

186
24.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"RELACION ENTRE DISTORSION DE LA IMAGEN
CORPORAL Y EL NIVEL SOCIOECONOMICO EN
MUJERES ESTUDIANTES DE PREPARATORIAS
PUBLICAS Y PRIVADAS"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:**

MURRIETA CONTRERAS CONCEPCION MAYELA

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE**

MEXICO, D.F.

1997

**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.

*Gracias Dios por darme vida, salud y fuerza
cada día, por permitirme llegar a este momento
y mirar siempre adelante.*

*Dedico este trabajo a los dos pilares de mi vida,
mis padres, a ti papá por sostenerme en todo lo que yo
he querido y a ti mamá por estar conmigo en las buenas y
en las malas y enseñarme a aprender de mis errores.*

*Gracias a los dos por estar siempre conmigo.
Los quiero mucho.*

*A ti, Richie por colaborar en la realización
de este trabajo, por el apoyo que me has brindado
en momentos difíciles, por aceptarme como soy con mis defectos
y virtudes y por alentarme siempre a seguir adelante.
Gracias. Te quiero mucho.*

Mi agradecimiento más sincero:

*Al Lic. Jorge Álvarez
Coordinador del Programa de Becas de Licenciatura*

*Por el apoyo que me proporciono para la realización y
culminación de este trabajo, deseando que futuros tesisistas
puedan obtener su apreciable ayuda.*

A mi asesora:

*Por darme la oportunidad de lograr esta
meta, por compartir conmigo sus conocimientos y sus
valiosas aportaciones para este trabajo.*

De todo corazón muchas gracias

*A Enrique mil gracias porque sin tu ayuda
no hubiera sido posible la realización de este
trabajo. Gracias por la paciencia que me tuviste.*

*Agradezco también a mis hermanas(os) por el apoyo
que me han dado, especialmente agradezco a mi sobrina Nitziá
y a mi hermana Alejandra por su ayuda y comprensión en la
realización de este proyecto.*

*Con mucho cariño agradezco a cada una de las personas
que me apoyaron, que participaron y me alentaron a la culminación de
esta tarea.*

Mayela.

Agradezco al H. Jurado:

Mtra. Lucy Reidl Martínez.

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitri.

Lic. Sotero Moreno Camacho.

Mtra. María Encedina Montero y López Lena.

Lic. Georgina Leticia Álvarez Rayón.

*por su comprensión y accesibilidad en
los momentos de revisión.*

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Antecedentes Históricos	
1.1 Desórdenes del comer y su incidencia	5
1.2 Primera descripción de anorexia nervosa y algunas conceptualizaciones	6
1.3 Primera descripción de bulimia	7
1.4 Distorsión de la imagen corporal	7
1.5 Incidencia de anorexia nervosa en diversos países	9
1.6 Anorexia nervosa y niveles socioeconómicos	10
1.7 Diferencias étnicas	11
1.8 Distribución por sexo y edad	17
1.9 Factores de riesgo en poblaciones normales	17
1.10 Algunos estudios de imagen corporal en adolescentes	19
1.11 Investigaciones realizadas en México	21
Capítulo II. Adolescencia	
2.1 Definición	27
2.2 Pubertad	27
2.3 Momento de la pubertad	29
2.4 Madurez sexual	30
2.5 Edades de maduración sexual	31
2.6 Causas de la maduración sexual	31
2.7 Desarrollo de las características sexuales secundarias	32
2.8 Aumento del tamaño corporal	34
2.9 La atención al cuerpo	36
Capítulo III. Imagen Corporal y Percepción de los propios atributos	
3.1 Desde diferentes enfoques	38
3.2 Tipologías	39
3.3 Definición de imagen corporal	41
3.4 Distorsión y satisfacción-insatisfacción corporal	42

3.5 Métodos de exploración de la imagen corporal	47
3.5.1 Body Satisfaction Scale (BSS)	47
3.5.2 Body Image Testing System (BITS)	48
3.5.3 Body Image Detection Device (BIDD)	50
3.5.4 Body Image Assessment (BIA)	50
3.6 Estudio de validez de la conceptualización de insatisfacción del tamaño corporal	53
3.7 Concepto de si mismo	53
3.8 Diversas definiciones del self-si mismo, autoconcepto y autoestima	54
3.9 Definición de atributo	57
Capítulo IV. Proyecto de Investigación y Metodología	
4.0 Proyecto de Investigación	58
4.1 Objetivo	58
4.2 Planteamiento del Problema	58
4.3 Definición de Variables	59
4.3.1 Variable Independiente	59
4.3.2 Variable Dependiente	60
4.3.3 Interrelación de Variables	62
4.4 Metodología	64
4.4.1 Diseño	64
4.4.2 Muestra	64
4.4.3 Instrumentos y Aparatos	65
4.4.4 Procedimiento	70
Capitulo V. Resultados	71
Capítulo VI. Discusión y Conclusiones	100
Sugerencias y Limitaciones	107
Bibliografía	108
Anexo Cuestionario de Alimentación y Salud	116

RESUMEN

El presente estudio busca determinar si existe relación entre la alteración, satisfacción con la imagen corporal y el nivel socioeconómico, así como la relación entre la autopercepción de la imagen corporal y la percepción de los propios atributos en mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria, dentro de un rango de edad de 14 a 21 años.

Con el fin de determinar estas relaciones se trabajó con una muestra no probabilística $N=200$, que fue extraída de la población femenina que acuden a preparatorias públicas y privadas del Distrito Federal y de las zonas conurbadas. Esta muestra se subdividió en nivel socioeconómico bajo $n=100$ y nivel socioeconómico medio $n=100$.

De esta muestra de 200 adolescentes se eligió una submuestra aleatoria sistemática de un 12%: $n=24$, a la que se le realizaron mediciones antropométricas de las cuales se tomó peso y talla con las que se obtuvo el Índice de Masa Corporal Real que se utilizó para determinar la distorsión o alteración de la imagen corporal.

Se utilizó un cuestionario de 50 reactivos que exploró las siguientes áreas: datos sociodemográficos, autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos. Se obtuvo la consistencia interna y validez factorial y convergente del instrumento.

Los datos se trataron con estadísticas descriptivas e inferenciales, esto es, se analizaron las distribuciones de las variables de interés y los resultados fueron expuestos por medio de gráficas y tablas.

El presente estudio forma parte de una investigación mayor: "Alteraciones de la nutrición y desórdenes del comer: una aportación biopsicosocial en la promoción de la salud" (Proyecto IN301695, PAPIIT, 1995)

INTRODUCCION

El estudio de la imagen corporal y la alteración o distorsión de la misma aparece en la literatura de los desórdenes del comer desde hace más de tres décadas con las importantes primeras aportaciones de Hilde Bruch(1962). También, se encuentra bien documentado que el problema de distorsión de la imagen corporal se relaciona con desórdenes del comer, incluso hay sugerencias de una relación causal, entre estas variables(Thompson, 1990)

Dentro de las características diagnósticas de la anorexia nervosa y bulimia nervosa se encuentra la alteración de la imagen corporal, es decir la autoevaluación en las personas con estos trastornos está influida por el peso y la silueta corporales, así como, el nivel de autoestima de las personas que sufren estos trastornos depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo.

Estos trastornos son más frecuentes en países industrializados, en los que abunda la comida, como son Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. La mayor incidencia de estos trastornos se presenta en mujeres jóvenes entre 12 y 30 años de edad, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio y alto (APA, 1994).

Existen también factores culturales que influyen en las manifestaciones de estos desórdenes como son la presión social que existe de estar delgado para ser socialmente atractivo y aceptado (especialmente en las mujeres). Existen investigaciones que señalan el hecho de que la figura femenina fue siendo cada vez más delgada a partir de 1950 hasta llegar a ser extremadamente delgada en la época actual (Abras y Kirkley, 1986, Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980)

Este modelo femenino de delgadez ha alcanzado la capacidad de ejercer presión social de una manera persistente y se difunde a través de los medios de comunicación, lo que puede contribuir a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo.

Existen numerosos estudios acerca de la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal en poblaciones normales de adolescentes, en las que se ha encontrado una tendencia a la sobreestimación de las dimensiones corporales así como una insatisfacción corporal que se relaciona con el peso autopercebido, que lleva a algunas adolescentes a desear estar más delgadas y a hacer dietas restrictivas, lo que se convierte en factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimentarios (Brodie, Bagley y Slade, 1994; Davies y Furnham, 1986a, 1986b; Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Halmi, Goldberg y Cunningham, 1977).

En México se han realizado pocas investigaciones acerca de los desórdenes del comer, éstos van desde revisiones bibliográficas e investigaciones de los casos de anorexia nervosa en un hospital privado (Sosa y Castanedo, 1981) hasta la detección de conductas anómalas alimentarias en muestras de estudiantes de secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado (Escobar, 1992; Holtz, 1992; Gómez Pérez-Mitré, 1993a). En dos de estos estudios, realizados por Gómez Pérez-Mitré (1993a, 1993b) se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo así como, un hallazgo contradictorio, la satisfacción con la figura corporal y el deseo de querer pesar menos en los sujetos de esas muestras de estudio.

Estos hallazgos fueron una de las razones que dieron origen a esta investigación que pretende contribuir con el conocimiento de las variables alteración y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en una muestra procedente de una población abierta o normal de nuestra sociedad.

La edad de las adolescentes de esta muestra de estudio se encontró dentro de un rango de 14 a 21 años, las adolescentes procedieron de un nivel socioeconómico bajo y de un nivel socioeconómico medio.

El interés de este estudio fue conocer si entre las mujeres adolescentes estudiantes de preparatoria estaban presentes las variables alteración y satisfacción/insatisfacción corporal y si esto resultaba cierto investigar la relación con el nivel socioeconómico. Además, interesaba conocer la relación entre la autopercepción de la imagen corporal y la percepción de los propios atributos.

Se consideraron los siguientes criterios para incluir a los sujetos a la muestra de estudio: sexo femenino, sin hijos, con ocupación de estudiantes y sin compromisos laborales.

En el cuerpo de este trabajo se mencionan temas como los desórdenes del comer, su incidencia, relación con la clase social, así como la definición de adolescencia, imagen corporal, métodos de exploración de la imagen corporal y percepción de los propios atributos.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS.

1.1 Desórdenes del comer y su incidencia.

Vivimos en un mundo y en un momento histórico en el que los trastornos del comportamiento alimentario, y la anorexia nervosa en primer lugar, están aumentando alarmantemente.

En este momento puede asegurarse que en el mundo occidental, de cada 100.000 muchachas de edad comprendida entre los 15 y los 24 años, de 30 a 40 sufren de anorexia nervosa cada año. Los más elementales estudios prospectivos indican que estas cifras van a aumentar radicalmente en los próximos años. Lo que se traduce, que de una frecuencia casi nula se va a pasar a una incidencia altamente significativa, lo suficiente para constituir todo un problema social y no estrictamente individual (Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia nervosa constituye un cuadro muy complejo en el que se conjugan diversos factores, como hechos socioculturales, conductuales, neuroendocrinos, cognoscitivos y emocionales.

En Estados Unidos y Europa se han llevado a cabo investigaciones que muestran que la mayor incidencia de estos trastornos se presenta en mujeres jóvenes entre 12 y 30 años de edad, de nivel socioeconómico medio y alto. Diversos autores (Garner y Garfinkel, 1980; Hamilton, Brooks-Gunn y Warren, 1985; Szmukler, 1985; Warren, Stanton y Bleissing, 1990) estudiaron poblaciones específicas de bailarinas y gimnastas, en las que existen altos ideales de delgadez y grandes expectativas de logro en la ejecución, encontrando una incidencia mucho más alta de estos trastornos.

Con respecto al área social, es importante enfatizar que la inmensa mayoría de los pacientes anoréxicos son mujeres adolescentes y jóvenes; ya que en la actualidad los estándares de belleza imponen un cuerpo sumamente esbelto, principalmente entre las mujeres. Es a partir de 1950 que la figura femenina fue siendo cada vez más delgada hasta llegar a ser extremadamente estilizada, como lo demuestran los estudios de Agrad y Kirkley (1986) y Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980). Se suma a esto también, la influencia que tuvo el cambio que sufrió la concepción médica sobre salud-enfermedad, pues si hasta antes de los años 50 la delgadez se asociaba con enfermedad, a partir de entonces se fueron encontrando datos que señalaban una relación inversa entre obesidad y expectativas de vida (Braguinsky, 1987).

1.2 Primera descripción de anorexia nervosa y algunas conceptualizaciones.

Richard Morton (1689) es identificado generalmente como el autor de la primera descripción de lo que él llamó "phtisis nervosa". Morton describió el síntoma principal de la anorexia nervosa como "un deseo de apetito" y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza (citado por Gordon, 1990).

Bliss y Branch revisando el desarrollo histórico del concepto y los aspectos clínicos de la anorexia nervosa en 1960, no encontraron en la literatura una clara solución para diferenciarla de otras formas de desnutrición. Para su estudio, ellos decidieron considerar una pérdida de 25 libras (12.5 kg.) como una conveniente definición de la condición, si la disminución en peso fuera atribuible a causas psicológicas.

Hilde Bruch plantea en 1962 los síntomas clínicos y datos psicodinámicos de la anorexia nervosa como manifestaciones de disturbios en los campos perceptual y conceptual, así como distorsiones en la imagen corporal y un profundo sentido de incapacidad, como resultado de un desarrollo de la personalidad con una deficiencia de confirmación de conducta iniciada en la niñez.

1.3 Primera descripción de bulimia.

Fue hasta 1980 cuando la bulimia se incluyó como diagnóstico independiente en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (APA, 1980). Pero, no es un trastorno tan reciente como se piensa, ya que el término "boulimie" se utilizó en el siglo XVIII en la literatura francesa, describiendo un patrón de sobre-alimentación (citado por Gordon, 1990).

Russell introdujo en 1979 el término bulimia nervosa, describiendo una categoría de pacientes con una tendencia a comer en exceso y que mitigaban los efectos engordadores de la comida a través de vómito auto-inducido o del abuso de laxantes.

La anorexia y bulimia nervosas fueron reconocidas por primera vez en la Asociación Psiquiátrica Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III 1980).

En el DSM-IV (APA, 1994) aparece una nueva categoría diagnóstica, el trastorno de la conducta alimentaria no especificado, el cual incluye casos de anorexia y bulimia nervosa, en donde se cumplen todos los criterios diagnósticos excepto uno, o donde no se cumple con la duración de un sintoma específico y el síndrome de comer en exceso (binge-eating syndrome), el cual consiste en la ingesta de grandes cantidades de alimento, sin el uso de métodos compensatorios.

1.4 Distorsión de la imagen corporal.

El campo de investigación dedicado al estudio de la imagen corporal y a la alteración o distorsión de la misma, aparece en la literatura de los desórdenes del comer desde hace más de tres décadas con las importantes primeras aportaciones de Bruch (1962). También, se encuentra bien documentado que el problema de distorsión de la imagen corporal se relaciona con desórdenes del

comer, incluso hay sugerencias de una relación causal, entre estas variables (Thompson,1990).

Dentro de las alteraciones cognoscitivas experimentadas por la anoréxica a lo largo de su evolución se encuentran las alteraciones de la imagen corporal. Este hecho parece resultar central en muchos casos de anorexia nervosa. La paciente, extremadamente delgada niega su extrema delgadez, parece sobrevalorar sus dimensiones y no reacciona ante ellas del modo que sería normal. Esta ausencia de objetividad en la apreciación de las dimensiones del propio cuerpo llega a ser tan acusada en ciertos casos que se ha hablado de "dimensiones delirantes" (Bruch,1962,citado en Toro y Vilardell, 1987), y en alguna ocasión se relaciona la anorexia con procesos psicóticos, planteando frontalmente la posible existencia de un trastorno perceptivo o del pensamiento semejante al observado en la psicosis (Toro y Vilardell, 1987).

Estos autores señalan que la sobreestimación del propio cuerpo no es patognomónica (síntoma que caracteriza una enfermedad) de la anorexia nervosa. Señalan también, que se presenta en obesas y en adolescentes, en mujeres de población general, en accidentados con desfiguraciones físicas, y en otros grupos.

De acuerdo con Cooper y Fairburn (1993) "la insatisfacción con la imagen corporal es un hecho prominente de la psicopatología de la bulimia nervosa. Usualmente está presente en grado severo, es lábil y se ve firmemente asociado con el nivel de humor depresivo. No tiene, sin embargo, significación diagnóstica: no está presente en todos los pacientes y sí se encuentra en muchos individuos sin trastornos de la alimentación. Por el contrario, ideas sobrevaloradas acerca de la imagen corporal o el peso son peculiares de la bulimia y la anorexia nervosas, relativamente estables, firmemente relacionadas con la baja autoestima de los pacientes y un dato indispensable para el diagnóstico de ambos trastornos" (citados por Ponce de León, Montejo, Berenguer, Ruiz y Scigliano, 1995, p.31).

1.5 Incidencia de anorexia nervosa en diversos países.

Theander (1970) ha descrito la incidencia de anorexia nervosa en una zona del sur de Suecia entre 1930 y 1960. Durante todo este tiempo la incidencia promedio fue de 0.24 casos por cada 100.000 habitantes, pero durante la última década estudiada (1951-1960) esa tasa ascendió a 0.45 por 100.000 habitantes. En conclusión, se produjo un incremento de la morbilidad anoréxica, pues se pasó de 1,1 casos nuevos por año a 5.8. Es decir, en treinta años se quintuplicó la incidencia anual.

En el condado americano de Monroe se estimó la incidencia de anorexia nervosa durante dos periodos de tiempo: 1960-69 y 1970-76. El número de casos diagnosticados pasó de 0.35 por 100.000 habitantes en el primer periodo a 0.64 en el segundo. Es decir, la incidencia casi se dobló. Este aumento de la incidencia se produjo en la población femenina, no afectando en absoluto a la masculina, siendo mucho más evidente en el grupo de mujeres comprendidas entre los 15 y 24 años de edad (Jones, Fox, Babigan, y Hutton, 1980, citados en Toro y Vilardell, 1987).

En 1983, Suematsu (citado por Prince, 1983) publicó un estudio de los 224 casos de anorexia nervosa detectados en los hospitales universitarios de todo el Japón desde la finalización de la segunda guerra mundial. Al parecer, este trastorno era prácticamente desconocido con anterioridad. También allí, la incidencia está aumentando en los últimos años.

Un estudio sobre incidencia de anorexia nervosa en Malasia revela interesantes datos (Buhrich, 1981, citado en Toro y Vilardell, 1987). El Departamento de Psiquiatría del Hospital General de la capital, Kuala Lumpur, no recibió ni un solo caso entre 1976 y 1978. En una encuesta realizada con los 18 psiquiatras existentes en toda Malasia se puso de manifiesto que habían atendido 30 anoréxicos (28 mujeres y 2 varones) a lo largo de unos nueve años y dentro de una población psiquiátrica de 60.000 pacientes. Pero de esos 30 pacientes anoréxicos, 19 eran chinos, siete indios y uno euroasiático. Sólo había una mujer malaya. Este hecho presenta

importancia dadas las características socioeconómicas elevadas y estamentalizadas de las poblaciones chinas e india. Asimismo es interesante observar que los malayos -pero no los chinos, ni los indios- hacen frecuentes bromas acerca de que la delgadez es consecuencia y señal de "excesos" sexuales. Se especula sobre la posibilidad de que estas actitudes sociales y culturales desanimen a las muchachas malayas posiblemente anoréxicas en su persecución de la delgadez.

1.6 Anorexia nervosa y niveles socioeconómicos.

La anorexia nervosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de las poblaciones. En concreto las clases sociales, es decir, los diferentes niveles socioeconómicos y por tanto socioculturales, presentan tasas distintas.

En el año 1976, Crisp, Palmer y Kaiucy llevaron a cabo un minucioso estudio en nueve escuelas de Londres. Confirmaron el número de casos graves de anorexia nervosa existentes, entre las muchachas de más de 16 años que cursaban estudios en esas escuelas. Hallaron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Es decir, existían diferencias significativas de incidencia en función de la clase social, tomando en cuenta que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel socioeconómico claramente superior al representado en las escuelas públicas.

Garner y Garfinkel (1982) han confirmado también este hecho. Los resultados del estudio llevado a cabo en su clínica de Toronto muestran una diferencia existente antes de 1975 entre los porcentajes de anoréxicas procedentes de las clases altas y de las bajas. La diferencia entre el 70% y el 30%, respectivamente, es tanto más relevante cuanto que las clases superiores son las minoritarias, situándose los estratos más numerosos de la población en los niveles más bajos. Sin embargo, hay que atender también a otro hecho significativo. Aproximadamente de 1976 hasta 1979 aumenta

la cantidad total de pacientes asistidas, pero ya no es tanta la diferencia entre niveles socioeconómicos. Esto quiere decir, que las cosas suceden como si se tendiera a una homogeneización, a una aproximación de las diferentes incidencias en función de la clase social. Así, diferencia entre clases, junto con cierta tendencia a la igualación, son los dos fenómenos a estudiar, por supuesto dentro de un país industrial altamente desarrollado como es Canadá (citados en Toro y Vilardell, 1987)

Esta asociación entre anorexia nervosa y clases sociales medias y elevadas ha sido sistemáticamente constatada en el mundo occidental desarrollado.

No obstante, en la ex U.R.S.S., a pesar de la oficial inexistencia de clases sociales, se ha descrito la asociación existente entre anorexia nervosa y nivel socioeconómico (Ushakov, 1971, citado en Toro y Vilardell, 1987)

1.7 Diferencias étnicas.

Distintos estudios notaron la escasez de desórdenes del comer en personas negras. Esto se pensó estaba relacionado con diferentes actitudes culturales hacia la obesidad entre negros y otros miembros de clases socioeconómicas más bajas y a diferencias en los sistemas de salud. Sin embargo, en 1981 Nwaefuna describió un caso de una mujer nigeriana de 22 años de edad (además gravemente depresiva) quien desarrolló anorexia nervosa durante el embarazo, rehusándose a la comida y auto-induciéndose el vómito. Desde entonces, más reportes de anorexia nervosa entre negros han aparecido, despertando un interés general en los aspectos culturales de este desorden (Buchan y Gregory, 1984; Holden y Robinson, 1988; Pumariega, Edwards y Mitchell, 1984; Robinson y Andersen, 1984)

También rasgos característicos clínicos de la anorexia nervosa en negros han sido reportados, como conflictos con la sexualidad, posible depresión y una historia de conflictos maritales de los padres

(Pumariega et al, 1984). Así como ansiedad, abuso de alcohol, rasgos distintivos psicopáticos y obesidad premórbida fueron también notados (Holden y Robinson, 1988; Robinson y Andersen, 1984). Ahí parece haber una tendencia de anoréxicas negras a mostrar la variante bulímica del desorden (Dolan, 1991). Theander (1970) postuló que la anorexia nervosa llegaría a estar aún más distribuida entre todas las clases sociales, como actitudes de clase alta preocupadas por el peso corporal, logrando penetrar hacia abajo a todos los sectores de la sociedad. También se espera que la anorexia nervosa se incremente entre mujeres negras.

Un estudio reporta los primeros tres casos de anorexia nervosa en negras caribeñas (Thomas y Szmukler, 1985), trata de tres jóvenes de 17, 19 y 20 años de edad respectivamente. Su sintomatología es total y absolutamente coincidente con la observada en la anoréxica occidental media. Pero es preciso indicar que se trata de tres pacientes atendidas en Londres, hijas de inmigrantes caribeños plenamente integrados en la sociedad británica y de niveles socioeconómicos relativamente elevados para la población de origen.

La ausencia de mujeres no caucásicas en estudios epidemiológicos de estos desórdenes ha sido el tema de observaciones. Hsu (citado por Iancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman, 1994) señaló que las mujeres asiáticas no están bajo la misma presión cultural hacia la delgadez. En la cultura Árabe la comida juega un papel muy importante y el atractivo es igualado con un grado de gordura, debido a que, la delgadez es considerada socialmente indeseable.

Los autores Furnham y Alibhai (citados por Iancu et al, 1994) compararon las preferencias de formas corporales femeninas entre mujeres asiáticas-kenianas, mujeres inglesas y mujeres inmigrantes asiáticas-kenianas a Inglaterra. Las mujeres asiáticas-kenianas clasificaron figuras más gordas favorablemente y figuras más delgadas menos favorablemente de lo que lo hicieron las mujeres inglesas. Por otro lado, las inmigrantes fueron aún más drásticas que

las mujeres inglesas en su reacción positiva hacia figuras más delgadas.

También los autores Mumford, Whitehouse y Platts (citados por Iancu et al., 1994) encuestaron a 204 estudiantes asiáticas y 355 estudiantes caucásicas en Bradford, Inglaterra, usando el Eating Attitudes Test (E.A.T.) y un cuestionario de figura corporal. Ellos encontraron que los puntajes del E.A.T. de las muchachas asiáticas fueron significativamente más altos que aquellos de las muchachas caucásicas. Entre la población estudiada, siete asiáticas y tres caucásicas fueron diagnosticadas como bulímicas. Se reportó que las bulímicas asiáticas tuvieron significativamente más altos los puntajes "tradicionales" que el resto de las muchachas asiáticas. Verdaderamente, las muchachas asiáticas, quienes hicieron el más extenso uso del lenguaje y vestimenta asiáticos, tuvieron los puntajes más altos en ambos, el E.A.T. y el cuestionario de figura corporal. Los autores sugieren que las muchachas asiáticas de familias tradicionales están en un más alto riesgo de desarrollar un desorden del comer que aquellas quienes vienen de familias más occidentalizadas.

Dolan, Lacey y Evans (citados por Iancu et al., 1994) en otro estudio encontraron escasas actitudes alimentarias anómalas entre inmigrantes asiáticas que entre mujeres caucásicas. Pero, no se encontró diferencia entre los grupos en su preocupación por su figura corporal. Los hijos de inmigrantes de culturas no-occidentales, aunque comparten las características y herencia físicas y psicológicas de sus padres y abuelos, pueden estar expuestos a una diferencia y algunas veces a una postura contradictoria de normas e ideales socioculturales. Esto puede explicar el elevado interés de dieta entre inmigrantes asiáticos al Oeste.

En cambio los autores Bryant-Waugh y Lask (citados por Iancu et al., 1994) reportaron que ellos no han visto aún una niña asiática con anorexia nervosa de una familia que parece haber intercambiado su cultura tradicional a un típico estilo de vida occidental.

De esta manera, el énfasis relacionado con la inmigración y con la aculturación puede conducir a la emergencia de desórdenes del comer en poblaciones no consideradas previamente de riesgo. La sensibilidad a la apariencia del cuerpo, común durante la adolescencia, está elevándose por este conflicto cultural; estas niñas deben negociar la tarea de ser asiáticas en un mundo occidental, mientras que al mismo tiempo deben separarse ellas mismas del mundo de sus padres.

Es probable que los desórdenes del comer expuestos entre asiáticas involucran algunas idiosincrasias culturales (Mumford y Whitehouse, 1988. Mumford, Whitehouse y Platts, 1991, citados por Iancu et al. 1994).

Nasser (citado por Iancu et al. 1994) comparó la prevalencia de actitudes alimentarias anómalas entre estudiantes mujeres árabes en las Universidades de Londres y Cairo. Ella reportó que los métodos usuales de perder peso fueron caminar largas distancias y ayunos. El Ramadán (novenno mes del año lunar musulmán, que está consagrado al ayuno, durante el Ramadán deben los musulmanes guardar la más completa abstinencia desde la salida hasta la puesta del Sol) presenta Muslimes (musulmanes) con una aceptación social y períodos obligatorios de ayunos seguidos por presión a consumir cantidades bastante grandes de comida. No sorprendentemente, este ayuno tradicional puede servir como un posible principio de una dieta. Además las estudiantes árabes londinenses estuvieron más occidentalizadas, más orientadas al logro y más competitivas, todas las predisposiciones individuales hacia la anorexia nervosa.

El alto índice de puntajes altos en el E.A.T., en el Cairo muestra la reflexión, de acuerdo con Nasser, del rápido cambio socioeconómico en Egipto, la importancia de la ropa occidental que entalla sólo en figuras delgadas y nuevos conceptos de belleza y feminidad en los medios de comunicación, aportando a las susceptibles adolescentes del Cairo ideas de nuevas dietas.

Así el mundo Oriental llega a ser más occidentalizado, y sería verdaderamente sorprendente si la anorexia nervosa no se filtró al Oriente.

Tomando en cuenta que Israel es una sociedad multicultural, abierta a las influencias de Oeste y esforzándose por occidentalizarse; y que incluye diferentes subpoblaciones con características étnicas específicas, de verdad constituye un campo excelente de estudio de factores culturales en desórdenes psiquiátricos (Iancu, Abu-Schah y Apter, 1988, citados por Iancu et al, 1994).

Un elevado interés en dietas ha sido encontrado en dos estudios de prevalencia en Israel (Iancu et al, 1988; Sheinberg, Bleich y Kozlovsky, 1990, citados por Iancu et al, 1994). En uno, diez subpoblaciones (Judíos, Árabes, etc) fueron encuestados usando el E.A.T. Puntajes altos en el E.A.T. fueron encontrados en la población de los Kibutz, pero los autores fueron incapaces de diferenciar entre Judíos y otras subpoblaciones con respecto a disturbios en las actitudes alimentarias. Estos resultados son una distinción opuesta al valor tradicional Oriental situado en la gordura. Los autores aceptan que los valores Occidentales están invadiendo culturas árabes y están cambiando las actitudes de sus mujeres respecto a la imagen y peso corporal.

Kaffman y Sadeh (1989, citados por Iancu et al, 1994) reportaron un crecimiento de referencias de muchachas anoréxicas a su clínica Kibutz (granja colectiva en Israel). Ellos estimaron que la incidencia anual se ha incrementado cerca del 400% en los últimos 15 años. Los Kibutz israelitas, originalmente fueron una comunidad socialista, con propiedad de pertenencias personales iguales para todos los miembros Kibutzim, y en la cual las mujeres fueron liberadas de las tareas tradicionales de casa. Sin embargo, a través de los últimos 20-30 años, han ocurrido cambios en el sistema, los cuales pueden explicar el incremento en anorexia nervosa. En un principio, el niño criado hubo sido del exclusivo dominio del personal de acuerdo con la colectividad. Todos los niños desde la edad de 2

años eran alimentados y dirigidos por un guardián en la casa comunal de niños, con la mínima participación de parte de los padres y en una atmósfera relativamente libre de centros de comida restrictivos y de las connotaciones emocionales de la alimentación que están a menudo presentes en la familia tradicional. Hoy en día, los padres juegan un papel de crianza constante en el cuidado diario de sus progenies y muchas familias eligen ahora tomar sus alimentos en casa, en vez de, en el comedor comunal. Por lo que la mayor participación de la madre en la alimentación de sus hijas ha traído cambios en el significado emocional de la comida y su papel en la relación madre-hijo.

En conclusión, en los años 70, los kibutzim mucho aumentaron su fuerza económica, llevando a un final el estilo de vida de austeridad. La dieta de los Kibutzim fue mejorada de acuerdo con la clase media-alta Israelita. La experiencia de los Kibutzim confirma la idea de que la incidencia de los índices de anorexia nervosa concuerdan con el incremento en la riqueza de la sociedad.

Acompañando lo anterior, un cambio en las normas de belleza ocurrió en los Kibutzim, lo cual pudo también haber influenciado la incidencia de anorexia nervosa. El miembro femenino del Kibutz juega un papel igual, junto con su complemento masculino, en la construcción de la nueva sociedad socialista. Actualmente, las actitudes han cambiado, y casi cada Kibutz tiene un cosmólogo, peluquero y dietista. Estos representan un constante atractivo, junto con la fuerte influencia de los adolescentes Kibutzim y las imágenes en los populares medios de comunicación, para lograr la figura corporal ideal dictada por la actual moda occidental.

Todos estos cambios socioculturales inducen a las muchachas del Kibutz más susceptibles, a la anorexia nervosa, y juntos estos cambios explican la causa de la discrepancia entre los Kibutzim y los adolescentes de ciudad con respecto a los desórdenes del comer. Debido a la reciente afluencia de inmigrantes Rusos y Etiopes, ahora éstos experimentan enormes presiones de aculturación, aunque los autores excluyen un índice adicional en la incidencia de anorexia

nervosa en Israel. DiNicola (1990, citado por Iancu et al, 1994) postuló que verdaderamente inmigrantes Israelitas están en riesgo de anorexia nervosa como una cultura de cambio.

Los desórdenes del comer se encuentran más frecuentemente en las clases socioeconómicas altas de las naciones industrializadas. La asociación de anorexia nervosa y clase comienza a la edad de 15 años, y la incidencia aumenta de acuerdo con el estrato socioeconómico (Jones, Fox, Babigan y Hutton, 1980, citados por Iancu et al, 1994)

1.8 Distribución por sexo y edad.

Todos los estudios epidemiológicos muestran una clara inclinación de la balanza del trastorno anoréxico hacia el sexo femenino, estos estudios coinciden en cifras semejantes respecto a que del 90% al 95% de los pacientes anoréxicos son mujeres (Halmi, 1974; Jones y cols., 1980, citados en Toro y Vilardell, 1987). De modo que se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina.

Es claro que este trastorno es de morbilidad predominantemente adolescente y juvenil. Los estudios mejor documentados (Halmi, Casper y Eckert 1979; Halmi, Goldberg y Casper, 1979) sitúan las edades más afectadas entre los 12 y los 25 años. Antes y después de tales edades la incidencia del trastorno, o mejor dicho la aparición del mismo, es irrelevante a efectos estadísticos. También se ha observado que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades.

1.9 Factores de riesgo en poblaciones normales.

En el año 1969 los autores Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer estudiaron las actitudes hacia su peso de una muestra bastante numerosa de estudiantes de segunda enseñanza. Hallaron que el 80% de las muchachas deseaban pesar menos, al tiempo que sólo

compartían este deseo el 20% de los varones. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta estaban siguiendo algún tipo de dieta restrictiva el 30% de la población femenina y tan sólo el 6% de la masculina. También encontraron que el 60% de las muchachas habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, contra un 24% de los varones que habían seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva.

Los autores Davies y Furnham (1986a) estudiaron en un grupo de 182 adolescentes británicas, de 12 a 18 años de edad, el grado de satisfacción experimentado respecto a nueve características corporales. En general todas ellas, pero sobre todo las dimensiones de la parte superior del muslo, las nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al aumentar la edad. Asimismo, esa insatisfacción se correlacionaba con el sobrepeso autopercibido (es decir, real o no). Los autores concluyen que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima y a la práctica de dietas restrictivas. Davies y Furnham (1986b) ampliaron esta investigación, en la cual señalan que sólo el 4% de su población sufría sobrepeso según las normas de la población general, mientras alrededor del 40% creía pesar excesivamente, oscilando desde el 26% a los 12 años de edad hasta el 49% a los 18 años. Además casi la mitad de esas muchachas deseaban modificar su peso, considerando distintos procedimientos para hacerlo.

Un estudio en la Universidad de Leicester, realizado por Clarke y Palmer (1983, citados en Toro y Vilardell, 1987) en el cual mediante envíos postales administraron el Eating Attitudes Test a una población de estudiantes universitarios constituida por 156 muchachas y 120 varones. En este test, una puntuación por arriba de 30 indica actitudes ante la ingesta comparables a las mostradas por los pacientes anoréxicos. Pues bien, superaron tal puntuación el 11% de esa población femenina, mientras no lo hizo ni un sólo varón; algunas de estas muchachas fueron analizadas psiquiátricamente, no apareciendo ninguna anoréxica, pero la mitad

de ellas presentaron importantes trastornos del comportamiento alimentario.

Los autores Toro, Castro y García (1985, citados por Toro y Vilardell, 1987) también administraron el Eating Attitudes Test a una población de 1.030 estudiantes adolescentes de Barcelona y su cinturón metropolitano. Estableciendo el punto de corte en una puntuación de 34, se detectaron 58 sujetos como supuestamente patológicos, correspondiendo al 5.63% de la población estudiada. Este subgrupo "anoréxico" estaba compuesto por siete varones y 51 muchachas, constituyendo el 1.35% y el 9.98% de sus respectivos sexos. Los autores señalan que se refirieron a una población en riesgo y no a una población clínicamente patológica. Los autores confirmaron que estos trastornos solo se dan en poblaciones adolescentes así como en una proporción de 1 hombre contra 9 mujeres. Así como, pudieron comprobar también, la relación directa entre el E.A.T., peso corporal, edad y clase social.

Otro estudio similar realizado en la Universidad de Manitoba por Leichner, Arnett y Railo (1986, citados en Toro y Vilardell, 1987) en el que administraron el E.A.T. a 5,150 estudiantes de 12 a 20 años de edad. Superando el punto de corte, y por lo tanto se situaban en una zona posiblemente patológica, el 5% de los varones y el 22% de las muchachas. Ellos observaron que la población adolescente urbana tendía a puntuar por arriba de la rural y que los incrementos de puntuación se establecían entre los 12 y 13 años, manteniéndose a partir de esa edad relativamente estables.

1.10 Algunos estudios de imagen corporal en adolescentes.

En la literatura se indica que la edad en investigaciones de imagen corporal es importante y necesita ser controlada. Se ha reportado que la distorsión de la imagen corporal es mayor en adolescentes que en adultos jóvenes. Los autores Haimi, Goldberg y Cunningham (1977) realizaron un estudio de la distorsión de la imagen corporal en 86 adolescentes mujeres con peso normal y

edades de 10 a 19 años, encontrando una tendencia a sobreestimar la anchura del cuerpo y a subestimar la longitud corporal, así como, una asociación entre las edades más jóvenes y el grado de sobreestimación de la anchura corporal.

En otro estudio se encontraron resultados similares a través de un rango de edad de 15 a 27 años. También, otros estudios indicaron que adolescentes sobreestiman su tamaño corporal, mientras que los adultos jóvenes no lo hacen. Estos resultados han llevado a hipotetizar que la habilidad para reportar exactamente la imagen corporal involucra desarrollo perceptual y maduracional (Button, Fransella y Slade, 1977; Slade, 1985; Wingate y Christie, 1978, citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994).

En segundo lugar, la edad ha sido relacionada con ideales de la imagen corporal. Una investigación reportó que a medida que se incrementa la edad la definición de ideal se vuelve más delgada. Esto sugiere que hay una presión creciente para la delgadez en las poblaciones relativamente más grandes. También, se ha encontrado que en la pospubescencia femenina ocurren con mayor frecuencia los desórdenes alimentarios y que la anorexia nervosa es relativamente rara en las niñas prepúberes. Se han hecho supuestos con respecto a que la preocupación con la forma y la apariencia del cuerpo se relacionan o se encuentran en función de la edad y que esta "obsesión" con el peso y tamaño del cuerpo llega a ser firmemente establecida durante la adolescencia. Está emergiendo evidencia de que el temor al sobrepeso se está incrementando y afectando a niños tan jóvenes como de 8 y 9 años. En otra investigación se mostró que de las 213 niñas de 9 años de edad entrevistadas, una de cada tres deseaba ser más delgada y muchas de ellas estaban haciendo dieta. El estereotipo de que la mujer con un físico delgado es la más socialmente deseable contribuye a las presiones de delgadez entre las mujeres. Esta presión ha sido implicada en la contribución de la más alta incidencia de los desórdenes del comer en las mujeres. Se desconoce cómo y hasta qué punto los jovencitos incorporan tales presiones (Burton, 1992; Cohn, Adler, Irwin, Melstein, Kegeles y Stone, 1987; Fowler, 1989;

Garner, Garfinkel, Stancer y Modofsky, 1976; Muuss, 1985; Slade y Russell, 1973; Striegel-Moore, Silberstein y Rodin, 1986; citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994).

Los autores Brodie, Bagley y Slade (1994) realizaron un estudio en el que examinaron la imagen corporal percibida e ideal para establecer si el proceso de la adolescencia era un factor contribuidor. Fueron usados un espejo distorsionante y unas imágenes de siluetas para examinar la imagen en dos grupos: uno de 59 preadolescentes y el otro de 41 muchachas postadolescentes, la media de la edad del grupo prepúber fue de 9.3 años y la del grupo postpúber fue de 14.1. El criterio para la formación de estos grupos fue si ya había o no período menstrual. Los autores encontraron que la percepción de ellas mismas fue razonablemente exacta pero ambos grupos tuvieron una figura ideal significativamente más delgada, sin tomar en cuenta la etapa de la adolescencia. Las diferencias entre los dos grupos fueron no significativas usando el espejo distorsionante o las imágenes. La única diferencia que los autores encontraron fue cuando se usó una escala de satisfacción corporal, ya que las postadolescentes estuvieron significativamente menos satisfechas acerca de sus partes del cuerpo (exceptuando las de la cabeza). Los autores concluyen que los disturbios en la imagen corporal no se relacionan con la pubertad, ya que tanto las preadolescentes como las postadolescentes están igualmente interesadas en su imagen corporal, pero las prepúberes tienen aún que desarrollar tal insatisfacción crítica. Esto podría deberse, en parte, a que la perspectiva de las sociedades desarrolladas es que las mujeres deben estar delgadas para ser atractivas (Thompson, 1990).

1.11 Investigaciones realizadas en México.

En México se han realizado pocos estudios acerca de desórdenes alimentarios, uno de estos es el de Sosa y Castanedo (1981) el cual consistió en una revisión bibliográfica e investigación de los casos reportados como anorexia nervosa en un hospital privado de la Ciudad de México. Otro estudio es el de Holtz (1992)

con una muestra de 90 estudiantes de una preparatoria privada de la Ciudad de México, en la que se aplicó una traducción del Eating Disorders Inventory-2 (Garner, 1991). Los resultados de este estudio señalaron que la media del peso de las adolescentes de la muestra, se encontraba dentro de los rangos normales para estatura y edad, presentando sin embargo, un peso deseado de 3 kilogramos por debajo de éste. Entre las conductas anómalas alimentarias se encontraron porcentajes elevados de seguimiento de dietas (59%), accesos bulímicos (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%), amenorrea (19.3%) y preocupación por el peso corporal (81% de los casos).

Otra investigación realizada en la Ciudad de México es la de Escobar (1993) con una muestra de 929 estudiantes mujeres de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura, su instrumento estaba formado por reactivos que exploran desórdenes del comer y prácticas relacionadas con éstos. El autor no encontró casos de anorexia o bulimia nervosas, pero sí la práctica frecuente de seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas y 37% en escuelas públicas, 48% en estudiantes de nutriología y 64% en otras licenciaturas. "Una preocupación por el comer" de 45% en escuelas secundarias y preparatorias privadas y un 47% en escuelas secundarias y preparatorias públicas, así como porcentajes menores en estudiantes de nutriología 10%, y 32% en otras licenciaturas.

Otra investigación es la realizada en la Universidad Nacional Autónoma de México por Gómez Pérez-Mitré (1993a) la cual tuvo como objetivo detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria en una muestra de 197 estudiantes hombres y mujeres, alumnos de preparatoria, licenciatura y posgrado, mostrando como resultado la inexistencia del problema de obesidad (2%), un sobrepeso de 41%. También se encontraron patrones y prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el surgimiento y desarrollo de problemas bulimianoréxicos. La autora concluyó que los factores encontrados prometen mejores resultados dada la complejidad de la conducta

alimentaria anómala. En otro estudio, Gómez Pérez-Mitré (1993b) investigó las distribuciones y las relaciones entre variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y variables que exploran problemas y prácticas relacionadas con el peso corporal. Los datos se obtuvieron de una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró una tendencia favorable en la percepción del propio peso y en el grado de satisfacción con la propia figura aunque posteriormente cuando se les preguntó peso deseado respondieron que querían pesar menos. Estos resultados indican una dirección opuesta a la de los reportados en investigaciones realizadas en otros contextos socioculturales.

Una investigación de reciente publicación realizada en México es la de Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla (1996) que tuvo como objetivo evaluar la relación entre los trastornos alimentarios y dos variables: la influencia social del modelo estético corporal y el trastorno de la imagen corporal, en una muestra de jóvenes mexicanas. De la población de 524 estudiantes de sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 25 años, provenientes de las diferentes carreras de la UNAM-Campus Iztacala, se derivó una muestra a las cuales se les detectó un trastorno alimentario (a partir de la aplicación del Eating Attitudes Test) y que fungió como grupo experimental (n=40), mientras que el grupo control (n=40) se eligió aleatoriamente de la población que se reportó sin trastorno alimentario.

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (C.I.M.E.C.) y el Cuestionario de imagen corporal (B.S.Q.). Los resultados obtenidos reportan una correlación positiva significativa entre la presencia de un trastorno alimentario y de un trastorno de la imagen corporal, entendido éste como una acentuada insatisfacción y distorsión; incluso se observó que los puntajes de trastorno de la imagen corporal de la población sin trastorno alimentario fueron infinitamente inferiores a los del grupo experimental. Por otra parte, los investigadores difieren de lo enunciado por algunos autores respecto

a que los trastornos de la imagen corporal no son determinantes y exclusivos de aquellas poblaciones con trastorno alimentario, ya que en el caso de esta investigación, el instrumento aplicado para trastorno de la imagen corporal reportó un puntaje significativamente más alto en la muestra con trastorno alimentario. Respecto a la influencia social del modelo estético corporal, también mostró estar estrechamente relacionada con los trastornos de la conducta alimentaria.

Otra investigación es la de Mancilla, Manríquez, Mercado, Román y Alvarez (en prensa) cuyo objetivo fue analizar la relación entre los trastornos alimentarios y algunos de los factores considerados en la literatura (algunos de estos factores son: la presión social, el miedo a madurar, la insatisfacción corporal, la sensación de ineffectividad, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la motivación para adelgazar, el miedo a engordar) como asociados a la anorexia y bulimia nervosa. La muestra constó de 101 estudiantes de sexo femenino de la UNAM-Campus Iztacala, con un rango de edad 15 a 26 años, de las cuales a 44 se les detectó un trastorno alimentario (27 anoréxicas y 17 bulímicas) a partir de la aplicación del Eating Attitudes Test y del Test de Bulimia. Mientras que el grupo control ($n=57$) estuvo constituido por estudiantes de la misma población a las cuales no se les detectó ningún trastorno alimentario.

Los instrumentos que se aplicaron fueron: el Eating Disorder Inventory (E.D.I.) del que se tomaron cinco de las ocho subescalas que lo componen y el Cuestionario de influencias sobre el modelo estético corporal (C.I.M.E.C.) del que se tomó la subescala presión social. Los resultados obtenidos señalan que la presión social fue el factor que tuvo mayor influencia en las muestras estudiadas, sin embargo, esta influencia fue mayor en el grupo con trastorno alimentario, lo cual sugiere que este tipo de población es más receptiva a los mensajes ya sea de sus amigos, familia u otros para mantener o lograr una figura esbelta. Los investigadores señalan que para algunos autores el miedo a madurar es característico de las chicas que padecen anorexia nervosa, sin embargo, en esta

investigación se observó que también suele ser característico de las chicas que padecen bulimia nervosa. Para Mancilla et al (en prensa) los factores de riesgo analizados pudieron ser la causa del desencadenamiento de algún trastorno alimentario, así como también pueden seguir contribuyendo a que estos problemas se agudicen. Finalmente los autores sugieren que parece existir actualmente un común denominador que es "la cultura de la delgadez".

Y por último, otra investigación no menos importante es la realizada por Alvarez, Mancilla, Mercado, Manriquez, Román, Martínez, Medina y Quiroz (en prensa) para valorar la ocurrencia de trastornos alimentarios en una población de jóvenes mexicanas. La muestra fue no probabilística de tipo intencional formada por 960 jóvenes de sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 26 años, de las cuales 605 correspondieron a instituciones educativas estatales (420 a nivel profesional y 185 a nivel bachillerato) y 355 a instituciones privadas (191 a nivel profesional y 164 a nivel bachillerato).

Los instrumentos utilizados fueron el Eating Attitudes Test y el Bulimia Test. Los resultados mostraron que un 16.9% de la muestra total (N=960) presenta trastorno alimentario (n=162). Respecto al tipo de trastorno se encontró que un 4.6% presenta anorexia (n=44), 10.8% bulimia (n=104) y 1.4% anorexia-bulimia (n=149). Con respecto al tipo de institución, se observó que fue significativamente mayor la ocurrencia de trastorno alimentario en las instituciones privadas (29.9%, n=106) que en las públicas (9.2%, n=56), y particularmente en lo que se refiere a la presencia de bulimia, siendo de 22.8% (n=82) en las privadas contra 3.6% (n=22) de las públicas. Los autores concluyen que los trastornos alimentarios no son sólo una realidad de países desarrollados, sino que en la población evaluada se apreció que éstos están presentes en un porcentaje bastante importante. Además, se confirmó lo referido en la literatura respecto al hecho de que la bulimia es un trastorno que se presenta en mayor medida que la anorexia, aunque esto sólo sucedió en el caso de la institución privada, ya que en la pública fue ligeramente

mayor la ocurrencia de la anorexia nervosa. Lo mismo sucedió respecto al hecho de que el nivel socioeconómico muestra una asociación con la mayor presencia de trastornos alimentarios, ya que se observó una mayor incidencia en las jóvenes de instituciones privadas, tanto en nivel profesional como en el bachillerato.

No obstante, que las investigaciones sobre desórdenes alimentarios realizadas en México son pocas, ya señalan un problema de importancia, asimismo, existen factores de riesgo para el desarrollo de estos desórdenes, por lo que se tiene que investigar aún más acerca de estos trastornos. El presente estudio forma parte de una investigación mayor que tiene como objetivo proporcionar información acerca de los factores de riesgo para prevenir desórdenes del comer en una población abierta o normal de nuestra cultura.

Por tal razón, este estudio pretende contribuir con el conocimiento, de si las variables distorsión e insatisfacción con la imagen corporal están presentes en una población estudiantil femenina dentro de un rango de edad de 14 a 21 años, y si esto resulta afirmativo investigar si existe relación entre éstas y el nivel socioeconómico como lo indican todos los datos descritos anteriormente.

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

2.1 Definición.

La palabra adolescencia proviene del verbo latino adolescere, que significa "crecer" o "crecer hacia la madurez".

La adolescencia es un período dinámico en el continuo de la vida, durante el cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico, así como de la personalidad. (Schonfeld, 1969).

La adolescencia es el período de transición entre la infancia y la edad adulta. Se considera que la adolescencia se inicia con la pubertad y termina con la madurez. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos de inicio y terminación no están bien definidos.

2.2 Pubertad.

La palabra pubertad proviene del latín pubertas, por lo general, se le define como el momento en que el individuo es capaz de procrear.

Para Ausubel (1954) la pubertad es la condición necesaria para acceder al estado adulto (citado por Lutte, 1991).

De acuerdo con Fernández (1991) la pubertad es, en esencia, un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de las

hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides se crea un puente entre el niño y el adulto.

Para Hurlock (1980) la pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. La pubertad es el período en que se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta, que comprende todas las fases de la madurez y no sólo la sexual. La pubertad es un período que coincide en parte con otros dos: cerca de la mitad de ella se superpone a la etapa final de la niñez, y la otra mitad, a la parte inicial de la adolescencia, en promedio, la pubertad dura unos cuatro años . Durante unos dos años, el cuerpo se prepara para la reproducción, y aproximadamente los otros dos sirven para completar el proceso.

Los primeros dos años de la pubertad se conocen como "preadolescencia" y se dice del individuo que es un "preadolescente" o un "niño pubescente o púber".

La edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para el varón, sin embargo existe un amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales (Papalia y Wendkos, 1990).

La definición cronológica de adolescencia por lo general, se determina entre los 13 y 20 años de edad. Pero el final de la adolescencia es todavía más difícil de determinar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como la independencia económica, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso en el ejército o casarse (Fernández,1991; Hurlock,1980; McKinney, Fitzgerald y Strommen,1982; Papalia y Wendkos,1990).

2.3 Momento de la pubertad.

El ritmo del crecimiento y del desarrollo puberal puede cambiar de un adolescente a otro; estas desigualdades en el desarrollo físico se reflejan de un modo diferente en el desarrollo mental, psicológico y comportamental. El análisis clínico y la observación sistemática demuestran que los adolescentes que inician el proceso de su desarrollo puberal entre los 10 y 12 años, a los 14 presentan una mayor autoconfianza, mayor retención, más sentido práctico, mayor integración social, más estabilidad emocional, espíritu más profundo y reflexivo y mayor resistencia, tanto física como psicológica y mental, que los de maduración tardía, los cuales ofrecen conductas más inestables e inseguras, más impulsivas y tensas y fluctuantes en la relación dependencia-independencia (Fernández, 1991).

También otros estudios indican que los muchachos que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeros que maduran tardíamente, tanto durante la adolescencia (Mussen y Jones, 1957) como en la adultez (Jones, 1957). Los autores Jones y Mussen (1958) descubrieron que las chicas que maduran más tarde son las que presentan una imagen más negativa. Obtienen puntuaciones más bajas en estima de sí mismas y una mayor necesidad de reconocimiento. Entre los jóvenes, el que madura temprano tiene una ventaja heterosexual muy definida sobre sus compañeros, ya que en desarrollo se encuentra más cercano a las chicas de su edad. Jones (1957) ha demostrado que el muchacho que madura temprano tiene una estima de sí mismo notablemente mayor que la que tiene el que madura tardíamente (citados por McKinney et al., 1982).

Para que se pueda establecer la edad de la pubertad debe de contarse con criterios razonablemente precisos que indiquen en qué momento se inicia la transformación del cuerpo y cuándo el niño se torna sexualmente maduro.

2.4 Madurez sexual.

Entre las niñas, la menarca -o primera menstruación- ha sido utilizada durante siglos como el mejor criterio simple para determinar la madurez sexual. Los estudios científicos probaron que la menarca no se presenta ni al principio ni al final del período de cambios físicos que se producen en la pubertad. En cambio, se la puede considerar como el punto medio de la pubertad. Esto queda justificado por la evidencia de que en los primeros ciclos menstruales no se produce la ovulación, es decir, las chicas no son fértiles en los primeros ciclos, y el tiempo entre los períodos menstruales se extiende entre dos y seis meses. Todo esto prueba que la maduración sexual no ha sido completada (Montagu, 1959; Parker, 1960, citados por Hurlock, 1980).

Entre los varones la primera polución nocturna se utiliza como criterio popular de madurez sexual. El momento de la primera eyaculación está en cierta medida determinado tanto cultural como biológicamente, pero por lo general se da aproximadamente un año después del comienzo del crecimiento acelerado del pene. En este momento el chico es estéril; sólo después de entre uno y tres años progresa la espermatogénesis lo suficiente como para que aparezca en la eyaculación una cantidad de espermatozoides móviles adecuada para la fertilidad (Montagu, 1946, citado por Schonfeld, 1969). Entonces, la primera eyaculación no puede ser utilizada como criterio para establecer el comienzo de la pubertad.

El criterio más confiable para establecer la madurez sexual en ambos sexos es la evaluación del desarrollo óseo por medio de rayos X (Frisancho, Garn y Rohman, 1969; Tanner, 1962, citados por Hurlock, 1980). Los estudios revelan que el desarrollo genital siempre se produce en determinado punto del desarrollo óseo del individuo. El examen por medio de rayos X de los huesos largos de manos y rodillas, practicado en distintos momentos de la explosión de crecimiento preadolescente, hace posible determinar con precisión cuándo comienza la pubertad y en qué proporción progresa. Los indicadores óseos de la madurez son los cambios sucesivos en el perfil de las zonas terminales de la diáfisis -parte media de los

huesos largos- y en el contorno de los centros de osificación de la epífisis -extremidad de un hueso largo- (Harding,. 1952; Shuttleworth, 1949, citados por Hurlock, 1980).

2.5 Edades de maduración sexual.

La adolescencia comienza, en promedio, unos dos años antes en la mujer que en el varón, pero no siempre sucede así (Schonfeld, 1969). También Hurlock (1980) señala que los muchachos maduran aproximadamente un año después que las muchachas. Y también Fernández (1991) dice que por regla general, a nivel físico y biológico el organismo femenino se desarrolla antes que el masculino.

Un fenómeno importante, a causa de sus repercusiones psíquicas, es la anticipación de dos años durante un siglo de la edad inicial de la pubertad en las sociedades industriales. Se ha observado, en diferentes partes del mundo, una anticipación de unos cuatro meses cada diez años. Estos cambios afectan sobre todo a la edad de la primera menstruación y al aumento de la altura y del peso. Se cree que estos cambios son el resultado de los progresos en la nutrición, la higiene y el cuidado médico (Adams, 1981; McKinney et al., 1982; Papalia y Wendkos, 1990; Sarafino y Armstrong, 1991; Schonfeld, 1969)

2.6 Causas de la maduración sexual.

Un intento de dar respuesta al misterio de la causa de la maduración sexual es el trabajo realizado por endocrinólogos, los cuales descubrieron una relación directa entre la glándula pituitaria y las gónadas o glándulas sexuales (Hurlock, 1980).

La glándula pituitaria o hipófisis, está situada en la base del cerebro y es una de las más importantes glándulas endocrinas. Se le ha llamado la glándula maestra porque sus secreciones estimulan o inhiben la actividad de muchas otras glándulas. La glándula pituitaria se divide en tres partes, lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior produce dos hormonas que se relacionan

directamente con el desarrollo de la pubertad. Estas dos hormonas son: la hormona del crecimiento, que influye en la determinación del tamaño del individuo, y la hormona gonadotrópica, que estimula la actividad de las gónadas o glándulas sexuales (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982).

Un poco antes de la pubertad se produce un gradual aumento de la hormona gonadotrópica y al mismo tiempo, las gónadas se hacen más sensibles a esta hormona (Hurlock, 1980).

La pituitaria anterior secreta estas hormonas trópicas tan importantes durante la pubertad, debido a la estimulación que recibe del hipotálamo. Pero, hasta ahora, no se ha podido explicar por qué ocurre esta estimulación en este período particular de la vida del niño.

2.7 Desarrollo de las características sexuales secundarias.

Las gónadas, glándulas endócrinas que cumplen una función activa en la producción de los cambios puberales, son las glándulas sexuales. Las gónadas femeninas se denominan ovarios y las masculinas testículos. Una vez que son estimuladas las gónadas empiezan a secretar sus propias hormonas (Hurlock, 1980).

La hormona andrógena, o propia del sexo masculino, es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática, de los testículos y de las vesículas seminales, al igual que el desarrollo de siguientes características sexuales secundarias (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982; Papalia y Wendkos, 1990; Schonfeld, 1969):

-Vello púbico. Se vuelve paulatinamente más rizado y abundante, formando un triángulo invertido y extendiéndose luego hasta el ombligo en la distribución masculina característica.

-Pezones. Adquieren pigmentación y leves protuberancias se forman alrededor de ellos.

-Cambio de voz. Se hace gradualmente más profunda, a medida que se desarrolla la laringe y el alargamiento de las cuerdas vocales que se extienden a través de ella.

-Crecimiento del vello axilar.

-Crecimiento del vello facial. Sobre el labio superior, los costados y en la barbilla.

-Ensanchamiento de los hombros. Debido a la presencia de músculos pesados lo que da al tronco una conformación triangular

Las hormonas gonadales femeninas más importantes son el grupo estrógeno, estas hormonas son las responsables del desarrollo del útero, de la vagina, de las trompas de Falopio, de los senos y del desarrollo de las siguientes características sexuales femeninas secundarias (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982; Papalia y Wendkos, 1990; Schonfeld, 1969):

-Vello púbico. Se hace paulatinamente más abundante y rizado, se extiende por el monte de Venus y forma el característico triángulo invertido.

-Crecimiento de los senos.

-Crecimiento de vello axilar.

-Ensanchamiento de los hombros y aumento de la anchura y profundidad de la pelvis.

-Desarrollo de la vulva. Como resultado del marcado crecimiento de los labios mayores, también crece un poco el clitoris, como consecuencia de la circulación y se vuelve eréctil.

-Cambio de voz de una tonalidad aguda a otra grave.

Junto con estos cambios aparece, en la mujer la menarca -o primera menstruación- y en el hombre la primera eyaculación.

La producción de progesterona es estimulada por una secreción pituitaria, la hormona luteinizante. La producción de progesterona es una de las causas de las variaciones cíclicas, tan conocidas en el área emocional, que se presentan en el ciclo menstrual en muchas mujeres. También la progesterona desempeña un papel muy importante en el embarazo, ya que prepara el útero

para que se lleve a cabo éste. Si no se verifica la implantación, es decir, si la mujer no queda embarazada, el revestimiento del útero que ha formado la progesterona, se desintegra, ya que no se sigue produciendo progesterona; esta degeneración del tejido uterino da origen a la iniciación de la menstruación o flujo sanguíneo. El mismo cuerpo lúteo empieza a degenerarse, pierde su color amarillo y encoge. Finalmente, el bajo nivel de progesterona y la disminución de estrógeno da origen a una nueva producción de las hormonas gonadotrópicas pituitarias y empieza un nuevo ciclo (Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982; Schonfeld, 1969).

2.8 Aumento del tamaño corporal.

El primer cambio físico importante que ocurre en la pubertad es el aumento del tamaño corporal. Se produce una aceleración del crecimiento en cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas.

La aceleración del aumento corporal puberal se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de ella.

La aceleración del crecimiento femenino ocurre a los 12,5 años como promedio. Declinando el ritmo gradualmente hasta que se produce un alto del proceso entre los 15 y 16 años. En los varones ocurre a los 14,5 años como promedio y con una declinación gradual hasta los 17 o 20 años, momento en que el crecimiento se completa (Frisch y Revelle, 1969; Martin y Vincent, 1960; Sullivan, 1971; Tanner, 1962, citados por Hurlock, 1980).

El tamaño corporal se mide en función de la estatura y el peso.

Estatura. La estatura, como se mencionó anteriormente, está regulada por la hormona del crecimiento, producida en el lóbulo anterior de la glándula pituitaria. En una cantidad suficiente permite que los niños sanos y bien nutridos alcancen su máximo tamaño normal (McKinney et al., 1982; Schonfeld, 1969).

El crecimiento en altura sigue un modelo bastante regular y, de manera general -aunque no siempre-, precede al desarrollo del peso.

La estatura que un individuo puede alcanzar al completar su crecimiento depende de muchos factores. En general, los niños tienden a alcanzar una estatura semejante a la de sus padres (Bayley, 1965; Henton, 1961; Livson, McNeill y Thomas, 1962, citados por Hurlock, 1980). Los adolescentes cuya constitución es ectomorfa (individuos altos y delgados) tienen mayor estatura al llegar a la adultez, que los de constitución mesomorfa (individuos bajos, gruesos y musculosos).

Algunos autores (Garn y Haskell, 1960; Peckos y Heald, 1964; Sullivan, 1971, citados por Hurlock, 1980; McKinney et al., 1982) señalan que de las influencias ambientales sobre la estatura, el factor más importante es la nutrición. Los niños criados por familias con recursos económicos elevados llegan a tener, como promedio, mayor estatura adulta que los provenientes de sectores menos acomodados en razón de haber disfrutado de una mejor alimentación y de mayores cuidados durante los años de crecimiento.

Peso. El aumento de peso durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de huesos y músculos. Los huesos se hacen más grandes y pesados. Alrededor de la época en que la muchacha tiene 17 años, sus huesos están maduros o cercanos a la madurez en tamaño y osificación, en los varones los huesos completan su desarrollo unos 2 años más tarde. En la edad madura, cerca del 16 % del peso corporal corresponde a los huesos (Hurlock, 1980).

En la niñez, los músculos contribuyen al peso total del cuerpo en proporción cercana al 25%; en la edad adulta, la proporción se halla entre el 45 y 50 %. Los músculos contribuyen más al peso de los muchachos que en el de las muchachas; la adiposidad contribuye más al peso de éstas que al de los varones. El aumento más marcado de tejido muscular aparece entre los 12 y 15 años en las

muchachas y entre los 15 y 17 en los muchachos (Heald, Daugela y Brunschyber, 1963; Martin y Vincent, 1960, citados por Hurlock, 1980).

En las muchachas 2 años antes de la pubertad, como promedio, el peso se incrementa unos 4,5 kilogramos. El mayor aumento, unos 6.5 kilogramos, se produce en el año que precede inmediatamente a la pubertad y se produce un aumento adicional de 4,5 kilogramos en el año que sigue a la pubertad. Esto significa que en un promedio de 3 años el incremento en el peso de las muchachas es de unos 15,5 kilogramos.

En los varones el aumento rápido de peso se presenta uno o dos años después que en las muchachas. El incremento medio durante el periodo puberal es de unos 18 kilogramos. El máximo aumento en el peso se presenta junto con o después del alcance máximo en estatura (Dubois, 1959; Frisch y Revelle, 1969; Garn y Haskell, 1960, citados por Hurlock, 1980).

2.9 La atención al cuerpo.

Según Rosenbaum (1979) muchas adolescentes están preocupadas por problemas de peso, incluso las más delgadas que siempre encuentran demasiado gruesa alguna parte de su cuerpo. Las angustias relacionadas con el peso van unidas a las expectativas sociales, al miedo de no parecerse a los modelos femeninos apreciados en la sociedad. Pueden también revelar el deseo y el temor al embarazo. En cambio, los muchachos parecen menos preocupados por los problemas del crecimiento, aunque algunos se inquietan sobre todo por la estatura, el peso, los músculos y la potencia sexual (citado por Lutte, 1991).

El autor Lutte (1971) realizó una investigación internacional sobre los modelos de comportamiento, en la cual reportó que, por término medio, son las niñas de 13 años y los muchachos de 14-15 años los que prestan mayor atención a su cuerpo. El retrato físico de la persona ideal para las niñas, se resume en una palabra: belleza.

Describiendo detalladamente este ideal. Desean tener el cuerpo de una modelo, longilíneo, esbelto, alto, con los cabellos rubios y los ojos claros; ésto es un deseo que revela la necesidad de ser aceptada, solicitada, admirada. Por el contrario, los muchachos son más concisos en sus descripciones y su ideal físico es el atleta, alto y fuerte. No desprecian la belleza pero ésta es menos importante para el éxito social de los hombres (citado por Lutte, 1991).

CAPITULO III

IMAGEN CORPORAL Y PERCEPCION DE LOS PROPIOS ATRIBUTOS

IMAGEN CORPORAL.

3.1 Desde diferentes enfoques.

La imagen del cuerpo humano ha sido estudiada por diferentes autores, cada uno con un singular punto de vista, entre los que cabe destacar a Paul Schilder, quién es considerado uno de los psiquiatras más brillantes dentro de la neuropsiquiatría mundial. En su libro clásico *Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano* (1977) define a la imagen del cuerpo humano como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece, disponiendo de ciertas sensaciones, viendo algunas partes de la superficie corporal, teniendo impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc. Así, para Schilder experimentamos nuestra imagen corporal y la de los cuerpos de los otros en un íntimo entrelazamiento; así como nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, de la misma manera, las emociones y acciones de los demás son inseparables de sus cuerpos.

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

El concepto de imagen corporal ha sido durante mucho tiempo de especial interés de los neurólogos (para explicar principalmente las sensaciones del miembro fantasma), de los psiquiatras (para explicar unas extrañas distorsiones de las sensaciones corporales en ciertas psicosis) y de los psicólogos que se interesan en la construcción de la imagen del niño.

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

3.2 Tipologías.

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

Ernst Kretschmer (1888-1964), psiquiatra alemán, fue el primero en hacer corresponder tipo físico y enfermedad mental (psicosis). Clasificó las estructuras corporales en tres tipos, el pícnico (ancho), el leptosomo (estrecho y largo) y el atlético (musculoso), y también un tipo mixto o displásico. Corresponden respectivamente a la locura circular (psicosis maniaco-depresiva), a la demencia precoz (esquizofrenia) y a la epilepsia o a los tipos prepsicóticos (cicloide, esquizoide, epileptoide) y también a tipos normales (ciclotímico, esquizotímico, ixitímico), es decir, respectivamente sociable y realista, taciturno e idealista, lento e impasible (Bruchon-Schweitzer, 1992; Kretschmer, 1967).

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

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

Para describir la variedad de las formas corporales, se han utilizado a menudo los somatotipos de Sheldon.

En 1954, Brodsky (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) comprobó las preferencias entre diferentes culturas por el cuerpo masculino mesomorfo (musculoso). Esto se ha confirmado después en poblaciones muy variadas (México, Japón, etc.). También parece existir un rechazo masivo hacia el tipo endomorfo (gordo), desde la

edad de 6 años y, más moderadamente, hacia el tipo masculino ectomorfo (delgado).

Con respecto a las formas femeninas, el tipo de la ectomorfa moderada (delgada sin ser flaca) es el considerado más bello de manera homogénea, desde la edad de 6 años por las niñas y desde los 8 años por los niños.

Un estudio realizado por Maisonneuve y Bruchon-Schweitzer (1981) con 12 desnudos femeninos sacados de diversos períodos de la historia del arte muestra una preferencia mayoritaria por unas siluetas que presentan a la vez unos cánones clásicos de belleza y unos criterios de delgadez más contemporáneos, por parte de jóvenes adultos franceses de ambos sexos, de 18 a 25 años.

3.3 Definición de imagen corporal.

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992). Estas percepciones evaluativas pueden ser favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo y son agrupadas generalmente bajo el nombre de satisfacción/insatisfacción corporal.

Para los autores Schlundt y Bell (1993) la imagen corporal es una red multicomponente de cogniciones (percepciones) almacenadas en la memoria a largo plazo, usada para procesar información en situaciones en las cuales el tamaño, la forma y la apariencia corporal es pertinente. Como tal, nunca habrá una sola medida de la imagen corporal. Más bien, una variedad de tareas de medición pueden ser usadas para probar estas estructuras y generar información cuantitativa que sea útil para propósitos clínicos y de investigación.

Esta imagen no es estática, evoluciona continuamente en relación con el desarrollo del cuerpo y con los cambios que esto implica en las relaciones con el medio ambiente. De modo tal, que los elementos para la construcción de esta imagen corporal no proceden solamente de las percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean.

Los rápidos cambios de la adolescencia imponen una revisión de la imagen corporal. el adolescente debe pues reconstruir una imagen coherente e integrada de su cuerpo.

Schonfeld (1969) señala que cuanto más eficaces fueron las adaptaciones en la primera fase de la niñez mejores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia, y en consecuencia, una mejor reconstrucción de su imagen corporal. Para Schonfeld la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias.

La adolescencia es un momento particularmente difícil para los que tienen defectos físicos. El proceso de reelaboración de la imagen corporal y de la aceptación de su cuerpo les resulta más difícil que a los otros adolescentes. La comparación que no pueden dejar de establecer con los otros les da un sentimiento de derrota y la sensación de que no pueden establecer con ellos relaciones paritarias, no sólo por las dificultades objetivas determinadas por su falta de autonomía, sino también porque se sienten disminuidos y son tratados como tales (Lutte, 1991).

3.4 Distorsión y satisfacción-insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989)

Lo anterior nos lleva a definir el concepto de distorsión de la imagen corporal, como la deformación o alteración de la percepción del propio cuerpo.

Garner y Garfinkel (1981, citados por Schlundt y Bell, 1993) sugirieron que la imagen corporal es una estructura multidimensional. Recientemente, investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas, distorsión perceptual e insatisfacción corporal (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990, citados por Schlundt y Bell, 1993). Para estos autores la distorsión perceptual es la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y es usualmente medida usando tareas visuales de estimación del tamaño tales como distorsión de video o rayos de luz. La insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

La satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la Body Cathexis Scale (BCS) de Secord y Jourard (1953, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992; L'Ecuyer, 1985), que está constituida por 46 ítems referentes a partes del cuerpo o a funciones corporales y permite evaluar la satisfacción relativa a cada aspecto (en una escala de Likert de 5 grados, desde 1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho), o la satisfacción global (puntuación total). Además la Body Cathexis Scale está asociada a numerosos aspectos del concepto de sí, de la personalidad y de las conductas.

También los autores de la Body Cathexis Scale han construido una escala que permite evaluar la satisfacción de un sujeto con respecto a 55 aspectos diferentes de su personalidad, la llamaron Self Cathexis Scale (SCS), la que también ha sido muy utilizada.

Las relaciones obtenidas por Secord y Jourard entre satisfacción corporal y satisfacción con respecto a sí son muy elevadas. Estas relaciones se han confirmado después muy a menudo y en poblaciones muy diversas desde 1953, incluso utilizando escalas un poco diferentes. La satisfacción corporal

predice con bastante fuerza la satisfacción con respecto a sí mismo en uno y otro sexo. Pero no se puede afirmar completamente que esta relación sea de sentido único, ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo. Una observación de especial importancia es que, si se quiere predecir la satisfacción con respecto a sí a partir de la satisfacción corporal, se ha visto que es inútil utilizar todos los ítems de esta última escala.

Con el fin de conocer mejor ciertos determinantes de la satisfacción corporal, Jourard y Secord (1954, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) pidieron a unos estudiantes masculinos que respondieran a la BCS, y que evaluaran a continuación las medidas "ideales", según ellos, de siete partes del cuerpo masculino. Después se tomaron sus medidas reales en estas siete zonas (altura, peso, anchura de hombros, contorno del pecho...). Si el cuerpo "ideal" corresponde a un tipo mesomorfo (moderado), las medidas reales están asociadas positivamente con la satisfacción relativa a cada zona. Un sujeto masculino está tanto más satisfecho de una región del cuerpo cuanto más desarrollada está aunque aprecie el hecho de ser longilíneo.

El mismo procedimiento se aplicó a unas estudiantes (1955). El cuerpo "ideal" es el de la ectomorfa (moderada) y la satisfacción corporal relativa a cada zona es tanto más fuerte cuanto más delgada y pequeña sea esa región (excepto el pecho). Resultados similares a los anteriores se han encontrado en otros países, como en Jamaica y Japón.

Otra encuesta realizada también con sujetos norteamericanos (2000 en total) por Berscheid, Walster y Bohrnstedt (1973, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) encontraron resultados casi similares con la ayuda de una escala de satisfacción corporal más amplia porque incluye datos faciales. Se encontró, en las mujeres principalmente, las mismas preocupaciones de delgadez. Predijeron de modo especial la insatisfacción de las dimensiones del tronco inferior (vientre, caderas, muslos) y el peso, y estos resultados indicaron que nada parece haber cambiado después de veinte años en las mujeres

norteamericanas. Por el contrario, aunque la fuerza muscular fue siempre una fuente de satisfacción en el hombre norteamericano (hombros, pecho, tono muscular...), éste valoró la delgadez, ya que un peso elevado predijó la insatisfacción (mientras que esta relación era nula en 1954).

Aunque los autores no lo hayan expresado abiertamente, la satisfacción corporal parece depender aquí de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecieron apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.

Al parecer desde la adolescencia, la estatura es una fuente de insatisfacción corporal: las jóvenes más altas y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos (Kurtz, 1966, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Según diversos estudios, el sobrepeso es un buen predictor de la insatisfacción no sólo en las mujeres, sino, desde los años setenta, en los hombres. Un punto interesante es que esta característica indeseable (principalmente cuando es autoevaluada) parece incorporar otras (dientes, pecho, forma de las piernas, estructura del cuerpo, posturas), como si el hecho de ser demasiado gordo -objetiva o subjetivamente- produjera una insatisfacción, no específica, sino difusa (Gray, 1977; Prytula y Hiland, 1975; Young y Reeves, 1980; Young, Reeves y Elliot, 1978, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Las actitudes sociales son discriminatorias hacia los obesos penalizados por los demás desde la infancia. Existe una disminución dramática de la autoestima en los niños obesos (hacia los 12 años en los niños y hacia los 14 años en las niñas) y la insatisfacción corporal constante de dichos sujetos, es significativa desde la edad de 8 años (Mendelson y White, 1985, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). Lo anterior, también es expresado por Lutte (1991), los adolescentes obesos tienden a considerarse y a percibir su cuerpo de una forma negativa, pueden ser considerados como desviados de la normalidad en el sentido de que no consiguen respetar las normas culturales dominantes, habitualmente se les

considera débiles y glotonas, tienden a aislarse porque la gente se burla de ellos y a menudo tienen menos éxito con el otro sexo, asimismo, son discriminados en la escuela y en el lugar de trabajo.

Davis (1984, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) realizó un estudio con 91 estudiantes mujeres, reportando que las que se consideran ectomorfas tienen las puntuaciones de satisfacción corporal más altas, las que se creen endomorfas tienen las puntuaciones más bajas. Esto es, cuánto más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción. Todo esto confirma y completa los resultados de Jourard y Secord (1954, 1955). Se confirma pues que las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal.

Gómez Pérez-Mitré (1995a) también, señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distorsión de la imagen corporal como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Y define por peso real el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC).

La antropometría junto con la observación clínica son las técnicas más accesibles como indicadores del estado de nutrición de los adultos. La antropometría consiste básicamente en registrar una serie de mediciones que, en forma aislada o combinada, permiten cuantificar el exceso de peso corporal y la magnitud de las acumulaciones de tejido adiposo. Para tal fin se utilizan, como mínimo, el peso y la talla. Una manera de relacionar el peso y la talla es el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un método para estimar sobrepeso y obesidad, y es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado (peso/talla²) (Braginsky, 1987; Vargas y Casillas, 1993)

3.5 Métodos de exploración de la imagen corporal.

Diversas técnicas para la evaluación de la imagen corporal han aparecido en la literatura reciente. Estas técnicas incluyen la tarea de marcar o dibujar la imagen, la tarea de arreglar tarjetas, técnicas de distorsión de video, ajuste de rayos de luz y cuestionarios (Askevold, 1975; Cash y Green, 1986; Collins, 1987; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987; Ruff y Barrios, 1986; Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero y Blouin, 1985, citados por Schlundt y Bell, 1993).

A continuación se describirán algunas de estas técnicas.

3.5.1 Body Satisfaction Scale (BSS).

Los autores Slade, Dewey, Newton, Brodie y Kiemle (1990) describen el desarrollo de una simple prueba de papel y lápiz la Body Satisfaction Scale (BSS) diseñada para medir satisfacción/insatisfacción con 16 partes del cuerpo. Está basada en la escala de catexis corporal o Body Cathexis Scale (BCS) de Secord y Jourard (1953; descrita anteriormente) pero solo toma 2 o 3 minutos contestarla. La Body Satisfaction Scale consiste de una lista de 16 partes del cuerpo. La mitad incluyen la cabeza (arriba del cuello) y la otra mitad incluye el cuerpo (abajo de la cabeza). Al sujeto se le solicita clasificar su satisfacción/insatisfacción con cada una de estas partes del cuerpo en una escala de siete puntos: 1 muy satisfecho, 2 moderadamente satisfecho, 3 escasamente satisfecho, 4 indeciso, 5 escasamente insatisfecho, 6 moderadamente insatisfecho y 7 muy insatisfecho.

Esta escala generó tres factores: un factor "general", un factor de "cabeza" y un factor "cuerpo". La consistencia interna de estos factores fue probada usando el alpha de Cronbach y resultó aceptable.

La muestra estuvo formada por cinco grupos: estudiantes universitarias (n=452), estudiantes de enfermería (n=463), mujeres voluntarias (n=100), sujetos con sobrepeso (n=169) y pacientes con desórdenes del comer: anorexia y bulimia (n=84). Los resultados encontrados fueron que los dos grupos: pacientes con desórdenes del comer y sujetos con sobrepeso estuvieron más insatisfechos con

sus cuerpos que los otros tres grupos. Además, los sujetos con sobrepeso puntuaron significativamente más alto que los pacientes con desorden del comer en la escala "cuerpo". Este fue un resultado contrastante con los resultados de otras escalas en los que, pacientes con desórdenes del comer puntúan significativamente más alto que sujetos con sobrepeso.

3.5.2 Body Image Testing System (BITS).

Los autores Schlundt y Bell (1993) desarrollaron el Body Image Testing System (BITS) o sistema de evaluación de la imagen corporal, un programa interactivo de computadora que administra dos tareas:

1) una tarea visual/perceptual en la cual el sujeto ajusta el tamaño de nueve diferentes partes del cuerpo hasta que la fotografía corresponde a las instrucciones y 2) una tarea de juicio en la cual el sujeto provee clasificaciones de satisfacción para cada una de las nueve partes del cuerpo. La tarea visual/perceptual puede ser administrada usando instrucciones diferentes para sacar imágenes del propio ideal de sí mismo, sí mismo percibido y cosas así.

El programa BITS está escrito en Turbo Pascal versión 6.0 para IBM-PC y compatible con computadoras con al menos capacidades de gráficas de baja-resolución. Eso genera vistas de una silueta humana de frente y de perfil. Las siluetas están creadas de una serie de elipsoides superpuestas, ajustables, que corresponden a nueve segmentos del cuerpo: cabeza, cuello, hombros, brazos, pecho, busto, estómago, cadera y muslos. Juntas las elipsoides generan un amplio rango de figuras que se parecen a esas usadas en tareas de ordenar tarjetas pero con mucha más variedad de figuras posibles. Los sujetos interactúan con la computadora ajustando las partes del cuerpo hasta satisfacer que la imagen se ajuste a las instrucciones.

Usar el programa implica interactuar con un menú. El sujeto primero selecciona la parte del cuerpo a cambiar escribiendo un número del menú que aparece al lado izquierdo de las dos imágenes gráficas. El programa inspira al sujeto para suministrar un número

entre el -9 y +9 mostrando la dirección y cantidad de cambio. Un número negativo marca la parte del cuerpo más pequeña y un número positivo la marca más grande. Después de cada cambio, el programa actualiza la pantalla redibujando ambas figuras. La nueva imagen es calculada agregando o sustrayendo el cambio a la imagen anterior. Los sujetos pueden ajustar cada parte del cuerpo repetidamente en un rango extenso de parámetros. Por lo tanto, la imagen resultante puede clasificarse desde demacrado hasta extremadamente obeso, con el tamaño relativo de cada parte del cuerpo variando considerablemente. Después de completar las tareas de ajuste de la imagen visual, los sujetos valoran o clasifican su satisfacción con cada una de las nueve partes del cuerpo. También, es posible para el programa que el sistema obtenga las clasificaciones de satisfacción bajo diferentes juegos de instrucciones (por ejemplo, percibida contra ideal).

El programa automáticamente escribe el dato en un archivo y crea un programa SPSS-PC que puede leer la estructura del dato del archivo. Una vez que el programa está creado, checar los datos es completamente automático y los datos están disponibles inmediatamente para análisis.

La muestra estuvo formada de 539 sujetos femeninos. Los resultados reportaron que las mujeres no están satisfechas con sus cuerpos y un grado mayor de insatisfacción está asociado con estómago, cadera y muslos.

El Body Image Testing System es un instrumento potencialmente útil para estudiar la imagen corporal en mujeres. Tiene adecuadas propiedades psicométricas, permite dividir la percepción corporal en cinco componentes, y produce una clasificación de la satisfacción corporal.

3.5.3 Body Image Detection Device (BIDD).

Los autores Ruff y Barrios(1986, citados por Mizes, 1991 y por Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt, 1993) desarrollaron el Body Image Detection Device (BIDD) o instrumento de detección de la imagen corporal, cuyo procedimiento involucra un movimiento manual de deslizamiento para modificar el ancho de un rayo de luz proyectado sobre la pared desde un proyector de techo. El sujeto es instruido para ajustar el rayo de luz para igualar la anchura de una área particular del cuerpo, por ejemplo: la cintura. Esta estimación de anchura del cuerpo es entonces comparada con la anchura real del área del cuerpo, medida por un calibrador corporal. La discrepancia (diferencia) entre tamaño corporal percibido y real es expresada en la razón llamada índice de percepción corporal (BPI), definida como tamaño percibido/tamaño real X100. La fiabilidad test-retest de este procedimiento ha sido demostrada, y el Body Image Detection Device (BIDD) ha sido ideado para diferenciar bulímicas de normales, en donde bulímicas sobreestiman más tamaño corporal real que las normales.

3.5.4 Body Image Assessment (BIA).

Los autores Williamson, Ke'ley, Davis, Ruggiero y Blouin (1985, citados por Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989) introdujeron un nuevo método para medir problemas de la imagen corporal llamado **Body Image Assessment (BIA)** o evaluación de la imagen corporal que consiste en seleccionar siluetas de cuerpos femeninos que más se parezcan a la percepción del sujeto de su tamaño corporal real e ideal. La simplicidad y eficiencia del procedimiento lo hace tener ventaja económica sobre otros métodos de evaluación de problemas de la imagen corporal.

El Body Image Assessment (BIA) está diseñado para evaluar la percepción del tamaño corporal actual y la preferencia por un tamaño corporal delgado. Estas medidas están conceptualmente relacionadas con la distorsión de la imagen corporal, motivación para la delgadez e insatisfacción corporal. Asimismo, ha demostrado poder diferenciar bulimia nervosa de sujetos normales, ya que los sujetos bulímicos escogen un tamaño corporal real más grande y un

tamaño corporal ideal más delgado que los sujetos normales de igual tamaño.

El Body Image Assessment usa nueve siluetas de figuras femeninas (ilustrado en Williamson, Kelley, Cavell y Prather, 1987, citados por Williamson et al., 1989) cuyo rango que va desde delgada hasta obesa se incrementa en medidas. Cada silueta tiene 15cm. de alto y están separadas en tarjetas de 12.5cm. X 20.5cm. Cuando se administra el BIA, el investigador las coloca al azar en una mesa enfrente del sujeto y le da las siguientes instrucciones: "Seleccione la tarjeta que más exactamente se parezca a su tamaño corporal actual, tal y como usted lo percibe. Por favor sea honesto. Usted debe escoger solo una tarjeta y no debe rearrreglar las tarjetas para compararlas directamente". Después que el sujeto selecciona una tarjeta, el investigador registra el número de la tarjeta del 1 al 9 (escritos en la parte de atrás de la tarjeta para que el sujeto no pueda verlos), el cual es el puntaje del sujeto para el tamaño corporal actual. Las tarjetas se revuelven y de nuevo se colocan al azar frente al sujeto. El sujeto es instruido: "Por favor seleccione la tarjeta que más se acerque al tamaño corporal que preferiría tener. Sea honesto y no rearrregle las tarjetas". Este número de la tarjeta es registrado por el investigador como el puntaje de tamaño corporal ideal. La investigación piloto mostró que el orden de las instrucciones, para tamaño corporal actual o tamaño corporal ideal no afectan significativamente las respuestas del sujeto. Por lo tanto, un orden fijo se adoptó. La investigación piloto adicional mostró que el procedimiento de las 9 siluetas produjo resultados similares al procedimiento de 17 siluetas.

Los autores señalan que conceptualmente, el Body Image Assessment no debe considerarse como una medida directa de la distorsión de la imagen corporal, preferencia de delgadez, o insatisfacción del tamaño corporal. Los puntajes crudos de tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal son interpretables sólo comparándolos con puntajes de sujetos normales de peso y altura similar. Dentro de esta estructura conceptual, el tamaño corporal actual fue diseñado como una medida indirecta de la percepción del individuo del tamaño corporal actual y el tamaño corporal ideal fue

diseñado como una medida de la percepción del individuo del tamaño corporal ideal. El grado con el cual el tamaño corporal actual se eleva de las normas de un particular grupo de peso y altura puede ser considerado como distorsión de la imagen corporal. El grado con el cual el tamaño corporal ideal está por abajo de las normas puede ser considerado como una medida de preferencia para un tamaño corporal delgado.

Los autores Williamson et al. (1985; citados por Williamson et al., 1989) también reportaron la discrepancia entre tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal, esto es, tamaño corporal actual menos tamaño corporal ideal. Este puntaje de discrepancia fue considerado como una medida de insatisfacción del tamaño corporal, es decir, la diferencia entre tamaño corporal percibido actual y tamaño corporal ideal.

Debe hacerse notar que el puntaje de discrepancia se deriva del tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal, por lo que está matemáticamente relacionado con ambos puntajes. Por lo tanto, la inclusión del puntaje de discrepancia con tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal en los análisis estadísticos multivariados no es apropiado. Por esta razón, el puntaje de discrepancia no fue incluido en el estudio de validez, en el cual se utilizaron correlaciones canónicas (Williamson et al., 1989).

En su investigación Williamson et al. (1989) validaron el Body Image Assesment (BIA) con una muestra de 655 sujetos, compuesta de seis grupos: normales, bulimia nervosa, anorexia nervosa, síndrome binge eaters, obesos y desorden del comer atípico. Ellos concluyeron que el tamaño corporal actual se conceptualizó como medida indirecta de distorsión de la imagen corporal, y el tamaño corporal ideal se diseñó como una medida de preferencia de delgadez. La discrepancia relativa de tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal se conceptualizó como una medida de insatisfacción del tamaño corporal. También, los autores señalan que el BIA no mide todos los aspectos de la imagen corporal, por ejemplo, componentes actitudinales y emocionales.

3.6 Estudio de validez de la conceptualización de insatisfacción del tamaño corporal.

En otra investigación los autores Williamson, Gleaves, Watkins y Schlundt (1993) evaluaron la validez de la conceptualización de la insatisfacción del tamaño corporal como una función de la discrepancia entre estimaciones del tamaño corporal real y estimaciones del tamaño corporal ideal. Usaron tres métodos para la estimación del tamaño corporal real e ideal: a) el Body Image Assessment (BIA), b) el Body Image Testing System (BITS), y c) el Body Image Detection Device (BIDD). Estos tres procedimientos de evaluación de la imagen corporal fueron administrados a una muestra de 110 mujeres: bulímicas (n=18), obesas (n=34) y sujetos no diagnosticadas con desorden del comer (n=58). La Body Dissatisfaction Scale del Eating Disorder Inventory (EDI) fue también usada para medir insatisfacción corporal. Las estimaciones del tamaño corporal actual e ideal predijeron significativamente la insatisfacción corporal; de esta manera, las medidas del tamaño corporal ideal y tamaño corporal real son componentes significativos en la determinación de la insatisfacción del tamaño corporal. Estos datos fueron interpretados por los autores tan sustentadores de la conceptualización de insatisfacción corporal como la discrepancia entre estimaciones del tamaño corporal real y estimaciones del tamaño corporal ideal. Los autores reportaron que el grupo de las bulímicas sobreestimó el tamaño corporal real y subestimó el tamaño corporal ideal, y por lo tanto, la insatisfacción corporal incrementada en personas con un desorden del comer, quienes están en un nivel de peso normal (o están abajo del peso normal en algunos casos) es predicha por estimaciones tendenciadas de ambos tamaño corporal actual y tamaño corporal ideal.

3.7 Concepto de sí mismo.

La estructura corporal o somatotipo percibido predice además diversos aspectos del concepto de sí y diversos aspectos de la personalidad autoestimada (la autoestima se evaluó por la Tennessee-Self-Concept Scale de Fitts, y la personalidad por el Eysenck Personality Inventory). Los sujetos masculinos que se creen mesomorfos (musculosos) tienen un concepto de sí mismos más

favorable que los otros, y al parecer el concepto de sí mismo más desfavorable se encontró en el grupo de los sujetos que se juzgan endomorfos. Además los sujetos mesomorfos son más extravertidos y menos neuróticos (según el Eysenck Personality Inventory). La distancia entre cuerpo percibido y cuerpo ideal predice una insatisfacción generalizada con respecto a sí mismo, principalmente en relación a los diversos aspectos del concepto de sí, y unos trastornos emocionales, como un aumento en las puntuaciones de neurosis (Hendry y Gillies, 1978; Lerner, 1972; Tucker, 1984, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

La belleza subjetiva es la que predice mejor diversos aspectos de la autosatisfacción en el adolescente y en el adulto (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973; Minahan, 1971, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). El atractivo físico autoevaluado es el que predice con mayor fuerza la satisfacción corporal.

Esto se traduce a que los sujetos que se encuentran atractivos son también los más satisfechos aunque este atractivo autoevaluado esté lejos de ser realista. Lo que cuenta aparentemente es sentirse "bien en su propio pellejo" más que ser objetivamente bello.

En una encuesta realizada por Mitchell y Orr (1976, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) se reportó la misma conclusión anterior: más que el atractivo físico estimado por unos observadores, la belleza estimada por uno mismo constituye uno de los componentes principales de la autoestima. Es decir, los sujetos que se encuentran bien físicamente parecen tener un concepto de sí positivo, aunque este atractivo subjetivo no sea realista.

PERCEPCION DE LOS PROPIOS ATRIBUTOS.

3.8 Diversas definiciones de self-sí mismo, autoconcepto y autoestima.

Un comentario importante de resaltar es que al revisar información acerca de imagen corporal se encontró una relación innegable con self-sí mismo, autoconcepto y autoestima. En la literatura estos conceptos se utilizan de manera intercambiable, para

algunos autores el self-sí mismo y autoconcepto es una misma entidad, para otros autores el hablar de autoestima y autoconcepto también es referirse a un mismo concepto. Pero el delimitar estos conceptos sobrepasa el objetivo de este estudio. Por lo tanto, sólo se darán algunas definiciones prácticas para los propósitos de esta investigación.

El concepto de self-sí mismo es el único atributo propio del hombre, lo distingue más de los animales que el lenguaje mismo (Oñate, 1989).

En *Principles of Psychology*, William James (1890) definió el sí mismo como "la suma total de todo lo que él (el individuo) puede llamar suyo". James afirmó que las imágenes que otros tienen se reflejan en uno y esas imágenes se incorporan formando el autoconcepto. También, consideró que el self-sí mismo está formado por tres constituyentes: el self social o las opiniones que los demás tienen de él; el self material o cuerpo; y el self espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el yo (citado en L'Ecuyer, 1985; Oñate, 1989).

El "Yo" como instancia cognoscitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa es algo diferente del "Mí" como algo conocido o como contenido de experiencia. El Yo como conocido es lo que llamamos autoconcepto y sobre el que trabajamos, y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser (Oñate, 1989).

Ausubel (1952, citado en Oñate, 1989) define el autoconcepto como la combinación de tres elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales.

Para Rogers (1950) el concepto de sí mismo se puede definir como "la estructura del sí mismo", una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la conciencia.

Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los perceptos y conceptos de sí mismos en relación con los demás y con el medio (citado en L'Ecuyer, 1985; Oñate, 1989).

Hamacheck (1981) plantea que el autoconcepto es la parte cognitiva del yo, y la autoestima la parte afectiva del mismo. González (1989) señala que la autoestima es determinada por factores que están en transición con la apariencia física, la imagen corporal, la edad, el grado educativo, etc. (citados por López y Domínguez, 1993).

Las autoras López y Domínguez (1993) en su estudio "Medición de la autoestima en la mujer universitaria" conceptualizaron el autoconcepto como la evaluación cognoscitiva definida como la percepción de las propias características y habilidades, de lo que desea ser y de las expectativas que los demás tienen de él; y en su instrumento se caracterizó por la autopercepción de características y habilidades.

Otros autores Martínez y Montané (1981, citado en Oñate, 1989) definieron la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que él siente hacia sí mismo.

Ahora bien, retomando la satisfacción corporal (tema al que anteriormente nos referimos), ésta es señalada como un buen predictor de la autoestima, es decir, los sujetos con una satisfacción corporal elevada tenderán a estimarse favorablemente en la escala de autoestima de Janis, pero también en las situaciones reales (éxito anticipado en una entrevista para conseguir empleo). Estas relaciones se sostienen aunque se utilicen escalas de autoestima diferentes como lo hacen Kernaleguen y Conrad (1980, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) que obtuvieron unas correlaciones fuertes entre satisfacción corporal y cuatro puntuaciones diferentes de la autoestima, y unas relaciones entre satisfacción corporal y diversos subtests de estas escalas que distinguen diversos aspectos del sí mismo (físico, moral, personal, familiar, social).

3.9 Definición de atributo.

De acuerdo con lo anterior, y con base en los objetivos de esta investigación (uno de ellos es, si existe o no relación entre la autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos) definimos atributo como el adjetivo, la característica, el rasgo o la cualidad de un ser ; en este caso nos estamos refiriendo a la percepción de los propios atributos del individuo, definiéndola como la sensibilidad para conocer las características propias de uno mismo.

CAPITULO IV

PROYECTO DE INVESTIGACION Y METODOLOGIA

4.0 PROYECTO DE INVESTIGACION

4.1 OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue contribuir con el conocimiento de relaciones importantes entre variables asociadas con la Imagen Corporal y que han sido ampliamente documentadas en la literatura internacional como factores psicosociales de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer, y aportar de esta manera, resultados útiles para la prevención de estos problemas en poblaciones tan importantes como lo son los niños, los adolescentes y los jóvenes adultos de nuestro contexto sociocultural.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con nuestro objetivo el interés de esta investigación fue conocer si entre las mujeres adolescentes estudiantas de preparatoria estaba presente el problema de alteración de la imagen corporal y si esto resultaba cierto para la muestra de este estudio, investigar si:

- ¿Existe relacion entre alteración de la imagen corporal y nivel socioeconómico?
- ¿Existe relación entre satisfacción con la imagen corporal y nivel socioeconómico? y si
- ¿Existe relacion entre autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos?

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

4.3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Se consideró como variable independiente el nivel socioeconómico de las adolescentes de este estudio.

Definición Conceptual:

Para los sociólogos Hans Gerth y C. Wright Mills (1963, citados por Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas, 1992) existen "dimensiones" o "claves" de la estratificación socioeconómica, estas dimensiones suministran los elementos necesarios para "calificar a la gente de acuerdo con la oportunidad específica que tiene cada persona de obtener un determinado valor", y son: la ocupación, la situación de clase, definida de manera objetiva como el nivel y fuente de ingresos.

La clase social es igualada a una forma de escalafón socioeconómico, determinado por un número limitado de indicadores que, sumados, la definen. Así, la ocupación, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el tipo de vivienda y área donde se habita, son considerados como la mejor aproximación, la más objetiva, a una definición de la clase a la que pertenece un individuo. De modo tal, que clase social es identificada con nivel socioeconómico (Salazar et al., 1992).

Definición Operacional:

En el presente estudio el nivel socioeconómico se determinó por el ingreso mensual familiar aproximado.

El nivel socioeconómico quedó determinado por las respuestas dadas al reactivo que preguntó por ingreso mensual familiar aproximado.

El nivel socioeconómico se subdividió en:

-Nivel socioeconómico bajo: Se constituyó por los 100 sujetos que declararon un ingreso mensual familiar igual o menor a NS1000.

-Nivel socioeconómico medio: Se constituyó por los 100 sujetos que declararon un ingreso mensual familiar igual o mayor a NS3001. Cabe señalar que este nivel medio también abarcó un nivel socioeconómico medio-alto

4.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

La variable dependiente se definió como la presencia o no de alteraciones de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación).

Definición Conceptual:

La alteración de la imagen corporal se refiere al mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Y por peso real se entiende la medición real u objetiva del peso y talla corporal con los que puede obtenerse el Índice de Masa Corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995a)

Por alteración de la imagen corporal se entiende un efecto de sobreestimación o de subestimación del peso corporal. Es una variable que ha sido bien documentada en la literatura internacional como factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, 1995b).

VARIABLES ASOCIADAS CON IMAGEN CORPORAL:

El índice de Masa Corporal (IMC) o Body Mass Index (BMI) fue ideado por el antropólogo belga Quételet, es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado (peso/talla²).

En el campo de estudio de la imagen corporal suelen distinguirse dos tipos de índice de masa corporal, uno es el IMC Estimado o reportado que se determina con peso y talla estimados o reportados por el sujeto, y el otro es el IMC Real que se obtiene con peso y talla medidos directamente.

Definición Operacional:

Para determinar si existía alteración de la imagen corporal en los sujetos de este estudio, se calcularon el IMC Estimado que, como ya se mencionó anteriormente, se obtuvo con peso y talla estimados o reportados y el IMC Real obtenido con peso y talla medidos directamente.

De la muestra total (200 sujetos) de estudiantes de preparatoria que respondieron al cuestionario y que contestaron peso y estatura estimados o reportados se eligió una submuestra aleatoria sistemática de un 12% (n=24) para establecer peso y estatura reales con una báscula "Torino" peso-persona de 140 kgs. y un estadímetro de madera.

Por consiguiente, de la diferencia del IMC Estimado menos el IMC Real se obtuvo un indicador de alteración de la imagen corporal, que puede ser una sobreestimación cuando la diferencia resulta positiva y una subestimación cuando la diferencia resulta negativa y no alteración cuando el resultado es cero.

Como dato confirmatorio de este indicador de alteración de la imagen corporal se obtuvo también, una diferencia de la Autopercepción del peso corporal (reactivo 28) y el IMC Real, interpretándose de igual manera, como una sobreestimación cuando la diferencia resultó positiva, una subestimación cuando la diferencia resultó negativa y no alteración cuando el resultado hubiese sido cero.

Definición Operacional de los criterios de clasificación del IMC:

Se utilizaron los criterios de clasificación reportados por Saucedo y Gómez Peresmitré (en prensa) derivados del primer estudio de validez diagnóstica del IMC para valorar poblaciones de adolescentes mexicanos. Dichos criterios son:

Escala de Criterios Combinados de IMC(Adolescentes)

Emaciación	<15(*)
Bajo peso	15-18.9(*)
Normal	19-22.9(**)
Sobrepeso	23-27(**)
Obesidad	> 27(**)

*Puntos de corte utilizados por Vargas y Casillas (1993).

**Puntos de corte utilizados por Gómez Pérez-Mitré (1993b).

4.3.3 INTERRELACIÓN DE VARIABLES

También se analizó la interrelación de las variables autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos sin establecer relaciones de independencia-dependencia entre ellas.

Definición Conceptual:

Autopercepción de la imagen corporal es la captación y atribución subjetivas de propiedades y características del propio cuerpo. La imagen corporal se refiere a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992). Estas percepciones evaluativas pueden ser favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo y son agrupadas generalmente bajo el nombre de satisfacción/insatisfacción corporal.

Definición Operacional:

Esta variable agrupó reactivos que exploran la percepción de la imagen corporal de uno mismo, estos son:

- peso deseado (reactivo 16 "¿Qué peso te gustaría tener?")
- satisfacción con la figura corporal (estimación directa, reactivo 17 "¿Cómo te sientes con tu figura?")
- autopercepción del peso corporal en relación con peso ideal (reactivo 18 "Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:")
- autopercepción del peso corporal (estimación directa, reactivo 28 "De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:")

-satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (estimación indirecta) figura corporal actual y figura corporal ideal (reactivos 53 "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquélla que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal" y 181 "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquélla que más te gustaría tener"). En el apartado de instrumentos y aparatos se describen ampliamente estos reactivos.

Los reactivos 16, 17, 18 y 28 tienen 5 opciones de respuesta A, B, C, D y E (Ver Anexo). En los reactivos 16, 18 y 28 las respuestas C indican un punto neutro o la inexistencia de problema, y a mayor distancia de este punto neutro mayor problema, es decir, las respuestas dadas en las opciones A o E indican un mayor problema; en el reactivo 17 las opciones A y B señalan una calificación más baja y positiva, ya que significa una mayor satisfacción con la figura corporal.

Definición Conceptual:

Percepción de los propios atributos. Se entiende por atributo el adjetivo, la característica, el rasgo o la cualidad de un individuo, en esta investigación la percepción de los propios atributos se define como la descripción de uno mismo, en términos de adjetivos, propiedades o características positivas y negativas.

Definición Operacional:

Esta variable se midió con base en las respuestas dadas a la Escala de Autoatribución formada por los reactivos 54 al 88. Esta escala de autoatribución consistió de adjetivos calificativos positivos y negativos con 5 opciones de respuesta (A de 0 a 2, B de 2.1 a 4, C de 4.1 a 6, D de 6.1 a 8 y E de 8.1 a 10). Al igual que en los otros reactivos un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una autoatribución más negativa que un puntaje bajo.

4.4 METODOLOGÍA

4.4.1 DISEÑO

Se utilizó un diseño combinado, uno con 2 grupos de observaciones independientes (diseño intersujeto) y otro de observaciones dependientes o diseño intrasujeto. Por otra parte, el presente estudio fue de tipo exploratorio expost-facto y de campo.

4.4.2 MUESTRA

Para la formación de la muestra de este estudio se seleccionaron 200 estudiantes de la muestra total no probabilística (N=579), los cuales se tomaron de la población femenina de estudiantes que acudían a escuelas preparatorias públicas y privadas del Distrito Federal y de las zonas conurbadas. La muestra se subdividió en dos grupos:

1. Nivel socioeconómico bajo (NSEBajo) n=100 sujetos que declararon un ingreso mensual familiar igual o menor a NS\$1000.
2. Nivel socioeconómico medio (NSEMedio) n=100 sujetos que declararon un ingreso mensual familiar igual o mayor a NS\$3001

De esta muestra de 200 sujetos que respondieron al cuestionario se eligió una submuestra aleatoria sistemática de un 12%, n=24. En las estudiantes de esta submuestra se realizaron 13 mediciones antropométricas de éstas se tomó peso y talla con las que se obtuvo el Índice de Masa Corporal Real (IMC Real). La submuestra se subdividió por nivel socioeconómico como sigue:

1. Nivel socioeconómico bajo n=12 (NSEBajo)
2. Nivel socioeconómico medio n=12 (NSEMedio)

Criterios de inclusión a la muestra:

Todas las sujetos de la muestra fueron mujeres, sin hijos, con ocupación de estudiantes y sin compromisos laborales.

Las edades de las estudiantes tanto de nivel socioeconómico bajo como de nivel socioeconómico medio se encontraron dentro de un rango de 14 a 21 años.

4.4.3 INSTRUMENTOS Y APARATOS.

El presente estudio forma parte de una investigación mayor "Alteraciones de la nutrición y desórdenes del comer: una aportación biopsicosocial en la promoción de la salud" (Proyecto PAPIIT, 1995) para la que se construyó un cuestionario que se ha venido aplicando y sometiendo a prueba desde 1993. De este cuestionario se tomaron los reactivos que exploran las variables involucradas en la solución del problema de investigación del presente estudio.

Este instrumento se ajusta a un cuestionario de formato mixto constituido por preguntas cerradas, dicotómicas y escalares con 5 opciones de respuesta. Las respuestas se dieron en hojas de respuesta para lector óptico.

El instrumento utilizado en la presente investigación consta de 50 reactivos (Ver anexo) que exploraron las siguientes áreas:

Datos sociodemográficos (Ver Anexo Reactivos del 2 al 10).

Autopercepción de la Imagen Corporal. - Esta variable reunió reactivos que exploran la percepción de la imagen corporal de uno mismo, se midió con base en los siguientes reactivos:

-16" ¿Qué peso te gustaría tener?" (peso deseado)

- 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.

-17" ¿Cómo te sientes con tu figura?" (satisfacción con la figura corporal, estimación directa)

- A) Muy satisfecha.
- B) Satisfecha.
- C) Indiferente.
- D) Insatisfecha.
- E) Muy insatisfecha.

-18"Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:" (autopercepción del peso corporal en relación con peso ideal)

- 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.

-28"De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:" (autopercepción del peso corporal, estimación directa)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| A)Obesa | Muy gorda |
| B)Con sobrepeso | Gorda |
| C)Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D)Peso por abajo de lo normal | Delgada |
| E)Peso muy por abajo de lo normal | Muy delgada |

Forma de calificación: Estos reactivos tienen 5 opciones de respuesta. En los reactivos 16 y 28 estas opciones de respuesta se calificaron de la siguiente manera: A=+2, B=+1, C=0, D=-1 y E=-2; en el reactivo 17 se calificaron como sigue: A=1, B=2, C=3, D=4 y E=5; y en el reactivo 18 se calificaron así: A=-2, B=-1, C=0, D=+1 y E=+2. En los reactivos 16, 18 y 28 las respuestas C=0 indican un punto neutro o la inexistencia de problema, y a mayor distancia de este punto neutro mayor problema, es decir, las respuestas dadas en las opciones A o E indican un mayor problema; en el reactivo 17 las opciones A y B señalan una calificación más baja y positiva, que significa una mayor satisfacción con la figura corporal

-Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (estimación indirecta).-Reactivos 53"Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal" y 181"Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener".

Estos dos reactivos constan de nueve siluetas femeninas. Las nueve siluetas fueron ideadas a partir de una figura humana que aparece en los textos de anatomía y por medio de la computadora se realizaron aumentos y disminuciones en las zonas corporales en las que por lo general se acumula más grasa en la mujer.

Las siluetas se distribuyen dentro de un rango que va desde demasiado delgada hasta demasiado obesa. Cada figura mide 4.2 cms X 3.8 cms, la figura se encuentra de frente, de cabeza a rodillas y están acomodadas en tres renglones por tres columnas y el orden en el que aparecen es al azar, cada una tiene una letra de la A a la I, en el reactivo 53 la letra B es la figura original del texto de anatomía, la figura F es la más delgada y la figura G la más obesa. En el reactivo 181 las figuras tienen un orden al azar diferente, siendo la figura I la figura original del texto de anatomía, la figura G es la más delgada y la figura H es la más obesa y su ubicación en el cuestionario está distante a la anterior.

Forma de calificación: En cada uno de los reactivos se organizaron las opciones de respuesta como sigue: en el reactivo 53 el orden fue de: F=1 demasiado delgada, H=2 muy delgada, A=3 delgada, I=4 bajo peso, B=5 peso normal, D=6 sobrepeso, C=7 obesa, E=8 muy obesa, G=9 demasiado obesa. En el reactivo 181 el orden fue de: G=1 demasiado delgada, E=2 muy delgada, C=3 delgada, A=4 bajo peso, I=5 peso normal, B=6 sobrepeso, D=7 obesa, F=8 muy obesa, H=9 demasiado obesa.

Se obtuvo una diferencia de la figura elegida en el reactivo 53 (figura corporal actual) menos la figura elegida en el reactivo 181 (figura corporal ideal) y esta diferencia positiva o negativa se definió como la insatisfacción con la figura corporal. La satisfacción se definió como no diferencias, es decir, cuando la figura actual menos la figura ideal es igual a 0. También puede decirse en el caso de obtenerse diferencias positivas o negativas que a menor diferencia mayor satisfacción y a mayor diferencia menor satisfacción, es decir, mayor insatisfacción.

Se obtuvieron correlaciones altamente significativas entre los reactivos 16, 17, 18, 28, 53 y 181 así como también, se determinó la confiabilidad de consistencia interna por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach para estos reactivos que exploran la percepción de la imagen corporal de uno mismo, obteniéndose un coeficiente de consistencia interna Alpha significativo = .8120. El reactivo 181 quedó

aislado, no entró en la escala de Auto percepción de la imagen corporal porque está midiendo otra cosa, no mide auto percepción en tanto se pide al sujeto elija su figura ideal.

Percepción de los propios atributos.- Reactivos del 54 al 88. Esta escala de auto atribución consistió de adjetivos calificativos positivos y negativos con 5 opciones de respuesta, en los que el sujeto contestó dentro de un rango de:

- A de 0 a 2
- B de 2.1 a 4
- C de 4.1 a 6
- D de 6.1 a 8
- E de 8.1 a 10

Forma de calificación: Estos reactivos se calificaron de tal manera que un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una auto atribución más negativa y un puntaje bajo señala una auto atribución más positiva. Se aplicó un análisis factorial a esta escala de auto atribución obteniéndose finalmente 4 factores que explicaron el 44.2% de varianza total y una Alpha total= .8321.

De las mediciones antropométricas que se obtuvieron en la "submuestra médica" se tomaron para el presente estudio el peso y la talla medidos directamente con los que se calculó el índice de Masa Corporal Real. Los procedimientos que siguió el equipo médico se ajustaron a las técnicas internacionalmente recomendadas (Galván, 1992) para asegurar la confiabilidad de tales mediciones.

Para la medición del peso se utilizó una báscula "Torino" peso persona de 140kg. y para medir la estatura se construyó un estadímetro de madera.

Las adolescentes fueron pesadas de pie, sin zapatos y con la menor ropa posible, sobre la báscula peso-persona. Esta se calibraba cada 5 sujetos con un peso conocido (pesa de 3 kg.) y utilizando el tornillo lateral para mantenerla perfectamente balanceada.

Para medir la estatura se ponía a la adolescente de pie, sin zapatos, con los pies paralelos ligeramente separados de las puntas, con los talones, las nalgas y los hombros, así como la parte superior de la cabeza en una misma línea vertical. La cabeza debía mantenerse levantada y el borde inferior de la órbita de los ojos tenía que permanecer en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo. Los brazos quedaban rectos y distendidos a uno y otro lado del cuerpo. La cabecera del estadímetro se bajaba hasta topar con la parte alta de la cabeza, tomando en cuenta el espesor y arreglo del cabello.

Para determinar si existía alteración de la imagen corporal en los sujetos de este estudio, se calcularon el IMC Estimado que se obtuvo con peso y talla estimados o reportados, y el IMC Real obtenido con peso y talla medidos directamente. De la diferencia del IMC Estimado menos el IMC Real se obtuvo un indicador de alteración de la imagen corporal, que puede ser una sobreestimación cuando la diferencia resulta positiva y una subestimación cuando la diferencia resulta negativa y no alteración cuando el resultado es cero.

Como un dato confirmatorio de este indicador de alteración de la imagen corporal se obtuvo también, una diferencia de la autopercepción del peso corporal (reactivo 28 "De acuerdo con la siguiente escala tú te consideras:") menos el IMC Real, interpretándose de igual manera, como una sobreestimación cuando la diferencia resultó positiva, una subestimación cuando la diferencia resultó negativa y no alteración cuando el resultado hubiese sido cero.

4.4.4 PROCEDIMIENTO

Se acudió a las escuelas preparatorias para solicitar su colaboración en esta investigación. Ya con la autorización de los directivos de las mismas, se solicitó la participación voluntaria de las alumnas en los salones de clase. Para la aplicación colectiva del instrumento se dió la siguiente instrucción:

En la Facultad de Psicología de la UNAM, se está llevando a cabo una investigación en relación con la alimentación y la salud integral (física y psicológica) de las estudiantes de preparatoria. Toda la información que ustedes proporcionen es confidencial con fines exclusivos de investigación, por lo cual se guardará el anonimato absoluto.

De la aplicación del instrumento se encargó un pequeño grupo de encuestadoras que fueron entrenadas para tal propósito y supervisadas por la responsable de la recolección de datos.

CAPITULO V

RESULTADOS

Una vez aplicado el instrumento a la muestra formada por 200 sujetos de sexo femenino (100 nivel socioeconómico bajo y 100 nivel socioeconómico medio) de 14 a 21 años de edad, sin hijos y sin compromisos laborales, se capturaron los datos y se procesaron con el paquete SPSS-PC (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión para Windows) obteniéndose los siguientes resultados.

-Nivel Socioeconómico.

El Nivel Socioeconómico Bajo (NSEBajo) se determinó por un ingreso mensual familiar aproximado igual o menor a NS1000, las 100 adolescentes que declararon un ingreso igual o menor a NS1000 formaron este grupo.

En el caso del Nivel Socioeconómico Medio (NSEMedio) se determinó por un ingreso mensual familiar aproximado igual o mayor a NS3001; de las 100 adolescentes que formaron este grupo 21 de ellas declararon un ingreso mensual familiar de NS3001 a 5000, 42 adolescentes declararon un ingreso mensual familiar de NS5001 a 7000, 14 adolescentes declararon un ingreso mensual familiar de NS7001 a 9000, y 23 adolescentes declararon un ingreso mensual familiar de NS9001 o más (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias del Nivel Socioeconómico

Ingreso Mensual Familiar	NSEBajo	NSEMedio
NS1000 o menos	100	
NS3001 a 5000		21
NS5001 a 7000		42
NS7001 a 9000		14
NS9001 o más		23

-Edad.

El promedio de edad de la muestra total (200 sujetos) fue de 16.33 años con una desviación estándar de 1.48, mientras que el promedio de edad del grupo NSEBajo fue de 16.46 años con una desviación estándar de 1.69 y el promedio de edad del grupo NSEMedio fue de 16.21 años con una desviación estándar de 1.24 (Ver tabla 2).

Tabla 2. Distribución de Porcentajes de Edad, Medias y Desviación Estándar

Edad	NSEBajo	NSEMedio	Muestra Total
14	7	3	5
15	29	31	30
16	21	27	24
17	17	25	21.5
18	15	21	15
19	6	8	4.5
20	1	2	1.5
21	4	1	2.5
Total %	100	100	100
Media	16.46	16.21	16.33
DS	1.69	1.24	1.48

-"Actualmente vives con..."

Del grupo NSEBajo 91% de las adolescentes respondió vivir actualmente con la familia nuclear (padres y hermanos), 8% respondió vivir con el padre o la madre, y 1% respondió vivir sola.

Del grupo NSEMedio 90% de las adolescentes respondió vivir en ese momento con la familia nuclear (padres y hermanos), 7% respondió vivir con el padre o la madre, y 3% respondió vivir con hermano (s) (Ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 3. "Actualmente vives con"

	NSEBajo	NSEMedio
Familia Nuclear	91	90
Padre o Madre	8	7
Hermano (s)		3
Esposa o Pareja		
Sola	1	
Amigo (s)		
Total %	100	100

-"Edad de tu primera menstruación".

Como puede verse en la Tabla 4, el 33% de las adolescentes del NSEBajo declaró la edad de su primera menstruación entre 9 y 11 años, 65% respondió que su primera menstruación se produjo entre 12 y 14 años mientras que el 2% declaró que la edad de su primera menstruación ocurrió entre los 15 y 17 años.

De la misma manera, en porcentajes similares respondieron las adolescentes del NSEMedio: 27% declaró la edad de su primera menstruación de 9 a 11 años, 70% contestó que su primera menstruación se produjo entre los 12 y 14 años, y 3% respondió entre los 15 y 17 años (Ver tabla 4).

Tabla 4. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al ítem 4 "Edad de tu primera menstruación"

	NSEBajo	NSEMedio
1. Menos de 9 años		
2. 9 a 11 años	33	27
3. 12 a 14 años	65	70
4. 15 a 17 años	2	3
5. 18 a 20 años		
6. 21 o más		
Total %	100	100

Utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney se comparó el grupo de adolescentes que contestó a "edad de tu primera menstruación" dentro del rango de 9 a 11 años con el grupo que contestó dentro del rango de 15 a 17 años en cada uno de los factores de la escala de autoatribución para determinar si existía una relación entre un temprano desarrollo puberal y una imagen y autoestima más positivas de sí mismas, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos como lo muestran los siguientes resultados:

Con respecto al Factor 1 $U=130.0$; $Z=-.4385$; $P=.6611$; Factor 2 $U=125.0$; $Z=-.5649$; $P=.5721$; Factor 3 $U=144.0$; $Z=-.0881$; $P=.9298$; y al Factor 4 $U=146.5$; $Z=-.0253$; $P=.9798$.

-Vida sexual activa.

Del grupo NSEBajo 96% de las adolescentes respondió no tener o haber tenido vida sexual activa y 4% respondió que si tiene o ha tenido vida sexual activa.

Mientras que del grupo NSEMedio 78% respondió no tener o haber tenido vida sexual activa y 20% respondió afirmativamente (Ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 5: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

	NSEBajo	NSEMedio
1. No	96	78
2. Si	4	20
Total %	100	98

-"¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?"

A esta pregunta 91% de las adolescentes del grupo NSEBajo respondió que los padres (uno o los dos), 4% respondió que ellas y padre y/o madre, y 5% respondió que ellas, hermanos y/o padres.

De manera similar, 89% de las adolescentes del grupo NSEMedio respondió que los padres (uno o los dos) eran los que aportaban al ingreso mensual familiar, 7% respondió que ellas y padre y/o madre eran quienes aportaban al ingreso mensual familiar y el 4% restante respondió que ellas, hermanos y/o padres (Ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 8: ¿Quién o quienes aportan al ingreso mensual familiar?

	NSEBajo	NSEMedio
1. Padres (uno o los dos)	91	89
2. Tu y Padre y/o Madre	4	7
3. Tu		
4. Tu y Pareja		
5. Tu, Hermanos y/o Padres	5	4
6. Esposo o Pareja		
Total %	100	100

-"Años de estudio de tu padre:"

El 21.9% del grupo NSEBajo respondió que los años de estudio del padre eran menos de 6 años, esto es, primaria incompleta; 18.8% contestó de 6 a 8 años, es decir, de primaria completa a segundo año de secundaria; 28.1% declaró de 9 a 11 años (de secundaria completa a segundo año de preparatoria o bachillerato); 10.4% respondió de 12 a 14 años (de preparatoria o bachillerato completo a segundo año de estudios superiores o profesionales); 11.5% respondió de 15 a 17 años (de tercer año de estudios superiores hasta una carrera profesional completa); sólo un 9.4% de las estudiantes contestó que los años de estudio del padre eran 18 o más años.

En porcentajes opuestos a los anteriores, en el grupo NSEMedio un 5% respondió menos de 6 años; 5% contestó de 6 a 8 años; 12% declaró de 9 a 11 años; 17% respondió de 12 a 14 años; 26% declaró de 15 a 17 años; y 35% contestó de 18 años o más, es decir, estudios de posgrado (Ver tabla 7).

-"Años de estudio de tu madre:"

Un 25.5% del NSEBajo respondió que los años de estudio de la madre eran menos de 6 años (primaria incompleta); 28.6% declaró de 6 a 8 años; 20.4% contestó de 9 a 11 años; 12.2% declaró de 12 a 14 años; 9.2% respondió de 15 a 17 años, y un 4.1% contestó de 18 años o más (estudios de posgrado).

Por el contrario, con porcentajes diferentes el grupo NSEMedio respondió a este reactivo, un 3% declaró menos de 6 años; 13% contestó de 6 a 8 años; 23% respondió de 9 a 11 años; 19% respondió de 12 a 14 años; 19% declaró de 15 a 17 años; y 23% contestó de 18 años o más (Ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución en Porcentajes de Las respuestas dadas a los Reactivos 9 y 10, referentes a la Escolaridad del Padre y de la Madre

	Padre		Madre	
	NSEBajo	NSEMedio	NSEBajo	NSEMedio
1. Menos de 6 años	21.0	5	25.2	3
2. De 6 a 8 años	18.8	7	28.6	13
3. De 9 a 11 años	28.1	12	20.4	23
4. De 12 a 14 años	10.4	12	12.2	19
5. De 15 a 17 años	11.5	26	10.2	19
6. 18 años o más	9.4	33	1.1	23
Total %	100	100	100	100
Media	2.99	4.59	2.63	3.67
DS	1.57	1.45	1.43	1.40

-Peso y Estatura estimados o reportados.

El promedio o media de peso y estatura estimados de la muestra total (200 sujetos) fue de 55.456 kilogramos con una desviación estándar de 8.21 y 1.59 metros con una desviación estándar de .069 respectivamente. Mientras que la media de peso y estatura estimados del grupo NSEBajo fue de 54.089 kilogramos con una desviación estándar de 7.64 y 1.57 metros con una desviación estándar de .068 respectivamente. La media de peso y estatura estimados del grupo NSEMedio fue de 56.856 kilogramos con una desviación estándar de 8.57 y 1.62 metros con una desviación estándar de .063.

Peso y Estatura reales.

La media de peso y estatura reales de la submuestra (n=24) fue de 57.550 kilogramos con una desviación estándar de 7.78 y 1.57 metros con una desviación estándar de .051 respectivamente. Las medias de peso y estatura reales del grupo NSEBajo fueron de 56.958 kilogramos con una desviación estándar de 6.07 y 1.57 metros con una desviación estándar de .042. Mientras que las medias de peso y estatura reales del grupo NSEMedio fueron de 58.141 kilogramos con una desviación estándar de 9.44 y 1.57 metros con una desviación estándar de .060 respectivamente.

En la Tabla 10 pueden verse las medias de peso y estatura estimados de la muestra total y por nivel socioeconómico así como también las medias de peso y estatura reales de la submuestra y por nivel socioeconómico. En la Figura 1 se muestran las medias de peso estimado y real y en la Figura 2 las medias de estatura estimada y real.

Fig. 1 Medias de Peso Estimado y Real

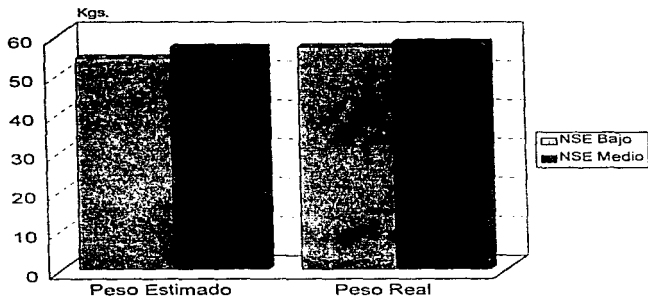
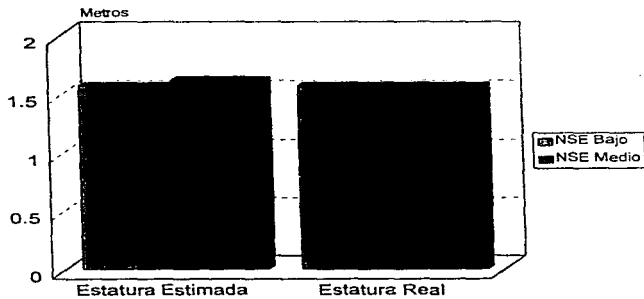


Fig. 2 Medias de Estatura Estimada y Real



-IMC Estimado.

De los pesos y estaturas estimados de la muestra total (200 sujetos) se obtuvo un IMC Estimado, siendo la media de 21.730 con una desviación estándar 2.99, la media de la submuestra (24 sujetos) fue de 21.165 con una desviación estándar de 1.81, mientras que la media del IMC Estimado del grupo NSEBajo fue de 21.819 con una desviación estándar de 2.97 y la media del IMC Estimado del grupo NSEMedio fue de 21.639 con una desviación estándar de 3.03.

En la Tabla 8 puede apreciarse la distribución en porcentajes del IMC Estimado (de acuerdo con la Escala de Criterios Combinados validada) de los dos niveles socioeconómicos, así como de la muestra total y de la submuestra.

Tabla 8. Distribución en Porcentajes del IMC Estimado de acuerdo con la Escala de Criterios Combinados de IMC validada en poblaciones de adolescentes mexicanos (Sancti Spiritus y Gómez Farfante, en prensa)

Categoría	Puntos de Corte	NSEBajo	NSEMedio	Muestra total	Submuestra
Emaciación	< 15	0	0	0	0
Bajo peso	15-18.9	14	12	13	12
Normal	19-22.9	39	63	61	17
Sobrepeso	23-26.9	21	18	19.5	21
Obesidad	> 27	0	0	0	0
Total %		100	98	99	100
Media		21.819	21.639	21.730	21.165
DS		2.97	3.03	2.99	1.81

-IMC Real.

De igual manera, con los pesos y estaturas reales de la submuestra (n=24) se obtuvo un IMC Real, siendo la media de 23.157 con una desviación estándar de 2.90, mientras que del grupo NSEBajo se obtuvo también un IMC Real siendo la media de 22.998 con una desviación estándar de 2.18 y del grupo NSEMedio la media del IMC Real fue de 23.316 con una desviación estándar de 3.58.

En la Tabla 9 puede verse la distribución en porcentajes del IMC Real (de acuerdo con la Escala de Criterios Combinados validada) del nivel bajo, del nivel medio y de la submuestra total.

Tabla 9. Distribución en Porcentajes del IMC Real de acuerdo a la Escala de Criterios Combinados de IMC validada en poblaciones de adolescentes mexicanos (Saucedo y Gómez Peresmité, en prensa)

Categoría	Puntos de Corte	NSEBajo	NSEMedio	Submuestra
Imacuación	<15	0	0	0
Bajo peso	15-18.9	0	0	0
Normal	19-22.9	58.1	66.4	62.25
Sobrepeso	23-26.9	35.2	8.3	20.75
Obesidad	>27	8.3	24.3	16.6
Total %		99.6	99.6	99.6
Media		22.998	23.316	23.137
DS		2.78	4.58	2.99

En la Tabla 10 y en la Figura 3 pueden apreciarse las medias del IMC Estimado y del IMC Real para los dos niveles socioeconómicos.

Como ya se mencionó de la diferencia del IMC Estimado menos el IMC Real se obtuvo un indicador de alteración de la imagen corporal, que puede ser una sobreestimación cuando la diferencia resulta positiva y una subestimación cuando la diferencia resulta negativa. Como puede verse en la Tabla 10 la media de esta diferencia de la submuestra (n=24) fue de -1.992 con una desviación estándar de 2.17, que señala la presencia de una subestimación del peso corporal en las adolescentes. Mientras que, la media de esta diferencia del grupo NSEBajo fue de -1.376 con una desviación estándar de 1.72 y la del grupo NSEMedio fue de -2.609 con una desviación estándar de 2.46.

Tabla 10. Promedios de Peso y Talla Estimados y Reales, Promedio de IMC Estimado y Real y la Diferencia Promedio IMC Estimado - IMC Real

	Medias			
	NSEBajo	NSEMedio	Muestra Total	Submuestra
Peso Estimado	54.089	56.856	55.458	
Estatura Estimada	1.57	1.52	1.59	
Peso Real	56.958	58.141		57.550
Estatura Real	1.57	1.57		1.57
IMC Estimado	21.819	21.639	21.730	21.164
IMC Real	23.098	23.316		23.157
IMC E - IMC R	-1.376	-2.609		-1.992

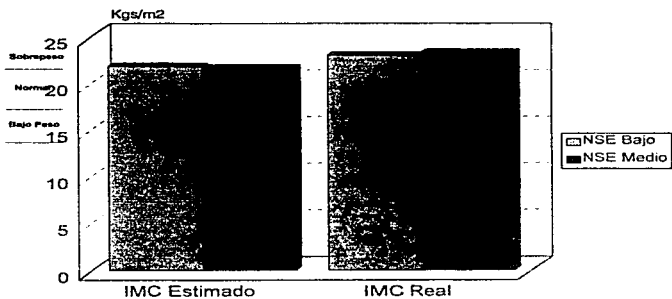
También en la Tabla 11 puede apreciarse la distribución de las diferencias del IMC Estimado menos el IMC Real del nivel socioeconómico bajo y del nivel socioeconómico medio. Los porcentajes señalan que un 84% de la submuestra total subestimó su peso y sólo un 16% sobreestimó su peso.

Tabla 11. Distribución de la diferencia del IMC Estimado menos el IMC Real

IMC E-IMC R	IMC E-IMC R
Nivel bajo	Nivel medio
-4.71	-8.40
-3.05	-4.50
-2.09	-4.11
-2.27	-4.07
-1.71	-3.26
-1.54	2.24
-1.13	2.02
-.75	-1.58
-.26	-1.14
-.12	-.68
.44	.29
1.57	.30
<i>Media = -1.37*</i>	<i>Media = -2.60*</i>
<i>DS = 2.22</i>	<i>DS = 2.76</i>

Se obtuvo la correlación entre el IMC Estimado y el IMC Real que mostró una correlación positiva altamente significativa .6660 $P=.000$

Fig. 3 Medias de IMC Estimado y Real



-Autopercepción de la imagen corporal.

Esta variable agrupó reactivos que exploran la percepción de la imagen corporal de uno mismo.

A continuación se describen los porcentajes de las respuestas dadas a los reactivos 16, 17, 18 y 28 tanto de la muestra total como por nivel socioeconómico.

Tabla 12. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 16: ¿Que peso te gustaría tener? (peso deseado)

	NSMBaja	NSMMedio	Muestra total
A)Mucho menor del que actualmente tengo	13	17	15
B)Menor del que actualmente tengo	33	41	33
C)El mismo que tengo	34	34	34
D)Más alto del que actualmente tengo	18	8	11
E)Mucho más alto del que actualmente tengo	1	0	1
Total	100	100	100
Media	27,6	27,3	27,1
Ds	9,16	8,35	8,87

En esta distribución de porcentajes se aprecia que a las adolescentes les gustaría tener un peso menor y mucho menor del que tenían en ese momento (entre un 52 y 58%) y sólo a un 34% les gustaría tener el mismo peso que tenían en ese momento.

Tabla 13. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 17: ¿Como te sientes con tu figura? (satisfacción con la figura corporal, estimación direccional)

	NSMBaja	NSMMedio	Muestra total
A)Muy satisfecha	35	28	31
B)Satisfecha	49	50	50
C)Indiferente	13	0	12
D)Disatisfecha	28	27	28
E)Muy insatisfecha	7	7	7
Total	100	100	100
Media	27,7	26,7	27,3
Ds	11,7	11,3	11,06

Estos resultados muestran que entre un 54 y 60% de las adolescentes se sienten satisfechas y muy satisfechas con su figura mientras que un 31% se sienten insatisfechas y muy insatisfechas con su figura.

Para comparar las adolescentes del NSEBajo con las del NSEMedio con respecto a la satisfacción con la figura corporal se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney no encontrándose diferencias estadísticamente significativas $U=4688.5$; $Z=-.8228$; $P=.4106$

Tabla 14. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 18^o con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dadas que te encuentras "fuera de proporción del peso corporal en relación con peso ideal"

	NSEBajo	NSEMedio	Muestra total
A)Muy por abajo de el	4	1	5
B)Por abajo de el	20	24	44
C)Estas en tu peso ideal	33	31	62
D)Por arriba de el	38	40	71
E)Muy por arriba de el	5	5	10
TotalP%	100	100	100
Muestra	32.3	32.3	62.2
Ds	9.54	9.54	19.7

Entre un 43 y 45% de las adolescentes respondieron que se encuentran por arriba y muy por arriba de su peso ideal, y en un porcentaje considerablemente menor a éste, entre 31 y 33% de las adolescentes declararon que se encuentran en su peso ideal.

Tabla 15. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 28^o de acuerdo con la siguiente escala, tu te consideras "autopercepción del peso corporal, estimación directa"

	NSEBajo	NSEMedio	Muestra total
A)C)Pesa	2	3	5
B)C)Con sobrepeso	19	15	34
C)C)Con peso normal	51	56	104
D)E)Pesa por abajo de lo normal	26	26	56
E)E)Pesa muy por abajo de lo normal	2	3	5
TotalP%	100	100	100
Muestra	32.3	32.3	62.2
Ds	7.82	7.71	15.7

Estos resultados señalan que entre un 51 y 56% de las adolescentes se consideran con peso normal, mientras que sólo entre un 15 y 21% se consideran con sobrepeso y obesidad, y entre un 28 y 29% se consideran con peso por abajo y muy por abajo de lo normal

Para confirmar el indicador de alteración de la imagen corporal obtenido a partir del IMC Estimado menos el IMC Real, se obtuvo también, una diferencia de la Autopercepción del peso corporal medida con el reactivo 28 (y que es la estimación subjetiva que el sujeto hace de su cuerpo) menos el IMC Real, interpretándose como una sobreestimación cuando la diferencia resulta positiva, como una subestimación cuando la diferencia resulta negativa, y no alteración cuando el resultado es cero.

Como resultado de esta diferencia la media de la submuestra ($n=24$) fue de $-.417$ con una desviación estándar de $.717$, mientras que la media de esta diferencia del NSEBajo fue de $-.417$ con una desviación estándar de $.515$ y la media del NSEMedio fue de $-.417$ con una desviación estándar de $.900$.

Estos resultados confirman la subestimación de la imagen corporal en las adolescentes del presente estudio. En la Tabla 16 se describe la distribución en porcentajes de la diferencia de la Autopercepción del peso corporal menos el IMC Real; para comparar estas dos variables se igualaron las 5 opciones de respuesta del reactivo 28 con los rangos del IMC Real. Los porcentajes indican que un 45.9% subestimó su imagen corporal, mientras que un 8.3% sobreestimó y el 45.8% no presentó alteración de la imagen corporal.

Tabla 16. Distribución en Porcentajes de la diferencia de la Autopercepción del peso corporal menos el IMC Real

Autopercep. - IMC Real	NSEBajo	NSEMedio	Submuestra
< -2.0	0	8.3	4.2
-1.0	41.7	41.7	41.7
.00	38.5	45.8	45.8
1.0	0	16.7	8.3
Total %	100	100	100
Media	-.417	-.417	-.417
DS	.515	.900	.717

-Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal.

Como ya se definió en el apartado 4.3.3 la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (estimación indirecta) forma parte de la autopercepción de la imagen corporal. Se midió con base en las respuestas dadas a los reactivos 53 y 181. Con los cuales, se obtuvo una diferencia de la figura elegida en el

reactivo 53 (figura corporal actual) y la figura elegida en el reactivo 181 (figura corporal ideal), ésto se interpretó como sigue: figura actual - figura ideal=0=satisfacción; diferencias positivas o negativas = insatisfacción, también se consideró que a menor diferencia mayor satisfacción y a mayor diferencia menor satisfacción(Ver Tabla 19)

A continuación se muestran las distribuciones en porcentajes de las respuestas dadas a los reactivos 53 y 181 de los dos niveles socioeconómicos y de la muestra total:

Tabla 17. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 53 "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal"(figura actual).

Siluetas	NSE/Bajo	NSE/Medio	Muestra total
F=1 demasiado delgada	0	0	1
H=2 muy delgada	0	0	0
A=3 delgada	17	23	20
I=4 bajo peso	17	14	17
B=5 peso normal	43	37	38
D=6 sobrepeso	13	14	14
C=7 obesa	3	3	3
F=8 muy obesa	3	0	3
G=9 demasiado obesa	0	0	0
Total%	100	100	100
Media	4.37	4.58	4.44
DS	1.51	1.52	1.52

Esta distribución indica que entre un 37 y 40% de las adolescentes eligieron una figura actual con peso normal, mientras que entre un 42 y 45% de ellas eligieron una figura dentro de un rango que va desde bajo peso hasta demasiado delgada y por el contrario, entre un 15 y 21% de las adolescentes eligieron una figura actual dentro del rango de sobrepeso hasta demasiado obesa (Ver Figura 9).

Tabla 18. Distribución en Porcentajes de las respuestas dadas al Reactivo 181 "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener"(figura ideal).

Siluetas	NSE/Bajo	NSE/Medio	Muestra total
G=1 demasiado delgada	0	0	1
F=2 muy delgada	4	2	3
C=3 delgada	13	21	17
A=4 bajo peso	0	0	0
B=5 peso normal	19	13	16
H=6 sobrepeso	0	0	1
D=7 obesa	0	1	0
F=8 muy obesa	0	1	0
H=9 demasiado obesa	0	0	0
Total%	100	100	100
Media	4.22	4.58	4.05
DS	1.58	1.53	1.57

Estos resultados señalan que entre un 13 y 19% de las adolescentes quieren tener una figura ideal con peso normal, en cambio porcentajes considerablemente elevados entre un 79 y 85% de ellas quieren tener una figura dentro de un rango que va desde bajo peso hasta demasiado delgada y por otro lado, sólo un 2% quieren tener una figura dentro del rango de sobrepeso hasta demasiado obesa (Ver Figura 10).

En la Tabla 19 se describe la distribución en porcentajes de la diferencia de la figura actual (reactivo 53) menos la figura ideal (reactivo 181) por nivel socioeconómico y de la muestra total. Los porcentajes señalan que sólo un 17% de las adolescentes se sienten satisfechas con su imagen corporal, mientras que un 27.5% de las adolescentes tuvieron diferencias negativas y un 55.5% de las adolescentes presentaron diferencias positivas, lo que significa en ambos casos insatisfacción con la imagen corporal.

Tabla 19. Distribución en Porcentajes de la diferencia de la figura actual(reactivo 53) menos la figura ideal(reactivo 181).

Fig. Actual-Fig. Ideal	NSE Bajo	NSE Medio	Muestra total
-4.00	1.1	0	1
-3.00	2.1	0	1
-2.00	2.5	2.0	4
-1.00	18.9	21.4	20
.00	13.7	20.4	19
1.00	34.7	32.7	34
2.00	12.6	12.2	12
3.00	6.8	7.1	7
4.00	1.1	3.1	3
5.00	0	1.3	1
Total %	100	100	100
Media	1.77	2.02	2.28
DS	1.55	1.42	1.49

Fig. 9 Distribución de la Figura Actual

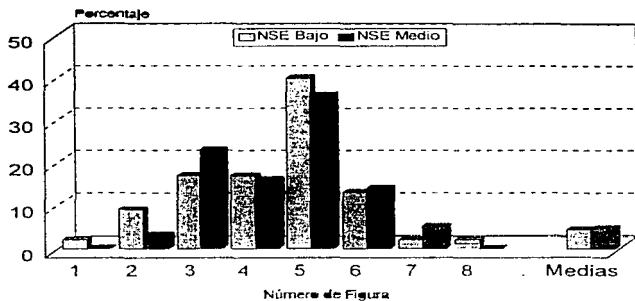
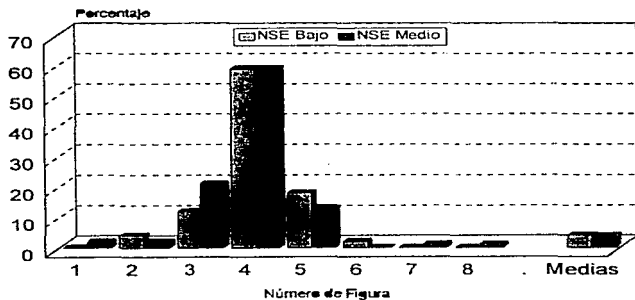


Fig. 10 Distribución de la Figura Ideal



Como puede verse en la Figura 4 la media de la insatisfacción con la figura corporal en el grupo NSEBajo fue de .347 con una desviación estándar de 1.55, lo que indica un menor grado de insatisfacción, y en el grupo NSEMedio fue de .704 con una desviación estándar de 1.42, lo que señala un mayor grado de insatisfacción. Aunque, no fueron significativas las diferencias entre los dos niveles socioeconómicos.

Se obtuvieron correlaciones altamente significativas entre los reactivos 16, 17, 18, 28, 53 y 181 así como también, se determinó la confiabilidad de consistencia interna por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach para estos reactivos que exploran la percepción de la imagen corporal de uno mismo, obteniéndose un coeficiente de consistencia interna Alpha significativo= .8120. El reactivo 181 quedó aislado, no entró en la escala de Autopercepción de la imagen corporal porque está midiendo otra cosa, no mide autopercepción en tanto se pide al sujeto elija su figura ideal.

-Satisfacción con la imagen corporal y nivel socioeconómico.

Para analizar si existía relación entre la satisfacción con la figura corporal (obtenida de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal) y el nivel socioeconómico se utilizó la prueba t de Student estableciéndose las siguientes hipótesis estadísticas:

$$H_0, \text{MediaNSEBajo} = \text{MediaNSEMedio} = 0$$

$$H_1, \text{MediaNSEBajo} \neq \text{MediaNSEMedio} = 0$$

Se obtuvieron los siguientes resultados:

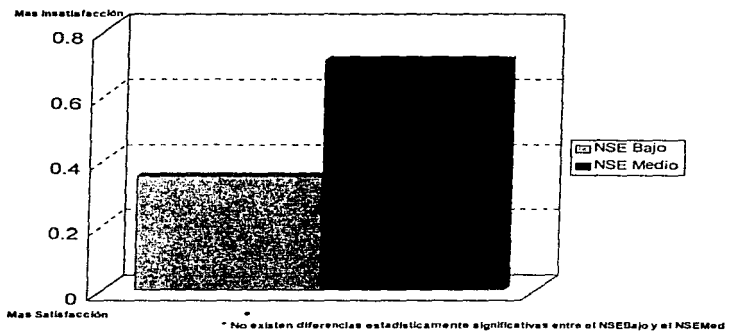
$$\text{MediaNSEBajo} = .347, \text{DS} = 1.55$$

$$\text{MediaNSEMedio} = .704, \text{DS} = 1.42$$

$$t(191) = 1.66, P = .098$$

De acuerdo con estos resultados se rechazó la H_1 , y se aceptó la H_0 . Es decir, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias (Ver Figura 4)

Fig. 4 Medias de Satisfacción/Insatisfacción con la Figura Corporal



Tomando en cuenta la naturaleza de los datos se procedió a utilizar también pruebas paramétricas además de las estadísticas descriptivas. Estas pruebas dependen de algunos supuestos acerca de la población a partir de la cual se extraen las muestras, estos son: a) los puntajes de la población se distribuyen en forma normal, b) la homogeneidad de varianzas, es decir, existe la suposición de que las varianzas son homogéneas dentro de los grupos y dentro de los límites de las variaciones al azar y c) medición intervalar, este supuesto se encuentra detrás de las operaciones aritméticas de suma, resta, multiplicación y división; las pruebas paramétricas, como la F y la t, dependen de este supuesto (Kerlinger, 1988).

-Alteración de la imagen corporal y nivel socioeconómico.

Para analizar la variable alteración de la imagen corporal y comparar por nivel socioeconómico se establecieron las siguientes hipótesis estadísticas:

H_0 , MediaNSEBajo = MediaNSEMedio = 0

H_1 , MediaNSEBajo \neq MediaNSEMedio = 0

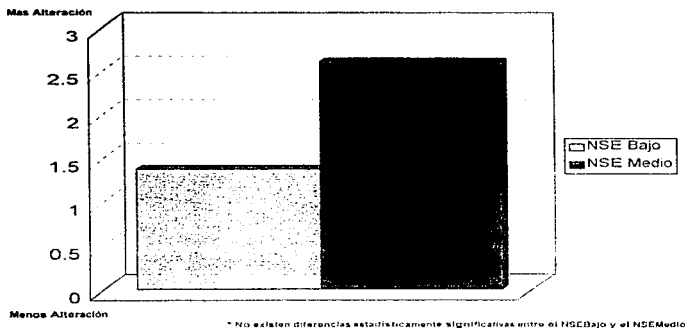
MediaNSEBajo = 1.37, DS = 1.72

MediaNSEMedio = 2.60, DS = 2.46

$t(22) = 1.42$, $P = .170$

Con base en estos resultados se aceptó la H_0 , es decir, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la alteración de la imagen corporal entre las adolescentes del NSEBajo y las adolescentes del NSEMedio y se rechazó por lo tanto la hipótesis alterna (Ver Figura 5).

Fig. 5 Alteración de la Imagen Corporal (IMC E - IMC R)



-Alteración de la imagen corporal comparando el IMC Estimado con el IMC Real.

También utilizando la prueba *t* de Student para observaciones dependientes se probaron las siguientes hipótesis estadísticas:

$$H_0, \text{MediaIMC Estimado} = \text{MediaIMC Real} = 0$$

$$H_1, \text{MediaIMC Estimado} \neq \text{MediaIMC Real} \neq 0$$

Se encontraron los siguientes resultados:

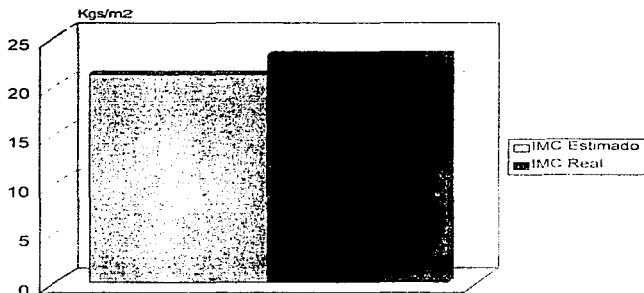
$$\text{MediaIMC Estimado} = 21.16, \text{DS} = 1.81$$

$$\text{MediaIMC Real} = 23.15, \text{DS} = 2.90$$

$$t(23) = 4.49, P = .000$$

De acuerdo con estos resultados se rechazó la H_0 y se aceptó la H_1 . Es decir, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias, siendo significativamente menor la media del IMC Estimado o reportado que la media del IMC Real (Ver Figura 6).

Fig. 6 Alteración de la Imagen Corporal (IMC E vs IMC R)



* Existen diferencias estadísticamente significativas entre el IMC Estimado y el IMC Real

Como un medio de confirmación de lo anterior, se probaron las siguientes hipótesis estadísticas utilizando la prueba *t* de Student para observaciones dependientes:

H_0 Media Autopercepción del peso corporal= MediaIMC Real=0

H_1 Media Autopercepción del peso corporal= MediaIMC Real=0

Obteniéndose los siguientes resultados:

Media Autopercepción del peso corporal= 3.12, DS=.612

Media IMC Real= 3.54, DS=.779

$t(23)= 2.85$, $P= .009$

Por lo que se rechazó la H_0 y se aceptó la H_1 . Es decir, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias, siendo significativamente menor la media de las respuestas dadas a la Autopercepción del peso corporal que la media del IMC Real subdividido en 5 rangos (es decir, para efectos de comparación se igualaron los rangos del IMC Real con las 5 opciones de respuesta del reactivo 28).

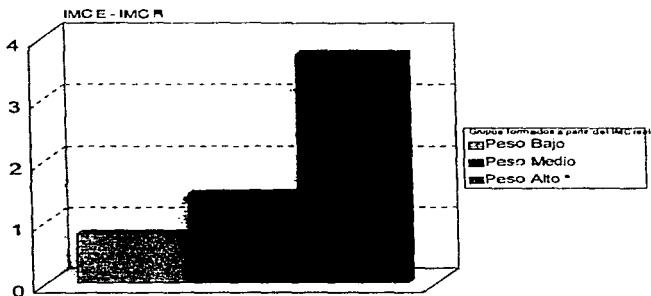
La aplicación de un análisis de varianza (one way) a la distribución del IMC Real dividido en tres tercios (peso bajo, peso medio y peso alto) y a la diferencia del IMC Estimado menos el IMC Real, arrojó los siguientes resultados:

$F(2,21) = 5.5892, P = .0113$

Media	Grupo	Clasificación
.8014	1	Peso bajo
1.4504	2	Peso medio
3.7254	3	Peso alto*

La prueba de Bonferroni para la comparación de medias mostró diferencias significativas al .05 entre el grupo 3 en relación con el grupo 1, lo que significa que el grupo con mayor peso mostró más alteración de la imagen corporal, es decir, entre más gordas están más peso se quitan o más subestimación presentan (Ver Figura 7).

Fig. 7 Alteración de la Imagen Corporal Determinada por el IMC Real



* Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos formados a partir del IMC

-Análisis Factorial de la escala percepción de los propios atributos.

Las respuestas de la muestra no probabilística (N=1265) de mujeres estudiantes que acudían a escuelas preparatorias y universidades públicas y privadas del Distrito Federal y zonas conurbadas, fueron sometidas a análisis factorial método de los Componentes Principales con una rotación VARIMAX. La convergencia se logró después de 30 iteraciones obteniéndose un total de 8 factores que explicaron el 57.2% de la varianza total. El análisis de las variables y de los 8 factores originales llevó a eliminar variables y/o factores. Finalmente se obtuvieron 4 factores que explicaron el 44.2% de la varianza total y una Alpha total= .8321.

Así, de los 35 reactivos originales se eliminaron 8 atributos- comprensiva, sensible, desconfiada, ansiosa, sana, solidaria, controlada y pasiva- porque no tuvieron una carga factorial = 0 > a .40 o bien porque no alcanzaron a formar un factor (un mínimo de tres variables).

Factor 1(eficiencia escolar)

Variables	Carga factorial
Exitosa	.79046
Productiva	.78091
Inteligente	.77722
Eficiente	.77075
Estudiosa	.75874
Responsable	.75475
Trabajadora	.72509
Triunfadora	.71214
Atractiva	.58185
Fuerte	.48279
Independiente	.48019
Confiable	.47539
Rígida	-.42927
<i>Eigen</i>	8.60
<i>Porc. Var.</i>	24.6
<i>Alpha</i>	.85

Factor 2(inseguridad)

Variables	Carga factorial
Fracasada	.72741
Torpe	.65379
Pesimista	.61059
Triste	.60717
Incompetente	.59178
Insegura	.56279
Inestable	.52884
<i>Eigen</i>	3.51
<i>Porc. Var.</i>	10.0
<i>Alpha</i>	.72

Factor 3(habilidad social)

Variables	Carga Factorial
Sociable	.78217
Optimista	.62543
Agradable	.54358
Ágil	.44763
<i>Eigen</i>	1.93
<i>Porc. Var.</i>	5.5
<i>Alpha</i>	.69

Factor 4(agresividad)

Variables	Carga factorial
Dominante	.44080
Agresiva	.64809
Falsa	.54968
<i>Eigen</i>	1.44
<i>Porc. Var.</i>	4.1
<i>Alpha</i>	.43

-Comparación de los factores de autoatribución por nivel socioeconómico.

Los factores se compararon por nivel socioeconómico para probar si existían diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Se utilizó la prueba t y en cada uno se probaron las hipótesis estadísticas. Los resultados mostraron lo siguiente con respecto al factor 1, se rechazó la hipótesis nula que estableció:

$$H_0, \text{MediaNSEBajo} = \text{MediaNSEMedio} = 0$$

y se aceptó la hipótesis alterna:

$$H_1, \text{MediaNSEBajo} = \text{MediaNSEMedio} = 0$$

$$\text{MediaNSEBajo} = 37.42, \text{DS} = 8.59$$

$$\text{MediaNSEMedio} = 41.13, \text{DS} = 7.46$$

en tanto, la media del grupo NSEMedio fue más grande que la del grupo NSEBajo. El valor de $t(198) = 3.26, p = .001$.

También se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna entre los dos niveles socioeconómicos con respecto al factor 4

$$H_0, \text{MediaNSEBajo} = \text{MediaNSEMedio} = 0$$

$$H_1, \text{MediaNSEBajo} = \text{MediaNSEMedio} = 0$$

en tanto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas según los siguientes resultados:

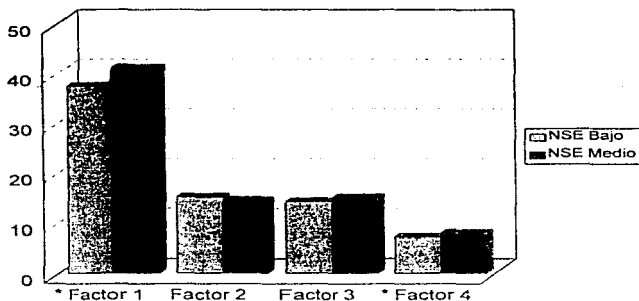
$$\text{MediaNSEBajo} = 7.14, \text{DS} = 2.30$$

$$\text{MediaNSEMedio} = 7.92, \text{DS} = 2.49$$

$$t(198) = 2.30, P = .023$$

En la Figura 8 pueden apreciarse estas diferencias estadísticamente significativas.

Fig. 8 Percepción de los Propios Atributos



* Existen diferencias estadísticamente significativas entre el NSE Bajo y el NSE Medio

-Autopercepción de la imagen corporal y autoatribución.

Para determinar si existía relación entre autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos se compararon cada uno de los factores de la escala de autoatribución por cada uno de los reactivos que exploraron autopercepción de la imagen corporal. A continuación se reportan los resultados significativos.

Por medio de un análisis de varianza (one way) se obtuvo una diferencia significativa tomando en cuenta la distribución de la satisfacción con la figura corporal (reactivo 17) y del factor 2 de la escala de autoatribución (inseguridad), encontrándose los siguientes resultados:

$$F(4,195) = 4.8445, P = .0010$$

Grupo	Media	DS
1 muy satisfecha	12.06	3.61
2 satisfecha	13.89	4.08
3 indiferente	15.58	5.28
4 insatisfecha	16.65	5.32
5 muy insatisfecha	16.85	7.05

Los resultados mostraron una relación directa entre más insatisfecha se siente la adolescente con su figura corporal se atribuye más inseguridad.

También utilizando un análisis de varianza (one way) se encontró una diferencia significativa tomando en cuenta la distribución de la satisfacción con la figura corporal (reactivo 17) y del factor 3 (habilidad social), obteniéndose lo siguiente:

$$F(4, 195) = 3.0878, P = .0171$$

Grupo	Media	DS
1 muy satisfecha	7.95	3.17
2 satisfecha	8.06	2.93
3 indiferente	6.78	4.25
4 insatisfecha	5.90	2.69
5 muy insatisfecha	2.77	1.71

Los resultados mostraron que entre más satisfecha se siente la adolescente con su figura corporal más atributos de habilidad social tiene.

Y finalmente, por medio de un análisis de varianza (one way) se obtuvo otra diferencia significativa tomando en cuenta la distribución de la autopercepción del peso corporal en relación con peso ideal (reactivo 18) y del factor 4 (agresividad), encontrándose los siguientes resultados:

$$F(4, 195) = 2.7827, P = .0279$$

Grupo	Media	DS
1 muy por abajo de el	6.33	4.00
2 por abajo de el	6.39	3.41
3 estas en tu peso ideal	6.98	2.20
4 por arriba de el	7.43	2.48
5 muy por arriba de el	7.90	3.09

De acuerdo con los resultados entre más por abajo de su peso ideal se encuentra la adolescente más agresividad tiene.

CAPITULO VI

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue contribuir con el conocimiento de relaciones importantes entre variables asociadas con la Imagen Corporal y que han sido ampliamente documentadas en la literatura internacional como factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer. y de esta manera, dar respuesta al principal problema de esta investigación que fue conocer si estaban presentes las variables alteración y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en una muestra de estudiantes adolescentes de 14 a 21 años de edad, y si esto resultaba cierto investigar la relación con el nivel socioeconómico. Asimismo, interesaba conocer la relación entre la autopercepción de la imagen corporal y la percepción de los propios atributos.

Cabe señalar que se hizo distinción entre el término distorsión de la imagen corporal que lleva consigo el título de esta investigación por el de alteración de la misma (sobreestimación/subestimación) con base en estudios previos que han mostrado que distorsión de la imagen corporal es uno de los criterios diagnóstico de la anorexia nervosa que implica ya una patología presente en una población clínica; en cambio el término alteración se refiere a un factor o indicador de riesgo en poblaciones abiertas o normales como lo son, en este caso, la de las adolescentes estudiantes de preparatoria.

Asimismo, debe puntualizarse que el problema de la alteración de la imagen corporal se abordó a través de dos vías distintas (IMC Estimado menos IMC Real y Autopercepción del peso corporal menos IMC Real) en las que como puede verse, IMC Estimado y Autopercepción del peso corporal son dos variables subjetivas, autoperceptivas, pero cada una medida de manera distinta.

Ahora bien, con base en los resultados expuestos puede afirmarse que en el presente estudio no se encontró relación entre alteración de la imagen corporal y el nivel socioeconómico, contrario a lo que se ha reportado en investigaciones previas, en las que se ha encontrado que la anorexia nervosa en donde se presenta mayor alteración de la imagen corporal tiene mayor presencia en las clases socioeconómicas media y alta (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976; Garner y Garfinkel, 1982, citados en Toro y Vilardell, 1987; Jones, Fox, Babigan y Hutton, citados por Iancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman, 1994).

Sin embargo aunque no se encontraron diferencias significativas entre las adolescentes del NSEBajo comparadas con las adolescentes del NSEMedio con respecto a alteración de la imagen corporal si se encontraron diferencias significativas entre las medias del IMC Estimado y del IMC Real (tomando a las adolescentes como una submuestra total sin importar el nivel socioeconómico), lo que significa que las adolescentes se perciben más delgadas de lo que realmente están, esto es, alteran su imagen corporal, subestimándola. Debe señalarse que, a pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre las adolescentes de los dos niveles socioeconómicos, se pudo observar una tendencia más marcada en las adolescentes del nivel medio a autopercebirse más delgadas que la que mostraron las adolescentes del nivel bajo.

La diferencia negativa resultante del IMC Estimado menos el IMC Real (-1.992) muestra claramente dicha subestimación de la imagen corporal. La presencia de esta subestimación fue confirmada también, por la diferencia negativa que se obtuvo de la Autopercepción del peso corporal menos el IMC Real (-.417).

En otros términos, si se toman en cuenta los valores promedio de ambos índices el IMC Estimado cayó dentro de la clasificación de peso normal mientras que el IMC Real cayó en la de sobrepeso. Es decir, de acuerdo con la estimación subjetiva de las adolescentes ellas se perciben con peso normal pero si son medidas y pesadas directamente ellas tienen sobrepeso.

Por otra parte, además de haberse confirmado la presencia de subestimación, se encontró que a mayor peso mayor subestimación de la imagen corporal o en términos generales mayor alteración de la misma.

Ahora bien, este hecho merece una muy especial atención ya que la literatura internacional (Halmi, Goldberg y Cunningham, 1977; Button, Fransella y Slade, 1977; Slade, 1985; Wingate y Christie, 1978, citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994; Toro y Vilardell, 1987) reporta una marcada tendencia de las poblaciones adolescentes a sobreestimar la imagen corporal. Pero debe hacerse notar que son precisamente investigaciones procedentes de otros países, la mayoría de ellos altamente industrializados y con culturas diferentes a la nuestra. La pregunta que surge es ¿por qué parece ocurrir lo contrario con las adolescentes mexicanas de nuestra muestra?. Por el momento todavía no se puede dar respuesta a esta pregunta pero, se piensa que si este resultado muestra consistencia, se presenta en otras muestras similares, podría investigarse la influencia de factores relevantes de nuestra cultura.

Ahora bien, en nuestro estudio de la imagen corporal se exploraron otras variables como son peso deseado cuyos resultados mostraron que más de la mitad de las adolescentes deseaba pesar menos y mucho menos del peso que tenía en ese momento mientras que sólo una tercera parte deseaba tener el mismo peso que tenía en ese momento. Lo más interesante fue, sin embargo, que estas respuestas las dieron las mismas estudiantes que habían contestado sentirse satisfechas y muy satisfechas con su figura corporal (más de la mitad de las adolescentes) y sólo una tercera parte respondió sentirse insatisfecha y muy insatisfecha con su figura.

Esta respuesta a la pregunta directa de satisfacción con la propia figura corporal y el deseo de pesar menos han aparecido consistentemente desde los primeros estudios realizados al respecto (Gómez Pérez-Mitré, 1993b, Gómez Pérez-Mitré, 1995b) así como en estudios más recientes en los que se han encontrado porcentajes casi iguales en muestras similares. Por ejemplo, Rivera Monroy

(1997) encontró que del 59% de las adolescentes que respondió sentirse satisfecha con su figura el 53% también respondió que quería pesar menos.

En la misma dirección se encontraron los resultados de otra de las variables del presente estudio que exploraba autopercepción del peso corporal en relación con el peso ideal y que representa también una estimación directa de satisfacción con la Imagen Corporal, distinta de la estimación indirecta de satisfacción que se operacionalizó como la figura actual menos la figura ideal, casi la mitad de las adolescentes respondió que se encontraba por arriba y muy por arriba de su peso ideal, y una tercera parte respondió que se encontraba en su peso ideal, este último resultado parece coincidir con la tercera parte que respondió en peso deseado que quería tener el mismo peso que tenía en ese momento. En cambio, casi la mitad de las adolescentes que se encontraba por arriba y muy por arriba de su peso ideal reconocían que tenían más peso del que les gustaría tener. En suma, las adolescentes que respondieron estar satisfechas con su figura corporal son las mismas que desean pesar menos y que respondieron estar por encima de su peso ideal.

Ahora bien, cuando se analizó la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal pero estimada indirectamente se encontró que un poco menos de la mitad de las adolescentes eligieron una figura actual dentro de un rango que va desde bajo peso hasta demasiado delgada así como, un poco más de un tercio de las adolescentes eligieron una figura con peso normal, mientras que en la elección de la figura ideal se encontró que más de tres cuartas partes de las adolescentes quieren tener una figura dentro de un rango que va desde bajo peso hasta demasiado delgada y que sólo una mínima parte de ellas habían elegido como figura ideal una con peso normal. Es decir, casi se duplicaron los porcentajes de las adolescentes que quieren tener una figura ideal tendiente a la delgadez con respecto a la figura actual, y se redujeron a más de la mitad las que quieren tener una figura ideal con peso normal con respecto a la figura actual.

Estas direcciones son muy similares en ambos niveles socioeconómicos y no se encontró relación entre la insatisfacción con la figura corporal (estimación indirecta, obtenida de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal) y el nivel socioeconómico, a pesar de que la media de esta diferencia en el nivel socioeconómico medio señala un mayor grado de insatisfacción que la media del nivel bajo.

Es decir, se nota una clara elección o identificación con una figura actual tendiente a la delgadez (o tipo ectomorfa) no obstante se aspira tener una figura todavía más delgada, lo que implica una tendencia muy marcada hacia la delgadez y en consecuencia insatisfacción con la figura corporal, como lo señalan los resultados de investigaciones internacionales (Brodie, Bagley y Slade, 1994; Bruchon-Schweitzer, 1992; Cooper y Fairburn, 1993, citados por Ponce de León, Montejo, Berenger, Ruiz y Scigliano, 1995; Davies y Furnham, 1986; Iancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman, 1994; Schlundt y Bell, 1993; Williamson, Keiley, Davis, Ruggiero y Blouin, 1985, citados por Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989), así como los de investigaciones nacionales (Gómez Pérez-Mitré, 1995b; Rivera Monroy, 1997).

Los resultados de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal mostraron que sólo una mínima parte de las adolescentes se sienten satisfechas con su imagen corporal (diferencia igual a cero) y por el contrario más de tres cuartas partes se sienten insatisfechas con su imagen corporal (diferencias negativas y positivas).

Ahora bien, algunos autores (Cooper y Fairburn, 1993, citados por Ponce de León et al., 1995; Davies y Furnham, 1986; Mitchell y Orr, 1976, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992; Secord y Jourard, 1953, citados en L'Ecuyer, 1985 y en Bruchon-Schweitzer, 1992) señalan una relación entre alteración, satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima. En esta investigación se midió un aspecto de la autoestima que se denominó autoatribución, y que se definió como la descripción de uno mismo, en términos de adjetivos positivos y negativos.

Es decir, se intentó conocer si se relaciona o no la percepción de los propios atributos con la imagen corporal.

Cabe señalar la razón por la cual el reactivo 4: "edad de tu primera menstruación" fue incluido en esta investigación como un dato sociodemográfico, se debió a que algunos autores indican una relación muy clara entre un temprano desarrollo puberal y una imagen más positiva y puntuaciones más altas en autoestima, lo que se analizó en las adolescentes del presente estudio tomando en cuenta los diferentes rangos de edad en que tuvieron su primera menstruación (estos son: 9 a 11 años, 12 a 14 años y 15 a 17 años) y la autoatribución, pero no se encontraron relaciones entre ellos (Fernández, 1991; Jones y Mussen, 1957, 1958, citados por McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Con respecto a la relación entre la autoatribución y la auto percepción de la imagen corporal debe destacarse que se encontró una relación directa entre insatisfacción con la figura corporal y el factor 2 de la escala de autoatribución referente a inseguridad, es decir, entre más insatisfecha se sentía la adolescente con su figura corporal se autopercibió con más inseguridad. Asimismo se encontró una relación entre la satisfacción con la figura corporal y el factor 3 de autoatribución referente a la habilidad social, lo que significa que entre más satisfecha se sentía la adolescente con su figura corporal se autopercibió con más atributos de habilidad social. Además, se encontró una relación entre la auto percepción del peso corporal en relación con el peso ideal y el factor 4 agresividad, lo que indica que entre más por abajo del peso ideal se encontró la adolescente más agresividad se atribuyó.

Como información adicional se obtuvieron resultados de la comparación de los factores de la escala de autoatribución por nivel socioeconómico con lo que puede afirmarse que las adolescentes del NSEBajo tuvieron una autoatribución de eficiencia escolar mayor que las adolescentes del NSEMedio. También, se encontró que las adolescentes del NSEBajo tuvieron una autoatribución de agresividad menor que las adolescentes del NSEMedio.

Podemos concluir con base en los resultados obtenidos de esta muestra de estudio y dando respuesta a los problemas de investigación que se detectaron factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer tales como alteración de la imagen corporal equivalente a una subestimación de la misma y un grado significativo de insatisfacción corporal, conclusiones que no tuvieron relación con el nivel socioeconómico. Sin embargo, debe puntualizarse que los autores internacionales señalan una sobreestimación detectada en poblaciones de adolescentes como factor de riesgo, y contrario a esto, se encontró una subestimación de la imagen corporal en las adolescentes de este estudio; este hecho tal vez se deba a factores culturales, por lo que, se debe investigar más para determinar las causas de este hallazgo.

Así como también, se concluye que hubo una clara relación entre la satisfacción con la figura corporal y la habilidad social y entre la insatisfacción con la figura corporal y la inseguridad.

Sugerencias y Limitaciones

Con base en la revisión teórica y los resultados obtenidos se sugiere:

- Considerar el hallazgo de la subestimación de la imagen corporal en futuros estudios.
- Tratar de determinar el motivo por el que ocurre lo contrario en nuestro contexto y que tal vez, tenga que ver con factores culturales.
- Continuar el estudio de la relación de imagen corporal y autoconcepto para conocer mejor sus relaciones.
- Realizar nuevos estudios con muestras probabilísticas.

Cabe asumir la limitación siguiente:

Los resultados obtenidos sólo son aplicables a la muestra estudiada, no pueden generalizarse, ya que se utilizó una muestra no probabilística.

BIBLIOGRAFIA.

- Adams, J.F. (1981). Earlier menarche greater height and weight: a stimulation-stress factor hypothesis. Genetic psychology monographs 104 . 3-21.
- Agras, W.S. y Kirkley, B.G. (1986). Bulimia: Theories of etiology. En K.D. Brownell y J.P. Foreut (Eds.) Handbook of eating disorders : Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia, and bulimia (pp 365-378) Nueva York: Basic Books.
- Alvarez, G.L., Mancilla, J.M., Mercado, L., Manriquez, E., Román, M., Martínez M., Medina, A. y Quiroz, A. (en prensa). Evaluación de la ocurrencia de trastornos alimentarios en jóvenes mexicanas
- Alvarez, G.L., Román, M., Manriquez, E. y Mancilla, J.M. (1996). Imagen Corporal y Trastornos Alimentarios: en una muestra de universitarias mexicanas. La Psicología Social en México AMEPSO 6 . 536-541.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV
- Bliss, E.L. y Branch, C.H.H. (1960). Anorexia Nervosa. Nueva York: Hoeber.
- Braguinsky, S. (1987). Obesidad, patogenia clínica y tratamiento. B.A.: Promedicina.
- Brodie, D.A., Bagley, K. y Slade, P.D. (1994). Body-image Perception in Pre and Postadolescent Females. Perceptual and Motor Skills 78 . 147-154.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine, 24 (2), 187-194.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Buchan, T. y Gregory, L.D. (1984). Anorexia nervosa in a black Zimbabwean. British Journal of Psychiatry, 245 , 326-330.
- Crisp, A.H., Palmer, R.L. y Kalucy, R.S. (1976). How common is anorexia nervosa? . A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 218 , 549-554.
- Davies, E., & Furnham, A. (1986a). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology, 59 , 279-287.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986b). The dieting and body shape concerns of adolescent females. Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines, 27 (3), 417-428.
- Dolan, B.J. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia: A review. International Journal of Eating Disorders, 10 , 67-78.
- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Dwyer, J.T., Feldman, J.J., Seltzer, C.C. y Mayer, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearance. American Journal of Clinical Nutrition, 20 , 1045-1056.
- Escobar, G.M.I. (1993). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de licenciatura inédita. México: Universidad Iberoamericana.
- Fernández, E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones.

- Galván, R. (1992). Significado y empleo de las referencias somatométricas de peso y talla en la práctica pediátrica y epidemiológica. Bol Med Hosp Infant Mex, 49 (6), 321-334.
- Garner, D.M. (1991). Eating disorder inventory-2. Professional Manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine 10 , 647-656.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D y Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. Psychological Reports 47, 483-491
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993a). 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. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995a) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología 12 ,(2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995b). Factor de riesgo, distorsión de la imagen corporal: estimaciones subjetivas/mediciones objetivas(mimeo).
- Gordon, R.A. (1990). Anorexia and bulimia, Anatomy of a social epidemic. Cambridge: Basil Blackwell.
- Halmi, K.A., Casper, R.C. y Eckert, E.D. (1979). Unique features associated with age of onset of norexia nervosa. Psychiatric Research 1 , 209-215.

- Halmi, K.A., Goldberg, S.C. y Casper, R.C. (1979). Pretreatment predictors of outcome in anorexia nervosa. British Journal of Psychiatry 134 , 71-78.
- Halmi, K.A., Goldberg, S.C. y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence. Psychological Medicine 7 , 253-257.
- Hamilton, L.H., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. International Journal of Eating Disorders 4 (4), 465-477.
- Holden, N.L. y Robinson, P.H. (1988). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in British Blacks. British Journal of Psychiatry 152 , 544-549.
- Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis Licenciatura. Mexico: Universidad Iberoamericana.
- Hurlock, E.B. (1980). Psicología de la adolescencia. Mexico: Editorial Paidós.
- Iancu, I., Spivak, B., Ratzoni, G., Apter, A. & Weizman, A. (1994). The Sociocultural Theory in the Development of Anorexia nervosa. Psychopathology 27 , 29-36.
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México. Mc Graw Hill.
- Kretschmer, E. (1967). Constitución y carácter. Barcelona: Editorial Labor.
- L'Ecuyer, R. (1985). El concepto de sí mismo. Vilassar de Mar: Oikos-tau.

- López, N.J. y Domínguez, R. (1993). Medición de la autoestima en la mujer universitaria. Revista Latinoamericana de Psicología, 25 , (2), 257-273.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. La Psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.
- Maisonneuve, J y Bruchon-Schweitzer, M. (1981). Modelos del cuerpo y psicología estética. Buenos Aires: Paidós.
- Mancilla, J.M., Manríquez, E., Mercado, L., Román, M. y Alvarez, G.L. (en prensa). Evaluación de la asociación entre trastornos alimentarios y algunos factores de riesgo.
- McKinney, J.P., Fitzgerald, H.E. y Strommen, E.A. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Editorial El Manual Moderno.
- Mizes, J.S. (1991) Validity of the body image detection device. Pergamon Press, 16 , 411-417
- Nwaefuna, A. (1981) Anorexia nervosa in a developing country. British Journal of Psychiatry, 138 , 270-271.
- Oñate, M.P. de. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.
- Papalia, D.E. y Wendkos, S. (1990). Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Ponce de León, C., Montejó, M.L., Berenger, J.C., Ruiz, M.V. y Scigliano, R. (1995). Psicopatología nuclear de la Anorexia Nerviosa. El debate diagnóstico I. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica y ciencias afines, 23 (1),29-33.
- Prince, R. (1983). Is anorexia nervosa a culture-bound syndrome?. Transcultural Psychiatric Research Review, 20 , (4), 299-300.

- Pumariega, A.J., Edwards,P. y Mitchell, C.B. (1984). Anorexia nervosa in black adolescents. Journal of American Academy of Child Psychiatry **23** , 11-114.
- Rivera Monroy, L.O.(1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimentarios en mujeres de 16 a 19 años. Tesis de licenciatura inédita. México: UNAM
- Robinson, P. y Andersen, A. (1984).Anorexia nervosa in American blacks. Int. Conf. on Anorexia nervosa and Related Disorders, Swansea.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol. Med. **9** . 429-448.
- Salazar, J.M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E. y Villegas, J.F. (1992). Psicología social. México: Editorial Trillas.
- Sarafino, E.P. y Armstrong, J.W.(1991). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Editorial Trillas.
- Saucedo, T. y Gómez Peresmitré, G. (en prensa). Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos.
- Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schlundt, D.G. y Bell, C. (1993). Body image testing system: a microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. **15**, (3), 267-285.
- Schonfeld, W.A. (1969). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici. Psicología social de la adolescencia. (pp. 27-43). Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Sheldon, W.H. (1972). Las variedades del temperamento. Psicología de las diferencias constitucionales. Buenos Aires: Editorial Piados.
- Slade, P.D., Dewey, M.E., Newton, T., Brodie, D. y Kiemle, G. (1990). Development and preliminary validation of the body satisfaction scale(BSS). Psychology and Health, 4, 213-220.
- Sosa, A.L. y Castanedo, L.A. (1981). Anorexia nervosa, revisión bibliográfica e investigación realizada en un hospital general privado. Tesis de la especialidad en Psiquiatría. Facultad de Medicina. México UNAM.
- Szmukler, G. (1985). The epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. Journal Psychiatry Research, 19 . 143-153.
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 female patients. Acta Psychiatrica Scandinavica (Supl.), 214 , 1-194.
- Thomas, J.P. y Szmukler, G.I. (1985). Anorexia nervosa in patients of Afro-Caribbean extraction. British Journal of Psychiatry, 146 . 653-656.
- Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance: assesment and treatment. Nueva York: Pergamon.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987) Anorexia nerviosa. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Vargas, L.A. y Casillas, L.E.(1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. Cuadernos de Nutrición, 16 , (5), 34-46.
- Warren, B., Stanton, A. y Bleissing, D. (1990) Disordered eating patterns in female athletes. International Journal of Eating Disorders, 9 . (5), 565-569.

Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennett, S.M., Goreczny, A.J. y Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Pergamon Press, 11, 433-446.

Williamson, D.A., Gleaves, D.H., Watkins, P.C. y Schlundt, D.G. (1993). Validation of self-ideal body size discrepancy as a measure of body dissatisfaction. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15, (1), 57-68.

ANEXO

CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y SALUD XX(P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL**(física y psicológica) de la comunidad estudiantil para **CONTRIBUIR AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA.**

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

GRACIAS

INSTRUCCIONES GENERALES.

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

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

Peso:

Estatura:

Edad:

2. ¿Trabajas?

A) Sí B) No

3. Actualmente vives con:

A) Familia nuclear (padres y hermanos)

B) Padre o Madre

C) Hermano(s)

D) Esposa(o) o pareja

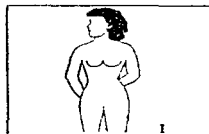
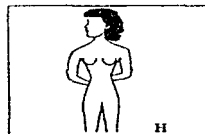
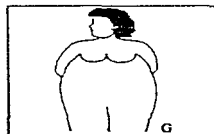
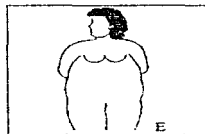
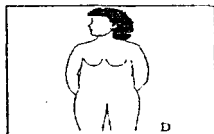
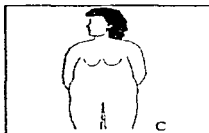
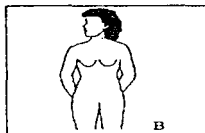
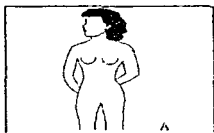
E) Solo(a)

F) Amigo(a)

4. Si eres del género femenino, edad de tu primera menstruación:
- A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más
5. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?
- A) No. Pasar a la pregunta 7
 - B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta
6. ¿Tienes hijos?
- A) Sí
 - B) No
7. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:
- A) N\$1000 o menos
 - B) N\$1001 a 3000
 - C) N\$3001 a 5000
 - D) N\$5001 a 7000
 - E) N\$7001 a 9000
 - F) N\$9001 o más
8. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?
- A) Padres (uno o los dos)
 - B) Tú y padre y/o madre
 - C) Tú
 - D) Tú y pareja
 - E) Tú, hermanos y/o padres
 - F) Esposo(a) o pareja
9. 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 años o más
10. 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 años o más
16. ¿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
17. ¿Cómo te sientes con tu figura?
- A)Muy satisfecha
 - B)Satisfecha
 - C)Indiferente
 - D)Insatisfecha
 - E)Muy insatisfecha
18. 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
28. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:
- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| A)Obesa | Muy gorda |
| B)Con sobrepeso | Gorda |
| C)Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D)Peso por abajo del normal | Delgada |
| E)Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

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



La siguiente es una lista de atributos y adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. En el CONTINUO del 0 al 10 que aparece con cada atributo marca la letra que indique mejor cuánto de cada uno consideras tener. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A de 0 a 2
- B de 2.1 a 4
- C de 4.1 a 6
- D de 6.1 a 8
- E de 8.1 a 10

ME CONSIDERO UNA PERSONA:

- 54. independiente
- 55. confiable
- 56. insegura
- 57. fuerte
- 58. atractiva
- 59. inteligente
- 60. dominante
- 61. rígida
- 62. responsable
- 63. agradable
- 64. incompetente

- 65. productiva
- 66. exitosa
- 67. pesimista
- 68. sociable
- 69. sensible
- 70. eficiente
- 71. desconfiada
- 72. trabajadora
- 73. ansiosa
- 74. estudiosa
- 75. torpe
- 76. sana
- 77. solidaria
- 78. falsa
- 79. optimista
- 80. ágil
- 81. controlada
- 82. inestable
- 83. comprensiva

84. triunfadora

85. agresiva

86. triste

87. fracasada

88. pasiva

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

