

17  
2 es.



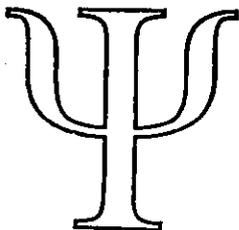
# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION:  
DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN  
MUJERES QUE HACEN DEPORTE Y QUE  
NO LO HACEN.

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**GEORGINA AMINA AQUINO PEREZ**

DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PERESMITRE.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

268211



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

A mi madre por enseñarme con su ejemplo el valor de ser mujer, por darme su amor de forma incondicional.

A mi padre, porque en la experiencia me ha mostrado los valores más importantes de mi vida, el respeto, la honestidad y por su aceptación incondicional.

A mi esposo que me apoyo en las noches de desvelo, preparándome el café y alentándome en los momentos de presión, porque además comparte conmigo la vida.

A mi querida Universidad, que me ha dado las mejores experiencias de vida, en las que he encontrado mi sentido de vida, enseñándome mi labor como sujeto al servicio de mi país y en donde pase mis mejores momentos de estudiante.

En especial a todas las personas que confiaron y que han caminado conmigo en el arte de vivir.

A todos gracias mil.

Quiero hacer un reconocimiento en especial a la Dra. Gilda Gómez Peresmitré, por acompañarme en cada momento de este trabajo, que en los momentos de oscuridad me permitió encontrar claridad, que con sus comentarios supo seguir y respetar mi proceso, porque además me permitió conocerla, por lo que puedo decir gustosa que he tenido el honor de ser parte de su equipo, gracias doctora porque además me brindó reconocimiento y seguridad para continuar con este trabajo, que además me escucho con paciencia y con atención.

Reconocimiento y profundo agradecimiento a Osvaldo Teos, porque en la faena me apoyo sobretodo en la parte estadística, pero que además me brindo su amistad y confianza para que en los momentos de mayor trabajo respondiera a mi llamado de auxilio.

Gracias también a Silvia, María, Gisela, Danae, Lilia, Elvia, Celia Mancilla, Alberto Segrera, Lilia Martínez, por su confianza en mí, por su apoyo en los momentos que me han sido difíciles sabiendo escucharme en los momentos de duda.

A todas las mujeres que colaboraron de forma incondicional en esta investigación.

*"Me arrepiento de los platos deliciosos rechazados por  
vanidad, tanto como lamento las ocasiones de hacer  
el amor que he dejado pasar por ocuparme de  
tareas pendientes o por virtud puritana", ya que  
"la sexualidad es un componente de la buena  
salud, inspira la creación y es parte del camino  
del alma... Por desgracia, me demoré treinta años  
en descubrirlo".*

*Isabel Allende.*

## INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION .....	2
<b>CAPITULO 1</b> TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION .....	6
<b>CAPITULO 2</b> IMAGEN CORPORAL .....	22
<b>CAPITULO 3</b> MUJERES E IMAGEN CORPORAL .....	29
<b>CAPITULO 4</b> ANTECEDENTES TEORICO Y PRACTICOS RELACIONADOS A FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DESORDENES ALIMENTARIOS EN LOS DEPORTISTAS .....	37
<b>CAPITULO 5</b> PROBLEMA DE INVESTIGACION, OBJETIVOS Y DEFINICION DE PROBLEMAS .....	50
<b>CAPITULO 6</b> RESULTADOS .....	63
6.1 Descripción de la muestra .....	63
6.2 Distribución de las variables relacionadas con la imagen corporal .....	70
6.3 Inventario para hacer Ejercicio (INRAJE) .....	80
6.4 Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) .....	91
<b>CAPITULO 7</b> DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	94
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES .....	102
BIBLIOGRAFIA .....	103
GLOSARIO .....	109
ANEXOS	

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue detectar la presencia o no, de factores de riesgo en cuanto al desarrollo de desórdenes alimentarios- preocupación por el peso corporal e insatisfacción con la imagen corporal -, en una muestra no probabilística de mujeres que hacen y que no hacen ejercicio. Se aplicó el Cuestionario de Salud, Deporte y Alimentación con el que se exploraron conductas alimentarias normales y anómalas e imagen corporal y un Inventario de Razones para hacer Ejercicio. Entre los resultados más importantes se encontró que las mujeres de ambas muestras estaban insatisfechas con su figura corporal, que el motivador más importante para hacer ejercicio fue el control del peso corporal. Por otra parte, también se observaron evidencias de que las mujeres que hacen ejercicio tienen mayor problema con su conducta alimentaria ya que tendieron a cuidar menos su dieta que las mujeres que no se ejercitaban.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la humanidad, ha trascendido a través de los testimonios que ha dejado en cada período a través de su desarrollo tecnológico, científico, social, económico, y cultural, destacando en este último caso las obras de arte en las que se expresan sus concepciones de la belleza en particular las que rigen en períodos determinados y que se modifican conforme cambia cada cultura. En el caso de México esto no difiere de los demás.

Los cambios en la concepción de la forma del cuerpo humano han tenido una función en cada época, por ejemplo en el Renacimiento se representaban los cuerpos desnudos con formas desbordadas y voluptuosas, en respuesta a una necesidad de libre expresión de una sociedad reprimida y atemorizada por la Iglesia. En los alrededores de 1900 la concepción del cuerpo cambia dramáticamente, se empieza a enfatizar la importancia de la delgadez, como muestra del "dominio del espíritu sobre la carne"; así cada período exige diferentes tipos de cuerpo. De hecho quienes han sufrido más presiones socialmente son las mujeres, ya que se espera que sean ellas las que se ajusten a cada cambio.

Al tiempo que los patrones estéticos cambian, surgen también métodos o fórmulas que muchas mujeres siguen para estar acordes con los cambios de la época, esto en más de las veces en detrimento de su salud. Dichos procedimientos en ocasiones surgen de creencias, del desconocimiento de quienes se adhieren a ellos o del afán de lucro de quienes los promueven y de la falta de interés de quienes están obligados a la investigación metódica y científica.

En México existen pocas investigaciones respecto a los trastornos de la alimentación, en consecuencia se tiene un gran

desconocimiento de las características y de los factores de riesgo de la población mexicana atribuibles a la especificidad de la cultura, careciéndose por tanto de modelos propios de atención que sean aplicables al tratamiento de los trastornos de la alimentación. Claro ejemplo de lo anterior es que en 1994 se creó la Asociación Mexicana de Médicos Bariatras, en tanto que en otras partes del mundo como España, Estados Unidos de Norteamérica, entre otros países esta agrupación existe desde hace tiempo.

Por otra parte es evidente que en México, los patrones de belleza han sido modificados drásticamente, quizá sea a consecuencia del alcance transnacional de los medios de comunicación masiva, de los países industrializados y de la repercusión económica de la publicidad de empresas relacionadas con el campo de la estética que promueven nuevos patrones de belleza lo que puede explicar en parte el por qué de la importancia que ha adquirido un cuerpo esbelto.

Así puede entenderse la proliferación de gimnasios, tiendas naturistas, clínicas de control de peso nacionales y transnacionales, que ha venido en aumento desde los inicios de la década de los 80' a la fecha, y que ha encontrado su nicho sobre todo en la población femenina.

A pesar de las diferencias étnicas y culturales entre México y países como los Estados Unidos y los del continente europeo, las mujeres mexicanas tratan de apegarse a la moda y a los modelos de esos países que aparecen en revistas femeninas, no obstante las diferencias morfológicas de nuestra población femenina.

La presente investigación tiene como propósito conocer las características de las razones que tienen las mujeres para hacer ejercicio y determinar si este tipo de población constituye un grupo de riesgo para desarrollar desórdenes alimentarios, como la bulimia y la anorexia nerviosa.

Conocer si en estos grupos de mujeres se presentan trastornos de alimentación, o conductas y actitudes que pueden conducir al desarrollo de las mismas implicaría un avance en el estudio de los desórdenes del comer en las deportistas y sobre todo en la población femenina mexicana.

En el primer capítulo se hará una revisión de las diferentes definiciones de trastornos de la conducta alimentaria, así como de los factores que intervienen en el diagnóstico de los mismos, y que se relacionan con la imagen corporal, el miedo a engordar, la práctica excesiva de ejercicio como una forma de controlar el peso, además de los factores sociales que constituyen una de las fuentes de presión sobre todo en las mujeres para adecuarse a patrones de figura corporal. También se verán diferentes aspectos que inciden en los cambios de patrones estéticos en México y cómo estos han adquirido valor para las formas de relación, es decir, cómo se asocia la delgadez con éxito, status, autocontrol y amor.

El segundo capítulo, es una recopilación de diferentes teorías en las que se revisa el autoconcepto, desde una posición filosófica, neurológica y psicológica, que finalmente convergen en la idea de que la imagen corporal es la forma en como el ser se relaciona con el mundo a partir de si mismo, y que se construye a partir de las experiencias, de la información que se recibe del medio ambiente, que en un intercambio de información permiten al sujeto hacer una evaluación de si mismo, que le hará sentirse satisfecho o insatisfecho consigo mismo.

Por otra parte y más adelante, se sitúa de forma más explícita en el problema de la imagen corporal relacionado con la mujer, ya que es a esta a quien se dirigen con mayor frecuencia mensajes alusivos a su apariencia física, además de que históricamente la mujer ha sido sometida aún en su aspecto físico y sexualidad, por esta razón se consideró conveniente tratar este tema como un capítulo aparte (capítulo 3).

En el cuarto capítulo, se hace una revisión de las diferentes investigaciones relacionadas con los trastornos de alimentarios en muestras de mujeres que hacían deporte, también se estudiaron las razones por las que hacían ejercicio. Cabe señalar que la insatisfacción con la imagen corporal formó parte importante de los resultados obtenidos por los diferentes investigadores. En el sexto capítulo, se exponen los resultados obtenidos en esta investigación y por último en las conclusiones (capítulo 7) se hizo breve revisión y discusión de los datos analizados y se ubicaron con respecto a lo encontrado por otros investigadores.

# CAPITULO

## 1

### TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

En diferentes investigaciones se ha visto que grupos de deportistas como los gimnastas, atletas y aquellos que practican alguna actividad física, en la que es importante el peso para la ejecución óptima incurren en conductas alimentarias de riesgo ( Davis, 1990; Davis, 1992; Davis y Cowles, 1991; Haraldsdóttir y Andersen, 1994). Otro grupo que se encuentra en esta situación son las bailarinas de ballet, modelos y personas con vocación o profesión artística relacionada con el arte. (Gómez-Peresmitré, 1995)

De acuerdo con la clasificación de la American Psychiatric Association que se describe en el Manual Revisado de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), entre los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran la Anorexia Nerviosa, la Bulimia nerviosa y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados. Estos trastornos afectan principalmente a la población femenina adolescente. La literatura específica como variables relacionadas de los trastornos alimentarios el temor a subir de peso, alteraciones en la imagen corporal; asimismo se señalan como factores concomitantes y/o consecuentes problemas de peso, estrés y características de personalidad como el perfeccionismo entre otras muchas variables.

En el DSM IV (1994), de forma más explícita se describen los trastornos de la conducta alimentaria que caracterizan a la anorexia nerviosa como:

"El rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, es un miedo intenso a ganar peso y es una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo(...) La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla(...)Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej. , vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo."  
(p. 554)

La definición que hace el Diccionario de Psicología de Merani (1986) sobre la anorexia es "Falta o grave carencia de pulsión alimentaria, sobre todo frecuente en la infancia. No se aplica a la pérdida accidental, más o menos breve, del apetito, sino al rechazo persistente del alimento."(p. 16) En el caso de la bulimia ésta es definida como "hambre de intensidad excepcional, de carácter duradero, que se acompaña con ingestión desmesurada de alimentos."(p.36)

Es importante señalar que estas dos definiciones carecen de la etiología de los trastornos de la alimentación, de las características o factores que componen a estos padecimientos. Por tanto es necesario señalar los criterios de diagnóstico de los Trastornos de la Alimentación, a fin de observar las características que tienen en común. Los criterios de diagnóstico de acuerdo con el DSM-III-R aparecen en el cuadro que sigue:

TRASTORNO	CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO
ANOREXIA NERVIOSA	<p>A. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, la pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el período de crecimiento, resultando un peso corporal por debajo del peso teórico.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal; por ejemplo, la persona se queja de que se encuentra "obesa" aun estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso por debajo del peso normal.</p> <p>D. En las mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos (amenorrea primaria o secundaria). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos.</p>
BULIMIA NERVIOSA	<p>A. Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo)</p> <p>B. Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.</p> <p>C. La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.</p> <p>D. Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses.</p> <p>E. Preocupación persistente por la silueta y el peso.</p>
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADOS	<p>Trastornos de la conducta alimentaria que no reúnen los criterios para el diagnóstico de un trastorno específico.</p> <p>ejemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Persona de peso promedio que no tiene episodios de voracidad, pero que frecuentemente se provoca vómito por miedo a aumentar de peso.</li> <li>2) Mujer con todos los síntomas de la anorexia nerviosa pero que no presenta amenorrea.</li> <li>3) Todos los síntomas de la bulimia nerviosa con excepción de la frecuencia exigida de episodios de voracidad</li> </ol>

CUADRO 1. Agrupación de los criterios de diagnóstico de los trastornos de la alimentación extraídos del DSM-III-R.

Toro (1994), explica que "la anorexia nerviosa es un trastorno multicausado. Existen factores biológicos evidentemente implicados. La elevada concordancia en monocigotos es un dato genético de primer orden. Hay pocas dudas sobre las alteraciones en la neurotransmisión, con mayor probabilidad en el sistema serotoninérgico dado su papel en la regulación del apetito y de las

sensaciones subjetivas de plenitud y saciedad. "(p.4) Lo anterior agrega a los criterios de diagnóstico una explicación fisiológica, sin embargo, más adelante señala la importancia de otros factores como las características psicológicas "autoestima baja, ansiedad-rasgo excesiva obsesividad. También parecen influir ciertas modalidades de la dinámica familiar, pero no de modo específico y sin duda con un papel menor que el a veces postulado."(p.5) La anorexia y la bulimia no son trastornos distintos de hecho algunos de sus síntomas pueden encontrarse simultáneamente, ambos coinciden en el miedo intenso a engordar, en la preocupación por el peso, en la evaluación distorsionada de la imagen corporal y en consecuencia en las conductas dirigidas a la reducción de peso, (Agrass, 1988; Agrass, Fairburn y Garner, 1986).

Adicional a esto Garner y Garfinkel (1980, citado en Crispo, Figueroa y Guelar, 1996) diseñaron el cuadro que sigue para explicar los factores que intervienen en los trastornos de la alimentación:

<b>I. Factores predisponentes</b>	<b>II. Factores precipitantes</b>	<b>III. Factores perpetuantes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- socioculturales</li> <li>- familiares</li> <li>- individuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estresores</li> <li>- actitudes anormales con peso y figura.</li> <li>- dietas extremas y pérdida de peso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atracones y purgas</li> <li>- secuelas fisiológicas y psicológicas.</li> </ul>

CUADRO 2. Agrupación de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, diseñado por Gardner y Garfinkel (1980) (p.51)

Para Martínez-Fornés (1994) la bulimia es "un apetito voraz e insaciable, acompañado de malestar y angustia, que obliga a

comer en exceso y aprisa...(y que se acompaña de tres etapas) Es una dependencia física y psíquica semejante a la drogadependencia" (p.43):

- Síndrome de abstinencia: debilidad, dolor epigástrico, irritabilidad, angustia, depresión, tendencia compulsiva a apropiarse de alimentos aunque requiera violencia.
- Voluptuosidad al ingerir alimentos y desaparición instantánea de todos los síntomas.
- Sentimientos de culpabilidad, que le llevan a provocarse vómito, tomar laxantes y diuréticos para compensar el exceso alimentario."(p.43)

En el caso de la anorexia mental o nerviosa la define como "una enfermedad psicosomática caracterizada por la pérdida notable de peso que puede llegar a la caquexia y un trastorno perceptivo de la propia imagen corporal que le hace verse «horrible con exceso de grasa en abdomen, caderas y muslos»."(p.66)

Actualmente el DSM-IV agrega a los criterios de la edición anterior algunos criterios para el diagnóstico de los trastornos alimentarios, y que sería importante anotar. (Ver cuadro 3)

TRASTORNO	CRITERIOS DE DIAGNOSTICO
Anorexia Nervosa	a. Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la estatura. Por ejemplo, la pérdida de peso hasta un 15% debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el peso esperado en período de crecimiento, resultando un peso corporal de 15% por debajo del peso teórico. b. Miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. c. Alteración de la percepción del peso, la talla o la silueta; influencia indebida del peso o silueta en la valoración personal; o la negación de la seriedad del escaso peso actual. d. En las mujeres, una ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

<p><b>BULIMIA NERVOSA</b></p>	<p>a. Episodios recurrentes de ingesta voraz o "atasque". Un episodio de "atasque" se caracteriza por lo siguiente:</p> <p>1) Comer, dentro de un período de tiempo, una cantidad de alimento que es definitivamente más grande de lo que la mayoría de las personas comería dentro de un período similar de tiempo y bajo circunstancias parecidas.</p> <p>2) Una sensación de falta de control sobre la alimentación (por ejemplo, un sentimiento de no poder dejar de comer o de no poder controlar la cantidad que se ingiere).</p> <p>b. Comportamiento compensatorio, recurrente e inapropiado a fin de prevenir el aumento de peso. Dicho comportamiento puede consistir en: provocarse el vómito; abusar</p> <p>Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana, por lo menos durante tres meses.</p>
<p><b>TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO</b></p>	<p>a) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.</p> <p>b) se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.</p> <p>c) se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.</p> <p>d) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej. , provocación del vómito después de haber comido dos galletas.)</p> <p>e) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.</p> <p>f) Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.</p>

CUADRO 3. Agrupación de los criterios de diagnóstico del DSM-IV (1994)  
(p.558-559,563-564)

Generalmente este tipo de descripciones aluden a conductas patológicas pero es importante no olvidar aquellas poblaciones relativamente normales, que pueden presentar características similares como preocupación por el peso e insatisfacción con su cuerpo. Por esta razón es importante acercarse a este tipo de poblaciones y en particular a las mujeres a fin de conocer las

alteraciones más comunes sobre la conducta alimentaria en la población mexicana ya que es probable que a pesar de las diferencias culturales que existen entre México y otros países, la preocupación por el peso y la insatisfacción con la imagen corporal se encuentren como factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones del comer.

La preocupación por el peso corporal no sólo es cuestión de vanidad o de moda, es también un problema de salud, ya que éste puede derivar en un deterioro importante de la salud física y mental de las personas que constantemente se preocupan por su peso y el tamaño de su cuerpo, incurriendo en practicas que cada vez se vuelven más peligrosas para su organismo.

Para Crispo, Figueroa y Guelar (1994) existe otro grupo, que no está contemplado en el DSM III-R y es el de "aquellas personas cuya preocupación por las dietas y el peso corporal interfieren seriamente con el desarrollo de sus vidas. Pueden ser tanto gente que objetivamente tiene exceso de peso, como gente que no está gorda pero experimenta un alto grado de angustia en relación con su peso corporal".

Esta preocupación no sólo puede estar influida por el peso sino también por la forma en que la persona se percibe a sí misma, es decir, su imagen corporal no le es satisfactoria. Por tanto la imagen corporal real se puede ver alterada por la imagen corporal ideal.

"La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria y constituye el común denominador de las mismas, es decir, se encuentra presente tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia y en la obesidad formando parte en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sindromático." (Gómez Peresmitré, 1993b, p.95)

Existen diferentes causas por las que las personas y principalmente las mujeres están continuamente preocupadas o insatisfechas con sus cuerpos, esto parece ser una característica de las culturas actuales, donde se presentan diversos modelos en los medios de comunicación masiva (Martínez, Toro, Salamero, Bleuca y Zaragoza, 1993)

Estas causas podrían en su mayoría encontrarse influidas por factores de tipo social, que ejercen cierta presión para que las personas se acerquen más a los patrones estéticos que impulsa la sociedad. A lo largo de los años el modelo estético del cuerpo humano ha sufrido cambios, "La cultura de la delgadez, se ha instaurado en este período histórico del mundo occidental y desarrollado, afectando principalmente al sexo femenino fundamentalmente y en contra del peso" (Vandereyken y Meerman; 1984, citado en Martínez et al., 1993, p. 53 )

Esta preocupación por alcanzar una figura esbelta, también involucra la interacción de otros procesos como son las actitudes que contienen aspectos afectivos, emocionales y evaluativos, que en consecuencia llevan a una conducta de aceptación o rechazo hacia el propio cuerpo, esto en cuanto a la evaluación interna de la propia adecuación con el ideal del cuerpo que se desea tener.

Pero no sólo es obtener un ideal a alcanzar también se presenta miedo a lo que representa la obesidad o exceso de grasa corporal. Lo que influye para que las mujeres recurran a diferentes métodos o prácticas para reducir de peso, como son la restricción en el consumo de alimentos, dietas, medicamentos, ejercicios entre otros. Esto puede conllevar un desgaste físico, psicológico y económico.

En el caso particular de las mujeres que practican alguna actividad física a fin de reducir su peso resulta importante conocer cuáles son sus expectativas al realizar ejercicio, por qué resulta importante para ellas lucir más esbeltas.

Los esfuerzos que estas mujeres hacen en muchos casos son infructuosos ya que ante su imagen corporal distorsionada pudiera resultar difícil saber hasta dónde es suficiente; es decir, tienen una imagen de sí mismas "gorda". Además continuamente los estímulos sociales hacen énfasis en que para obtener éxito se necesita ser atractivo, y asocian atractivo con delgadez.

De estas exigencias surge una industria que ha sabido aprovechar notablemente la oportunidad, como son los gimnasios, centros de control de peso, medicamentos, complementos alimenticios que hacen presencia desde la década de los 80's. En un artículo de la Revista Expansión (1992) intitulado SALUD, DINERO Y DINERO, se entrevista a varios empresarios que han incursionado en diferentes campos de la industria de la alimentación y del acondicionamiento físico. De este modo la compañía de mercadotecnia IOMP-Gallup indica que, entre la gente de los grupos A, B y C+ del mercado de las grandes ciudades mexicanas 49% asegura cuidar su apariencia, 56% cuida su salud, 35% ha cambiado sus hábitos alimenticios recientemente y un 46% se considera excedido de peso. Asimismo, señalan que "la obsesión por la salud es un movimiento mundial iniciado en los países desarrollados y que está teniendo gran aceptación en México"(p.37).

Industrias como Nutrasweet, reportaron para la misma revista, que en 1992 tenían en el mercado 46 diferentes productos endulzados con aspartame (edulcorante artificial) principalmente en bebidas de cola, atribuyendo el éxito de este producto a la búsqueda del consumidor de ingerir productos bajos en calorías, sin el riesgo de aumentar de peso, además de su agresiva campaña de publicidad, que hace hincapié sobre todo en la salud y la figura esbelta como un estilo de vida. Esto puede ser un indicador de las presiones que reciben continuamente las personas para mantenerse delgadas, los modelos que se presentan son delgados, reflejan felicidad, aceptación de otros y sobretodo resultan atractivos para el sexo opuesto.

Otro tipo de negocios que han proliferado en México en la última década es el del acondicionamiento físico como se señaló antes, los gimnasios que van desde la adaptación de la sala de la casa hasta aquéllos que cuentan con equipo sofisticado. Como dato adicional se puede decir que, en 1991 la revista SHAPE DE MÉXICO, publicó un directorio de gimnasios con un registro de 236 gimnasios en el país. En 1994, esta cifra había aumentado a 259 gimnasios más (495 gimnasios), es decir, esta cifra creció más del 100% en 3 años. Cabe señalar que no todos estos centros cuentan con instalaciones adecuadas y menos aún con personal capacitado, además de que existe la posibilidad de que no todos los gimnasios estén registrados; es decir, la cifra podría ser mayor.

Este crecimiento posiblemente se deba a los cambios en el patrón estético de la mujer y del hombre. En el caso de las primeras se presenta un tipo de mujer con características definidas, como piernas largas, de estatura alta y complexión delgada, en los gimnasios se puede observar continuamente cuadros y fotos con mujeres luciendo figuras así que son cercanas a las características físicas de la mujer norteamericana. Al respecto Garner (1980) señala que en la última década ha cambiado desde la mujer de cuerpo voluptuoso de figura redondeada a una figura angular y que luce flaca.

La delgadez y la práctica de actividad física parece formar parte del "status" social que permite demostrar el poder económico de las personas que invierten sumas considerables en tratamientos para bajar de peso, además de la atribución de diferentes valores como son la disciplina y el autocontrol a quienes buscan constantemente estar delgados, es decir, pareciera ser que quienes son delgados son considerados como capaces de cuidarse a sí mismos. Judith Rodin (1993) en su libro las trampas del cuerpo ejemplifica claramente al citar un episodio popular de un programa de televisión (La Ley de los Ángeles) la existencia de los

prejuicios hacia la gordura. Como puede apreciarse en las siguientes citas:

Una abogada fue despedida del estudio en el que trabajaba por obesa. Los defensores del estudio declararon que, a pesar de que la mujer era una buena abogada, su gordura perjudicaba la confianza de los demás en sus juicios. La abogada los había demandado por daños y prejuicios.

El gerente de la firma declaró:

- Para un abogado, su gestión y su aspecto no se excluyen mutuamente. La verdad es que cuando un cliente la ve a usted piensa; "Si ella no puede cuidar de sí misma, ¿cómo podría cuidar de mí?"

Más adelante el fiscal pregunta a la demandante:

- ¿No es verdad que durante toda su vida la gente la ha rechazado por su gordura?

A lo que ella responde:

- El hecho de que todos lo hagan no excusa la acción.
- Por supuesto que no- accede el fiscal-. Pero si es una realidad, ¿cómo puede culpar a mi cliente de reconocerla?"(p. 34)

Este ejemplo muestra cómo la gordura provoca rechazo y aunque en México se desconoce qué tan pronunciado sea este rechazo, es evidente que en los mensajes que constantemente se emiten en los medios de comunicación masiva, los modelos son delgados y discriminan a las personas obesas. Un ejemplo de esto es un comercial de una marca de yoghurt en el que se muestra a un grupo de jóvenes que están alegres tocando la guitarra y riendo y frente a ellos un pareja de obesos con expresión de enojo, comiendo helados y comida llamada chatarra. Puede decirse que las implicaciones de estas imágenes son que si la gente no es delgada, estará aislada, alejada de sus pares, de sus grupos y en consecuencia no disfrutará de "la vida".

Crispo, Figueroa y Guelar (1996) al respecto dicen que la valoración que se da a la delgadez no es igual para todas las clases sociales y que se presenta sobre todo en las clases sociales alta y media y que en el caso de las personas de clase baja que son afectadas por esta influencia, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

Ante este tipo de presiones es posible que surjan y prevalezcan trastornos de la alimentación como son la anorexia nerviosa y la bulimia, y que son el eslabón de la cadena de expresión cultural que demanda que el ser humano se adecue a los patrones estéticos de belleza. Probablemente ésta sea una de las razones por la que las mujeres tienden a juzgarse con sobrepeso aún cuando son delgadas. En una investigación Fallon y Rozin (1985) encontraron que las mujeres tendían a percibirse más gruesas que el ideal, cuando se les mostraban las figuras de la escala de Sorense y Schulsinger. Esto los llevó a concluir que las mujeres se muestran más inconformes con su cuerpo que el grupo de hombres. En la misma investigación se preguntó a la muestra masculina sobre el tipo de mujeres que a ellos les parecía atractivo y eligieron de la escala antes mencionada a las figuras delgadas; no obstante, cuando se preguntó a las mujeres sobre que tipo de mujer creían ellas que le parecía atractivo a los varones, se observó que la imagen seleccionada era aún más delgada que la seleccionada por la muestra masculina.

Davis, Durnin, Guverich, Le Maire y Dionne.(1993) por otra parte sugiere que la insatisfacción con el peso y las dietas usualmente son acompañadas por la impresión subjetiva de un "sentimiento de gordura", cuando existe una ausencia real de razones para tal sentimiento y que además interpretan su peso como un índice del grado en que se sienten gordos. Es decir; las personas relacionan su peso con su verse gordas, aunque esto no fuese cierto, ya que

existen estudios minuciosos para determinar el grado de sobrepeso que tiene una persona a través de las medidas antropométricas.

La preocupación por el peso se encuentra también relacionada con la edad de las mujeres, pareciera ser que a más edad mayor la preocupación por el peso. Es posible que esto se deba a que en la transición de adolescente a adulto joven, aumenten las presiones por parte de la sociedad en cuanto al cumplimiento de expectativas, como son obtener un trabajo, relaciones interpersonales exitosas y una pareja para formar una familia.

La satisfacción con la imagen corporal es otra de las variables relacionadas con los trastornos de la alimentación. En la investigación realizada por Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier y Petrovich (1991), en la que se pretendió encontrar diferencias entre adolescentes mujeres y varones de la ciudad de Melburn Australia respecto a la satisfacción con la imagen corporal, las conductas alimentarias y creencias respecto a las dietas, a fin de comparar los resultados con los de otros países como E.U. o con las ciudades principales de Australia más industrializadas. En dicha investigación encontraron que en efecto las adolescentes estaban más insatisfechas con su cuerpo que los adolescentes, pero que esta diferencia era ligeramente menor a lo reportado por otras investigaciones; sin embargo, se encontró que las adolescentes que se percibían a sí mismas con sobrepeso, tendían a recurrir a conductas o prácticas de pérdida de peso como tomar más agua, después las comidas, contar calorías y como caso extremo realizar alguna actividad física.

En otra investigación Gómez Peresmitré (1993b) "tuvo como propósito conocer las distribuciones de algunas de las variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y sus relaciones con el Índice de Masa Corporal, peso, seguimiento de dietas para el control de peso, sexo y edad."(p.101)El estudio se realizó en estudiantes mexicanos (N=197), el 49% de la muestra agrupó estudiantes del sexo femenino y el 51% estudiantes del sexo masculino.

Los resultados que se obtuvieron mostraron que "la respuesta mayoritaria de los estudiantes correspondía a una percepción subjetiva de peso normal"(p.108), es decir que los sujetos cuyo IMC indicaba sobrepeso, se percibían con un peso normal, así como los sujetos con un IMC de peso normal se percibían con un peso por abajo de lo normal. "Estos resultados señalaron un percepción subjetiva favorable: IMC-sobrepeso con Autopercepción peso normal; IMC-Peso normal con Autopercepción peso por abajo del normal."(p.108-109). Por otra parte los sujetos con sobrepeso tenían en promedio más edad que los sujetos con IMC-peso normal y dijeron desear pesar menos y la idea de pesar 10 kilos. más pensaban que se sentiría mal o muy mal, ante el seguimiento de dietas reportaron sentirse culpables cuando comían en exceso, además de dificultárseles el evitar alimentos "engordadores".

En cuanto a los sujetos con IMC-peso normal, en promedio eran más jóvenes que los clasificados con IMC-sobrepeso, dijeron desear pesar lo mismo, también reportaron sentirse satisfechos con su figura y sin preocupación ante la idea de aumentar de peso, en cuanto al seguimiento de dietas reportaron no experimentar "sentimientos de culpa por su forma de comer"(p.110). Para finalizar el investigador señala que estos resultados difieren de los encontrados en otros países y que esto probablemente se debe a las diferencias culturales, así como a los criterios para la obtención de IMC que deberán ser adaptados a la población mexicana, donde las diferencias morfológicas de la mujer mexicana son marcadas en comparación con otras etnias.

Es importante señalar que el seguimiento de dietas juega un papel importante en el comportamiento de las personas que desean disminuir su peso, es decir, que la restricción en la ingesta se relaciona con la forma en que se percibe a los alimentos, así lo demuestra Drewnowski, Pierce y Halmi (1988), cuando llevaron a cabo una investigación en la que pedían a un grupo de mujeres (N=43) diagnosticadas con anorexia nervosa, bulimia, y mujeres con peso normal (N=49), que a través de un mapa perceptual

asignaran a alimentos con similar contenido nutricional, un valor en cuanto a contenido calórico, macronutrientes y valor nutricional. Los sujetos además en una escala de 9 puntos señalaban sus preferencias respecto a esos alimentos.

Los resultados mostraron que la percepción de las mujeres diagnosticadas con algún trastorno alimentario y las mujeres de peso normal no fue diferente, es decir; ambos grupos de pacientes y control perciben a la comida de forma similar, sin embargo; las mujeres con trastornos alimentarios en especial las anoréxicas restrictivas, son más rígidas en sus actitudes hacia la comida que consideran "engordante", no así con las pacientes bulímicas en especial las no anoréxicas, que prefieren la comida con alto valor calórico. Por último señalan que estas pacientes presentan una fobia a la grasa, aunque no a los carbohidratos y que esto puede ser un indicador en la tendencia al cambio en los hábitos nutricionales de la población.

Resulta interesante ésta investigación en el sentido de que al comparar mujeres con trastornos alimentarios con mujeres "normales", sus actitudes hacia la comida son similares, según lo reportado por los autores, es decir; que en mujeres comunes sus conductas de restricción y evitación se parecen a las mujeres anoréxicas o bulímicas. Al respecto Davis, Durnin, Gurevich, Le Maire y Dione (1993) señalan que una proporción considerable de mujeres con peso normal y aún con peso bajo en Estados Unidos siguen dietas restrictivas y que esto está relacionado con la insatisfacción con el peso corporal aunque esta insatisfacción sea "probablemente motivada por una impresión subjetiva de sentirse gordas, aún cuando no exista una razón real para este sentimiento(Striegel-Moore, 1986, citado en Davis, et al)"(p.198)

Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requema (1991) en un estudio que realizaron pretendieron detectar el grado de insatisfacción y preocupación en una muestra de adolescentes (N=1880) en edades comprendidas entre 14 y 17 años a quienes se les aplicaron diferentes cuestionarios, entre ellos el "EAT (Eating Attitudes Test

de Gardner y Garfinkel, 1979)" (en Raich, et al, 1991,p.212) y el "BSQ ( Body Shape Questionnaire de Cooper, 1987)" (Op. cit, p.212) para medir la insatisfacción con la imagen corporal, se encontró que las adolescentes manifestaron sentir miedo a volverse gordas, además de estar dispuestas a someterse a una dieta restrictiva y que sobrestimaron ciertas áreas de su cuerpo y que quienes se encontraban más preocupadas por esto fueron las chicas de 17 años.

Por su parte Gómez Peresmitré(1997) investigó en una población de preadolescentes (N=200) si estos presentaban o no alteraciones de la imagen corporal, entre los hallazgos de mayor relevancia se encontró que el 40% de las niñas se percibieron con peso normal y el 25% como gorda o muy gorda, "esto es que un porcentaje tan alto como del 65% se haya sobrestimado, cuando la gran mayoría de ellas, el 81%, se encontraba con un peso muy por abajo del normal (un 44%) y por abajo del normal (37%) de acuerdo con su IMC-real, en otros términos sólo una minoría, un 35% de las niñas, no sobrestimó su peso corporal."(p.16)

Por otra parte concluye el investigador que las respuestas dadas por el grupo de preadolescentes es similar a lo encontrado con "muestras de adolescentes tales como: insatisfacción con la imagen corporal, y sobrestimación de la misma, preocupación por el peso y una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que figura ideal es prácticamente una figura anoréctica."(p.18)

Cabe señalar que ésta investigación se llevó a cabo en población normal, por lo que la insatisfacción con la imagen corporal y en consecuencia las actitudes hacia la delgadez parecieran comenzar desde una temprana edad, y mantenerse a lo largo de la vida.

# CAPITULO

## 2

### IMAGEN CORPORAL

Es necesario recordar que la imagen corporal, forma parte en principio del autoconcepto que para diversos autores y a través de la historia ha sido definido de acuerdo con diferentes corrientes del pensamiento filosófico y psicológico. Por mencionar sólo algunos; Aristóteles en el siglo III A.C. ha sido considerado como uno de los primeros en hacer una descripción sistemática del yo, aunque es San Agustín quien hace una primera introspección acerca de un self personal. Posteriormente Descartes con su frase célebre "Pienso, luego existo" coloca su "sí mismo" como base para poder hablar de sí mismo. Pero sería en el siglo XIX, William James, quien propondría las primeras bases del autoconcepto; para James, el self del hombre es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo. Considera también que el self empírico o "MI" está formado por tres elementos:

- El self social o las opiniones que los demás tienen de él;
- El self material o cuerpo;
- El self espiritual, con las habilidades y rasgos dirigidos por el propio ego, el YO.

Desde la perspectiva neurológica Schilder (1950) señala que la imagen corporal es una representación mental que se forma del cuerpo, es decir; la forma en que éste se aparece a la persona.

Para que esta imagen se integre, se dispone de sensaciones visuales, táctiles, de temperatura, de dolor, etc.; también hay sensaciones de los músculos y de las vísceras. Además está la experiencia inmediata de que existe una unidad corporal, unidad a la que se llama esquema corporal

Head (1920) (citado en Lara, 1996) por su parte hace hincapié "en el conocimiento de la posición del cuerpo y le llama esquema corporal"(p.99), es decir; una representación diagramática del cuerpo en la conciencia de uno, el esquema corporal es la imagen tridimensional que todas las personas tienen sobre sí mismas, y que se le llama imagen corporal. De esta forma Shilder sostiene que no se trata de una simple sensación, percepción o imaginación, sino que proviene de los sentidos y es una apariencia propia del cuerpo.

En el caso de lo social el medio parece jugar un papel importante en la información que brinda acerca del si mismo, es decir, la lectura que el sujeto hace de lo que los demás ven de él. Esto claro sin olvidar lo que el sujeto percibe sobre sí, y es aquí donde esta percepción tiene su parteaguas ya que la imagen del si mismo abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace acerca de si mismo, incluyendo lo que él es y lo que desearía ser, ante este encuentro de lo ideal con lo real es posible que exista cierta incongruencia con el cuerpo sobre todo si esta alejada de lo que es ideal.

De este modo, la noción de la imagen corporal se refiere tanto a lo que Shilder llamó "la imagen de nuestro cuerpo que formamos en nuestras mentes" como a las respuestas afectivas a la apariencia.

Para Kolb (1968) la imagen corporal es la percepción del cuerpo por el yo. El yo corporal contiene preceptos, conceptos y afectos relacionados con el cuerpo. Los preceptos corporales y los conceptos corporales teóricamente están incluidos dentro del término imagen corporal. Es decir, que los aspectos neurológicos, las cargas afectivas y de valor, la circunstancia histórica y social

del sujeto se encuentran íntimamente entrelazadas en la forma en que el éste se ve a sí mismo.

Al respecto Nathaniel Branden (1987) señala: " De todos los juicios de que somos objeto ninguno es tan importante como nuestro propio juicio... La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima que reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento acerca de mí mismo no lo que otros piensan o sienten sobre mí"(p.9). Y aunque así debiera de ser, más bien la sociedad parece jugar un papel preponderante cada día haciendo víctima de las presiones y dictados a las mujeres, además de que la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer, se expresa - casi únicamente- a través de la imagen corporal.

La imagen corporal se va formando a partir de la primera infancia, en esta etapa el bebé explora su cuerpo de modo que lo integra poco a poco, posteriormente en la adolescencia este tiene que hacer una nueva reestructuración de su cuerpo debido sobretodo a los cambios en la composición corporal de cada sexo. Es importante señalar que estos cambios son drásticos en ambos sexos ya que con la transformación sufrida el adolescente busca su identidad con los miembros de su sexo, además de la aceptación que pretende obtener del medio que le rodea, esta integración está supeditada a ciertas normas sociales, que hacen énfasis en el desempeño de cada individuo, es decir los jóvenes deberán ser fuertes y las jóvenes atractivas y por ende delgadas.

La imagen corporal forma parte del autoconcepto que es un reflejo de los mensajes que se reciben del exterior, es decir, el ser humano aprende a verse a sí mismo con los ojos de los demás, de los mensajes que recibe. Para Schilder (1950, citado por Lara, 1996) "la imagen corporal es el resultado de la vida social. Sostiene que las imágenes corporales nunca están aisladas, que siempre están rodeadas por las imágenes corporales de los demás,

con las cuales existe un continuo intercambio: lo que vemos en los otros podemos descubrirlo en nosotros mismos y viceversa, lo que descubrimos en los demás, podemos verlo en nosotros mismos."(p.120)

Para Lasdman y Jourard (1987) el autoconcepto, desde el punto de vista psicoanalítico comienza en los primeros años de vida y, a medida que el ser adquiere dominio sobre su cuerpo también ejerce dominio sobre su medio, entonces las personas que no controlan sus esfinteres o su apetito se sentirán inseguras y avergonzadas de si mismas.

Las personas preocupadas excesivamente por su cuerpo piensan que su apariencia física influye para ser aceptados por los otros, sobre todo para llamar la atención. A estas personas se les describe con "preocupación narcisista excesiva."(Jourard y Lasdman, 1987)

Desde el punto de vista de Rogers, el autoconcepto se forma en las primeras etapas de la vida, esto a través de la búsqueda valoral del funcionamiento orgánico, es decir, en un proceso de valorar aquello que es significativo y que lleva al ser a la satisfacción de sus necesidades por medio de diferentes conductas que le permiten saber que podrá obtener amor, aprobación, estima.

De esta manera, se comienzan integrar a través de la experiencia los valores que serán importantes para el sujeto, entre ellos lo que él piense de si mismo, sin embargo; " en un intento por obtener o mantener amor, aprobación, estima, el individuo renuncia al foco de evaluación que era suyo en la infancia y lo sitúa en otros", (Rogers, 1947, citado por Lafarga, 1981,p.73), es decir; comienza a introyectar valores que no le pertenecen, en el caso de la delgadez, podría aplicarse muy bien, ya que las cargas sociales respecto a este valor influyen en la percepción que tiene de si misma una persona respecto a su cuerpo.

"Es interesante lo que algunos investigadores sostienen cuando señalan que quizá es más apropiado referirse a la experiencia corporal en lugar de la imagen corporal ya que la experiencia corporal tiene un significado más amplio mientras que la imagen corporal está estrechamente ligada a la percepción visual"(Lara, 1996, p.102).

Refiriéndose a lo que sucede con las personas con trastornos de alimentación Lara(1996) señala que la forma en que se "ve" a sí misma una persona con un desorden alimenticio tiene mucho que ver con el modo en que "sienten" y "piensan" que son. Aún sin la información visual las personas pueden tener la convicción de que se "ven muy gordas".

Así la imagen corporal, o mejor dicho, la experiencia corporal, es un fenómeno extremadamente complejo que incluye la "representación esquemática de las partes del cuerpo y los constructos cognitivos personales, así como las experiencias subjetivas de las funciones corporales; la experiencia corporal parece estar profundamente influenciada por los estados de emocionales del individuo"(Meermann y Vandereycken, 1988)

Como constructo, la imagen corporal generalmente se conceptualiza como teniendo dos dimensiones relativamente independientes (Carr-Nangle, et. al, 1994, en Lara, 1996)

- a) Percepción del tamaño corporal: se refiere a la estimación del tamaño del propio cuerpo, a las distorsiones perceptuales asociadas y a la discrepancia de los estándares ideales.
- b) Satisfacción corporal: se refiere a los afectos, comportamiento y cogniciones de los individuos respecto a su tamaño y apariencia (Rucker y Cash, 1992 en Lara, 1996)

Como se puede ver la imagen corporal, no es sólo un asunto de experimentar al cuerpo tal cual, y que puede percibirse a través de los sentidos de la manera más pura; la imagen corporal se constituye a partir de las formas en como es vivido, Bartlett (1932;

en Aisenson, 1981, p.181-182 ) por su parte "denominó esquema a la forma en que cada individuo conserva, reorganiza y reconstruye sus experiencias; en lo que respecta al cuerpo, pues, el esquema no puede entenderse como una impresión o conocimiento aislado, netamente diferenciado, sino como un marco referencial, como una base vivencial en que se insertan impresiones particulares." Aisenson (1981) además diferencia en tres esferas la incorporación de lo corporal a cada individuo, en las que el " término esquema alude más bien a dispositivos cerebrales, el término imagen a actividades mentales y la expresión conciencia del cuerpo a sentimientos (por tanto) la experiencia de la propia corporeidad implica simultáneamente el plano vivencial y el plano orgánico."(p.182)

Para Schilder (1935, citado por Fenichel, 1971) existe una percepción de una tensión, es decir, de algo interior. Más adelante, cuando se advierte que existe un objeto destinado a aplacar esta tensión, tenemos un algo exterior. El cuerpo propio constituye las dos cosas a la vez." Mas adelante concluye "la suma de las representaciones psíquicas del cuerpo y de sus órganos, la llamada imagen corporal, constituye la idea del yo. La imagen corporal no coincide con el cuerpo, objetivamente considerado." Es decir, que a partir de la diferenciación de lo que se "es", entre lo que no se "es", el individuo discrimina lo que le es propio de lo que esta fuera de sí mismo, de esta manera comienza a construir su esquema corporal, y lo vive de acuerdo a sus experiencias, que son así mismo, lo que dará la pauta para relacionarse con el mundo externo.

Otros teóricos coinciden al señalar que el concepto del yo es constantemente construido por la percepción de la imagen corporal, por la afectividad que se le relaciona y que la separación que se hace entre mente y cuerpo es abstracta, ya que interaccionan constantemente, no sin olvidar la importancia que tiene la relación interhumana en la experiencia de la propia

corporeidad "así como la de las situaciones vividas, en el pasado, el presente y el futuro."(Aisenson, 1981, p.191)

Por último, la forma en que se construye la imagen corporal estará influida por los estímulos que se ha recibido a lo largo de la vida de un individuo, las gratificaciones y muestras de aceptación hacia el propio cuerpo, que generalmente encuentran su fuente primera en la madre, posteriormente y en el transcurso de la vida misma, esta persona tomará "partes de los cuerpos de otros e incorporarlos {con la propia} imagen corporal. Podemos incluir partes del cuerpo de otros identificándonos con ellos. Esta identificación puede provocar sensaciones en el cuerpo o actitudes psíquicas hacia partes del cuerpo, las cuales pueden surgir a la conciencia o mantenerse inconscientes." (Schilder, 1950; en Aisenson, 1981, p.239)

## CAPITULO

### 3

## MUJERES E IMAGEN CORPORAL

Como se ha visto hasta el momento, la imagen juega un papel importante en la relación que se sostiene con el mundo, que está asimismo impregnada de las vivencias afectivas, las sensaciones y de la forma en que se dimensiona, es decir, de la experiencia que se ha acumulado, de la información que al respecto se ha obtenido del medio que rodea a una persona. Y es en este punto donde es necesario abundar.

Si la primera fuente de retroalimentación externa es la madre o la persona que se hace cargo del bebé en sus primeros años, que gratifica, toca y se relaciona con él, se puede deducir que también es la que dará las primeras pautas sobre la relación que el bebé guardará con su propio cuerpo. Pero que además encuentra una esfera más amplia de relación y es la social, que muestra la cultura, las formas de relación y sobre todo la que permitirá un interjuego entre la propia imagen corporal y la de otros.

Schilder (en Aisenson, 1981) señala al respecto que "sentimientos como el pudor, la vanidad, la seguridad e inseguridad procedentes de la autoestima física, la humillación o euforia vinculadas con las actitudes de los demás hacia el propio cuerpo, todos ellos exigen que el otro destaque como personalidad distinta de la nuestra"(p.241). Más adelante también dice que "una imagen corporal es la suma de las imágenes corporales de la comunidad según diversas relaciones que en ella imperen"(p.242)

Por tanto y partiendo del hecho de que dentro de una cultura se educa a los niños de acuerdo a su sexo, las relaciones serán distintas para uno u otro género.

La mujer durante siglos ha sido motivo de discriminación y subyugación, teniendo como únicos argumentos su condición biológica, diferente a la de los hombres, y colocándola en un situación de ser inferior, es decir, que tener el cuerpo de mujer ya era una situación de desventaja frente al otro. Ussher (1991) señala al respecto que: "En la mayoría de los casos, el cuerpo femenino y la reproducción son construidos bajo una luz peyorativa en la que se enfatiza la potencialidad de debilitamiento, lo cual tiene como resultado el que muchas mujeres tienen una imagen negativa de sí mismas"(p.51).

Siguiendo en el rubro de la corporeidad, se puede ver que las diferencias establecidas entre hombres y mujeres, son principalmente de género, es decir, que los hombres son educados para aceptar con mayor facilidad sus propios cuerpos en razón de tamaño y fuerza, no así las mujeres que por una parte deberán ser recatadas, pero por otra deberán tener los suficientes encantos como para atraer a una pareja. Tal dicotomía en las actitudes que son propias de lo femenino ha tenido aparejada la forma en como las mujeres se relacionan con su propio cuerpo, que es motivo de necesidad entre aceptación y rechazo.

La aceptación, porque forma un vehículo para establecer relación con el mundo, que le permite obtener a través de él satisfactores ya sean materiales, afectivos o de status. De rechazo porque como dice Shopper (1979 citado en Ussher, 1991) "muchas jóvenes conceptualizan sus genitales como poseedores de una sola abertura excretora que está desprovista de toda sexualidad. Y también solamente de una función cloacal asociada con excreción, suciedad e inmundicia"(p.53). "De éste modo, mientras que los muchachos aprenden a percibir su genitales como una fuente de orgullo y placer, las muchachas desarrollan por lo general un

sentido de vergüenza, repulsa y humillación en torno a los suyos" (Ussher, 1991, p.53)

Desde el aspecto de la sexualidad las mujeres son adiestradas para esconder y disimular su propio cuerpo, a parecerse a alguien, a convertirse en objetos, que solo se caracterizan por su anatomía, y que les impide aceptar su cuerpo como parte de sí mismas, y como una cosa de uso.

Al reducir a la mujer a cosa, se niega la posibilidad de asumir a su cuerpo como algo propio, y por tanto se le tiene como un ente que es necesario dominar, sobre el que lo más importante es el control, no sólo de los otros, sino también ejercido por ella misma para conseguir aceptación.

Ussher (1991) señala "la sexualidad de una mujer, sus órganos genitales y su función implícita se ven así negados y explotados"(p.53). Por tanto, que se puede esperar si a la mujer se le niega la posibilidad de aceptar su genitalidad y por consiguiente de conocerla, la misma estructura anatómica facilita esto, es decir, al no estar los órganos genitales de las mujeres expuestos en la misma forma que la de los hombres, el conocimiento de estos resulta difícil, ya que la autoexploración no es algo que se enseñe como algo usual en la mujer.

Sin embargo, no todo el cuerpo es susceptible de ser ocultado, es decir, que en una sociedad de doble moral, es permitido que una mujer muestre sus pechos como una zona erógena, como punto de atención y que reduce a la mujer a sólo pechos, ya sea con el fin de vender algo, y que como puntualiza Ussher(1991) "deshumaniza a las mujeres representándolas como objetos sexuales cuya única función es servir al placer del hombre"(p.56). Y que coloca a la mujer como algo sucio, indecente, cuya sexualidad está dirigida hacia la reproducción y que se perpetua por la objetivación.

Las diferencias en los atributos físicos entre mujeres y hombres, también han sido motivo para discriminar a las personas para

desempeñar determinados trabajos con base a atributos físicos o relacionados con lo atractivo que se considere a una persona, en particular a las mujeres.

Steiner-Adair (1986) dice al respecto "cuando encuentro desórdenes alimentarios como política del cuerpo más que como patología de cuerpo (asumo) que al cuerpo como símbolo de una cultura que no tolera el desarrollo femenino y la madurez" (p.253) y lo ejemplifica con la cita siguiente:

"Ariel una joven de 16 años a quien conozco desde hace dos años y medio, escribe en su diario":

"Mi cuerpo se tensa al poner el vaso en el lavabo de porcelana. Las migajas se dispersan alrededor de todo el cuarto oscuro y con vapor, al mismo tiempo en que me agacho, la bilis amarilla cubre los bordes delgados de mi boca, su consistencia y sabor me hacen vomitar sin control sobre el piso verde agua y mareada con lágrimas sin esperanzas haciendo charcos sobre el líquido pegajoso. Me quedo mirando con odio a mi cuerpo, un cuerpo deshecho aún esforzándose por jalar aire con un llanto repulsivo y furioso. Me siento atrapada. Ya no puedo escapar del dolor que me ataca con sus colmillos filosos. Estoy muy cansada, queda muy poco de mi. Ya no soy nada, solo una fachada tratando de encontrar objetivos irreales."

"Perspectivas que me obligan a entrar en un molde en que no entro ¿Porqué no puedo ser yo? ¿Porqué me contradicen en todo lo que creo? ¿Es que estoy siempre equivocada? Los respeto tan poco y sin embargo su opinión significa mucho para mí, me siento tan explotada y al mismo tiempo tan avariciosa ¿Cómo puedo pedir más? ¿Por qué necesito tanto? ¿Por qué nunca soy suficiente? ¿Por qué no soy tan buena para merecer lo que tan desesperadamente necesito de ustedes?"

(p.253) "Me siento tan cansada, débil, desvanecida y tan abandonada ¿Por qué quise crecer? Estoy sola."(p.254)

Lo anterior es un ejemplo claro de la lucha que se libra en muchas mujeres por permanecer en un estado de permanente juventud, por aparentar una apariencia de adolescente, de hecho la moda cada vez recalca más la importancia que tiene ser joven, se venden cremas, cosméticos, ropa que disimule, prevenga y corrija el paso de los años.

Hasta hace poco se transmitía en un canal de la televisión mexicana una serie llamada "Mirada de mujer", que plantea la ruptura de una pareja después de 27 años de casados, cuando la mujer se fija en un hombre más joven que ella, se siente avergonzada de su cuerpo y esto le impide relacionarse con él. Como se puede ver, para una mujer de cincuenta o más años se vuelve casi prohibitivo pensar en establecer una nueva relación y mucho menos con un hombre menor en edad, pero tal vez este impedimento no sea a causa de la presión social como de la misma presión personal al sentirse no valiosa, poco atractiva, y poco aceptada por si misma.

Y así en cada cultura las mujeres son presionadas a incorporar los patrones de supuesta estética que le permitirán sentirse aceptadas, al respecto Martínez-Fornés (1994) dice "En las sociedades del bienestar y del consumo lo caro, lo elegante, es «ser delgado» (...). Lo elegante ahora es preocuparse por estar esbeltos incluso delgados, que se identifica con una imagen juvenil" (p. 26), cabe señalar que no sólo en los países desarrollados las mujeres están preocupadas por la delgadez y la belleza, tal vez sea una consecuencia del alcance de la globalización, del avance de la tecnología de la comunicación, pero en los países subdesarrollados también se presenta este fenómeno y de manera creciente, donde continuamente salen a la venta diferentes revistas dirigidas a diferentes sectores de la población femenina, que abarca desde las niñas hasta mujeres maduras e incluso a los hombres. Crispo, Figueroa y Guelar (1996) hacen un repaso de algunas de las frases de las revistas

femeninas y las propagandas que aparecen en sus portadas, y citan algunas de ellas:

- "Si el rostro se te cae porque te dejaste estar y ahora ves el resultado de tu descuido y tus excesos..."
- ¿Con ese salvavidas no te da vergüenza hacer el amor?
- - Haz la prueba. Pregúntale a tu media naranja, cuál de estos dos cuerpos se llevaría esta noche a la cama.- (A la izquierda hay una mujer común, a la derecha hay una joven con un cuerpo más de acuerdo con los cánones actuales de delgadez.) - Si eligió el de la izquierda, te miente -.
- ¿No esta harta de ser usted misma? ¡Sea definitivamente otra! Consulte nuestro programa intensivo de adelgazamiento antes de las vacaciones."(p.49-50)

Santacruz y Erazo (1981) señalan "la mujer de más de 40 años no tiene cabida en el modelo transnacional femenino. Así como en las revistas la pobreza no se menciona y se parte de la base de que todo mundo pertenece a un nivel socioeconómico acomodado, tampoco existe la mujer madura. Se alude por el contrario, a la arruga, el sobrepeso, la flaccidez, la celulitis, como pavorosos peligros capaces de alejarla del modelo ideal de la eterna juventud." (p. 155). Ante semejante perspectiva, las mujeres incurren a diferentes prácticas para mantenerse en una apariencia joven, desde los tés, las dietas, los gimnasios y las cirugías, dependiendo claro de las posibilidades económicas de las mismas, pero estas presiones no sólo las ejercen hacia sí mismas, sino que también impulsan a sus hijas a dar suma importancia a la apariencia física, como una forma de lograr diferentes objetivos en sus vidas, como el "conseguir" novio y finalmente casarse.

Pareciera ser que el ciclo de una mujer comienza desde muy temprana edad, cuando se regula el comportamiento de las niñas educándolas para ser bonitas y simpáticas, en la adolescencia poder pertenecer a un círculo de amigas y tener popularidad entre

sus compañeros, sino es por inteligente sí por bonita, durante la juventud estas presiones crecen aún más porque se necesita de la "presencia" física para no sólo conseguir novio, también trabajo.

Pero las exigencias no sólo se encuentran en el entorno de las mujeres, ellas mismas ejercen este control quizá como producto de la presión externa que finalmente se convierte en un autocontrol que les rige muchas de sus actitudes hacia sí mismas, Stern (1991) señala que "algunas niñas, que han demostrado una sólida percepción de sí mismas, en la adolescencia renuncian y devalúan sus percepciones, creencias, pensamientos y sentimientos. Esta desaprobación de sí mismas ha sido vista en chicas que funcionan bien en su escuela, pero que además han sido asociadas con el desarrollo de síntomas psicológicos tales como trastornos alimentarios y depresión." (Jack, 1987; Steiner-Adair, 1986, citado por Stern, 1991, p. 105).

Como puede observarse, en la etapa de la adolescencia las chicas aprenden a desconfiar de sí mismas, ya que en una búsqueda por ser aprobadas por las personas con quienes se relacionan, tratan de ir moderando o modelándose a las expectativas de otros a fin de identificarse con un grupo al que puedan pertenecer, por esta razón no sería de extrañar que las jovencitas se parezcan en su forma de hablar, de vestir y de actuar, ya que esto les da identidad con un grupo de referencia, "Para las jóvenes, el papel de las relaciones interpersonales en el desarrollo de la autoestima es quizá particularmente fuerte. Teóricos psicoanalistas (Deutsch, 1944; Freud, 1905/1962; Horney, 1926), teóricos del desarrollo de adolescentes (Erikson, 1968; Marcia, 1966; Offer, 1969), y teóricos del desarrollo femenino (Chodorow, 1974; Gilligan, 1977; Miller, 1976) todos hacen énfasis en la especial significación de las relaciones en todos los aspectos del desarrollo del sí mismo de las jóvenes." (Stern, 1991, p. 112)

Pero qué sucede en la etapa posterior a la adolescencia, con mujeres que han aprendido a negar sus percepciones, sentimientos y creencias para poder sentirse aceptadas por otros, y que ahora

deberán cumplir con otras expectativas, no sólo de relación interpersonal sino de desempeño tanto en el trabajo como en lo personal, es decir, que en muchas ocasiones de su apariencia física dependerá el conseguir o no un trabajo. En una investigación, Drogosz y Levy (1996), evaluaron que tan importante es el atractivo tanto en hombres como en mujeres con relación al tipo de trabajo, y encontraron que las personas que son consideradas como atractivas tienen mayores posibilidades de ser promovidos y de mayores expectativas en lo futuro en relación a su actual empleo, que aquellos que son considerados como no atractivos.

Por otro lado y dentro de la misma investigación, se estableció a través de un cuestionario (Like of Fit Model) "sobre características que son consideradas como masculinas o femeninas para el desempeño de un determinado puesto, y se encontró que las mujeres que son consideradas atractivas y con una pose tradicionalmente femenina, son inadecuadas para desempeñar tareas que son típicamente masculinas." (Drogosz y Levy, 1991, p. 438) Los hombres por el contrario se ven beneficiados si son considerados atractivos, para el desempeño de su trabajo, ya sea en un trabajo al que se le atribuyen características masculinas o femeninas.

Como se puede observar las mujeres se encuentran en desventaja en relación a los hombres, sobre todo para el desempeño de determinadas actividades, por el contrario si un trabajo es caracterizado como femenino, el atractivo contará profundamente (p.ej. secretaria, recepcionista, relaciones públicas, etc.).

## CAPITULO

### 4

#### **ANTECEDENTES TEORICOS Y PRACTICOS RELACIONADOS A FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DESORDENES ALIMENTARIOS EN LOS DEPORTISTAS**

Davis (1990), en su investigación buscó las diferencias que existían entre dos grupos de mujeres uno que hacía ejercicio y otro que no realizaba ejercicio en cuanto al grado de narcisismo con el cuerpo y el énfasis en la apariencia, esto con el fin de determinar si quienes realizan ejercicio en forma regular tienden a desarrollar conductas de riesgo, a intensificar o exagerar la atención en la imagen corporal y la ejecución física. Si tienen también mayor riesgo de desarrollar actitudes patológicas y conductas concernientes a la dieta y la pérdida de peso. Por tanto las comparaciones fueron hechas en relación con la preocupación por el peso, tanto en medidas objetivas como subjetivas del cuerpo, los factores psicológicos y la importancia de la apariencia en el estado de bienestar.

La muestra consistió en 86 mujeres identificadas ellas mismas con actividad regular y otra de 72 mujeres que no hacían ejercicio todas ellas voluntarias. Las mujeres respondieron cuestionarios psicométricos y de estilo de vida, adicionalmente se obtuvieron sus datos sociodemográficos y los valores de peso-estatura.

Los resultados obtenidos fueron que entre los grupos de mujeres no hubo diferencias significativas en cuanto a como calificaron su cuerpo real y el ideal, aunque las mujeres que hacían ejercicio no

se encontraban preocupadas por su peso, si estuvieron insatisfechas con la forma de su cuerpo y sintieron un pobre bienestar emocional, lo que pudo ser un indicador para el desarrollo de desórdenes del comer, puesto que existía la probabilidad de desarrollar actitudes obsesivas hacia el control del peso. La autora puntualizó a continuación ", existe la posibilidad de que los ejercitadores regulares especialmente en actividades aeróbicas y de fuerza muscular, exageren la atención sobre su cuerpo" (p.20); es decir, este grupo de mujeres fue más crítico en su apariencia, tuvo mayor atención en su cuerpo en actitud narcisista, por lo que se tendió a distorsionar más su propia imagen que el grupo control.

En otra investigación realizada por Davis y Cowles (1991) en la que el objeto era conocer las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la imagen corporal, peso y dieta, y el grado de participación en el ejercicio, así como la relación entre estas variables. Ciento doce mujeres y 88 hombres con edades que oscilaban de 14 a 64 años de edad y que fueron clasificados como deportistas regulares ya fuera en clases de aerobics o en un programa propio de entrenamiento participaron en el estudio. A esta muestra se les aplicaron los siguientes instrumentos:

**Cuestionario de estilo de vida (Canadá Fitness Survey, 1982)** que consiste en un serie de preguntas en las que se indaga sobre el tipo de actividad física que se ha realizado durante el último mes, la frecuencia y duración en minutos por cada actividad, también pide que se de en una lista 10 razones del porque la gente hace ejercicio **El inventario de Imagen Corporal (Myers, Zivian, Kirkland & Zager, 1985 )** que investiga lo relacionado con la imagen corporal y la autoestima, y que tiene tres escalas de medición, *atención en el cuerpo, insatisfacción corporal y peso deseado. También se exploró la conducta alimenticia* y se preguntó a los sujetos cuanto desearían perder en peso o cuanto desearía ganar en peso. **Porcentaje de grasa corporal**, obteniendo las medidas antropométricas del **triceps, bíceps,**

**subescápula y psoasiliaco** con la ayuda de un calibrador. También se obtuvo el Índice de masa corporal (IMC) o Body Mass Index :  $\text{peso(kg)/altura}^2$ .

Cada uno de los participantes respondió primero a un cuestionario y se le tomaron sus medidas en talla, peso y medidas corporales. Entre los resultados más importantes se encontraron los siguientes:

- Las mujeres estuvieron más insatisfechas con su imagen corporal que los varones.
- Los sujetos dijeron recurrir al ejercicio como un método de bajar de peso.
- No hubo incrementos en la grasa corporal en los grupos de ambos sexos que practicaban ejercicio.

En el caso de la interrelación con los cuestionarios aplicados estos fueron analizados por separado para ambos grupos, en los que se encontró que el grado de participación en el ejercicio no se relacionó con ninguna de las variables de imagen corporal para las mujeres, y que se incrementaba la insatisfacción conforme se sentían más gruesas que cuando querían subir de peso. Entre los grupos de varones se encontró que la actividad estaba relacionada con la mayor intensidad de esfuerzo físico y que daban más atención a su cuerpo los hombres jóvenes que los de más edad.

Brodie y Slade (1988), investigaron la relación entre diferentes métodos para estimar el porcentaje de grasa corporal, así como la relación entre las diferentes medidas de imagen corporal, incluyendo dos métodos para la exacta medición del tamaño corporal y dos medidas de insatisfacción corporal. Por otra parte establecieron la relación entre las medidas de grasa corporal y las medidas de imagen corporal. Por último la relación entre grasa corporal, imagen corporal y otras medidas psicológicas.

La muestra estuvo formada por 100 mujeres voluntarias cuyas edades oscilaron entre 19 y 57 años con estatura promedio =164.9 cm y peso promedio =63.7 kg. dentro de un rango de 40.05 a 121.90 kg.

Se encontró un 25% con sobrepeso; un 30% ligeramente por arriba del peso ideal y ningún sujeto se encontró con > 15% por abajo del peso ideal. Se eliminaron aquellos sujetos que presentaron desordenes de alimentación ya que se deseaba trabajar con sujetos de condición normal. También se hizo un seguimiento del ciclo menstrual de los sujetos a fin de evitar las variaciones de peso que se pudieran presentar.

Los resultados indicaron que, había relación entre insatisfacción con la imagen corporal y los cuatro métodos de se emplearon para medir grasa corporal, es decir, que las mujeres podían juzgar con exactitud las dimensiones de su cuerpo y esto coincidía con las medidas que de ellas se obtuvieron.

En otra investigación realizada por Davis (1992), la propuesta fue encontrar la relación entre las conductas de dieta de las atletas de alto rendimiento y las conductas patológicas para el control de peso en estas atletas, también se exploró la importancia del peso y la composición corporal para la ejecución adecuada. Además de conocer la relación entre las medidas corporales objetivas y las subjetivas, los factores de personalidad y la preocupación por el peso en la muestra de atletas competitivas.

La muestra estuvo compuesta por 99 mujeres atletas que tuvieron una media de edad de 19.54 años en un rango de 13-30 años. Las disciplinas en las que estas participaban fueron: Basketball, Hockey sobre hielo, natación sincronizada y voleibol. También se contó con un grupo control de 111 mujeres universitarias no atletas, no mayores de 30 años y que no practicaran ejercicio.

Los sujetos completaron un autoreporte e inventarios

psicométricos, una escala de imagen corporal, y preguntas relacionadas con las conductas de dieta, también se obtuvieron datos de talla y peso, los cuestionarios fueron completados de manera anónima para garantizar completa confidencialidad.

Los resultados obtenidos fueron: 61% de los sujetos deseaban perder peso aun cuando su IMC era mucho menor de 20, mientras que el 74% de las sujetos control reportaron desear perder peso; sin embargo, sólo el 9.2% de este grupo se encontraba por abajo de un IMC igual a 20. Cabe señalar que los valores del IMC de esta muestra se distribuyeron dentro de un rango de 20-25. También se encontró que los atletas (27%) estaban continuamente a dieta a diferencia del 9% de los sujetos control.

Petrie (1993), estudió los hábitos alimenticios en mujeres gimnastas específicamente las conductas anómalas del comer en una muestra grande con mujeres de peso normal, otras que se clasificaron con hábitos normales de comer, otras que hacían ejercicio excesivo, o vomitaban o se purgaban o recurrían a dietas restrictivas, sub-bulímicas y bulímicas. También se propuso este investigador determinar qué tanto diferían estos grupos de atletas con desórdenes de alimentación, en cuanto a características de personalidad y creencias de lo que es atractivo. Las variables estudiadas fueron autoestima, satisfacción corporal. Así mismo, se observó la relación entre el peso ideal y el real.

La muestra consistió de 215 mujeres gimnastas cuya edad media era de 19.4 años. y que habían competido entre 1 y 5 años y con peso dentro de lo normal. Se aplicaron instrumentos que exploraban: síntomas de bulimia nervosa, información concerniente a desórdenes del comer y conductas dirigidas a perder peso, satisfacción con las partes del cuerpo (glúteos, abdomen, caderas), autoestima y creencias respecto a lo que es atractivo.

Por último se obtuvieron datos sociodemográficos tales como: peso, talla, peso ideal, edad, años de practicar deporte, tiempo de competir y nivel escolar.

Para el análisis de datos los gimnastas fueron clasificadas dentro de siete categorías de desórdenes del comer (basado en las respuestas al BULIT-R), con los criterios del DSM-III-R las siete categorías fueron definidas como sigue:

1.- Bulimia: BULIT-R rango 85

2.- Normal: Sin comer excesivamente, sin purgarse, no dietas rápidas y sin ejercicio excesivo (tomando como referencia no más de 2 horas al día para quemar específicamente calorías).

3.- Accesos bulímicos (binge eating ): de comilona al menos tres veces al mes, sin conductas de purga, no dietas rápidas, ni ejercicio excesivo.

4.- Purga: Uso de laxantes, diuréticos, vómito por lo menos tres veces por mes, no comilonas, ni ejercicio excesivo y no dietas rápidas.

5.- Dietantes restrictivos: Dietas rápidas por lo menos cuatro veces durante el año pasado o haber hecho dieta dos veces y al mismo tiempo practicar ejercicio excesivo, sin conductas de purga, dietas rápidas o comer compulsivo.

6.- Ejercicio excesivo (>2 hrs. diarias): Sin purga, dietas rápidas o accesos bulímicos.

7.- Principios de Bulimia: Algunas gimnastas han reportado varias conductas asociadas a la bulimia, pero no patológicas.

De acuerdo con esta categorización las gimnastas fueron distribuidas en: normal (n=45), ejercicio excesivo (n=36), accesos bulímicos (n=17), dietantes restrictivas (n=33), principios de bulimia (n=35) y bulímicas (n=34).

Los resultados mostraron que el 61.3% de las gimnastas se clasificaron con desórdenes intermedios del comer. El 60% de las mujeres reportaron conductas anómalas del comer aunque no necesariamente patológicas. Se encontró además que las

clasificadas como bulímicas tenían menos satisfacción con su cuerpo que las normales y las que hacían ejercicio excesivo; asimismo, del grupo que practicaba ejercicio excesivo 18% de las gimnastas reportaron hacer ejercicio excesivo como método para perder peso. De las 33 clasificadas como dietantes restrictivas solamente 6 (18.2%) reportaron hacer dietas rápidas sin hacer ejercicio excesivo. Estos hallazgos sugieren de acuerdo con la muestra que las jóvenes atletas pueden emplear el ejercicio con más frecuencia como método para perder peso que recurrir a dietas rápidas.

Aún en mujeres que no necesariamente son clasificadas como deportistas de competencia, sino que simplemente practican ejercicio como una forma de perder peso, se pueden observar datos similares, así lo demuestran Martínez, et. al. (1993) en su investigación. Estos investigadores se propusieron conocer las actitudes, experiencias e influencias socioculturales relacionadas con el peso y el adelgazamiento en un grupo de 675 jóvenes de Barcelona de clase socioeconómica media-alta a quienes se les aplicó un cuestionario de 40 ítems, que exploraron las experiencias referidas a los modelos sociales públicos (actrices, bailarinas...) experiencias interpersonales comunes, prácticas de adelgazamiento, experiencias relacionadas con la publicidad y lecturas que alientan el adelgazamiento, actitudes, influencia de las amigas sobre su cuerpo y la alimentación.

Los resultados obtenidos demostraron que las situaciones en las que se cuestiona la figura de las chicas generan ansiedad en más del 50%, como cuando se ponen ropa ajustada (58.8%); el 52.8% al mirarse en el espejo y el 54% ante la llegada del verano, la mayoría estuvo preocupada por partes de su cuerpo como caderas y muslos. Por otra parte un buen número había realizado actividades adelgazantes 35% de las jóvenes habían hecho dieta y casi 10% durante tres o más periodos. La restricción alimentaria fue la actividad más frecuente en la población universitaria que en la de bachillerato (44.4% contra 30.1%). El ejercicio físico

orientado a adelgazar, fue utilizado por casi la mitad de la población (45.5%). También en este caso, las chicas mayores habían realizado más ejercicio físico con la intención de adelgazar, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Es importante señalar una observación de Martínez, et al (1993) en la investigación que realizaron respecto a la práctica de ejercicio como método para adelgazar "Se ha dado muy poca importancia al ejercicio físico como factor de riesgo para los trastornos alimentarios en comparación con la dieta; ha sido considerado como un comportamiento sintomático. Sin embargo, su relevancia como antecedente en algunos casos de anorexia nerviosa ha llevado a algunos clínicos a hablar ya de anorexia por ejercicio "(p. 61)

Crawford y Eklund (1994), investigaron la relación entre la ansiedad psicológica y las conductas acerca del ejercicio, específicamente la relación entre la autorepresentación y la frecuencia y duración del ejercicio, la relación entre la ansiedad psicológica y las actitudes de las personas hacia el ejercicio, y si el instrumento de Ansiedad Psicológica Social podía mostrar la relación entre las actitudes hacia el ejercicio y su relación con las variables: satisfacción corporal y satisfacción con el peso corporal.

La muestra consistió en mujeres en edad escolar y que practicaban aerobics (n=104) voluntarias, el rango de edad fue de 18 a 25 años de edad ( $\bar{x}$ =20.8), con un peso medio de 58.9 kg. (SD= 7.56), y una media en estatura de 165.8 cm. (SD= 5.5), en promedio las mujeres realizaban ejercicio 3.3 veces a la semana (SD= 1.7) con una media en tiempo de 56.7 minutos por día (SD= 40.1).

Los instrumentos aplicados fueron:

- Escala de Ansiedad Física Social, con 12 ítem de un inventario de autoreporte en una escala tipo Likert de 5 puntos.
- Nivel de Satisfacción Corporal (BSS) consiste en emplear nueve dibujos de diferentes medidas desde extremadamente

obesas hasta muy delgadas y que fueron presentadas a los sujetos para que indicaran el dibujo que consideraran era el más próximo a su actual apariencia.

- Satisfacción Corporal. Se determinó por las respuestas de los sujetos sobre su peso actual y el peso ideal que deseaban, la diferencia en porcentaje obtenido de peso actual/peso ideal.

- Inventario de Razones para Ejercitarse. Que consintió en 7 subescalas con un total de 24 reactivos que exploraban factores relacionados con control de peso, entrenamiento (fitness), salud, aumento del tono muscular, obtener el atractivo físico, mejorar el humor y por placer.

- Estímulos Materiales. Se videograbaron dos clases de aerobics (de 2 mins. de duración cada uno).

- Cuestionario de actitudes hacia el lugar en que se hace ejercicio (ATTES) que consistió en un 9 preguntas de escala tipo Likert y las preguntas se refirieron hacia cuestiones tales como: "Disfruto de hacer ejercicio con este grupo", este instrumento fue creado como complemento a los estímulos materiales.

Encontraron que las razones por las que los sujetos hacían ejercicio, eran por controlar su peso, obtener tono corporal y aumentar su atractivo físico y que esto les ayudaba en la forma en que se construían a sí mismos; es decir; se autorepresentaban.

Crawford y Eklund (1994b) en otra investigación, estudiaron la relación entre la ansiedad psicológica, el ejercicio, composición corporal y la autoimagen, tanto en hombres como en mujeres y la relación con el tiempo que tenían de hacer ejercicio.

La muestra consistió en mujeres en edad escolar (n=94) voluntarias, el rango de edad fue de 18 a 23 años de edad ( $x=20.3$ ,  $SD= 4.9$ ) y con un peso promedio de 61.880 kg. y estatura media de 167 cm., el porcentaje de grasa corporal promedio fue de

21.67%, se encontró que el 94% de la mujeres reportaron disfrutar el ejercicio y realizar un promedio de 6.5 horas por semana de ejercicio o actividades recreativas. Cabe señalar que en esta investigación sólo participaron mujeres.

Los instrumentos empleados fueron:

- Escala de Ansiedad Física Social, con 12 ítem de un inventario de autoreporte en una escala tipo Likert de 5 puntos.

- Porcentaje de grasa corporal. Se tomaron las medidas de los cuatro pliegues de piel (tríceps, abdomen, suprailíaco y muslo) con el calibrador de Lange. La densidad corporal fue calculada a través de tres ecuaciones diferentes apropiadas a esta población. Específicamente se tomaron dos pliegues para estimar la Densidad Corporal (tríceps y suprailíaco) (Sloane, Burt y Blyth, citado en Crawford et al., 1994b) y tomaron tres sitios para generalizar las ecuaciones (tríceps, suprailíaco y muslo y tríceps, suprailíaco y abdomen) (Pollock, Schmidt y Jackson, citado en Crawford et al., 1994b). El porcentaje de grasa fue calculado a través de la fórmula de Brozek, Grandem Anderson y Keys. (citado en op. cit..)

- Satisfacción Corporal. Se determinó por las respuestas de los sujetos sobre su peso actual y el peso ideal que deseaban, la diferencia en porcentaje obtenido de peso actual/peso ideal.

- Inventario de Razones para Ejercitarse. Que consistió en 7 subescalas con un total de 24 reactivos que exploraban factores relacionados con control de peso, entrenamiento (fitness), salud, aumento del tono muscular, obtener el atractivo físico, mejorar el humor y por placer.

- Conductas del Ejercicio y Preferencias. Esta dimensión se exploró con doce preguntas, que examinaron la autopresentación a través de los beneficios de la danza aeróbica (aerobics) tales como la apariencia personal,

evaluación social, sociabilidad, buen ambiente en el área de clases.

- **Material de Estímulos.** Se videograbó una clase de aerobics, de aproximadamente 2 minutos de duración, con 8 mujeres y un hombre como participantes, estos relativamente de buena condición física, coordinación y experiencia en los aerobics, así como composición corporal adecuada. La razón por la que se empleó el aerobics, fue porque esta es una actividad física popular donde se hace énfasis en la presentación, principalmente el tipo de ropa en las clases de aerobics, que resaltan el cuerpo.

- **Actitudes acerca de los Lugares de Ejercicio.** Fueron 5 preguntas sobre las actitudes de los sujetos respecto a los lugares en que prefieren hacer ejercicio, este cuestionario fue creado como complemento de los Estímulos presentados.

Los resultados fueron:

- Primero, las principales razones por las que estas mujeres hacen ejercicio fueron por mejorar el tono muscular, por salud.

- Segundo, las mujeres realizaban ejercicio para controlar su peso.

En otra investigación parecida a la anterior Cash, Novy y Grant (1994), en una muestra de 101 mujeres emplearon el Inventario de Razones para hacer Ejercicio, la Escala de Areas de Satisfacción del Cuerpo y el Inventario Situacional de Insatisfacción con la imagen corporal.

Los resultados obtenidos fueron: la frecuencia de ejercicio se relacionó con los motivos por los que las mujeres hacían ejercicio, la apariencia y el control del peso; de acuerdo con estos resultados aparentemente el control del peso y la apariencia son un motivador fuerte entre las mujeres aún más que la salud y la aptitud física, la reducción de estrés, el buen humor y la

interacción social que fueron los factores explorados en esta investigación. Además se encontró que la insatisfacción con la imagen corporal era otro de los factores por los que estas mujeres hacían ejercicio.

Parker, Lambert y Burlingame (1994), estudiaron a mujeres (N=60) de nivel bachillerato que pertenecían al equipo de corredoras de larga distancia y campo traviesa, y mujeres (N=19) diagnosticadas con trastornos alimentarios no atletas, con un rango de edad de 20-24 años de edad ( $X= 26.79$ ) y mujeres (N=34) no atletas y consideradas como normales (sin trastornos alimentarios), las mujeres fueron asignadas a uno de dos grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de conductas patológicas hacia la comida. Del grupo de atletas, 29 fueron clasificadas con alguna conducta patológica, 7 usaban voluntariamente algún vomitivo, 2 usaban laxantes, 6 usaban píldoras para dieta, 10 hacían dietas rápidas de 24 horas. En adición 9 reportaron períodos de atracones.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: registro de dieta diaria, el Eating Behaviors Questionnaire (EBQ), Sports/Exercise Questionnaire (SEQ) y cuestionario de datos sociodemográficos, el Eating Disorders Inventory (EDI) el SCANS y el MMPI

Se encontró que las corredoras con alguna conducta anómala relacionada con la comida, estaban más preocupadas por la comida o el seguimiento de una dieta, que las corredoras o no atletas sin conductas patológicas hacia la comida, por otra parte se también se pudo observar que las corredoras con algún disturbio y las pacientes con desórdenes alimentarios tuvieron similitudes en cuanto a seguimiento de dietas y disturbios directamente relacionados a trastornos alimentarios (p. ej. problemas de autoestima, relaciones interpersonales y percepción de si mismas) o algún disturbio psicológico de naturaleza más general. Los investigadores concluyeron que quizá por la naturaleza del deporte que practican estas mujeres tengan que recurrir a conductas anómalas hacia la comida como el uso de laxantes o diuréticos, pero que en general estas mujeres se

sienten satisfechas con su cuerpo, es decir, que las exigencias del deporte por sí mismo exige una composición corporal específica para el desempeño, que orilla a las deportistas a medidas extremas de control de peso, pero que esto puede deberse más a falta de asesoramiento que a una conducta patológica de control de peso.

Pope, Katz y Hudson (1993), estudiaron a un grupo de fisiculturismo con el objeto de conocer los efectos psiquiátricos de los anabólicos esteroides en cuando a la imagen corporal, la muestra consistió en 55 fisiculturistas varones que usaban anabólicos esteroides y 53 fisiculturistas varones que no usaban anabólicos, se tomaron medidas antropométricas, peso, talla, análisis de orina para medir los niveles de uso o abuso de esteroides o de otras drogas.

El instrumento incluyó preguntas referentes a anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, las preguntas acerca de la anorexia inversa fueron hechas por separado, para considerar a los sujetos con anorexia inversa se requirió que claramente creyeran que sus cuerpos eran más pequeños o débiles y que creyeran que esto afectaba concretamente sus actividades.

Dos hombres fueron diagnosticados con anorexia, así como otros 7 se clasificaron con anorexia inversa, los nueve sujetos reportaron usar esteroides, 4 reportaron además usar esteroides particularmente porque sentían que lucían muy pequeños, los otros cuatro reportaron tener esta misma percepción pero después de que comenzaron a consumir anabólicos. Es decir que 2% de los sujetos fueron anoréxicos y 8% eran anoréxicos inversos; se percibían más pequeños. Estas observaciones sugieren que ambos desórdenes se encuentran relacionados con distorsiones de la imagen corporal y a su vez refleja el tipo de expectación cultural acerca del cuerpo y que los deportistas también se encontraban en riesgo de desarrollar desórdenes del comer; si esto sucede en hombres, cuales serán las características de las mujeres que practican fisiculturismo.

# CAPITULO

## 5

### PROBLEMA DE INVESTIGACION, OBJETIVOS Y DEFINICION DE PROBLEMAS

El presente estudio formó parte de una investigación mayor<sup>1</sup> que tuvo como propósito contribuir al mantenimiento de la salud y al mejoramiento de la calidad de vida en general, a través de la prevención de desórdenes del comer, vía la detección de desórdenes del comer y el conocimiento de sus factores de riesgo en población de mujeres deportistas en nuestro medio sociocultural. En el presente estudio se quiso conocer además sí con el seguimiento de actividades físicas, la magnitud y la frecuencia excesiva con la que este seguimiento se realiza y puede considerarse dentro de este contexto, como práctica riesgosa para el desarrollo de desórdenes del comer así como las razones con las que se justifica.

La importancia del presente estudio reside en la aportación del conocimiento, que pretende hacer, sobre desórdenes alimentarios y sus factores de riesgo en población femenina de deportistas, de la que prácticamente se desconoce todo al respecto.

Consideramos importante conocer las razones para hacer ejercicio; así como, si el ejercicio físico puede ser o no, un factor de riesgo, como lo es el seguimiento, para el desarrollo de trastornos

---

<sup>1</sup>"Alteraciones de la Nutrición y Desórdenes del Comer: Una Aportación Biopsicosocial en la Promoción de la Salud". Proyecto Nº IN301695. Responsable : Gómez Peresmitré Gilda.

alimentarios ya que se ha encontrado y se ha empezado a hablar de "anorexia por ejercicio" (Martínez, et al., 1993). Asimismo, se pretende conocer si en nuestra muestra de mujeres se producen o no distorsiones en la imagen corporal y si ésta se relaciona o no con la anorexia inversa que se ha encontrado en poblaciones masculinas.

### **Problemas Específicos de Investigación**

Por tanto las preguntas específicas que se pretenden responder con la presente investigación son las siguientes: Si existe relación entre:

1. La variable preocupación por el peso y la práctica de ejercicio.
2. La variable insatisfacción con la imagen corporal y la práctica de ejercicio
3. El IMC y las variables preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal.
4. Tiempo que dedican a hacer ejercicio y las variables preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal.
5. Las variables sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, nivel de estudios) y las variables preocupación por el peso e insatisfacción con la imagen corporal.
6. La frecuencia de ejercicio y las prácticas de evitación (uso de anoréxicos, seguimiento de dietas).
7. El IMC y las prácticas de evitación y purga.
8. Si existen diferencias en las variables psicosociales (preocupación por el peso, insatisfacción con la imagen corporal) entre las mujeres que practican ejercicio y las que no se ejercitan.
9. Si existen diferencias en las variables que exploran prácticas de evitación y de purga, entre las mujeres que hacen ejercicio y las que no se ejercitan.

## DEFINICION DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Se consideró como variable independiente la práctica o no práctica de ejercicio.

#### Definición conceptual

"Se considera entrenamiento a un programa de ejercicios destinado a mejorar las aptitudes y aumentar las capacidades energéticas de quien lo practica, para cumplir con un objetivo determinado." (Bowers y Fox, 1995)

Existen diferentes tipos de entrenamiento, pero básicamente se pueden subdividir en 2: Aeróbico y Anaeróbico. La primera se refiere al incremento paulatino de oxígeno, que aumenta la capacidad cardiovascular y del sistema respiratorio para intercambiar y repartir oxígeno rápida y eficientemente a cada parte del cuerpo que se está ejercitando.

El segundo se refiere al incremento de la masa muscular, a partir del ciclo de ácido láctico, que exige una gran demanda de oxígeno en poco tiempo.

#### Definición operacional:

En el presente estudio se consideró la práctica de ejercicio, como cualquier actividad física, que tuviera como tiempo mínimo de realizarse 3 meses continuos y que fuera de por lo menos 3 veces a la semana.

### VARIABLES DEPENDIENTES

#### Definición conceptual:

- 1.- Preocupación por el peso: Es un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con actitud hacia el tamaño

y forma del cuerpo; miedo a subir de peso; interés por el control del peso y el deseo constante por estar delgado, ocupando todo esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su propósito, sin lograrlo del todo o lográndolo por poco tiempo.

Operacionalmente, preocupación por el peso corporal, se medirá con las respuestas relacionadas con el deseo de disminuir peso corporal, el seguimiento de dietas y la con el propósito de bajar de peso. Los reactivos tienen 5 opciones de respuesta a mayor puntaje mayor será la preocupación por el peso corporal. (Ver anexo A)

- 2.- Insatisfacción con la imagen corporal: Es una actitud desfavorable hacia el propio cuerpo (su peso y su forma) que se ve influida entre otras variables por los medios de comunicación social que promueven una figura cada vez más delgada.

Operacionalmente las actitudes negativas o de rechazo hacia el cuerpo serán evaluadas como insatisfacción con el cuerpo, en tanto las actitudes positivas serán calificadas como aceptación de la imagen corporal. Un puntaje alto indicará actitudes negativas o insatisfacción con la imagen corporal mientras que un puntaje bajo significará lo contrario.

- 3.- Desórdenes del comer: a) Anorexia es el "rechazo contundente a mantener el peso por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aun cuando esté por debajo del peso considerado normal." (DSM-IV,1994); b) Bulimia se define por "episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo); percepción de falta de control sobre la ingesta durante episodios de voracidad, vómito provocado, empleo de

fármacos laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayuno, o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso." (DSM-IV, 1994)

Operacionalmente, los desórdenes del comer lo hemos dividido en: a) prácticas de evitación cuyos componentes son: seguimiento de dietas, medido por los reactivos; b) de ayuno, c) anorexia, d) prácticas de purga(vómito autoinducido), e) uso de diuréticos, laxantes y anoréxicos.

Y formas de comer anómalas como: accesos bulímicos operacionalizado como "comer grandes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo, atragantarse entre otros. Estas formas anómalas de comer se miden con una escala compuesta por los reactivos. Los puntajes altos indican más anomalía en la forma de comer.

- 4 Alteración de la imagen corporal (subestimación/sobrestimación) se obtuvo calculando la diferencia entre autopercepción del peso corporal (variable subjetiva) menos IMCreal (variable objetiva).

#### INTERRELACION DE VARIABLES

También se analizó la interrelación de las variables tiempo de realizar ejercicio, IMC (Índice de Masa Corporal) y variables sociodemográficas, sin establecer relaciones de independencia-dependencia entre ellas.

- 5.- Tiempo de realizar ejercicio: Se refiere a los días, meses o años que se lleva practicando ininterrumpidamente aerobics.
- 6.- IMC.- fue ideado por el antropólogo belga Quelet, es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado la fórmula es la siguiente:  $\text{peso} / \text{estatura}^2$ .

Operacionalmente se define peso:

Bajo	(15-18.9)
Normal	(19-22.9)
Sobrepeso	(23-27)
Obesidad	(mayor a 27)

Estos valores se obtuvieron de la investigación realizada por Saucedo Molina y Gómez Peresmitré (1997).

- 7.- Variables sociodemográficas.- Edad (años cumplidos), estado civil, ocupación e ingreso familiar mensual, escolaridad y nivel socioeconómico.

## **METODO**

### **DISEÑO DE INVESTIGACION**

El presente estudio corresponde a una investigación exploratoria y correlacional. El estudio se ajustará a un diseño de 2 grupos con observaciones independientes.

### **MUESTRA**

Las muestras no probabilísticas se formaron con los sujetos seleccionados de la población constituida por mujeres que acuden a gimnasios.

Se trabajó con 2 grupos : Grupo A: se conformó con mujeres que practicaban aerobics cuyas edades fluctuaron entre 18 y 58 años. Se registró el tiempo de hacer de ejercicio y sólo se aceptaron mujeres con un mínimo de 3 meses de ejercicio ininterrumpido .

Grupo B: un grupo control que quedó conformado con mujeres igualadas en variables sociodemográficas como edad promedio, escolaridad e ingreso, con la diferencia de que no practicaban ningún ejercicio o deporte, ni lo hubieron practicado por lo menos en el último año.

### **INSTRUMENTOS**

1. Se aplicaron los siguientes instrumentos:

A)

Cuestionario de Alimentación, Deporte y Salud (Gómez Peresmitré, 1995), (VER ANEXO A) Este cuestionario exploró las siguientes áreas: Estimaciones subjetivas y mediciones

objetivas de variables relacionadas con el peso corporal, a continuación se describe:

- 1.- Datos socioeconómicos
- 2.- Actitudes hacia la obesidad
- 3.- Satisfacción con la imagen corporal

## B)

### 1 Estrés y conducta alimentaria (Gómez Peresmitré, 1996)

Este cuestionario se aplicó en una investigación previa a 1915 mujeres, posteriormente se usó un análisis factorial de componentes principales con una rotación Varimax que convergió en 9 iteraciones para extraer 5 factores que explican el 53.4% de la varianza. La escala total obtuvo un  $\alpha$  de .8635 que fue adecuada.

Los factores que integraron esta escala fueron: Factor 1 ( $\alpha = .8202$ ) conductas relacionadas con el peso y seguimiento de dietas. Factor 2 ( $\alpha = .7083$ ) depresión y salud, Factor 3 ( $\alpha = .6991$ ) estrés y molestias físicas, Factor 4 ( $\alpha = .59$ ) ansiedad, Factor 5 ( $\alpha = .6471$ ) problemas digestivos y conducta compulsiva.

### 2.- Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)(Gómez Peresmitré, 1996)

Esta escala se aplicó también en una investigación anterior por Gómez-Peresmitré (1996), en la que se aplicó a 1900 sujetos, posteriormente se llevó a cabo un análisis factorial de componentes con una rotación Varimax que convergió en 13 iteraciones para extraer 8 factores, la escala total obtuvo una  $\alpha$  de .7440. Se descartó 1 factor al no cumplir los criterios; el modelo final quedó integrado por 7 factores, de los cuales sólo 4 obtuvieron un  $\alpha$  adecuado.

Los factores que integraron esta escala fueron: Factor 1 ( $\alpha = .8269$ ) conducta alimentaria normal, Factor 2 ( $\alpha = .7432$ ) preocupación por el peso y la comida, Factor 3 ( $\alpha = .7432$ ) conducta compensatoria, Factor 4 ( $\alpha = .6789$ ) conducta compulsiva. Los reactivos quedaron agrupados en los factores siguientes:

<b>FACTOR 1</b>		
<b>Conducta alimentaria normal</b>		
E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74497
E15	Como lo que es bueno para mi salud	.73236
E17	Cuido que mis comidas contengan alimento con fibra	.72026
E20	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.71450
E21	Como con moderación.	.47265
E28	Procuro comer verduras	.73312
E29	Procuro estar al día	

<b>FACTOR 2</b>		
<b>Preocupación por el peso y la comida</b>		
E11	Comer de más me provoca sentimientos de culpa	.68873
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso	.65797
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo misma. antes de consumir alimentos "engordadores"	.74455
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.69583
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.72205
E30	Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	.49708

<b>FACTOR 3</b>		
<b>Conducta compensatoria</b>		
E3	Cuando estoy aburrido me da por comer	.58241
E4	Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar.	.58825
E6	Siento que la comida me tranquiliza	.68852
E8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	.72553
E18	Me sorprende pensando en comida	.45525

<b>FACTOR 4</b>		
<b>Conducta compulsiva</b>		
E16	Paso por períodos en los que como con exceso	.46119
E31	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	.48758
E33	Suelo servirme dos o más porciones	.68960
E34	Como hasta sentirme inconfortablemente llena	.78330

<b>FACTOR 5</b>		
<b>Hábitos alimentarios</b>		
E1	Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	.60148
E22	Consumo alimentos chatarra	.71913
E27	Como entre comidas	.67270

<b>FACTOR 6</b>		
<b>Conductas compensatorias</b>		
E12	Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño	.52230
E19	Si me excedo con la comida me provoco vómito	.62066
E24	Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	.67356

<b>FACTOR 7</b>		
E2	Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	.54608
E9	Como tan rápidamente que los alimentos se me atragantan	.62837
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	-.52283
E35	Procuro tomar complementos vitamínicos	-.44647

C) Inventario de Razones para hacer Ejercicio (INRAJE) (Gómez Peresmitré y Aquino Pérez, 1995, ver anexo A)

Los reactivos de este instrumento se agruparon en las siguientes subescalas:

- a) Subescala 1 Peso y figura corporal
- b) Subescala 2 Salud
- c) Subescala 3 Autocontrol

d) Subescala 4 Estados emocionales

e) Subescala 5. Búsqueda de aceptación y autoaceptación

Este inventario fue elaborado para la presente investigación, en el capítulo 6, se pueden observar los resultados obtenidos, respecto a la consistencia interna del instrumento, así como los resultados obtenidos del procedimiento estadístico.

Para estimar el IMC de las sujetos de nuestra investigación se uso el instrumental que a continuación se describe:

- Una báscula pesa-personas marca Torino.
- Un estadímetro, de madera con una altura de dos metros y 15 cm de ancho, la cinta métrica es de metal y graduada en centímetros y un cursor de madera.

### **PROCEDIMIENTO**

Se acudió a diferentes gimnasios (ROIS GYM, DEPORTIVO 18 DE MARZO, SPORT CENTER Y DEPORTIVO ISM) con los que previamente se establecieron acuerdos. Se les dijo a las personas que quisieron participar libremente, que se estaban investigando aspectos relacionados con la salud y el deporte. Se les aseguró la confidencialidad de la información y se les ofreció sí así lo querían informes sobre su índice de masa corporal. Se vio a las mujeres de la muestra en 2 ocasiones. A la mitad de la muestra total primero se les tomó el peso y talla y después se les aplicó el cuestionario y con la otra mitad se procedió a la inversa. Se dijo a las mujeres que procurasen responder con veracidad ya que su participación en la investigación contribuiría a optimizar la relación ejercicio-salud.

Se les ofreció como muestra de agradecimiento la información que se generó sobre su peso actual y los resultados de la investigación.

Los sujetos de la muestra control se obtuvieron de instituciones escolares y laborales. El peso y la talla se tomaron por quien expone este trabajo, cabe señalar que previo a esto se recibió el entrenamiento y supervisión de un médico del deporte.

# CAPITULO

## 6

### RESULTADOS

Toda vez que se aplicó el instrumento y se tomaron las medidas de masa corporal a una muestra formada por 100 sujetos del sexo femenino (50 que hacen ejercicio y 50 que no hacen ejercicio) con una edad de 18 a 58 años de edad, se dividió a la muestra en dos grupos, de acuerdo a si tenían o no actividad física determinada, los resultados obtenidos se describen a continuación:

#### **6.1. Descripción de la muestra**

En el caso del grupo compuesto por 50 mujeres que hacían ejercicio, el promedio de edad fue de 34.26 años, con una desviación estandar de 10.14, siendo la edad de mayor frecuencia de 27 años. La estatura promedio fue de 1.57 metros con una desviación estandar de 6.45 centímetros prevaleciendo con mayor frecuencia 1.62 metros. En cuanto al peso el promedio fue de 61.286 Kg, y la desviación estandar de 8.400 Kg, con un IMC promedio de 24.766 y una desviación estandar de 2.855, es decir; que el grupo tuvo sobrepeso. El aerobics fue la actividad deportiva que se practicaba con mayor frecuencia por estas mujeres (84%), 10% practicaban pesas, 2% natación y 2% más karate y en promedio hacían ejercicio de 1 a 2 horas de ejercicio al día.

Para el grupo B, compuesto por 50 mujeres que no hacían ejercicio, el promedio de edad fue de 29.9 años, con una desviación estandar de 7.10, donde la edad de mayor frecuencia fue de 23 años, es importante señalar que, este grupo fue más joven por 5 años en promedio que el grupo A.

La estatura promedio del grupo B fue de 1.60 metros, con una desviación estandar de 6.62 centímetros, prevaleciendo como la de mayor frecuencia 1.58 metros. En cuanto al peso promedio, fue de 61.830 Kg, y la desviación estandar de 8.848 Kg, con un IMC promedio de 23.9 y una desviación estandar de 2.6, es decir; que el grupo tuvo sobrepeso, al igual que en grupo A. (Ver figura 1)

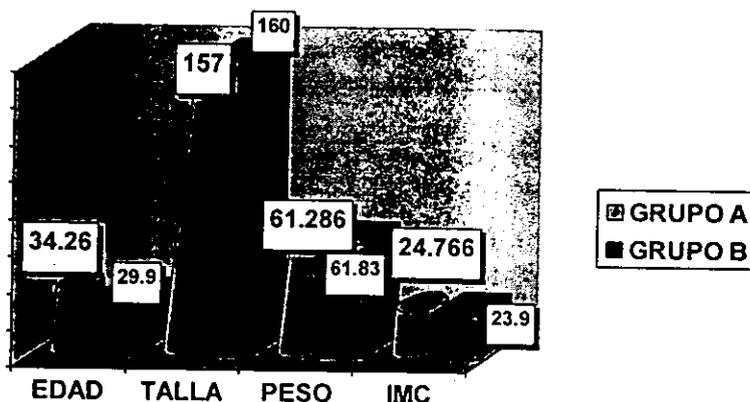


Fig. 1 Medias de edad, talla, peso e IMC para los grupos A y B.

### 6.1.1. Datos socioeconómicos.

En el grupo A, el 50% de las mujeres reportaron vivir con su esposo o pareja, a diferencia de las mujeres del grupo B (38%), por otra parte, el 36% de las mujeres del grupo A reportaron vivir con familiares, a diferencias del 50% de las mujeres del grupo B, sólo el 14% de las mujeres del grupo A vivía sola o con algún amigo y, en el grupo B el 6% dijeron vivir solas. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Distribución de porcentajes para el grupo A y B, respecto al reactivo ¿Actualmente vives con:

Viven con:	GRUPO A	GRUPO B
Familia nuclear	32	34
Padre o madre	2	16
Hermanos	2	6
Esposo o compañero	50	38
Sola	10	6
Amiga o amigo	4	0
TOTAL %	100%	100%

En cuanto a las mujeres que tenían trabajo remunerado, se puede observar que el 60% de las mujeres del grupo A reportó que sí, en comparación con un porcentaje mayor (78%) del grupo B. El ingreso mensual familiar en un rango de 3001 a 7000 pesos fue del 56% para las mujeres del grupo A y, del 60% para el grupo B, en el grupo A (32%) se reportó un rango de \$1000.00 o menos a \$3000.00, a diferencia del grupo B (22%), en el rango de \$7001.00 a \$9000.00 o más, se encontró una diferencia mayor (8%) para el grupo B, en comparación con el grupo A. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Distribución de porcentajes para el ingreso mensual familiar de los grupos A y B.

PESOS	GRUPO A	GRUPO B
Menos de 1000 a 3000	32	22
30010 a 7000	56	60
7001 a 9000 o más	12	20
No respondió	0	2
TOTAL %	100%	100%

En cuanto a quienes aportan al ingreso familiar, se puede observar que en el grupo A, el 30% respondió que entre ellas y su pareja aportaban, de forma similar respondió el grupo B (28%), por otra parte, en el 20% de los casos sólo los padres de las mujeres del grupo A aportan al ingreso mensual, en tanto que, para el grupo B el porcentaje es menor (14%). En un 34% de las mujeres del grupo B, aportaban para el ingreso económico, cifra mayor que en el caso de las mujeres del grupo A (12%). (Ver tabla 3)

Tabla 3. Distribución de porcentajes para la pregunta ¿Quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

Quiénes aportan:	GRUPO A	GRUPO B
Sólo ellas	8	10
Sólo esposo	20	10
Sólo padre	20	14
Ellas y compañero o esposo	30	28
Ellas y padre o madre	10	4
Ellas y hermanos	12	34
TOTAL%	100%	100%

### 6.1.2. Escolaridad

La escolaridad en el grupo B, fue más alta en el caso de la Licenciatura (36%) que en el grupo A (20%), sin embargo a nivel técnico, las mujeres del grupo A, fueron la mayoría (24%), de la misma forma que para el nivel posgrado (18%), a diferencia del 8% obtenido en el grupo B, el nivel medio superior también fue más alto para las mujeres del grupo A (42%), que en las mujeres del grupo B (26%), por último en nivel medio (secundaria), el grupo B obtuvo un 12% y el grupo A 10%. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Distribución de porcentajes para el nivel de escolaridad de los grupo A y B.

ESCOLARIDAD	GRUPO A	GRUPO B
Secundaria	10	12
Técnica	24	4
Comercial	10	18
Bachillerato	18	22
Licenciatura	20	36
Posgrado	18	8
TOTAL%	100%	100%

### 6.1.3. Sexualidad

Se investigaron algunos aspectos relacionados con la sexualidad de las mujeres de ambos grupos, con preguntas como ¿Edad de su primera menstruación? ¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales?, entre otras, obteniéndose lo siguiente:

En ambos grupos las mujeres tuvieron su primera menstruación entre los 12 y 14 años de edad (64%), en tanto que, entre los 9 y los 11 años las mujeres del grupo B tuvieron en un 26% su menarca, lo que es una diferencia pequeña, en comparación con el porcentaje obtenido por las mujeres del grupo A (28%), por último en la categoría de 15 a 17 años, el 8% de las mujeres del grupo A tuvieron su primera menstruación, así como el 10% de las mujeres del grupo B. (Ver figura 2)

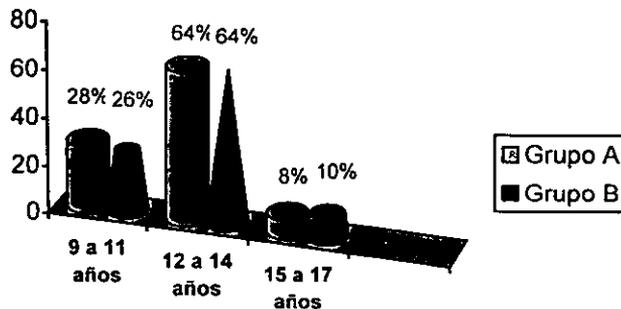


Figura 2. Distribución de porcentajes para ambos grupos con respecto a la edad de su primera menstruación.

En cuanto al porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales, el 74% de las mujeres del grupo A, respondió que tiene o ha tenido relaciones, de la misma forma el 64% del grupo B, respondió afirmativamente. El 60% de las mujeres del grupo B, tiene hijos, porcentaje mayor que el reportado por las mujeres del grupo A (34%). (Ver figura 3.)

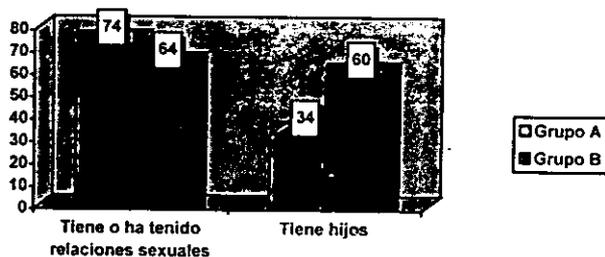


Figura 3. Porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales y tienen hijos, en los grupos A y B.

#### 6.1.4. Escolaridad de los padres.

Por último, se describirá la escolaridad de los padres de las mujeres de ambos grupos, observándose que, en el grupo A, el 50% de los padres tuvo de menos de 6 años de estudios a 8 años, en tanto que en el grupo B, este porcentaje varía para el mismo rango (38%), en la categoría de 9 a 14 años de estudio, se puede observar que en el grupo A, el porcentaje fue de 28% y en el grupo B de 20%, en el rango de 15 a 18 años o más, el grupo B tiene un porcentaje más alto (40%) que el grupo A (20%). (Ver tabla 5)

Tabla 5. Distribución de porcentajes para los años de estudio de los padres en los grupos A y B.

Años de estudio	Grupo A	Grupo B
Menos de 6 a 8 años	50	38
De 9 a 14 años	28	20
De 15 a 18 o más años	20	40
No contestó	2	2
<b>TOTAL%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Se puede observar que los años de estudio de la madre en el grupo A fue de 60% en el rango de menos de 6 a 8 años, en tanto que, para el grupo B el porcentaje fue de 48%, sin embargo, en el rango de 9 a 14 años de estudio, el grupo B incrementa su porcentaje (32%) y el grupo A obtiene un 28%, aunque cabe señalar que para ambos grupos en la categoría de 15 a 18 años o más de estudio, el porcentaje disminuye en comparación con los años de estudio de los padres, teniendo el grupo A un 12% y el grupo B 20%. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Distribución de porcentajes, para años de estudio de la madre, en los grupos A y B.

Años de estudio	Grupo A	Grupo B
Menos de 6 a 8 años	60	48
De 9 a 14 años	28	32
De 15 a 18 o más años	12	20
<b>TOTAL%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 6.2 Distribución de las Variables Relacionadas con la Imagen Corporal

A continuación se describen porcentajes de las respuestas a los reactivos relacionados con la imagen corporal, tanto para las mujeres que hacían ejercicio (Grupo A), como para las mujeres que no hacían ejercicio (Grupo B).

### 6.2.1. Antecedentes de problemas de peso

Se encontró que el 68% de las mujeres del grupo A (hacían ejercicio), ha tenido problemas con su peso corporal, aunque con una diferencia pequeña, las mujeres del grupo B (no hacían ejercicio) también reportaron haber tenido problemas con su peso

(72%), el problema para ambos grupos ha sido por sobrepeso, grupo A (73%) y grupo B (69%).

Por otra parte, el 56% de las mujeres del grupo A, ha hecho dieta, en tanto que, el porcentaje disminuye para el grupo B (36%), la edad promedio en que estas mujeres hicieron su primera dieta, fue para ambos grupos a los 21 años o más, del porcentaje de mujeres que ha hecho dieta, en el grupo A, el 26% siguió una dieta, durante los últimos 6 meses y en el grupo B, el 40%. (Ver tabla 7, 8 y 9)

Tabla 7. Distribución de porcentajes para las mujeres que han tenido problemas con su peso corporal, en ambos grupos

	GRUPO A	GRUPO B
<b>Si</b>	68	72
<b>No</b>	32	28
<b>TOTAL</b>	100%	100%

Tabla 8. Distribución de porcentajes de mujeres que han tenido problemas de sobrepeso en ambos grupos.

	GRUPO A	GRUPO B
<b>Sobrepeso</b>	73	69
<b>Falta de peso</b>	27	31
<b>TOTAL %</b>	100%	100%

Tabla 9. Distribución de porcentajes de mujeres que alguna o algunas ocasiones han hecho dieta, en ambos grupos.

	GRUPO A	GRUPO B
<b>Si</b>	62	72
<b>No</b>	38	28
<b>TOTAL%</b>	100%	100%

### 6.2.2. Peso ideal

En cuanto a las variables relacionadas con el peso que les gustaría tener a las mujeres de ambos grupos se encontró que, el 82% de las mujeres del grupo A les gustaría tener menos peso que el actual, para el grupo B se obtuvo un porcentaje similar (80%), en tanto que, el 6% en ambos grupos respondió querer tener más peso que el actual, y el 14% (grupo A) y 12% (grupo B) respondieron desear mantenerse en su actual peso. (Ver figura 4)

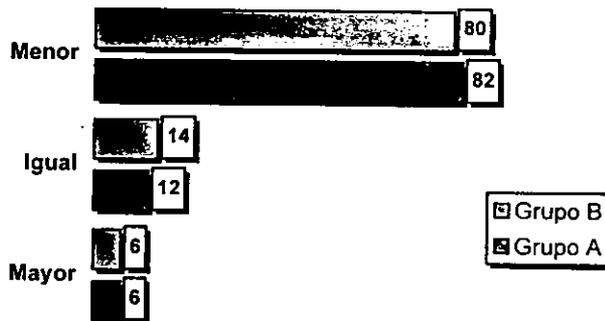


Figura 4. Distribución de porcentajes respecto al peso que les gustaría tener a las mujeres de ambos grupos.

### 6.2.3. Satisfacción con la imagen corporal

Respecto a la satisfacción con la imagen corporal, se encontró que en el grupo A, el 58% se sentía insatisfecha con su cuerpo, en el grupo B se puede observar una porcentaje mayor (64%), por otra parte, el 38% de las mujeres del grupo A y 30% del grupo B, respondieron sentirse satisfechas con su cuerpo, por último, en el

grupo A, el 4% respondió sentirse indiferente hacia su imagen corporal y en el grupo B el 8%, respondió lo mismo. (Ver figura 5)

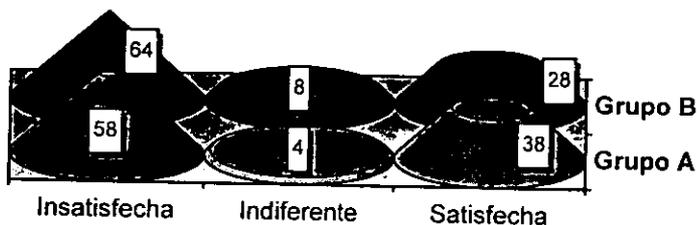


Figura 5. Distribución de porcentajes relacionados con la satisfacción con la figura corporal, para ambos grupos.

Respecto a cómo se consideraban las mujeres con relación a su peso, el 64% en ambos grupos respondió que se encontraba por arriba de su peso, sin embargo, en el grupo B, el 18% se sentía muy por arriba de su peso, este porcentaje disminuye para las mujeres del grupo A (10%); de las mujeres que se sentían dentro de su peso el 18% perteneció al grupo A y el 14% al grupo B, resulta curioso ver que en ambos grupos el 4% de las mujeres se consideraron por abajo de su peso. (Ver figura 6)

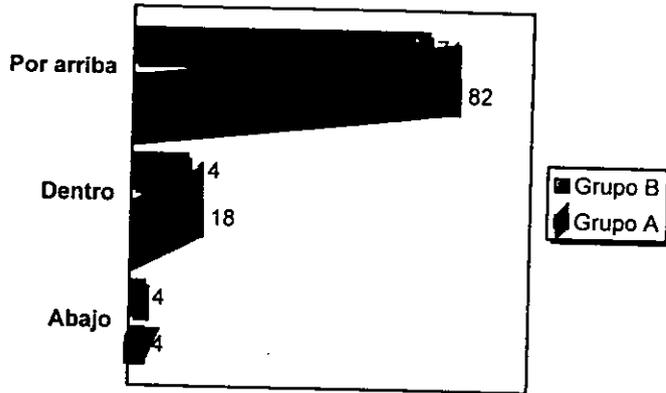


Fig. 6 Distribución de porcentajes, respecto al peso que consideran tener actualmente las mujeres de ambos grupos.

#### 6.2.4. Éxito e imagen corporal.

También se investigó qué tan importante resulta la propia figura para tener éxito, en diferentes aspectos de la vida de las mujeres, donde se encontraron los siguientes resultados:

##### 1) Con el sexo opuesto, entre los amigos

El 88% de las mujeres que hacen ejercicio (Grupo A), consideraron que es muy importante la propia figura para tener éxito con el sexo opuesto; el 72% de las mujeres que no hacen ejercicio (Grupo B) opinó lo mismo. (Ver figura 7)

El 56% de las mujeres del grupo A, respondió que la propia figura corporal es importante para tener éxito con los amigos, por el contrario sólo el 26% de las mujeres del grupo B consideró que es importante. Cabe señalar que en ambos grupos el 32% consideró que poco importante. (Ver figura 7)

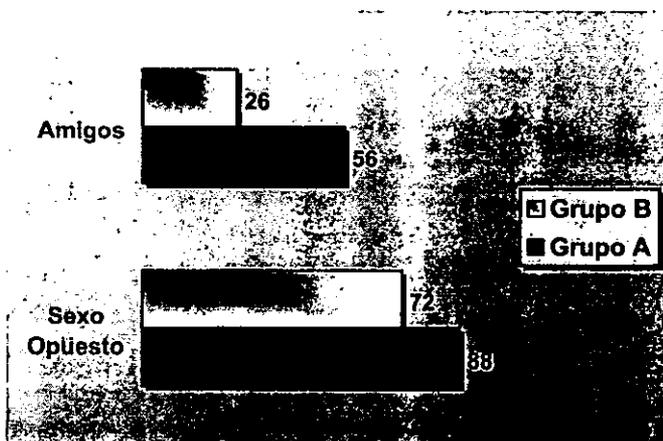


Fig. 7. Porcentajes de mujeres, que consideran importante la propia figura corporal para tener éxito con el sexo opuesto y los amigos.

## 2) Para conseguir pareja y trabajo.

El 76% de las mujeres del grupo A, consideró importante la figura corporal para conseguir pareja, en comparación el grupo B arrojó un porcentaje menor (58%), sin embargo, no deja de llamar la atención, que en ambos grupos fue considerable la proporción de mujeres que respondieron que es importante. (Ver tabla 10)

Tabla 10. Distribución de porcentajes para el reactivo 21. ¿Qué tan importante crees que sea la propia figura para encontrar pareja?.

	GRUPO A	GRUPO B
<b>IMPORTANTE</b>	76	58
<b>REGULARMENTE IMPORTANTE</b>	16	24
<b>POCO IMPORTANTE</b>	8	18
<b>TOTAL%</b>	100%	100%

Para encontrar trabajo, se obtuvo para el grupo A, que el 80% considera que es importante la propia figura, en comparación el

grupo B, arrojó un porcentaje menor (56%), aunque el grupo de mujeres que hacían ejercicio tuvo un porcentaje mayor que las que no lo hacían, no deja de llamar la atención de que en ambos casos, fue considerable la proporción de mujeres que respondieron que la propia figura es importante para obtener trabajo. (Ver figura 8)

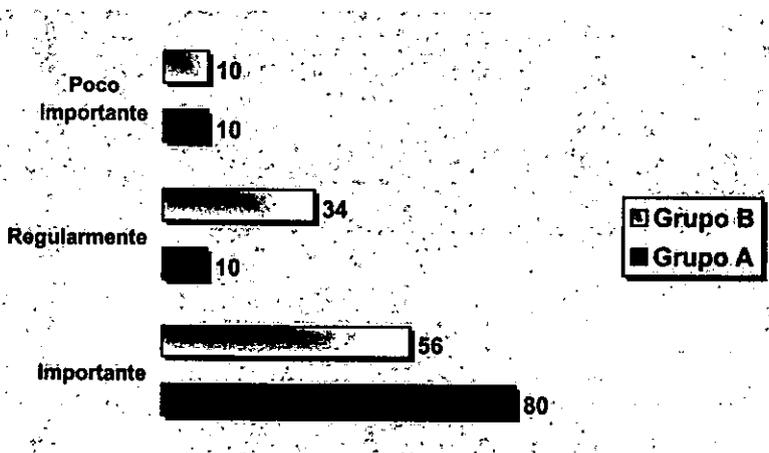


Fig. 8. Distribución de porcentajes para el reactivo 22 ¿Qué tan importante crees que sea la propia figura para encontrar trabajo?

### 3) Para tener éxito en las fiestas, los estudios y el trabajo

El 62% del grupo A, consideró que la figura es importante para tener éxito en las fiestas, por su parte el 44% del grupo B coincidió con la respuesta anteriormente reportada por el primer grupo. (Ver figura 9)

Asimismo, el 34% de las mujeres del grupo B respondieron que la propia figura es importante para tener éxito en los estudios, en un porcentaje menor (24%), las mujeres del grupo A respondieron lo mismo. Como se puede observar, ambos porcentajes representan una minoría del grupo total. (Ver figura 9)

Como podemos observar, en cuanto al trabajo los porcentajes se ven incrementados considerablemente ya que, el 72% de las mujeres del grupo A respondieron que es importante la propia figura corporal, en tanto que, el 44% de las mujeres del grupo B contestaron lo mismo. (Ver tabla 9)

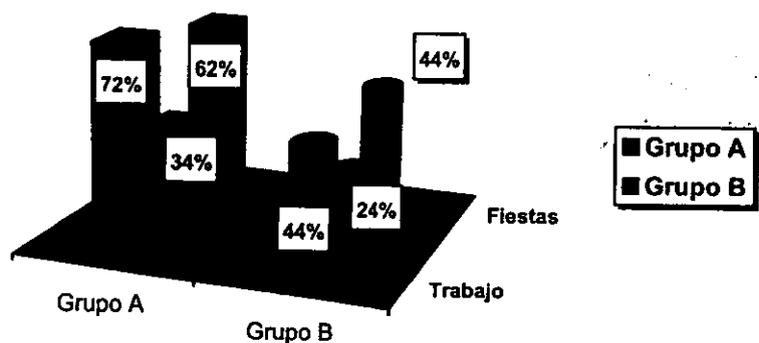


Figura 9. Porcentajes de mujeres que consideran que es importante la figura corporal para los estudios, los estudios y el trabajo.

#### 4) Con la familia y con uno mismo.

También podemos observar que, el porcentaje de mujeres que consideran que es importante la figura corporal para tener éxito en la familia fue mayor para las mujeres del grupo A (48%) que para el grupo B (34%), por el contrario el 36% de las mujeres del grupo A y las mujeres del grupo B (38%), respondieron que era poco importante. (Ver figura 10)

En el caso de la importancia que dan las mujeres a la figura corporal para consigo mismas, el 94% del grupo A y el 90% del grupo B, lo consideró muy importante, lo que puede interpretarse como que, para las mujeres su figura corporal para sentirse bien y segura de sí mismas es algo necesario. (Ver figura 10)

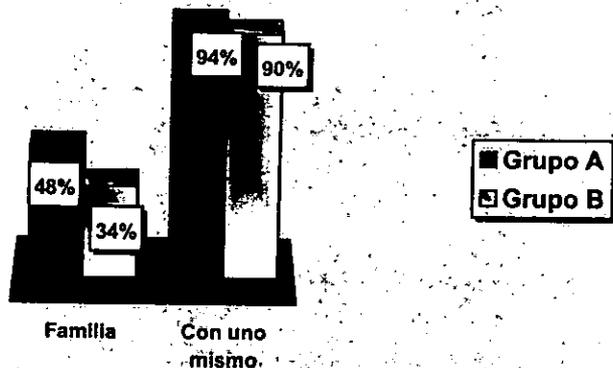


Fig. 10. Porcentajes de mujeres que consideran importante la figura corporal para tener éxito con la familia y sentirse bien con uno mismo.

#### 6.2.5. Autopercepción del peso corporal

En este reactivo se preguntó a las mujeres de ambos grupos, como se consideraban respecto a su peso corporal, a lo que respondieron el 58% y el 56% respectivamente tener sobrepeso. Por otra parte un 30% se consideró dentro de su peso normal. (Ver figura 11)

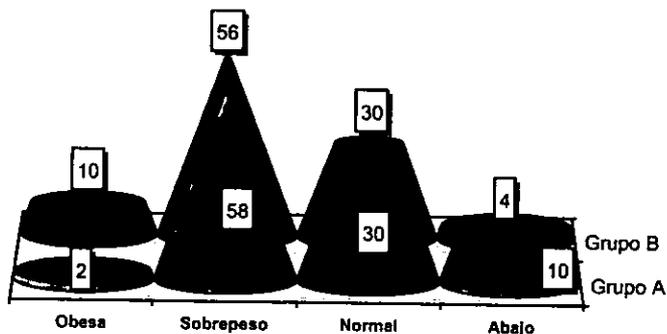


Fig. 11 Distribución de porcentajes respecto a cómo se consideran las mujeres de ambos grupo, en relación a su peso corporal.

### 6.2.6 Alteración de la imagen corporal

Para conocer si existían alteraciones en la estimación del peso corporal, se calculó la diferencia entre la estimación del peso corporal y el IMC real para ambos grupos, y se encontró que el 56% de las mujeres en ambos grupos no tuvieron alteración. En tanto que, el 40% de las mujeres del grupo A (hacen ejercicio) subestimaron su peso corporal y sólo el 22% del grupo B (no hacen ejercicio), lo anterior resulta curioso si se toma en cuenta que en ambos grupos hubo sobrepeso. (Ver tabla 11)

Tabla 11. Distribución de porcentajes de la estimación de la imagen corporal para ambos grupos.

	Hacen ejercicio	No hacen ejercicio
Subestimación	40	22
No alteración	56	56
Sobreestimación	4	22
<b>TOTAL %</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### **6.3. INVENTARIO DE RAZONES PARA HACER EJERCICIO (INRAJE)**

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, uno de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, es, hacer ejercicio excesivo. Por esta razón, para efectos de esta investigación, se consideró importante investigar en la muestra de mujeres que hacían ejercicio, las razones que tenían para hacerlo. El Inventario de Razones para hacer Ejercicio contiene cinco subescalas, cada una, explora áreas particulares, como se podrá ver a continuación:

**Subescala 1. Peso y figura corporal**

**Subescala 2. Salud**

**Subescala 3. Autocontrol**

**Subescala 4. Estados emocionales**

**Subescala 5. Búsqueda de aceptación y autoaceptación.**

Para efectos prácticos, se comenzará haciendo la descripción de la escala total, posteriormente, la descripción de cada una de las subescalas y su relación con el inventario total.

Para obtener la consistencia interna del inventario total, se calculó el Coeficiente de Consistencia Interna Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) para todos los reactivos, obteniéndose como resultado  $\alpha = 0.8952$ , que se considera bastante aceptable.

Posteriormente, para cada una de las subescalas se calculó ese mismo coeficiente, obteniéndose un rango que fue desde  $\alpha = .7993$  a  $\alpha = .9111$ , pudiendo observarse que en general la consistencia interna de cada una de las subescalas resultó bastante aceptable. (Ver tabla 12)

Tabla 12 Coeficiente de Consistencia Interna Alpha de cada una de las subescalas del Inventario de Razones para hacer Ejercicio.

SUBESCALA n= 50	Alpha de Cronbach $\alpha$
Peso corporal e imagen corporal	.9111
Salud	.9331
Autocontrol	.7993
Estados emocionales	.8473
Autoaceptación y aceptación de otros	.8953

Para conocer la relación entre las subescalas se calculó la correlación de Spearman con el objeto de saber qué tanto están midiendo lo mismo, obteniéndose la correlación más alta entre las subescalas que exploran Autocontrol y Figura y peso corporal ( $R = .7769$ ), lo que podría interpretarse como que, a más control del peso corporal mayor sensación de autocontrol. (Ver tabla 13)

En el caso de las subescalas de peso corporal en relación con la subescala de búsqueda de aceptación y autoaceptación, se obtuvo una correlación moderada ( $R = .7309$ ), lo que podría interpretarse como una tendencia a mayor control sobre el peso, mayor autoaceptación y aceptación de otros, en las mujeres que hacían ejercicio. (Ver tabla 13)

Cabe señalar que, la subescala de Búsqueda de aceptación y autoaceptación, en relación con la subescala de Autocontrol arrojaron una correlación moderada ( $R = .7309$ ), lo que nos indica que las mujeres que hacían ejercicio, necesitaban sentirse en control de sí mismas para sentirse aceptadas por otros y por sí mismas. (Ver tabla 13)

Por último, podemos decir que la subescala de razones para hacer ejercicio por motivos de salud y la subescala de peso corporal tuvieron una correlación negativa ( $R = -.6694$ ), lo que podría

interpretarse como que a mayor interés por controlar el peso a través del ejercicio, menos son las razones relacionadas con la salud. (Ver tabla 13)

Tabla 13. Correlaciones obtenidas entre las subescalas.

SUBESCALAS	Autocontrol	Búsqueda de aceptación.	Salud	Estados emocionales
Figura y Peso corporal	R= .7769 N= 46 P=.000	R= .7309 N=44 P=.000	R= -.6694 N= 45 P= .000	R= .3240 N=46 P= .028
Autocontrol		R= .7309 N= 47 P= .000	R= .3726 N= 48 P= .000	R= .3103 50 P= .000
Búsqueda de aceptación			R= .1230 N= 46 P= .416	R= .3622 N= 47 P= .012
Salud				-.0567 N= 48 P= .702
Estados emocionales				

### 6.3.2. Variables relacionadas con el peso corporal.

Para poder explicar mejor esta subescala, es importante señalar que, esta subescala se dividió en dos áreas, en la primera se agrupan los ítems que exploran las razones que se dirigen a reducir de peso en general, en el área dos, se agrupan los ítems en los que las mujeres desean modificar partes específicas de su cuerpo. En toda la subescala se calculó la correlación de Spearman (R), obteniéndose los resultados que a continuación se presentan:

### 6.3.2.1. Reactivos relacionados con el peso

Como se puede observar, las mujeres obtuvieron correlaciones de moderadas a moderadamente altas ( $R = .5649$  a  $R = .7973$ ) en los reactivos que, se referían a adelgazar, bajar de peso o movilizar grasa principalmente, cabe señalar que el ítem 116 obtuvo una correlación negativa ( $R = -.2948$ ), y que se refiere a hacer ejercicio para aumentar de peso, lo que, confirma el hecho de que en esta muestra el ejercicio se relaciona con bajar de peso, no con subir de peso. Curiosamente otro ítem (85) obtuvo una correlación negativa ( $R = -.5173$ ), este reactivo se refiere a hacer ejercicio por sentir el cuerpo flácido, así la relación es a más ejercicio menor flacidez. (Ver tabla 14)

Tabla 14. Correlaciones obtenidas por los reactivos que se relacionan con modificar el peso actual.

REACTIVO	Correlación de Spearman R	Significancia
29. Practico ejercicio para adelgazar	.7256 n(46)	.000
51. Para mantenerme delgado.	.7291 n(46)	.000
54. Creo que si dejo de hacer ejercicio engordaría.	.6612 n(46)	.000
69. Para reducir grasa	.6188 n(46)	.000
70. Hago ejercicio porque puedo comer lo que quiera sin subir de peso.	.5928 n(46)	.000
74. Para incrementar músculo	.5649 n(46)	.000
79. Para movilizar grasa	.7973 n(46)	.000
85. Porque siento mi cuerpo flácido.	-.5173 n(46)	.000
92. Porque últimamente he engordado.	.6582 n(46)	.000
116. Para subir de peso.	-.2948 n(46)	.000

### 6.3.2.2. Reactivos relacionados con la figura corporal

En las correlaciones obtenidas en estos reactivos, se puede observar que la más alta fue la obtenida por el ítem 80 ( $R = .7763$ ),

que se refiere al deseo de modificar el cuerpo en general, esto nos podría indicar que las mujeres se sienten insatisfechas con su cuerpo, por otra parte, el resto de los reactivos que se refieren a la figura corporal, son bastante parecidos en sus correlaciones que fueron moderadas ( $R=.5883$  a  $R=.5599$ ). (Ver tabla 15)

Tabla 15. Correlaciones obtenidas por los reactivos que se refieren a modificar la forma del cuerpo.

REACTIVO	Correlación de Spearman R	Significancia
80. Para mejorar la forma de mi cuerpo.	.7736 n(46)	.000
94. Porque dijeron que estoy gorda.	.5599 n(46)	.000
105. Para lograr el cuerpo ideal.	.5883 n(46)	.000
112. Porque no me gusta el tamaño de mi cuerpo.	.5692 n(46)	.000
119. Para lograr mi ideal de peso.	.6584 n(46)	.000

### 6.3.2.3. Reactivos relacionados con la modificación de partes específicas del cuerpo.

En esta sección del inventario, también es posible observar correlaciones moderadas ( $R=.5509$  a  $R=.6959$ ), los reactivos que tuvieron correlaciones moderadas fueron el 78 ( $R=.6959$ ), que se refiere a reducir la cintura y el 107 ( $R=.6864$ ) que, se refiere a endurecer los glúteos, que puede ser considerado como un área problemática para muchas mujeres. (Ver tabla 16)

Tabla 16. Correlaciones obtenidas por los reactivos que se refieren a modificar partes específicas del cuerpo.

REACTIVO	Correlación de Spearman R n(46)	Significancia
61. Porque quiero reducir mi abdomen.	.5509	.000
66. Para fortalecer mi busto.	.5521	.000
72. Para lucir muslos fuertes y duros.	.5529	.000
78. Para reducir cintura.	.6959	.000
107. Para endurecer mis glúteos.	.6864	.000

### 6.3.3. Variables relacionadas con la salud.

En el caso de la subescala que se refiere a hacer ejercicio por razones de salud, es importante recordar que la correlación obtenida contra la escala total fue .4307 con una  $p=.004$ , es decir que, que fue la más baja con relación al inventario total, lo que podría indicar que las mujeres que hacen ejercicio, no necesariamente hacen ejercicio por mantener o prevenir aspectos relacionados con su salud.

La subescala de variables relacionadas con la salud, tocó temas como la prevención, el mantenimiento de una calidad óptima de salud o evitar hábitos nocivos para la salud, como se puede observar, las correlaciones más altas, las obtuvieron los reactivos que se referían, a estar motivadas a hacer ejercicio para mantenerse sanas y tener una mejor calidad de vida. (Ver tabla 17)

Tabla 17 Correlaciones obtenidas por los reactivos que se refieren a prevenir y mantener la salud.

REACTIVO	Correlación de Spearman	Significancia
	R n(48)	
35. Pienso que para mantenerse sana es mejor hacer ejercicio.	.6227	.000
47. Hago ejercicio para mejorar mi salud en general	.5787	.000
48. El ejercicio ayuda a mantenerse joven	.6442	.000
53. Practico ejercicio para mantener un cuerpo flexible	.7195	.000
55. Para disfrutar por más tiempo de una alta calidad de vida.	.7066	.000
77. Para mantener mi bienestar físico	.6332	.000

Por otra parte, los reactivos que se referían a hacer ejercicio para ejercitar su cuerpo obtuvieron correlaciones de moderadas ( $R = .5961$  a  $R = .6720$ ), es decir que, las mujeres que hacen ejercicio por razones de salud, piensan que, es bueno mantener un cuerpo flexible y fuerte. (Ver tabla 18)

Tabla 18 Correlaciones obtenidas por los reactivos que se refieren a mantener un cuerpo sano

REACTIVO	Correlación de Spearman	Significancia
	R n(48)	
30. Hago ejercicio para incrementar mi fuerza	.5961	.000
108. Para mejorar mi tono muscular.	.6160	.000
115. Para mantenerme en buena condición física.	.6720	.000

También se exploraron algunos conocimientos o creencias de los beneficios que se obtienen al hacer ejercicio y, como se puede

observar, los reactivos tuvieron correlaciones moderadas. (Ver tabla 19)

Tabla 19. Correlaciones y niveles de significancia para los reactivos que exploran conocimientos y creencias respecto a la práctica de ejercicio.

REACTIVO	Correlación de Spearman R n(48)	Significancia
41. El ejercicio es bueno para dejar hábitos como dejar de fumar.	.5860	.000
49. Hay que hacer ejercicio por razones de salud mental	.5659	.011
50. Considero que con el ejercicio se disfruta más de la vida sexual.	.6635	.001
52. Cuando hago ejercicio aumenta mi nivel de energía	.6672	.000
68. Para mejorar el funcionamiento de mi corazón	.6119	.000
84. Para fijar el calcio de mis huesos	-.5949	.000
86. Para incrementar mi resistencia a la enfermedad	.7082	.000

Resulta interesante ver que, en el ítem 84 se obtuvo una correlación negativa ( $R = -.5949$ ), lo que indicaría que las mujeres consideran que, a más ejercicio menos fijación de calcio en sus huesos. Esta percepción por parte de las mujeres que hacen ejercicio, resulta curiosa y tal vez un poco extraña, ya que, la información que se maneja generalmente para prevenir la osteoporosis, es que, es importante la práctica de una actividad física.

#### 6.3.4. Variables relacionadas con el autocontrol

Con autocontrol, nos referimos en este trabajo, a la necesidad que tienen las mujeres de sentirse seguras a través del dominio que ejercen sobre su cuerpo, así como a la concepción que tienen de sí mismas como personas disciplinadas, con mejor autoestima y que lo reflejan a través de su cuerpo. Los resultados obtenidos en

los reactivos del inventario que se relacionaron con este apartado fueron los siguientes:

Los reactivos que tienen una correlación moderada en esta subescala, son los que se refieren a hacer ejercicio para sentirse con una autoestima alta ( $R = .7983$ ), a obtener seguridad en sí mismas ( $R = .7507$ ), mantener control sobre el cuerpo ( $R = .7215$ ), a una mente sana a través de un cuerpo sano, tener autocontrol en general ( $R = .6749$ ), también consideran que teniendo un cuerpo más delgado se sienten más seguras de sí mismas ( $R = .6628$ ) y por medio del ejercicio pueden ser autodisciplinadas ( $R = .6036$ ). (Ver tabla 20)

Tabla 20. Correlaciones obtenidas en la subescala de variables relacionadas con el autocontrol.

REACTIVO	Correlación de Spearman R n(50)	Significancia
98. Considero que hacer ejercicio mejora la autoestima.	.7983	.000
96. Para sentirme segura de mi misma	.7507	.000
57. Para mantener control sobre mi cuerpo	.7215	.000
56. Hago ejercicio por disciplina	.6831	.000
64. Para lograr autocontrol en general	.6749	.000
104. Porque con un cuerpo delgado me sentiría más segura.	.6628	.000
40. Pienso que hacer ejercicio es ser autodisciplinada.	.6036	.000

### 6.3.5. Variables relacionadas con la búsqueda de aceptación y autoaceptación .

Como se podrá recordar, esta fue una de las subescalas que obtuvo una correlación alta respecto al inventario total ( $R = .8993$ ), dentro de la misma subescala las correlaciones fueron altas a moderadas ( $R = .8355$  a  $R = .6400$ ), sin embargo; resulta interesante observar que las correlaciones más altas fueron las que se referían a la búsqueda de aceptación, en tanto que, los reactivos que exploraron aspectos como la propia aceptación tuvieron correlaciones moderadas, esto, podría ser interpretado que para estas mujeres sentirse atractivas está en función de la aceptación de otros. (Ver tablas 21)

Tabla 21. Correlaciones de los reactivos que se relacionan con búsqueda de aceptación.

REACTIVO	Correlación de Spearman R n= 47	Significancia
103. Para tener éxito en el amor.	.8355	.000
118. Para ser admirada por mis amigos.	.8009	.000
102. Para tener una vida social más satisfactoria.	.7786	.000
60. Para gustar a los demás	.7644	.000
106. Para triunfar en la vida.	.7482	.000
91. Considero que un cuerpo delgado es más fácil encontrar pareja.	.7257	.000
95. Para ser sexualmente deseable.	.7009	.000
121. Para ser aceptada por los demás	.6750	.000
100. Porque una figura atlética está de moda.	.6400	.000

Por otra parte, se puede observar que el ítem 120 obtuvo una correlación moderada ( $R = .6564$ ), este se refiere a que consideran que asistiendo a un gimnasio pueden relacionarse con otras personas. (Ver tabla 22)

Tabla 22. Correlación del Item que se refiere a las relaciones sociales.

REACTIVOS	Correlación de Spearman	Significancia
120. Porque en el gimnasio tengo más facilidad de hacer amigos.	.6564	.000

### 6.3.5. Variables relacionadas con estados emocionales.

Esta subescala consta de solo dos reactivos, el primero (37), se refiere a la sensación de depresión que sienten las mujeres de esta muestra, cuando no hacen ejercicio; la correlación obtenida fue moderada ( $R=.6207$ ), en el caso del reactivo 93, la correlación fue igualmente moderada ( $R=.7663$ ), lo que indica que, la práctica de ejercicio se relaciona con la sensación de poder resolver con mayor facilidad los problemas cotidianos. (Ver tabla 23)

Tabla 23. Correlaciones de los reactivos que se relacionan con estados emocionales.

REACTIVO	Correlación de Spearman R n= 50	Significancia
37. Cuando no hago ejercicio me siento deprimida.	.6207	.000
93. Para resolver más fácilmente mis problemas cotidianos.	.7663	.000

### 6.4 Escala estrés y conducta alimentaria

Para conocer si se encontrarían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes con respecto a la Escala de estrés y conducta alimentaria y, así saber si había diferencias significativas, se encontró que no había diferencias significativas para cada uno de los cinco factores.

### 6.5. Escala de Factores de riesgo asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)

En esta escala se exploraron aspectos relacionados con conducta alimentaria, como la evitación de comida, conductas de purga o vómito, así como, conducta compulsiva observada en la ingesta excesiva de alimentos, también se exploran hábitos considerados sanos en cuanto al seguimiento de una dieta balanceada o evitación de alimentos con grasa entre otros..

Se aplicó la prueba t de Student comparando ambos grupos por cada factor, encontrándose lo siguiente:

Tabla 24. Factor 1 Conducta Alimentaria Normal

GRUPO	n	Media	S
Mujeres que hacen ejercicio	48	.1886	.518
Mujeres que no hacen ejercicio (2)	49	-.2191	.459
Levene's Test	F=2.663	P= .106	
t= (93.12)= 4.10	P=.000		
H <sub>0</sub> . X <sub>1</sub> = X <sub>2</sub> = 0	Se rechaza		
H <sub>1</sub> . X <sub>1</sub> ≠ X <sub>2</sub> ≠ 0	Se acepta		

Los resultados de esta tabla nos indican que, las mujeres que hacen ejercicio cuidan menos de su dieta (x=.1886, S=.518) a diferencia de las mujeres que no se ejercitan (x= -.2191, S= .419), que cuidan más su forma de comer, es decir; se preocupan más por su dieta. (Ver tabla 24)

En el factor 2 se agruparon los ítems relacionados con la preocupación por la comida, es decir, un constante seguimiento de dietas, evitación de alimentos "engordadores", consumo de productos bajos en calorías, etc. (Ver tabla 25)

Tabla 25. Factor 2 Preocupación por el peso y la comida.

GRUPO	N	Media	S
Mujeres que hacen ejercicio (A)	50	.1329	.446
Mujeres que no hacen ejercicio (B)	50	-.1329	.265
Levene's Test	F=12.059	P=.001	
t= (79.1)=3.63	P=.001		
H <sub>0</sub> . X <sub>1</sub> = X <sub>2</sub> = 0	Se rechaza		
H <sub>1</sub> . X <sub>1</sub> ≠ X <sub>2</sub> ≠ 0	Se acepta		

Los resultados obtenidos con el factor 2, como puede verse en la tabla 33, nos indican que, las mujeres que hacen ejercicio se encuentran más preocupadas por el peso y la comida que las mujeres que no se ejercitan, pues las mujeres del grupo A tuvo una media mayor ( $x_A = .1329$ ,  $S = .446$ ) que la obtenida por el grupo B ( $x_B = -.1329$ ,  $S = .265$ ), sin embargo, es importante recordar que la preocupación por la comida, no implica que cuiden su dieta.

El factor 3, arrojó resultados no significativos ( $t = (96) = -.05$ ,  $P = .957$ ), sin embargo la tendencia de las medias de los grupos A y B fueron ( $x = .0033$  y  $x = .0083$  respectivamente), nos indican que las mujeres del grupo B tienden a recurrir a conductas compensatorias, es decir; se purgan o se inducen el vómito cuando

se exceden en la comida.

El factor 4, de igual forma resultó no significativo ( $t=(97)=.11$ ,  $P=.913$ ), aunque la tendencia de las medias de los grupos (A y B)  $x= .0010$  y  $x=-.0090$ , parecen indicarnos que las mujeres que hacen ejercicio tienden a tener períodos de comer en exceso o cuando no tienen hambre.

Para el factor 5, los resultados también fueron no significativos ( $t=(87.49)=-1.96$ ,  $P=.053$ ), pero las medias de los grupos ( $X_A= -.1041$  y  $X_B=.1041$ ), indican que la tendencia es que las mujeres que no hacen ejercicio tienen hábitos alimentarios inadecuados, es decir; que comen entre comidas, consumen alimentos chatarra o comen teniendo otras actividades al mismo tiempo.

El factor 6, se caracterizó también por no ser significativo ( $t=(73.34)=1.60$ ,  $P=.076$ ), aunque las medias de los grupos A y B ( $X=.0667$  y  $X=-.0667$  respectivamente) nos indican que las mujeres que hacen ejercicio tienden a tener conductas bulímicas, es decir; que escupen la comida o se inducen el vómito cuando se exceden en la comida.

Por último el factor 7, aunque fue significativo ( $t=(98)=-2.28$ ,  $P=.025$ ) se descartó; ya que el alpha obtenido en este factor no fue aceptable ( $\alpha=.4234$ ), sin embargo; la diferencia entre las medias obtenidas por los grupos de mujeres que hacen ejercicio ( $X=-.0743$ ) y las mujeres que no lo hacen ( $X=.0743$ ), indican que la tendencia es que las mujeres del grupo B, tiene conductas alimentarias compulsivas, es decir; que comen grandes cantidades de comida en corto tiempo o se atragantan de comida.

## CAPITULO

### 7

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio fue conocer los factores de riesgo en una muestra de mujeres que hacían ejercicio en nuestro medio sociocultural, y de esta manera dar respuesta al principal problema de esta investigación, que fue conocer las razones que las mujeres tienen para hacer ejercicio. También se exploró si estaban presentes las variables alteración de la imagen corporal y satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, y si esto resultaba cierto, investigar su relación con hacer o no ejercicio. Asimismo, interesaba conocer los factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios y el estrés relacionado con la conducta alimentaria en mujeres que hacían y que no hacían ejercicio.

Cabe señalar que esta investigación fue de carácter exploratorio y que se aplicó una prueba de comparación (t) para cubrir lo que se espera de todo estudio exploratorio, con el objeto de que en futuras investigaciones se puedan formular hipótesis.

La importancia de esta investigación, reside en que se estudió una muestra poco investigada en México, como lo son las mujeres que acuden a los gimnasios y que puede ser una población de riesgo debido al énfasis que se ha hecho en la importancia de la figura corporal y su relación con la práctica del deporte, y que ha sido ampliamente documentado en otras investigaciones (Davis, 1990; Brodie y Slade, 1988; Davis, 1992; Petrie, 1993).

Por otra parte, es necesario hacer una distinción entre la distorsión de la imagen corporal que lleva en sí una connotación patológica, ya que, es uno de los criterios de diagnóstico de Anorexia Nervosa o Bulimia Nervosa que contempla el DSM-IV, y la alteración de la imagen corporal (sobreestimación/subestimación) que es aplicable a población abierta y clínicamente normal.

Los resultados obtenidos nos demostraron que, las mujeres tanto del grupo que hacía ejercicio como del que no lo hacía, tuvieron en promedio sobrepeso; y además, deseaban tener un peso menor que el que en ese momento tenían. Sin embargo, las mujeres que no hacían ejercicio estuvieron más insatisfechas con su imagen corporal, en tanto que un porcentaje mayor de mujeres que hacían ejercicio reportaron sentirse satisfechas, lo que coincide con los resultados reportados por Davis (1990). Cabe señalar que, aún cuando las mujeres que hacían ejercicio dijeron en mayor porcentaje sentirse satisfechas con su imagen corporal, se pudo observar que en ambos grupos el deseo de tener un peso menor se igualó en porcentaje. Llama la atención que independientemente de las respuestas de satisfacción/insatisfacción, la muestra estudiada quisiera pesar menos, lo que coincide, por otra parte; con diversos hallazgos previos en los que lo encontrado es siempre querer pesar menos. (Gómez, Saucedo y Unikel, 1997; Gómez, 1993b, Aguilar y Rodríguez, 1997; Bolaños, 1998)

En cuanto a la alteración de la imagen corporal en relación con el IMC (Índice de Masa Corporal) real de las mujeres, se pudo observar que en ambos grupos la mayor parte de las mujeres al estimar su figura corporal coincidieron con su peso real, es decir; que ambos grupos tuvieron sobrepeso y esto daba razón a su percepción de estar por arriba de su peso ideal. En la misma dirección Davis (1990), encontró que no hubo diferencias significativas en cuanto a cómo calificaron su cuerpo ideal y real, las mujeres de su muestra.

Resulta curioso que, aunque en ambos grupos se encontró sobrepeso, las mujeres que no hacen ejercicio han recurrido en

más ocasiones a las dietas restrictivas como una forma de control de su peso, y que éstas comenzaron más jóvenes que las mujeres que hacen ejercicio (12 a 17 años de edad). Sin embargo, a partir de los 18 o más años, se igualó la proporción de mujeres que ha hecho dieta. Lo que nos lleva a confirmar que el seguimiento de dietas para el control de peso se vuelve cada vez más una práctica "normal"; presente en mujeres de cualquier edad y peso corporal.

Como ya se mencionó el IMC indicó que, en ambos grupos hubo sobrepeso, sin embargo; las mujeres que hacían ejercicio tuvieron un sobrepeso mayor que las que no hacían ejercicio, lo que pudiera deberse a que, ante el hecho de tener actividad física, se sienten confiadas y cuidan en menor proporción su ingesta calórica lo que no les permite lograr un peso adecuado, una vez más se relaciona con la investigación de Davis (1992), en la que concluye que, aunque las mujeres que hacían ejercicio no se encontraban preocupadas por su peso, si estuvieron insatisfechas con la forma de su cuerpo.

En el grupo de mujeres que hacían ejercicio, también encontramos que, para ellas es muy importante la propia figura corporal, para tener éxito en diferentes ámbitos de su vida, es decir, para gustar y conseguir pareja, así como encontrar trabajo, lo que justifica que hagan ejercicio.

Por otra parte, en el Inventario de Razones para hacer Ejercicio (INRAJE), que sólo fue administrado a la muestra de mujeres que hacían ejercicio, los resultados nos indicaron que ellas tenían como principales motivos para hacer ejercicio, el deseo de modificar su cuerpo y controlar su peso, así como; autoaceptarse y ser aceptadas por otros y sentir que tienen control y disciplina sobre su cuerpo, lo que coincide en la misma dirección con las investigaciones realizadas por Davis y Cowles (1991); Crawford y Eklund (1994 y 1994b); Cash, Novy y Grant (1994), que indicaron que los motivadores para hacer ejercicio son el control de peso y la apariencia física.

En el caso de la subescala de variables relacionadas con la figura corporal, se recurre al ejercicio como una medida para controlar el peso corporal, además del deseo de obtener mejoras en el tono muscular, sin embargo; esto se contradice con los resultados obtenidos en el IMC de las mujeres que hacían ejercicio y que fue mayor a lo esperado. Es decir; que no aún cuando estas mujeres hicieran ejercicio, esto necesariamente implicaría que tuvieran un peso adecuado.

La subescala de búsqueda de aceptación y autoaceptación, también nos demostró que, las mujeres de esta muestra se preocupaban por bajar de peso debido a su deseo de sentirse aceptadas y satisfechas con su imagen corporal, lo que nos indica que, en la medida en que estas mujeres se sientan atractivas, creerán que pueden ser aceptadas por otros y gustarse a sí mismas, lo que también se puede interpretar como la presencia de una autoestima baja en esta muestra.

En este mismo inventario, también se pudo observar que la subescala de Salud, obtuvo una correlación baja, lo que nos indicó que en la muestra de mujeres que hacen ejercicio, lo menos importante es hacer ejercicio por mejorar su calidad de vida y salud, lo interesante de este hallazgo es que, en el estudio de Crawford y Eklund (1994b), una de las razones importantes fue aparte de mejorar el tono muscular, mantenerse saludables; pero que coincide plenamente con los resultados reportados por Cash, Novy y Grant (1994) que concluyeron que el control del peso y la apariencia son un motivador fuerte, aún más que la salud y la aptitud física. Además de que, en las campañas de prevención se recomienda continuamente hacer ejercicio para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades como la osteoporosis o los trastornos cardíacos.

También pudimos observar que las mujeres que hacen ejercicio, recurren a él porque les hace sentirse mejor anímicamente o para olvidar sus problemas, esto quizá se deba a la liberación de

endorfinas del cerebro durante la actividad física, que les da de alguna manera la sensación de bienestar o de euforia.

Por otra parte en los Factores de riesgo asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), los resultados nos indicaron que las mujeres que hacen ejercicio en esta muestra, tienen hábitos dietéticos inadecuados, lo que confirma el IMC que se obtuvo en estas mujeres y que fue de sobrepeso. Sin embargo, aún cuando su alimentación parece no ser adecuada, estas mujeres se encontraron preocupadas por la comida, es decir; que evitan comer tortillas, harinas o grasas, aparentemente se encuentran a dieta o piensan que con sólo eliminar carbohidratos y grasas de su alimentación, es suficiente para controlar su peso; pero los resultados demuestran que esto no es así.

En las mujeres que no hacían ejercicio, resultó importante observar que tienden a recurrir a conductas psicológicamente compensatorias, es decir, usan la comida para aliviar tensiones, sentir bienestar, etc.; aunque no se encontraron diferencias significativas.

Resulta interesante que las mujeres que hacían ejercicio tendieron a pasar por períodos de comer en exceso, quizá esto se deba a que se confían en que hacen ejercicio, y que posterior a una comilona harán más ejercicio como medida de control de peso, aunque parece que esto solo se queda en buenos propósitos.

También pudimos observar una tendencia en las mujeres que hacen ejercicio a tener mejores hábitos alimentarios que las mujeres que no tenían actividad física, lo que puede tener relación con el autocontrol y disciplina que motiva a las mujeres a hacer ejercicio, ya que aunque no tienen un peso normal o menor al deseado, el tener una actividad física regular, les hace sentirse seguras y en el camino para lograr su peso ideal. Sin embargo, resulta contradictorio que aún cuando existe la intención de tener buenos hábitos alimentarios, como no comer entre comidas o comer viendo la televisión, el seguimiento de una alimentación

normal fuera más bajo en este grupo. Lo que podría interpretarse como que, estas mujeres se guían por creencias respecto a lo que es una alimentación adecuada.

Aunque no se encontraron diferencias significativas, hubo tendencia de las mujeres que hacían ejercicio hacía conductas de purga y vómito inducido, cosa que es de llamar la atención, ya que esto puede interpretarse como un factor de riesgo, para el desarrollo de trastornos alimentarios y, que, ha señalado Davis (1990), por otra parte Parker, Lambert y Burlingame (1994) indican que en deportistas no atletas, es posible que se encuentren conductas anómalas hacia la comida, pero que en general esto puede deberse más a una falta de asesoramiento que a una conducta patológica de control de peso.

Por último, podemos decir en respuesta a las preguntas planteadas en esta investigación que, las mujeres hacen ejercicio como una medida de control de peso, sin embargo; parece ser que ésta no funciona, de lo que podemos deducir que el ejercicio es una medida más para reducir de peso, ya que el porcentaje de mujeres que han tenido problemas de sobrepeso fue alto en este grupo, además de que el 62% ha seguido una dieta restrictiva, es decir; que la preocupación por el peso existe en estas mujeres, sin que esto necesariamente las lleve a conseguir su propósito de bajar de peso.

De acuerdo con la revisión teórica, podemos confirmar que la preocupación e insatisfacción con la imagen corporal es una variable que se encuentra presente tanto en mujeres que hacen ejercicio como en las que no lo hacen, que además esto influye de manera importante en su forma de ver diferentes aspectos de sus vidas, es decir, que para ellas es importante la propia figura corporal, tanto para conseguir pareja, como para sentirse bien consigo mismas.

Por último y de acuerdo con los hallazgos presentados en este estudio, podemos concluir en respuesta a las preguntas planteadas que:

1. De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede decir que existe una tendencia a relacionarse preocupación por el peso corporal y práctica de ejercicio, es decir, a mayor deseo de disminuir el peso corporal mayor razón para hacer ejercicio.
2. Por otra parte se pudo observar que la insatisfacción con la imagen corporal es independiente de hacer ejercicio o no hacerlo, ya que en ambos grupos las mujeres estuvieron similarmente insatisfechas.
3. En ambos grupos se encontró que en promedio el IMC fue similar, es decir; ambos grupos de acuerdo a los criterios de corte tuvieron sobrepeso. Sin embargo; curiosamente se encontró que las mujeres que hacían ejercicio subestimaron su imagen corporal; lo que indicó que se consideraron más delgadas de lo que en realidad estaban.
4. En cuanto al tiempo que dedicaban a hacer ejercicio las mujeres, se encontró que en promedio dedicaban no más de dos horas al día, lo que no se consideró excesivo de acuerdo a los criterios considerados por otras investigaciones ( Petrie, 1993; Crawford y Eklund, 1994).
5. De acuerdo con los resultados obtenidos, se pudo observar que en ambos grupos, las variables sociodemográficas e insatisfacción con la imagen corporal, tuvieron porcentajes similares, por lo que puede decirse que, las mujeres de ambos grupos se encontraban insatisfechas con su cuerpo.
6. No se encontraron conductas de evitación o purga en la muestra estudiada.
7. Se encontraron similitudes entre las mujeres que hacían ejercicio y las que no lo hacían respecto a las variables

psicosociales (escolaridad, ingresos, sexualidad e insatisfacción con la imagen corporal entre otras).

8. Se encontró que las mujeres que no hacían ejercicio mostraron un nivel significativamente más alto en la conducta alimentaria normal y preocupación por el peso y la comida que las que hacían ejercicio, es decir que; las mujeres que hacían ejercicio paradójicamente cuidaban menos su dieta que las que no hacían ejercicio.

## **Sugerencias y Limitaciones**

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

- Considerar para posteriores investigaciones la relación entre la práctica de ejercicio y las razones para hacerlo.
- Aplicar en muestras de mujeres atletas el INRAJE.
- Continuar el estudio de los factores de riesgo en muestras de mujeres deportistas.
- Realizar los estudios con muestras probabilísticas.
- Abordar desde el marco teórico una perspectiva de género, que podría a la luz de nuevos datos enriquecer las explicaciones que se obtuvieran.

Las limitaciones que se consideran en este estudio fueron:

- La realización de esta investigación con una muestra no probabilística, impide generalizar los resultados obtenidos hacia otros grupos, por lo que sólo es aplicable para el grupo de mujeres de este estudio.
- La Subescala de Estados emocionales que formó parte del INRAJE, tuvo dos reactivos significativos, sin embargo; se consideró importante incluirla en los resultados, debido a que este estudio por representar una primera aproximación requirió de toda la información.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agras, W.S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimiam and anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
2. Aguilar, Y. y Rodríguez, A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM.
3. Aisenson, A. (1981). Cuerpo y persona: Filosofía y psicología del cuerpo vivido. México: Fondo de Cultura Económica.
4. Bolaños, M. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM.
5. Bowers, R. y Fox, E. (1995) Fisiología del deporte. (3ª ed.) Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
6. Branden, N. (1987). Como mejorar su autoestima. México: Paidós
7. Brodie, D.A. and Slade, P.D. (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. Psychological Medicine, 18, 623-631.
8. Cooper, K.H. (1978). Aerobics: Ejercicios aerobicos (10ª ed.) México: Diana.

9. Cooper, M. and Fairburn, C.G. (1992). Selective processing of eating, weight and shape related words in patients with eating disorders and dieters. British Journal of Clinical Psychology, 31, 363-365.
10. Crawford, S. and Eklund, R.C. (1994). Social physique, reasons for exercise, and attitudes toward exercise settings. Journal of Sport & Exercise psychology, 16, 70-82.
11. Crawford, S. and Eklund, R.C. (1994b). Active women, social physique anxiety and exercise. Journal of Sport & Exercise Psychology, 16, 431-448.
12. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994) Trastornos del comer: Terapia estratégica e intervenciones para el cambio. Barcelona, España: Herder.
13. Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996) Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber. España: Gedisa
14. Cruztitla M. y Reyes M. (1998). Significado psicológico de figuras lingüísticas típicas asociadas con el grado de satisfacción insatisfacción con la imagen corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
15. Davis, C. (1990). Body image and weight preoccupation: A comparison between exercising and non-exercising women. Appetite, 15, 13-21.
16. Davis, C. and Cowles, M. (1991). Body image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women, Sex and Roles, 25, (1-2), 33-44.
17. Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high-performance female athletes. International Journal of Sport Psychology, 23, 179-192

18. Davis, C., Durnin, J.V.G.A., Gurevich, M., Le Maire, A. and Dionne, M. (1993). Body composition correlates of weight dissatisfaction and dietary restraint in young women. Appetite, 20, 197-207.
19. Drogosz, L. & Levy, P. (1996) Another look at the effects of appearance, gender, and job type on performance-based decisions. Psychology of Women Quarterly, 20, 437-445.
20. Drewnowski, A., Pierce, B. y Halmi, K. (1988) Fat aversion in eating disorders Appetite, 10, 119-131.
21. Fallon, A.E. and Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, 94, (1), 102-105.
22. Fenichel, O. (1971) Teoría psicoanalítica de la neurosis. 6ª reimpresión. México: Paidós.
23. Garner, D. and Garfinkel, P. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
24. Gómez Peresmitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica, 3, (1), 95-112.
25. Gómez Peresmitré, 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.
26. Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40.

27. Gómez Peresmitré, G.; Saucedo, T. y Unikel, C. (1997b). *Psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación.* (en prensa)
28. Haraldsdóttir, J. and Andersen, L. (1994). Dietary factors related to fitness in young men and women. Preventive Medicine, 23, 490-497.
29. Jourard, S.M. y Landsman, T. (1987). La personalidad saludable: El punto de vista de la psicología humanística (3ª ed.). México: Trillas.
30. Lara, S.M. (1996). El papel de la imagen corporal en el desarrollo de la bulimia nerviosa. México, D.F., Tesina, Universidad Iberoamericana.
31. Lafarga, J. y Gómez del Campo, J. (1981) Desarrollo del potencial humano: aportaciones de una psicología humanística. (2ª Ed.) México: Trillas. Vol. 2
32. Martínez-Fornés, S. (1994) La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia. Madrid, España: Espasa Calpe.
33. Martínez, E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, J. y Zaragoza, M. (1993). Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo humano y la alimentación. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 20, (2), 51-65.
34. Merani, A. 1976. Diccionario de psicología. Barcelona: Grijalbo.
35. Meerman, R. y Vandereycken, W. (1988) Body image disturbances in eating disorders from the viewpoint of experimental research. En Pirke, K. et al (Eds.) The psychobiology of bulimia nervosa. Alemania: Springer-Verlag.

36. Parker, R., Lambert, M. & Burlingame, G. (1994) Psychological features of female runners presenting with pathological weight control behaviors. Journal of Sport & Exercise Psychology, 16, 119-134
37. Paxton, S.J., Wertheim, E.H., Gibbons, K., Szumkler, G.I., Hillier, L. and Petrovich, J.L. (1991). Body image satisfaction, dieting beliefs, and weight loss behaviors in adolescent girls and boys. Journal of Youth and Adolescence, 20, (3), 361-379.
38. Petrie, T.A.(1993). Disordered eating in female collegiate gymnast: Prevalence and personality/attitudinal correlates. Journal of Sport & Exercise Psychology, 15, 424-436.
39. Pope, H.G., Katz, D.L., and Hudson, J.I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. Comprehensive Psychiatry, 34, (6), 406-409.
40. Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, O., Pérez y A. Requena. (1991) Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Med. de Barcelona, 18, (5), 210-220.
41. Rodin, J. (1993). Las trampas del cuerpo: Como dejar de preocuparse por la propia apariencia física (1ª Ed.). España: Paidós.
42. Salud, dinero y dinero. (1992, abril 15). Expansión, pp. 37-54.
43. Santacruz, A. y Erazo, V. (1981) Compropolitán: El orden transnacional y su modelo femenino. México: Nueva Imagen.
44. Saucedo, T.J & Gómez Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 19-27.

45. Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. U.S.A.: International Universities Press, Inc.
46. Stern, L. (1991). Disavowing the self in female adolescent. En Gillian, C., Roger, A.G. & Tolman, D.L.(Eds.), Women, girls & psychotherapy: Reframing resistance. New York: Harrinton Park Press.
47. Steiner-Adair, C. (1991). When the body speaks: Girls, eating disorders and Psychotherapy. En Gillian, C., Roger, A.G. & Tolman, D.L (Eds.), Women, girls & psychotherapy: Reframing resistance. New York: Harrinton Park Press.
48. Ussher, J. (1991). La psicología del cuerpo femenino. Londres, Routledge: Aria Montano.
49. 3ª edición de tu directorio de gimnasios .(1991, noviembre 15). Shape México: Mujer Sana de Mente y Cuerpo, 68-72.
50. 8º directorio de gimnasios actualizado.(1994, octubre 19). Shape México: Mujer Sana de Mente y Cuerpo, 70-73.

## GLOSARIO

**Anorexia Inversa:** Se le llama a la percepción de ser más pequeño corporalmente de lo que realidad se es, este término lo acuñaron Pope, Katz y Hudson (1993).

**Anorexia Nervosa** Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, la pérdida de peso hasta un 15% debajo del peso teórico, o fracaso para conseguir el peso esperado en un período de crecimiento, resultando un peso corporal de 15% por debajo del peso teórico. (DSM-IV, 1994)

**Bulimia** Un apetito voraz e insaciable, acompañado de malestar y angustia, que obliga a comer en exceso y aprisa. (Martínez-Fornés, 1994)

**Índice de masa corporal (IMC):** Fue ideado por el antropólogo belga Quelet para conocer la proporción de peso corporal. (Ver fórmula p. 53)

**Médico Bariatra:** Especialidad médica, dirigida al tratamiento de problemas de peso, la creación de esta rama de la medicina tiene relativamente poco tiempo de existir en México.

**Prácticas alimentarias anómalas** Clasificadas en conductas de evitación que son: Seguimiento de dietas, ayuno, a pesar de que los individuos empiezan a excluir de su dieta todos los alimentos de alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaba con una dieta muy restringida. (Guerrero y Reyes, 1998)

ANEXO

## 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 solo tacharlo o subrayarlo. Utiliza lápiz o pluma de tinta negra.

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

1. ¿Qué estás estudiando?

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

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 años o más

5. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 7
- B) Si. Pasar a la siguiente pregunta

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO DE ALIMENTACION,  
DEPORTE Y SALUD**

El proposito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad, 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 proporciones es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANONIMA.**

**GRACIAS**

Investigación dirigida por la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre  
Coordinación de Psicología Social y Ecológica  
Facultad de Psicología, UNAM

12. Tu problema es o era:

- A) Sobrepeso
- B) Falta de peso

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

- A) No. (Pasar a la pregunta 16)
- B) Sí. (Pasar a la siguiente pregunta)

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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(o)
- B) Satisfecha(o)
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha (o)
- E) Muy insatisfecha(o)

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

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

11. ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

- A) No. Pasar a la pregunta 13.
- B) Si. Pasar a la siguiente pregunta

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida:

	Muy Importante	Importante	Regularmente Importante	Poco Importante	Muy poco Importante
19. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Para encontrar pareja	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. En las fiestas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. En el trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Con uno misma(o)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

28. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

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

La siguiente es una lista de razones o motivos que han sido dados por personas que hacen deporte o ejercicio físico.

Lee con cuidado cada uno de estos y responde en cada caso que tan importante es para ti cada uno de ellos.

La clave de respuesta es:

MUY IMPORTANTE=5; IMPORTANTE=4,	MEDIANAMENTE IMPORTANTE - 3	POCO IMPORTANTE=2; NADA IMPORTANTE=1.
------------------------------------	--------------------------------	--

- |  | 5                     | 4                     | 3                     | 2                     | 1                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 29. Practico ejercicio para adelgazar  | <input type="radio"/> |
| 30. Hago ejercicio para incrementar mi fuerza                                      | <input type="radio"/> |
| 31. Hacer ejercicio es más importante que otras actividades                        | <input type="radio"/> |
| 32. Considero que mientras más intenso sea el ejercicio más rápido se baja de peso | <input type="radio"/> |
| 33. Hago ejercicio para sentirme de mejor ánimo                                    | <input type="radio"/> |
| 34. Practico ejercicio porque está de moda   | <input type="radio"/> |
| 35. Pienso que para mantenerse sana(o) es mejor hacer ejercicio                    | <input type="radio"/> |
| 36. Para mejorar mi apariencia física  | <input type="radio"/> |
| 37. Cuando no hago ejercicio me siento deprimida(o)                                | <input type="radio"/> |
| 38. Practico ejercicio para ejercitar mi cuerpo                                    | <input type="radio"/> |
| 39. Asistir a un gimnasio me permite tener amigas(os)                              | <input type="radio"/> |
| 40. Pienso que hacer ejercicio es ser autodisciplinada(o)                          | <input type="radio"/> |
| 41. El ejercicio es bueno para dejar hábitos como fumar                            | <input type="radio"/> |
| 42. Pienso que debo imponerme ejercicios más intensos para bajar de peso           | <input type="radio"/> |
| 43. Practico ejercicio porque mis amigas(os) también lo hacen                      | <input type="radio"/> |
| 44. Debe de hacerse ejercicio por razones de salud física                          | <input type="radio"/> |
| 45. Hago ejercicio para dejar de comer   | <input type="radio"/> |
| 46. Haciendo ejercicio gasto energía en una actividad que me beneficia             | <input type="radio"/> |
| 47. Hago ejercicio para mejorar mi salud en general                                | <input type="radio"/> |
| 48. El ejercicio ayuda a mantenerse joven  | <input type="radio"/> |
| 49. Hay que hacer ejercicio por razones de salud mental                            | <input type="radio"/> |
| 50. Considero que con el ejercicio se disfruta más de la vida sexual               | <input type="radio"/> |
| 51. Para mantenerme delgada(o)   | <input type="radio"/> |
| 52. Cuando hago ejercicio aumenta mi nivel de energía                              | <input type="radio"/> |
| 53. Practico ejercicio para tener un cuerpo flexible                               | <input type="radio"/> |
| 54. Creo que si dejo de hacer ejercicio engordaría                                 | <input type="radio"/> |
| 55. Para disfrutar por más tiempo de una alta calidad de vida                      | <input type="radio"/> |
| 56. Hago ejercicio por disciplina  | <input type="radio"/> |
| 57. Para mantener control sobre mi cuerpo  | <input type="radio"/> |

La clave de respuesta es:

MUY IMPORTANTE=5;	MEDIANAMENTE	POCO IMPORTANTE=2;
IMPORTANTE=4,	IMPORTANTE - 3	NADA IMPORTANTE=1.

	5	4	3	2	1
58. Porque considero que en cuerpo sano mente sana	<input type="radio"/>				
59. Con el ejercicio se disminuyen las ganas de comer	<input type="radio"/>				
60. Para gustar a los demás	<input type="radio"/>				
61. Porque quiero reducir mi abdomen	<input type="radio"/>				
62. Considero que el ejercicio permite prevenir enfermedades de la vejez (p.e., problemas cardiovasculares, osteoporosis)	<input type="radio"/>				
63. Porque cuando hago ejercicio me olvido de mis problemas	<input type="radio"/>				
64. Para lograr autocontrol en general	<input type="radio"/>				
65. Para divertirme	<input type="radio"/>				
66. Para fortalecer mi busto o desarrollar mis pectorales	<input type="radio"/>				
67. Porque disminuyo mi ansiedad	<input type="radio"/>				
68. Para mejorar el funcionamiento de mi corazón	<input type="radio"/>				
69. Para reducir grasa	<input type="radio"/>				
70. Hago ejercicio porque puedo comer lo que quiera sin subir de peso	<input type="radio"/>				
71. Hacer ejercicio mejora mi estado de ánimo	<input type="radio"/>				
72. Para lucir muslos fuertes y duros	<input type="radio"/>				
73. Para sentirme más atractiva(o)	<input type="radio"/>				
74. Para incrementar músculo	<input type="radio"/>				
75. Para gustarme más	<input type="radio"/>				
76. Por razones de apariencia física	<input type="radio"/>				
77. Para mantener mi bienestar físico	<input type="radio"/>				
78. Para reducir cintura	<input type="radio"/>				
79. Para movilizar grasa	<input type="radio"/>				
80. Para mejorar la forma de mi cuerpo	<input type="radio"/>				
81. Para aumentar el tamaño de mis muslos	<input type="radio"/>				
82. Para gustarle a mi pareja	<input type="radio"/>				
83. Para reducir el tamaño de mis glúteos	<input type="radio"/>				
84. Para fijar el calcio de mis huesos	<input type="radio"/>				
85. Porque siento mi cuerpo flácido	<input type="radio"/>				
86. Para incrementar mi resistencia a la enfermedad	<input type="radio"/>				
87. Para reducir el tamaño de mi busto o de mis pectorales	<input type="radio"/>				
88. Porque haciendo ejercicio elimino estrés	<input type="radio"/>				
89. Quiero reducir de peso	<input type="radio"/>				
90. Porque quiero aumentar el tamaño de mis pantorrillas	<input type="radio"/>				
91. Considero que con un cuerpo delgado es más fácil encontrar pareja	<input type="radio"/>				
92. Porque últimamente he engordado	<input type="radio"/>				
93. Para resolver más fácilmente mis problemas cotidianos	<input type="radio"/>				
94. Porque me dijeron que estoy gorda(o)	<input type="radio"/>				

La clave de respuesta es

MUY IMPORTANTE=5:	MEDIANAMENTE	POCO IMPORTANTE=2;
IMPORTANTE=4,	IMPORTANTE - 3	NADA IMPORTANTE=1.

	5	4	3	2	1
95. Para ser sexualmente deseable	( )	( )	( )	( )	( )
96. Para sentirme segura(o) de mi misma(o)	( )	( )	( )	( )	( )
97. Para aumentar el tamaño de mis glúteos	( )	( )	( )	( )	( )
98. Considero que hacer ejercicio mejora la autoestima	( )	( )	( )	( )	( )
99. Sólo quiero marcar mis músculos	( )	( )	( )	( )	( )
100. Porque una figura atlética está de moda	( )	( )	( )	( )	( )
101. Por razones de estética	( )	( )	( )	( )	( )
102. Para tener una vida social más satisfactoria	( )	( )	( )	( )	( )
103. Para tener éxito en el amor	( )	( )	( )	( )	( )
104. Porque con un cuerpo delgado me sentiría más segura(o)	( )	( )	( )	( )	( )
105. Para lograr el cuerpo ideal	( )	( )	( )	( )	( )
106. Para triunfar en la vida	( )	( )	( )	( )	( )
107. Para endurecer mis glúteos	( )	( )	( )	( )	( )
108. Para mejorar mi tono muscular	( )	( )	( )	( )	( )
109. Porque me veo gorda(o)	( )	( )	( )	( )	( )
110. Porque no tengo nada que hacer	( )	( )	( )	( )	( )
111. Porque ya no me queda mi ropa	( )	( )	( )	( )	( )
112. Porque no me gusta el tamaño de mi cuerpo	( )	( )	( )	( )	( )
113. Porque la última vez que compré ropa no me quedó la talla que venía usando	( )	( )	( )	( )	( )
114. Porque me gustaría lucir como las(os) modelos	( )	( )	( )	( )	( )
115. Para mantenerme en buena condición física	( )	( )	( )	( )	( )
116. Para subir de peso.	( )	( )	( )	( )	( )
117. Para llenar mi tiempo libre	( )	( )	( )	( )	( )
118. Para ser admirada(o) por mis amigos(as)	( )	( )	( )	( )	( )
119. Para lograr mi ideal de peso	( )	( )	( )	( )	( )
120. Porque en el gimnasio tengo más facilidad de hacer amigos	( )	( )	( )	( )	( )
121. Para ser aceptada(o) por los demás	( )	( )	( )	( )	( )

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menos grado. Lee con cuidado cada una de ellas y responde cuáles han sido tus propias condiciones durante los últimos 15 días.

**EN LOS ULTIMOS 15 DIAS  
CUANTOS DIAS:**

D I A S				
0	2	4	6	8

- |  |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 122. Tuviste problemas para dormir.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 123. Te sentiste tensa(o) con molestias de cuello y/o espalda.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 124. Hiciste dieta para controlar tu peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 125. Te sentiste triste, deprimida(o)  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 126. Sufriste de dolor de cabeza.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 127. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).                                | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 128. Tuviste problemas digestivos (gases, inflamación, eructos, etc.).                                       | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 129. Tuviste problemas de concentración.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 130. Te pusiste a dieta de líquidos.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 131. Sentiste temor a subir de peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 132. Te sentiste con apetito voraz.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 133. Te sentiste físicamente mal.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 134. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 135. Sentiste que sudabas en exceso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 136. Tuviste problemas con tu respiración.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 137. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 138. Te sentiste sin hambre.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 139. Te sentiste preocupada(o) por tu salud.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 140. Ayunaste para bajar de peso.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 141. Te sentiste preocupada(o) por tu peso.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 142. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 143. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 144. Te provocaste vómito porque comías de más.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 145. Hiciste ejercicio en exceso para reducir tu peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

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

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

	Nunca	A Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
146. Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
147. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
148. Cuando estoy aburrido(a) me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
149. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
150. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
151. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
152. Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
153. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
154. Como tan rápidamente que los alimentos se me "atragantan".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
155. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
156. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
157. Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
158. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
159. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma(o) antes de consumir alimentos "engordadores".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
160. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
161. Paso por periodos en los que como con exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
162. Cuido que mis comidas contengan alimento con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
163. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
164. Si me excedo con la comida me provocho vómito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

	Nunca	A Veces	Frecuen- temente	Muy Frecuen- temente	Siempre
165. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
166. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
167. Consumo alimentos chatarra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
168. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
169. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
170. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
171. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada (o).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
172. Como entre comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
173. Procuro comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
174. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
175. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
176. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
177. Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
178. Suelo servirme dos o más porciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
179. Como hasta sentirme inconfortablemente llena(o).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
180. Procuro tomar complementos vitamínicos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Nuevamente muchas gracias por tu colaboración. Toda observación o comentario que puedas hacernos con respecto a este instrumento será bienvenido

Proyecto de Investigación apoyado por la  
Dirección General de Asuntos del Personal Académico.  
Este cuestionario forma parte de una investigación auspiciada por la Facultad de Psicología de la  
Universidad Nacional Autónoma de México.

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

Copyright, México, 1995.