5. Muy por arriba de él	2	8	0	4	3.5
Total %	100	100	100	100	100
Media	2.62	3.10	3.02	3.26	3.00
DE	.92	1.13	.82	.85	.96

Como se puede observar los hombres de NSE Bajo son los que en un porcentaje mayor (46%) consideran estar por abajo y muy por abajo de su peso ideal y en un considerable porcentaje menor (16%) respondieron estar por arriba y muy por arriba de él, a diferencia de los hombres de NSE Alto que casi en igual porcentaje considero estar por arriba (34%) y por abajo (32%) de su peso ideal.

En el grupo de las mujeres de NSE Bajo se observa que aproximadamente en igual porcentaje consideraron que se encuentran por abajo y muy por abajo (38%), así como por arriba y muy por arriba (46%) de su peso ideal; a diferencia de las mujeres de NSE Alto en las que se encontró una diferencia considerable, ya que un porcentaje mayor (44%) consideró encontrarse por arriba y muy por arriba de su peso ideal y sólo un 22% consideró que estaba por abajo de su peso ideal.

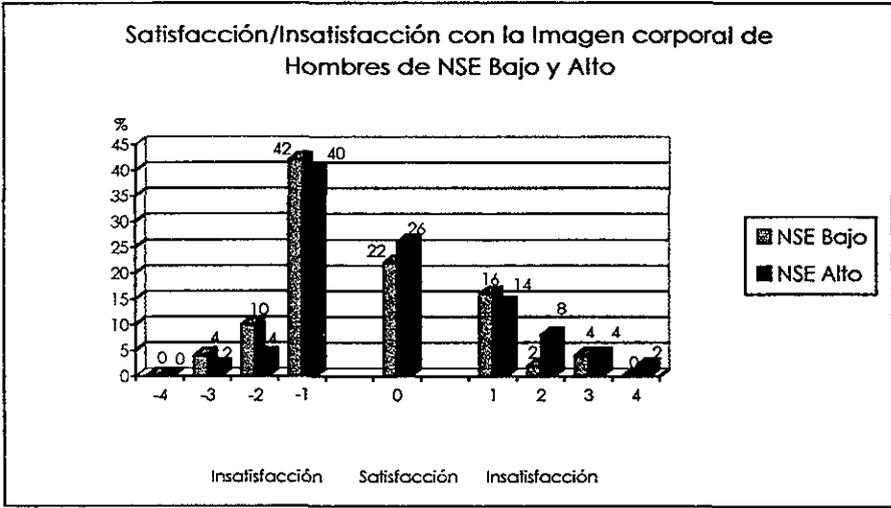
6.2.8. Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Para obtener la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (de forma indirecta) se obtuvo la diferencia entre la figura actual e ideal, interpretándose el resultado positivo o negativo como insatisfacción y una diferencia de cero se interpretó como satisfacción con la imagen corporal, además se consideró que a mayor diferencia menor satisfacción y que a menor diferencia mayor satisfacción.

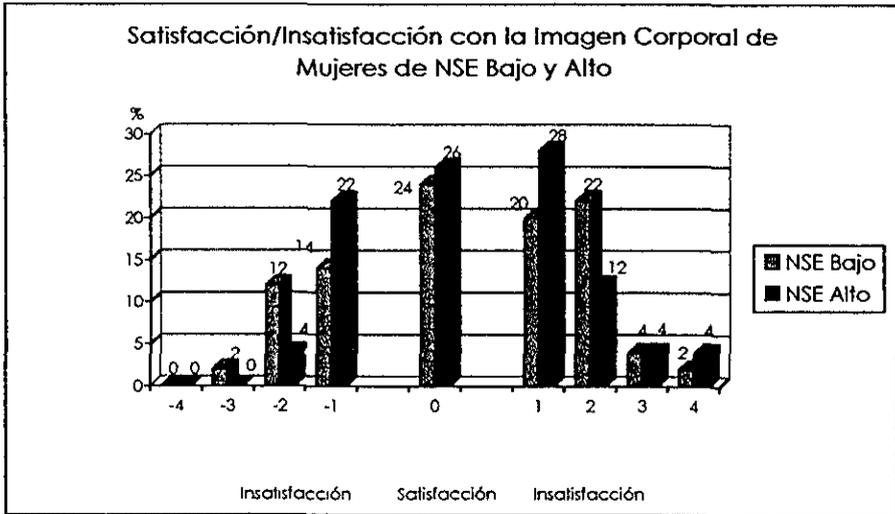


Gráfica 4. Distribución en porcentajes de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal de la muestra total.

Como se observa en la gráfica 4, sólo una cuarta parte de la muestra general, se encontró satisfecha con su imagen corporal y el resto de la población se consideró insatisfecha, deseando tener una imagen corporal ya sea más delgada o más gruesa de la que tenían en ese momento, mostrándose una distribución en porcentaje casi igual.



Gráfica 5. Distribución en porcentajes de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal de hombres de nivel socioeconómico bajo y alto.



Gráfica 6. Distribución en porcentajes de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal de mujeres de NSE Bajo y Alto.

La gráfica 5 muestra que aproximadamente una cuarta parte de los hombres de NSE Bajo y Alto se sienten satisfechos con su imagen corporal, lo cual, indica que hay un mayor porcentaje, en ambos grupos, de insatisfacción con la imagen corporal, presentándose así un 56% de hombres de NSE Bajo y un 46% de NSE Alto que desean tener una figura más gruesa y un 22% del grupo de NSE Bajo y un 28% de NSE Alto que desean una figura más delgada.

La gráfica 6 muestra que una cuarta parte de las mujeres de NSE Bajo y Alto se sienten satisfechas con su imagen corporal, lo cual, indica que hay un porcentaje mayor, en estos dos grupos, de insatisfacción con la imagen corporal, presentándose así, un 48% de mujeres en ambos grupos de NSE que desean tener una figura más delgada y un 28% de mujeres de NSE Bajo y un 26% de NSE Alto que desean una figura más gruesa.

Lo anterior nos indica que un porcentaje mayor de hombres de NSE Bajo y Alto desean tener una figura más gruesa en comparación con las mujeres de NSE Bajo y Alto, que en un porcentaje mayor desean tener una figura más delgada.

En la medición directa de Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 22.

Tabla 22. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 15 "¿Cómo te sientes con tu figura?".

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. Muy satisfecho	10.4	8	16	16	12.6
2. Satisfecho	52.1	38	54	40	46
3. Indiferente	22.9	16	18	16	18.2
4. Insatisfecho	10.4	28	12	26	19.2
5. Muy insatisfecho	4.2	10	0	2	4
Total %	100	100	100	100	100
Media	2.46	2.94	2.26	2.58	2.56
DE	.97	1.19	.88	1.11	1.06

La tabla 22 muestra que 63% de los hombres de NSE Bajo y 70% de NSE Alto se encuentran satisfechos y muy satisfechos con su imagen corporal, sólo un 15% de los hombres de NSE Bajo se encuentran insatisfechos y muy insatisfechos y un 12% de NSE Alto se encuentran insatisfechos con su imagen corporal.

Por lo que respecta a las mujeres, se observa que 46% de las mujeres de NSE Bajo y 56% de NSE Alto se encuentran satisfechas y muy satisfechas con su imagen corporal y 38% de las mujeres de NSE Bajo y 28% de NSE Alto se encuentran insatisfechas y muy insatisfechas con su imagen corporal.

Tabla 23. Distribución en porcentajes de la medición indirecta y directa de satisfacción.

	Satisfacción Medición Indirecta				Satisfacción Medición Directa			
	NSE Bajo		NSE Alto		NSE Bajo		NSE Alto	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Satisfacción	22	24	26	26	62.5	46	70	56
Insatisfacción	78	76	74	74	14.6	38	12	28
Indiferente					22.9	16	18	16
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100

Como se observa en la tabla 23 cuando se les preguntó indirectamente el porcentaje mayor se ubico en insatisfacción en cambio cuando se les pregunta directamente el porcentaje más alto se ubica en satisfacción, en los cuatro grupos.

6.2.9. Resultados de las Preguntas Relacionadas con Conductas Alimentarias de Riesgo.

Tabla 24. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 9 "¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?".

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. No	93.2	77.6	78	46.9	73.4
2. Sí	6.8	22.4	22	53.1	26.6
Total %	100	100	100	100	100

En la tabla 24 se observa que más de tres cuartas partes de los hombres de NSE Bajo (93%) y Alto (78%), así como las mujeres de NSE Bajo (77%) respondieron no haber realizado dieta para controlar su peso, sin embargo, la mitad (53%) de las mujeres de NSE Alto respondieron sí haber realizado dietas para controlar su peso.

Tabla 25. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 10 "¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?".

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. Menos de 9 años.	18.2	16.7	25	0	10.3
2. De 9 a 11 años.	27.4	8.3	25	3.7	12.1
3. De 12 a 14 años.	36.4	50	37.5	37	39.7
4. De 15 a 17 años.	9	25	12.5	59.3	36.2
5. De 18 a 20 años.	9	0	0	0	1.7
6. De 21 o más.	0	0	0	0	0
Total %	100	100	100	100	100
Media	2.64	2.83	2.38	3.56	3.07
D E	1.21	1.03	1.06	.58	.99

Como se observa en tabla 25, de los adolescentes que respondieron haber hecho dieta para bajar de peso, en los grupos de hombres se observa que aproximadamente en igual porcentaje (36% NSE Bajo y 38% NSE Alto) respondieron haber hecho su primera dieta de entre los 12 y los 14 años de edad, y aproximadamente una cuarta parte del porcentaje (18% NSE Bajo y 25% NSE Alto) de estos grupos respondieron haber hecho dieta antes de los 9 años, y en igual porcentaje (27% NSE Bajo y 25% NSE Alto) de los 9 a los 11 años de edad. En el caso de las mujeres, 50% de las mujeres de NSE Bajo respondieron haber hecho su primera dieta entre los 12 y 14 años de edad, 17% de menos de 9 años y 8% de 9 a 11 años, a diferencia de las mujeres de NSE Alto que el mayor porcentaje (59%) respondió que entre los 15 y 17 años de edad, sólo 4% de 9 a 11 años y 37% de 12 a 14 años de edad.

Tabla 26. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 11 "¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?".

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. No	71.4	71.4	63.6	24.1	50
2. Sí	28.6	28.6	36.4	75.9	50
Total %	100	100	100	100	100

En esta tabla se observa que en ambos grupos de hombres el mayor porcentaje (71% NSE Bajo y 64% NSE Alto) respondió no haber hecho dieta en los últimos 6 meses, así como el grupo de mujeres de NSE Bajo (71%), sólo el grupo de mujeres de NSE Alto respondió haber hecho dieta en los últimos 6 meses en un porcentaje mayor (76%).

Tabla 27. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 12 "¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?".

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. No	50	52	78	62	60.5
2. Sí	50	48	22	38	39.5
Total %	100	100	100	100	100

Estos resultados muestran que sólo el grupo de hombres de NSE Bajo respondió en igual porcentaje (50%) sí y no haber tenido problemas con su forma de comer en los últimos 6 meses. En cambio en los demás grupos, en un mayor porcentaje los adolescentes respondieron no haber tenido en los últimos 6 meses problemas con su forma de comer.

Tabla 28. Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta 13 "El problema consiste en que:":

	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Alto		Muestra Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1. Comes muy poco menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.	12	29.2	9.1	26.3	20.3
2. Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil.	32	20.8	27.3	21.1	25.3
3. Comes hasta que te duele el estómago.	48	41.7	63.6	47.4	48.1
4. Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas.	4	0	0	5.3	2.5
5. Comes y sigues comiendo hasta que vomitas.	4	8.3	0	0	3.8
Total %	100	100	100	100	100
Media	2.56	2.38	2.55	2.32	2.44
D E	.92	1.17	.69	.95	.97

De los adolescentes que respondieron haber tenido en los últimos 6 meses problemas con su forma de comer, el mayor porcentaje de los cuatro grupos se localizó en la opción 3. "Comes hasta que te duele el estómago"; una tercera parte del porcentaje (32% NSE Bajo y 27% de NSE Alto) de los hombres de ambos grupos de NSE respondieron comer tan poco que a veces se sienten cansados y

débiles, por su parte las mujeres respondieron aproximadamente en igual porcentaje (29% NSE Bajo y 26% NSE Alto) comer muy poco, menos que la mayoría de las personas de su misma edad, así mismo también respondieron en igual porcentaje (21%) comer tan poco que a veces se sienten cansadas y débiles.

6.3. ANÁLISIS PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Para confirmar o descartar las 3 hipótesis de trabajo realizadas, se aplicó un ANOVA de dos por dos (sexo y nivel socioeconómico) a las variables de Imagen Corporal (Alteración y Satisfacción/Insatisfacción) y a la variable Conductas Alimentarias de Riesgo.

6.3.1. Análisis de Varianza de la Variable Alteración (sobrestimación y subestimación) de la Imagen Corporal.

Los resultados del ANOVA arrojaron diferencias no significativas por sexo ($F(1,74) = .984, p = .325$), ni por nivel socioeconómico ($F(1,74) = 2.803, p = .098$) como tampoco por interacción sexo x NSE ($F(1,74) = 1.864, p = .176$). En consecuencia no se confirmó la hipótesis de trabajo 1, que postulaba una relación entre el sexo y la variable Alteración, así como, también una relación entre el NSE y Alteración, ya que la variable Alteración se comporta independiente del sexo de los sujetos y del NSE.

6.3.2. Análisis de Varianza de la Variable Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Tabla 29. Análisis de Varianza de la Variable Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal por sexo y NSE.

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	F	p
Efectos Principales	26.000	2	13.000	6.557	.002
Sexo	23.120	1	23.120	11.661	.001
NSE	2.880	1	2.880	1.453	.230
Interacción					
Sexo NSE	.980	1	.980	.494	.483
Explicada	26.980	3	8.993	4.536	.004
Residual	388.600	196	1.983		
Total	415.580	199	2.088		

A) Hipótesis estadísticas por sexo:

H_0 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de las Mujeres es igual a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de los Hombres= 0.

H_1 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de las Mujeres es diferente a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de los Hombres \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
Mujeres	.45	1.47
Hombres	-.23	1.34

Con base en el resultado arrojado por el ANOVA (ver tabla 29) se aceptó la H_1 y se rechazó H_0 , es decir, que si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de Insatisfacción, por sexo ($F(1,196)= 11.661$, $p=.001$), indicando que aunque ambos sexos se encontraban insatisfechos con su Imagen Corporal, las mujeres estaban más insatisfechas que los hombres (ver gráfica 7). Por lo que se confirmó la hipótesis de trabajo 2 que postulaba una relación entre el sexo y la presencia de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

B) Hipótesis estadísticas por nivel socioeconómico (Bajo y Alto):

H_0 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Bajo es igual a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Alto= 0.

H_1 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Bajo es diferente a la

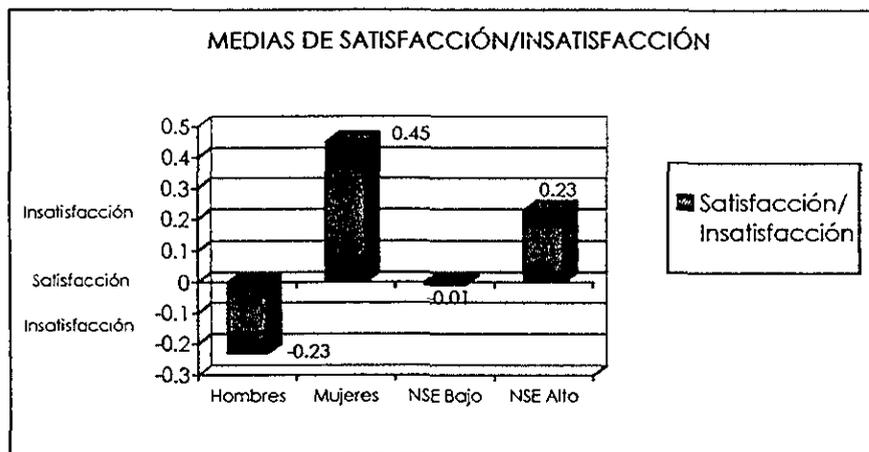
Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Alto \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
NSE Bajo	-.01	1.48
NSE Alto	.23	1.41

Estos resultados mostraron que se rechazó la H_1 y se aceptó la H_0 , ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de Satisfacción/Insatisfacción ($F(1,196) = 1.453$, $p = .230$), indicando que la variable Insatisfacción es independiente del NSE. Las medias indican que ambos grupos de NSE están insatisfechos con su Imagen Corporal (ver gráfica 7). Por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 2, la cual proponía relación entre NSE y la presencia de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Como puede observarse en la tabla 28 la interacción sexo x NSE tampoco resultó estadísticamente significativa ($F(1,196) = .494$, $p = .483$).



Gráfica 7. Muestra las medias por sexo y nivel socioeconómico de la Variable Satisfacción/Insatisfacción.

En la medición directa de la Variable Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal se encontró que:

Tabla 30. Análisis de Varianza de la Variable Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal por sexo y NSE.

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	F	p
Efectos Principales	11.923	2	5.961	5.493	.005
Sexo	7.951	1	7.951	7.326	.007
NSE	3.857	1	3.857	3.554	.061
Interacción					
Sexo NSE	.323	1	.323	.298	.586
Explicada	12.236	3	4.079	3.758	.012
Residual	210.537	194	1.085		
Total	222.773	197	1.131		

A) Hipótesis estadísticas por sexo:

H_0 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de Mujeres es igual a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de los Hombres= 0

H_1 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de Mujeres es diferente a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de Hombres \neq 0

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
Mujeres	2.76	1.16
Hombres	2.36	.92

De acuerdo con los resultados (ver tabla 30) se rechazó la H_0 y se aceptó la H_1 , ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($F(1,194) = 7.326$, $p = .007$) y de acuerdo con las medias, mientras que los hombres adolescentes están satisfechos con su Imagen Corporal, las mujeres adolescentes se muestran indiferentes con su Imagen Corporal (ver gráfica 8). Confirmándose la hipótesis de trabajo 2 que señalaba que existe relación entre sexo y la presencia de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

B) Hipótesis estadísticas por nivel socioeconómico (Bajo y Alto):

H_0 = La Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Bajo es igual a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Alto= 0.

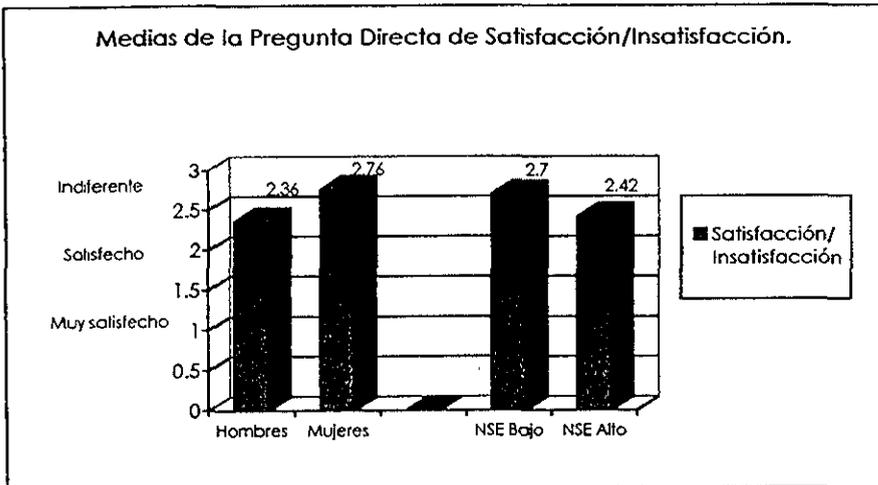
H₁: La Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Bajo es diferente a la Media de Satisfacción/Insatisfacción de NSE Alto $\neq 0$.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
NSE Bajo	2.70	1.11
NSE Alto	2.42	1.01

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($F(1,194) 3554, p= .061$) por lo que se aceptó la H_0 y se rechazó la H_1 , mostrando que el NSE es independiente de la variable Satisfacción/Insatisfacción. Las medias muestran que en promedio los estudiantes adolescentes se encuentran satisfechos o indiferentes con su Imagen Corporal. Por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo 2 que postulaba que existe relación entre el Nivel Socioeconómico y la presencia de Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

En cuanto a la interacción de las variables sexo x nivel socioeconómico (Bajo y Alto) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, como puede observarse en la tabla 30 ($F(1,194)= .298, p= .586$).



Gráfica 8. Muestra las medias por sexo y nivel socioeconómico de la pregunta 18. "¿Como te sientes con tu figura?" que mide Satisfacción/Insatisfacción directamente.

6.3.3. Factores de la Variable Conducta Alimentaria.

De los 11 factores para hombres y de los 7 para mujeres sólo se tomaron en cuenta para el análisis, los que coincidían entre hombres y mujeres, así como los reactivos que coincidían de cada factor, los cuales se muestran a continuación:

Factorial de componentes principales de hombres y mujeres adolescentes.

<i>Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva.</i>				
Reactivo			Carga factorial	
Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
	C16	Paso por periodos en los que como en exceso.		.43929
C31	C31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.41342	.46365
D1	D1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.64982	.72085
D2	D2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.74363	.79064
D3	D3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.70806	.74727
D4	D4	No soy consciente de cuanto como.	.66876	.66033
D5	D5	Siento que no puedo para de comer.	.71884	.80983
D6	D6	Como sin medida.	.72548	.79753
D7	D7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.50121	.62831
	D8	Difícilmente pierdo el apetito.		.40022
	D14	Soy de los que se hartan (se llenan de comida).		.52215
D20	D20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.41833	.65582
	D21	Me avergüenzo de comer tanto.		.58300
	D23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.		.45587

Hombres: Eigen value = 11.23 Varianza explicada = 15% alpha = .8602

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

<i>Factor 2. Preocupación por el Peso y la Comida.</i>				
Reactivo			Carga factorial	
Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
C11	C11	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.49715	.5780
C13	C13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.62974	.59484
C14	C14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64006	.64573
C23	C23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68759	.68226
C24		Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	.45554	
C25	C25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.51079	.41013
C26	C26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.70754	.71942
C30	C30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.51449	.49265
	D18	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.		.55815
	D22	Me deprimó cuando como de más.		.48531

Hombres: Eigen value = 5.23 Varianza explicada = 7% alpha = .8076

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

<i>Factor 3. Conducta Alimentaria Normal.</i>				
Reactivo			Carga factorial	
Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
C5	C5	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.72204	.74462
C15	C15	Como lo que es bueno para mi salud.	.73430	.73346
C17	C17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.70004	.71196
C20	C20	Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.70341	.73420
	C21	Como con moderación.		.45378
C28	C28	Procuró comer verduras.	.69631	.71369
C29	C29	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61762	.61685

Hombres: Eigen value = 4.20 Varianza explicada = 5.6% alpha = .8121

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

<i>Factor 7. Atribución de Control Alimentario Interno.</i>				
Reactivo			Carga factorial	
Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
D27	D27	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto.	.70499	.75354
D28	D28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida.	.76244	.73452
D29	D29	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas.	.96874	.62623
D30	D30	Admiro a las personas que pueden comer con medida.	.68367	.71698
D31	D31	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida".	.49774	.49569
D39		Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.45912	

Hombres: Eigen value = 1.76 Varianza explicada = 2.3% alpha = .7823

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

6.3.4. Análisis de Varianza de la Variable Conducta Alimentaria.

En los resultados del ANOVA para el factor 1 que mide Conducta Alimentaria Compulsiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F(1,194) = 1.091, p = .298$), por NSE ($F(1,194) = .074, p = .786$), ni en la interacción de estas dos variables ($F(1,194) = 2.325, p = .129$). Mostrando que comer compulsivamente, no es dependiente del sexo y del NSE. Por lo tanto no se confirmó la hipótesis de trabajo 3, que postulaba relaciones entre Sexo y Conducta Alimentaria Compulsiva, y Nivel Socioeconómico con esa misma conducta.

Los resultados encontrados en el factor 2, que mide Preocupación por Peso y la Comida son los siguientes:

Tabla 31. Análisis de Varianza del factor 2 que mide preocupación por el peso y la comida.

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	F	P
Efectos Principales	1.477	2	.739	3.918	.021
Sexo	.962	1	.962	5.101	.025
NSE	.508	1	.508	2.695	.102
Interacción					
Sexo NSE	.040	1	.040	.211	.647
Explicada	1.519	3	.506	2.686	.048
Residual	36.386	193	.189		
Total	37.906	196	.193		

A) Hipótesis estadísticas por sexo:

H_0 = La Media del factor 2 de las Mujeres es igual a la Media de del factor 2 de los Hombres = 0.

H_1 = La Media del factor 2 de las Mujeres es diferente a la Media del factor 2 de los Hombres \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
Mujeres	.071	.46
Hombres	-.069	.41

Como puede verse en la tabla 31 los resultados muestran que se aceptó la H_1 y se rechazó la H_0 , ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F(1,193) = 5.101$, $p = .025$). De acuerdo con las medias puede decirse que es mayor la preocupación por el peso y la comida entre las mujeres que entre los hombres. Por lo que se confirma la hipótesis de trabajo 3 que indica que el Sexo se relaciona con la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo como la Preocupación por el Peso y la Comida.

B) Hipótesis estadísticas por nivel socioeconómico (Bajo y Alto):

H_0 = La Media del factor 2 de NSE Bajo es igual a la Media del factor 2 de NSE Alto = 0.

H_1 = La Media del factor 2 de NSE Bajo es diferente a la Media del factor 2 de NSE Alto \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
NSE Bajo	-.049	.42
NSE Alto	.054	.45

En este caso se aceptó la H_0 y se rechazó la H_1 , no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por NSE ($F(1,193) = 2.695$, $p = .102$). Por lo tanto no se confirmó la hipótesis de trabajo 3 que proponía relación entre el NSE y la presencia de Conductas Alimentarias de Riesgo, como la Preocupación por el Peso y la Comida. En la interacción de las variables sexo x NSE tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F(1,193) = .211$, $p = .647$).

En el factor 3 que mide Conducta Alimentaria Normal se observaron los siguientes resultados:

Tabla 32. Análisis de Varianza del factor 3 que mide conducta alimentaria normal.

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	F	P
Efectos Principales	1.305	2	.652	2.826	.062
Sexo	.295	1	.295	1.279	.260
NSE	.993	1	.993	4.301	.039
Interacción					
Sexo NSE	.092	1	.092	.400	.528
Explicada	1.392	3	.464	2.011	.114
Residual	44.088	191	.231		
Total	45.489	194	.234		

A) Hipótesis estadísticas por sexo:

H_0 = La Media del factor 3 de las Mujeres es igual a la Media del factor 3 de los Hombres = 0.

H_1 = La Media del factor 3 de las Mujeres es diferente a la Media del factor 3 de los Hombres $\neq 0$.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
Mujeres	-.039	.55
Hombres	.041	.41

De acuerdo con los resultados (ver tabla 32), se aceptó la H_0 y se rechazó la H_1 , encontrándose que no existen diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F(1,191)= 1.279$, $p= .260$). En consecuencia no se confirmó la hipótesis de trabajo 3 que postula relaciones entre Sexo y presencia de Conductas Alimentarias Normales.

B) Hipótesis estadísticas por nivel socioeconómico (Bajo y Alto):

H_0 = La Media del factor 3 de NSE Bajo es igual a la Media del factor 3 de NSE Alto= 0.

H_1 = La Media del factor 3 de NSE Bajo es diferente a la Media del factor 3 de NSE Alto \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
NSE Bajo	.073	.47
NSE Alto	-.071	.49

Con base en los resultados, se aceptó la H_1 y se rechazó la H_0 , ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas por NSE ($F(1,191)= 4.301$, $p= .039$). De acuerdo con las medias los adolescentes de NSE Alto se preocupan más por tener una alimentación adecuada que los adolescentes de NSE Bajo. Por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 3 que señalaba relaciones entre el Nivel Socioeconómico y la presencia de Conductas Alimentarias Normales. Con respecto a la interacción de las variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F(1,191)= .400$, $p= .528$).

En cuanto al factor 7 que mide Atribución del Control Alimentario Interno, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 33. Análisis de Varianza del factor 7 que mide atribución del control alimentario interno.

Fuente de variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media de Cuadrados	F	P
Efectos Principales	1.998	2	.999	5.144	.007
Sexo	.130	1	.130	.667	.415
NSE	1.868	1	1.868	9.621	.002
Interacción					
Sexo NSE	.055	1	.055	.285	.594
Explained	2.055	3	.685	3.527	.016
Residual	37.674	194	.194		
Total	39.729	197	.202		

A) Hipótesis estadísticas por sexo:

H_0 = La Media del factor 7 de las Mujeres es igual a la Media del factor 7 de los Hombres = 0.

H_1 = La Media del factor 7 de las Mujeres es diferente a la Media del factor 7 de los Hombres \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
Mujeres	.016	.50
Hombres	-.036	.40

Como puede observarse en la tabla 33, se aceptó la H_0 y se rechazó la H_1 , ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($F(1,194) = .667$, $p = .415$). Por lo tanto no se confirmó la hipótesis de trabajo 3, la cual, postulaba una relación entre Sexo y presencia de Conducta Alimentaria de Riesgo: Atribución de Control Alimentario Interno.

B) Hipótesis estadísticas por nivel socioeconómico (Bajo y Alto):

H_0 = La Media del factor 7 de NSE Bajo es igual a la Media del factor 7 de NSE Alto = 0.

H_1 = La Media del factor 7 de NSE Bajo es diferente a la Media del factor 7 de NSE Alto \neq 0.

Se obtuvieron las siguientes medias:

	Media	D E
NSE Bajo	.086	.45
NSE Alto	-.108	.43

Los resultados muestran que se aceptó la H_1 y se rechazó la H_0 , ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas por NSE ($F(1,194) = 9.621$, $p = .002$). Las medias muestran que los adolescentes de NSE Bajo presentan una menor atribución de control alimentario interno que los adolescentes de NSE Alto, confirmándose en consecuencia la hipótesis de trabajo 3, que señalaba una relación entre NSE y la presencia de Conducta Alimentaria de Riesgo: Atribución de Control Alimentario Interno. En cuanto a la interacción de las variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F(1,194) = .285$, $p = .594$).

CAPÍTULO VII

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Esta investigación se realizó con la finalidad de dar respuesta al problema de investigación que pretendía detectar si el Nivel Socioeconómico y el Sexo se relacionan con la presencia de factores de riesgo asociados con la Imagen Corporal, como es la Alteración (sobrestimación y subestimación) y Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, así como con la presencia de conductas alimentarias de riesgo, por ejemplo, conducta dietaria entre otras. Para tal propósito se trabajó con una muestra de adolescentes de 15 a 19 años de edad que estudiaban el nivel bachillerato, todo esto con el propósito de contribuir a la prevención de desórdenes del comer en nuestra población mexicana.

Entre los resultados de mayor interés encontramos que la mayoría de los adolescentes tuvieron un IMC normal, lo cual, era de esperarse ya que se trabajó con una muestra de población abierta o normal.

Algo que se pudo corroborar y que otros investigadores también reportan, fue que los adolescentes conocen cuál es su peso y estatura, por lo cual, los datos reportados por ellos pueden ser tomados en cuenta para obtener su Índice de Masa Corporal, no siendo necesario en el caso de investigaciones con muestras grandes, hacer una medición directa con báscula y cinta métrica.

Por otro lado, encontramos en los grupos de hombres y mujeres de NSE Alto, porcentajes muy bajos de delgadez, en comparación con los grupos de NSE Bajo donde se encontraron porcentajes más altos de hombres y mujeres delgados. Estos datos van en dirección opuesta a lo encontrado por otros investigadores quienes reportan que las personas con NSE Alto tienden a ser delgados ya que se enfrentan a una mayor presión por conservar una figura esbelta (Morris, 1987 citado por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995).

Por lo que respecta a obesidad encontramos que en ninguno de los cuatro grupos (por sexo y NSE Bajo y Alto) hubo casos de obesidad u obesidad extrema, contrario a lo que reporta la literatura especializada, donde lo común es encontrar un porcentaje mayor de obesidad en los grupos de NSE Bajo (Golden, Saltzer, Depaul-Snyder, & Reiff, 1983 y Sobal & Stunkard, 1989 citados por Bowen, Tomoyasu y Cauce 1991) sin embargo, si se observó sobrepeso en los cuatro

grupos, encontrando mayor porcentaje de sobrepeso en el grupo de mujeres de NSE Bajo y en el de hombres de NSE Alto; contrario a esto, los porcentajes de sobrepeso del grupo de hombres de NSE Bajo y mujeres de NSE Alto fueron muy bajos, en el caso de las mujeres de NSE Bajo puede deberse, como lo señalan Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) y Fernández (1992) citado por Barber, et al., (1995) a que las personas de NSE Bajo no siguen los dictámenes de moda de manera tan marcada y que no se preocupan demasiado por la estética ni por practicar tanto el deporte. Por lo que respecta a los hombres esto es contrario a lo que la literatura reporta, ya que se considera que las personas con NSE Alto sienten mayor presión por conservar una figura esbelta (Morris, 1987 citado por Barber, y cols., 1995).

Para medir la variable Alteración de la Imagen Corporal se utilizó el Índice de Masa Corporal (IMC) y la variable Autopercepción del Peso Corporal, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas por sexo ni por NSE Bajo y Alto, por lo que podemos concluir que el que los estudiantes sobrestimen/subestimen su Imagen Corporal o no lo hagan no depende de su género ni de su Nivel Socioeconómico.

Por otra parte, se investigó Peso Deseado, en donde se encontró que la mayoría de los adolescentes de los cuatro grupos (hombres y mujeres de NSE Alto y Bajo) estaban insatisfechos, deseando tener un peso mayor o menor del que tenían en ese momento, sin embargo, fueron las mujeres las que en mayor porcentaje desearon tener un peso menor en comparación con los hombres, confirmando lo que se reporta en la literatura internacional, donde investigadores como Fallon y Rozin (1985 citados por Bruchon-Schweitzer, 1992) afirman que es entre las mujeres en donde se encuentra la mayor insatisfacción con respecto al peso corporal, ya que piensan que su cuerpo es demasiado pesado con respecto a su peso deseado.

Al hacer la comparación del reactivo que midió Peso Deseado con el IMC Estimado o reportado se observó que los hombres que tenían sobrepeso deseaban tener un peso menor y mucho menor, y los que estaban delgados deseaban pesar más, cabe mencionar que algunos de los hombres de NSE Alto que tenían IMC normal deseaban pesar más.

Debe señalarse que también se encontraron respuestas congruentes relacionadas con peso corporal entre las mujeres, ya que las mujeres que tenían un IMC con peso por debajo del normal (delgado) deseaban pesar más y las

que tenían un IMC de sobrepeso deseaban un peso menor y mucho menor, sin embargo también se encontró que algunas de las mujeres con IMC normal de ambos niveles socioeconómicos deseaban pesar menos, esto es similar a lo encontrado por Murrieta (1997) y por Avila, Lozano y Ortiz (1997).

Congruente con todo lo anterior, en cuanto a Peso Ideal se observó que la mayoría de los adolescentes de los cuatro grupos, consideraban que estaban por arriba o por debajo de su Peso Ideal, lo cual indica que estaban insatisfechos con su Peso Corporal.

Con respecto a Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias por sexo, ya que, aunque tanto hombres como mujeres estaban insatisfechos con su Imagen Corporal, observamos que se encontraban más insatisfechas las mujeres que los hombres; esto concuerda con algunos estudios reportados por Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kyemle (1990) quienes señalan que hay un nivel superior de insatisfacción de talla y figura corporal entre adolescentes de sexo femenino que en los de sexo masculino. Por otro lado, también pudimos observar que la mayoría de las mujeres se inclinaban por tener una figura más delgada y los hombres por tener una figura más gruesa como se ha documentado en la literatura, donde mencionan que las mujeres asocian la delgadez con el ideal y la belleza y por su parte los hombres consideran atractivo hombros y tórax musculosos con una cintura más fina que los hombros (Hovarh, 1981 citado por Bruchon-Schweitzer, 1992; Gómez-Peresmitré, Granados, Jáurequi, Tafoya y Unikel, en prensa). La insatisfacción que en ambos sexos observamos puede deberse a que, por una parte, durante la adolescencia la satisfacción disminuye (Davies y Furnham, 1986 citados por Toro y Vilardell, 1987) y por otra, a que en la adolescencia aumenta la preocupación por la Imagen Corporal, ya que desea ser distinto a los demás pero no demasiado (Martínez, 1995).

Al hacer una comparación entre los resultados de Satisfacción/Insatisfacción medida de forma indirecta (Figura Actual menos Figura Ideal) donde el porcentaje de Insatisfacción fue muy alto, y los de la medición directa, se observó que disminuyo significativamente el porcentaje de insatisfacción reportado con esta medición directa. Por lo que parece que en la cultura mexicana lo esperado es responder que sé esta "satisfecho" con la figura corporal, aunque sé este Insatisfecho; culturalmente lo que se rechaza es la aceptación pública de la Insatisfacción (Gómez-Peresmitré, 1998 b).

Una posible razón por la que no se encontraron diferencias significativas

por nivel socioeconómico en las variables de interés, relacionadas con la Imagen Corporal, es que al igual que en otras investigaciones como las de Aguilar y Rodríguez, 1997; Murrieta, 1997; Avila, Lozano y Ortiz, 1997; y Sánchez y Mojica, 1998, realizadas con muestras similares, no se trabajó con grupos realmente diferentes (extremos) en ingreso económico. De esta manera se requiere de investigación de muestras con ingreso económico extremo para poder determinar si se producen o no tales diferencias.

Con respecto a Conducta Alimentaria, se encontró que es mayor la Preocupación por el Peso y la Comida entre las mujeres que entre los hombres. Las mujeres se preocupan más porque sus alimentos no contengan mucha grasa, ingieren comidas o bebidas dietéticas para cuidar su peso, evitan tortillas y pan, etc.

En cuanto al Nivel Socioeconómico no se encontraron diferencias significativas por lo que el grado de preocupación por el peso y la comida es muy similar entre los dos grupos, esto es contrario a lo que se reporta en la literatura donde se menciona que las personas de Nivel Socioeconómico Bajo por sus limitaciones socioeconómicas consumen más comida con alto nivel en grasa o de mala calidad por que son más baratas (Dewalt & Pelto, 1976; Calloway & Geibbs, 1976 citados por Bowen y et al., 1991).

También se encontró que son los adolescentes de Nivel Socioeconómico Alto los que se preocupan por mantener una alimentación saludable, como el tratar de estar al día sobre lo que es una dieta adecuada, procuran mejorar sus hábitos alimentarios, etc. Esto es similar a lo encontrado por Fernández (1992 citado por Barber y cols., 1995) ya que él menciona que las personas de Nivel Socioeconómico Bajo tienen hábitos alimenticios inadecuados y una educación deficiente con respecto a su alimentación, lo que implica falta de conocimiento para hacer una selección adecuada de los alimentos.

Así mismo, los resultados mostraron que los adolescentes de Nivel Socioeconómico Alto presentan una mayor Atribución de control alimentario interno que los de NSE Bajo, es decir que consideran qué controlar cuánto y qué comer depende de uno mismo.

Por otra parte las mujeres de Nivel Socioeconómico Alto contestaron en mayor porcentaje haber hecho dieta, y los que en menor porcentaje contestaron haber hecho dieta fueron los hombres de Nivel Socioeconómico Bajo. Sin embargo las mujeres de NSE Alto comenzaron a hacer dieta a una edad mayor

(de 15 a 17 años) mientras que los hombres de NSE Alto la iniciaron a una edad más temprana (de 9 a 11 años) en comparación con los demás grupos, y también fueron las de NSE Alto las que en mayor porcentaje continuaban haciendo dieta en los seis meses antes de la aplicación del cuestionario. Estos resultados son similares a lo reportado en diversas investigaciones (como las de: Furukawa & Harris 1986; Stern, Gaskill & Hazuda, 1982; Cozens, 1982 citados por Bowen y cols., 1991), que han encontrado que las mujeres de NSE Alto llevan una dieta más restringida de manera consciente, sosteniendo que comer todo lo deseado es una característica de las mujeres de NSE Bajo.

En suma podemos concluir que:

- ❖ La variable Alteración de la Imagen Corporal se comportó independientemente del Sexo y del Nivel Socioeconómico de los adolescentes.
- ❖ Por otro lado, se encontró que el Sexo se relaciona con variable Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal, de tal manera que las mujeres resultaron estar más insatisfechas con su Imagen Corporal que los hombres, así mismo, las mujeres desearon una figura más delgada y los hombres una más gruesa.
- ❖ Los adolescentes (hombres y mujeres de ambos Niveles Socioeconómicos) tienden a estar insatisfechos con su Imagen Corporal, cuando se hace una medición indirecta, sin embargo, responden estar satisfechos, cuando se les pregunta de manera directa, lo cual, parece ser una característica cultural.
- ❖ La variable Conducta Alimentaria Compulsiva resultó ser independiente de NSE y Sexo.
- ❖ Con respecto a la variable Preocupación por el Peso y la Comida, se observó que existe relación con la variable Sexo; ya que las mujeres se preocupan más por su peso y la comida que los hombres.
- ❖ Por lo que respecta a la variable Conducta Alimentaria Normal se observó que son los adolescentes de Nivel Socioeconómico Alto los que se preocupan más por mantener una alimentación adecuada, en comparación con los de NSE Bajo.

- ❖ Por otra parte, los adolescentes de NSE Bajo presentan una menor Atribución de Control Alimentario Interno que los de NSE Alto.
- ❖ Finalmente, el Nivel Socioeconómico resultó independiente de todas las variables relacionadas con Imagen Corporal.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Se propone realizar investigaciones con muestras probabilísticas con el fin de que los resultados obtenidos en esta investigación puedan ser aplicados y generalizados a la población normal.

Se sugiere trabajar con muestras que tengan ingresos económicos extremos por ejemplo: estudiantes de Bachilleres, CCH y preparatorias de la UNAM comparadas con estudiantes de escuelas como: La Salle, Oxford, etc., ya que es posible que en este estudio no se hayan encontrado diferencias en las variables relacionadas con Imagen Corporal precisamente por no tener grupos realmente extremos.

Por otro lado, también se sugiere realizar estudios similares en muestras de hombres con el fin de generar más información acerca de ellos, respecto a Imagen Corporal y Conductas Alimentarias de Riesgo.

Por último deben desarrollarse programas dirigidos a adolescentes acerca de la Conducta Alimentaria con el fin de promover su salud integral.

REFERENCIAS

- Avila, G. L., Lozano, R. M. V. y Ortiz, O. L. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la Imagen Corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM.
- Aizpuru, A. (1995 a). Los trastornos de la alimentación y las adicciones: una perspectiva ecléctica. Revista de Psicología Iberoamericana, 3(2), 40-46.
- Aizpuru, A. (1995 b). Diplomado en diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la alimentación-universidad iberoamericana. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 67-68.
- Ampudia, R. A. (1996). Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes. Proyecto de Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Alemany, M. (1992). Obesidad y nutrición. Madrid: Alianza.
- Alemany, M. (1995). Enciclopedia de las dietas y la nutrición. España: Planeta.
- Arenson, G. (1991). Una sustancia llamada comida. Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida. México: McGraw-Hill.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV,
- Barber, S., Bolaños, P., López, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos en los trastornos alimentarios: anorexia y obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana, 3(2), 20-34.
- Battegay, R., Glatzel, J., Pöldinger y Ranchfleisch, U. (1987). Diccionario de Psiquiatría. España: Herder.
- Bowen, D. J., Tomoyasu, N. T. & Cauce, A. M. (1991). The triple threat: a discussion of gender, class, and race differences in weight. Women & Health, 17 (4), 123-139.

- Braier, L. O. (1988). Fisiopatología y clínica de la nutrición. Obesidad-diabetes. Hiperlipoproteidemias-aterosclerosis. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Brodie, D. A., Bagley, K. & Slade, P. D. (1994). Body-image perception in pre-and postadolescent females. Perceptual and Motor Skills, 78, 147-154.
- Brooks, F. D. (1959). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Kapelusz.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Campollo, R. O. (1995). Obesidad: bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Miguel Ángel Porrúa UNAM.
- Caplan, G. Y Lebovici, S. (1973). Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales. Buenos Aires: Paidós.
- Cash, T. F. (1993). Body-image attitudes among obese enrollees in a commercial weight-loss program. Perceptual and Motor Skills, 77, 1099-1103.
- Cervera, P., Clapes, J. y Rigolfas, R. (1993). Alimentación y dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. México: Iberoamericana-McGraw-Hill.
- Chinchilla, M. A. (1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. México: Masson.
- Coleman, J. C. (1985). Psicología de la Adolescencia. Madrid: Morata.
- Contreras, H. J. (1993). Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153 (2), 32-36.
- Cousins, H. J., Power, G.T. & Olvera-Ezzil, N. (1993). Mexican-American mothers, socialization strategies: effects of education, aculturation, and health locus of control. Journal of Experimental Child Psychology, 55 (0), 258-276.
- Craig, G. J. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona: Herder.
- Darley, J. M., Glucksberg, S., y Kinchla, R. A. (1990). Psicología. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Delval, J. (1994). El desarrollo Humano. España: Siglo Veintiuno.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. España: Paidós.
- Duker, M. y Slade, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado. México: Limusa.
- Frasciello, L. M. & Willard, S. G. (1995). Anorexia nervosa in males: A case report and review of the literature. Clinical Social Work Journal, 23 (1), 47-58.
- Fuentes, G. B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. México: CECSA.
- Gardner, R. M., Martínez, R. & Sandoval, Y. (1987). Obesity and body image: an evaluation of sensory and non-sensory components. Psychological Medicine, 17, 927-932.
- Garner, M. D., & Garfinkel, P. E. (1978). Sociocultural factors in anorexia nervosa. The Lancet, 23(0), 674.
- Garner, M. D., Garfinkel, P. E. Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47 (0), 483-491.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso?. En prensa.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 a). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: problema de peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 b). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios, obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen

- corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Proyecto de investigación una aproximación Multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud (Proyecto en Investigación).
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares Mexicanos Preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 1 (14), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998 a). Imagen Corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? Psicología y Ciencia Social, 1 (2), 27-33.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998 b). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. Libro la Psicología Social en México. VIII Congreso de Psicología Social, 2, 277-283. Toluca México. Artículo en Memorias.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A. M., Jáurequi, J., Tafoya, S. A., y Unikel, S. C. Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino. En prensa.
- Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. México: Masson.
- Heinberg, L. J. (1996). Theories of body-image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. En Thompson, J. K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. The United States of America: American Psychological Association Washington, D. C.
- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Revista de Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-13.
- Horrocks, J. E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hsu, L. K. G. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 13, 231-238.

Hurlock, E. B. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

Jiménez, A. A., Preza, R. M., y Ramírez, A. M. E. (1988). Estudio comparativo sobre las diferencias de identidad en los adolescentes de una comunidad urbana y una comunidad rural. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Kelson, T. R., Kearney-Cooke, A. & Lansky, L. M. (1990). Body-image and body-beautification among female college students. Perceptual and Motor Skills, 71, 281-289.

Magaña, C. M. R. (1988). Autoconcepto, adolescencia y familia. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM. México.

Manson, J. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willet, W. C., Rosner, B., Monson, R. R., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. New England Journal of Medicine, 322, 882-889.

Martínez, F. S. (1995). La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. México: Espasa Calpe.

Mckinney, J. P., Fitzgerald, H. E., y Strommen, E. A. (1982). Psicología del desarrollo: Edad Adolescente. México: El Manual Moderno.

Mendieta, N. L. (1967). Las clases sociales. México: Pomua.

Miller, D. A. F., McCluskey-Fawcett, K. & Irving, L. M. (1993). Correlates of bulimia nervosa: early family mealtime experiences. Adolescence, 28 (111), 621-635.

Moreno, A. B. & Thelen, M. H. (1995). Eating behavior in junior high school females. Adolescence, 30 (117), 171-174.

Morris, C. G. (1987). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Murieta, C. C. M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

- Padioleau, M. F. (1991). Queridos adolescentes. Cambios físicos y psicológicos de los 13 a los 18 años. México: Grijalbo.
- Papalia, P., y Wendkos, S. (1992). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill.
- Pope, H. G., Champoux, R. F. & Hudson, J. H. (1987). Eating disorder and socioeconomic class. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175 (0), 620-623.
- Powell, M. (1975). La Psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rincon, B. C. E. (1969). La imagen corporal. Su valoración y su aplicación en la psicología contemporánea. Tesis de licenciatura. Facultad de Filosofía y Letras. México: UNAM.
- Rodin, J. (1993). Las trampas del cuerpo. Como dejar de preocuparse por la propia apariencia física. México: Ediciones Paidós.
- Rodríguez-Tomé, H., Baricud, F., Cohen Zardi, M. F., Delmas, C., Jeanvoine, B & Szylagyn, P. (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. Journal of Adolescence, 16, 421-438.
- Romeo, F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. Adolescence, 29 (115), 643-647.
- Rubio de Lemus, P. y Lubin, P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4), 459-464.
- Saldaña, G. C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.
- Sanchez, S. G. y Mojica, M. V. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias publicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saucedo, M., y Gómez Pérezmitré, G. Validez diagnóstica del IMC (Índice de

- Masa Corporal] en una muestra de adolescentes mexicanos Revista Acta Pediátrica, 1(18), 19-27.
- Schilder, P. (1987). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Paidós.
- Schlundt, D. G. & Bell, C. (1993). Body image testing system: a microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15 (3), 267-285.
- Schütze, G. (1983). Anorexia Mental. Barcelona: Herder.
- Slade, P. D., Dewey, M. E., Newton, T., Brodie, D. & Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). Psychology and Health, 4, 213-220.
- Stewart, A. L. (1982). The reliability and validity of self-reported weight and height. Journal of Chronic Diseases, 35, 295-309.
- Stierlin, H. & Weber, G. (1989). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. Llaves sistémicas para la apertura, comprensión y tratamiento clínico de la anorexia nerviosa. Barcelona: Gedisa.
- Stunkard, A. J. & Albaum, J. M. (1981). The accuracy of self reported weights. American Journal of Clinical Nutrition, 34, 1593-1599.
- Stunkard, M. D. A. (1990). A description of eating disorders in 1932. The American Journal of psychiatry, 147 (3), 263-268.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. España: Martínez Roca.
- Unikel, C. (1995). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de Mujeres adolescentes: estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. Proyecto de Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México.
- Vera, G. M. N. y Fernández, S. M. C. (1989). Prevención y tratamiento de la obesidad. España: Martínez Roca.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L. F., Brandes, J. S. & Lackstrom, J. B. (1993). Eating disorders and Marriage. The couple in focus. United States of America: Brunner/Mazel.

4. 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)

5. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

6. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

7. 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

8. 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 años

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 18)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

10. ¿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

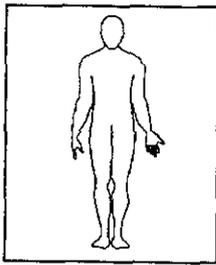
11. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?
- A) No
 - B) Sí
12. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
- A) No. Pasa a la pregunta 14
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
13. El problema consiste en que:
- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad
 - B) Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil
 - C) Comes hasta que te duele el estómago
 - D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
 - E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas
14. ¿Qué peso te gustaría tener?
- A) Mucho menor del que actualmente tengo
 - B) Menor del que actualmente tengo
 - C) El mismo que tengo
 - D) Más alto del que actualmente tengo
 - E) Mucho más alto del que actualmente tengo
15. ¿Cómo te sientes con tu figura?
- A) Muy satisfecho
 - B) Satisfecho
 - C) Indiferente
 - D) Insatisfecho
 - E) Muy insatisfecho
16. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
- A) Muy por abajo de él
 - B) Por abajo de él
 - C) Estás en tu peso ideal
 - D) Por arriba de él
 - E) Muy por arriba de él
17. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:
- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |
18. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?
- A) Obrero
 - B) Comerciante
 - C) Empleado
 - D) Profesionista
 - E) Empresario

19. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

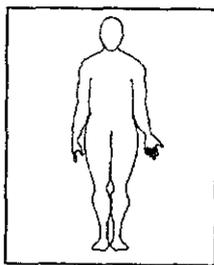
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

SECCIÓN B

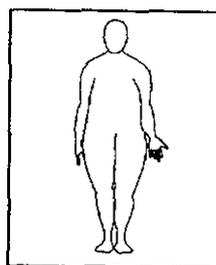
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



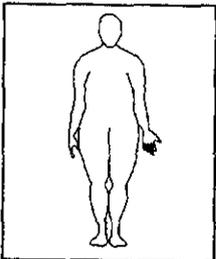
(A)



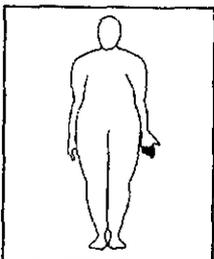
(B)



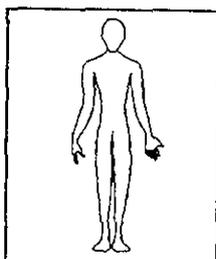
(C)



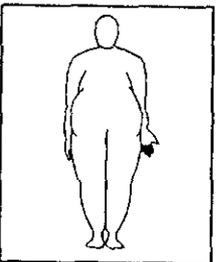
(D)



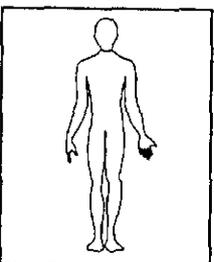
(E)



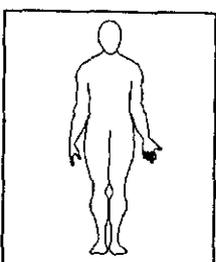
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN C

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en como ves la situación o que más se acerque a tu manera de ser o de pensar. La clave de la respuesta es como sigue:

	A	B	C	D	E
	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
1. Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Cuando estoy aburrido me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Como tan rápidamente que los alimentos se me "atragantan".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de culdar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordantes".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Paso por periodos en los que como con exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Me sorprende pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Si me excedo con la comida me provoco vómito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Consumo alimentos chatarra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 26. Evito las torillas y el pan para mantenerme delgado. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Como entre comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Procuro comer verduras. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33. Suelo servirme dos o más porciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Como hasta sentirme inconfortablemente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. Procuro tomar complementos vitamínicos. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN D

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 qué tan sinceras sean tus respuestas.

Las siguientes afirmaciones describen diferentes formas de ser y/o de pensar. No hay respuestas buenas ni malas. En cada afirmación selecciona la opción correspondiente.

- | | A | B | C | D | E |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| | Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente | Siempre |
| 1. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuánto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Difícilmente pierdo el apetito. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. No tengo problemas con mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Soy de los que se hartan (se llenan de comida). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que | | | | | |

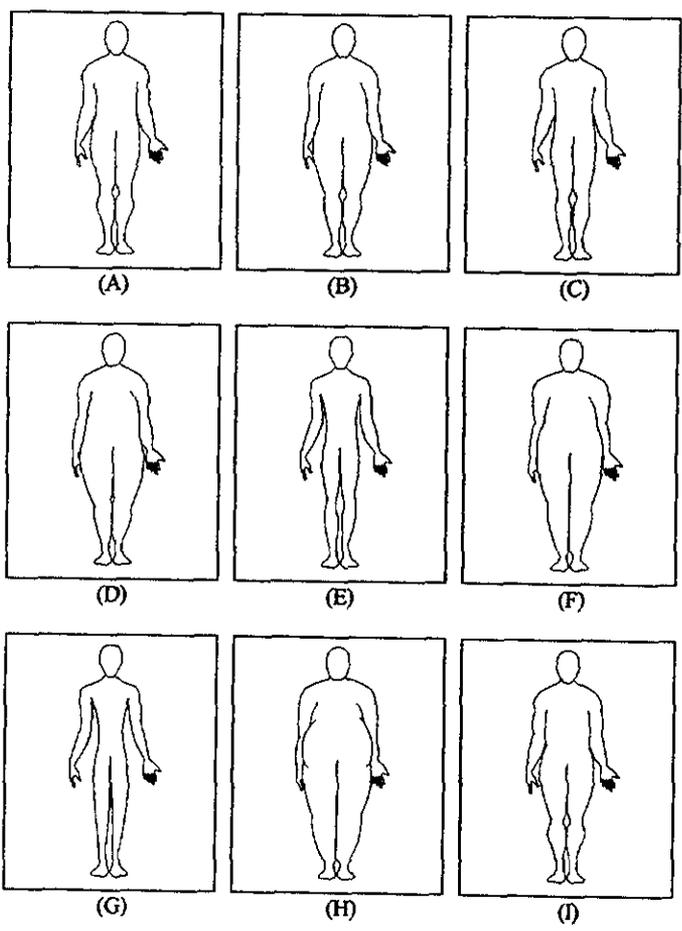
- | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| constantemente hago dietas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. "Pertenezco al club" de lo que para controlar su peso se saltan las comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Me avergüenza comer tanto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me deprimo cuando como de más. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. No tengo control sobre mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Una persona que puede comer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Admiro a las personas que pueden comer con medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. 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) |
| 32. 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) |
| 33. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea, nos incita a comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. No se por qué se preocupa la gente por su peso, ya que, "el que nace barrigón aunque lo fajen". | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 36. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 37. No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 38. Sólo se debe de competir para ganar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 39. Poco se puede esperar de alguien que no | | | | | |

tiene control sobre su apetito.
40. Se debe vencer las tentaciones para fortalecer el carácter.

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

SECCIÓN E

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



4. 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)

5. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

6. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

7. 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

8. 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 años

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 12)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

10. ¿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

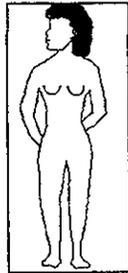
11. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?
- A) No
 - B) Sí
12. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
- A) No. Pasa a la pregunta 14
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
13. El problema consiste en que:
- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad
 - B) Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil
 - C) Comes hasta que te duele el estómago
 - D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
 - E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas
14. ¿Qué peso te gustaría tener?
- A) Mucho menor del que actualmente tengo
 - B) Menor del que actualmente tengo
 - C) El mismo que tengo
 - D) Más alto del que actualmente tengo
 - E) Mucho más alto del que actualmente tengo
15. ¿Cómo te sientes con tu figura?
- A) Muy satisfecho
 - B) Satisfecho
 - C) Indiferente
 - D) Insatisfecho
 - E) Muy insatisfecho
16. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
- A) Muy por abajo de él
 - B) Por abajo de él
 - C) Estás en tu peso ideal
 - D) Por arriba de él
 - E) Muy por arriba de él
17. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:
- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |
18. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?
- A) Obrero
 - B) Comerciante
 - C) Empleado
 - D) Profesionalista
 - E) Empresario

19. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

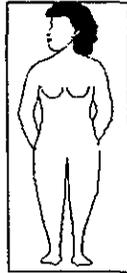
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

SECCIÓN B

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



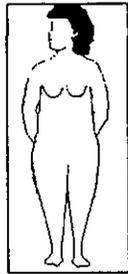
(A)



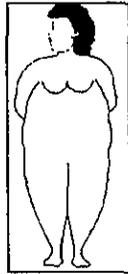
(B)



(C)



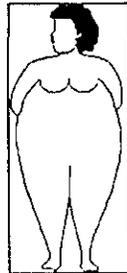
(D)



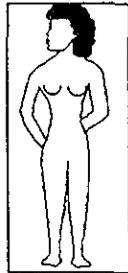
(E)



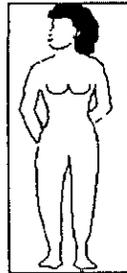
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN C

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en como ves la situación o que más se acerque a tu manera de ser o de pensar. La clave de la respuesta es como sigue:

A	B	C	D	E	
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre	
1. Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Cuando estoy aburrido me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Como tan rápidamente que los alimentos se me "atragantan".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordantes".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Paso por períodos en los que como con exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Si me excedo con la comida me provoco vómito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Consumo alimentos chatarra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 26. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Como entre comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Procuo comer verduras. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33. Suelo servirme dos o más porciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Como hasta sentirme inconfortablemente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. Procuo tomar complementos vitamínicos. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN D

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 qué tan sinceras sean tus respuestas.

Las siguientes afirmaciones describen diferentes formas de ser y/o de pensar. No hay respuestas buenas ni malas. En cada afirmación selecciona la opción correspondiente.

- | | A | B | C | D | E |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| | Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy frecuentemente | Siempre |
| 1. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Siento que no puedo parar de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Como sin medida. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Difícilmente pierdo el apetito. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. No tengo problemas con mi forma de comer. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Soy de los que se hartan (se llenan de comida). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que | | | | | |

- constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
16. "Pertenezco al club" de lo que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
18. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho, porque temo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
19. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
21. Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
22. Me deprimó cuando como dé más. (A) (B) (C) (D) (E)
23. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)
25. No tengo control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
28. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Una persona que puede comer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Admiro a las personas que pueden comer con medida. (A) (B) (C) (D) (E)
31. 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)
32. 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)
33. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea, nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
35. No se por qué se preocupa la gente por su peso, ya que, "el que nace barrigón aunque lo fajen". (A) (B) (C) (D) (E)
36. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
37. No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Sólo se debe de competir para ganar. (A) (B) (C) (D) (E)
39. Poco se puede esperar de alguien que no

tiene control sobre su apetito.
40. Se debe vencer las tentaciones para fortalecer el carácter.

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

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

SECCIÓN E

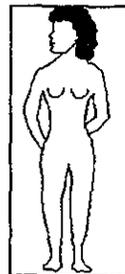
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



(B)



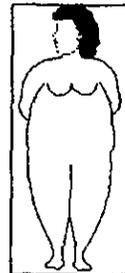
(C)



(D)



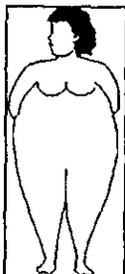
(E)



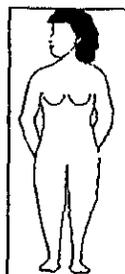
(F)



(G)



(H)



(I)