

129
2g



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE INICIO DE VIDA SEXUAL
ACTIVA EN MUJERES ADOLESCENTES Y SU
IMAGEN CORPORAL
(SATISFACCION/INSATISFACCION,
SOBREESTIMACION/SUBESTIMACION)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARTHA JUNIA NAVARRO CAYON

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZMITRE

MEXICO, D.F. CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO 1999

TESIS CON
ALLA DE ORICEN

275692



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.

AGRADECIMIENTOS.

GRACIAS...

A MI MAMI, POR DARME TANTO Y ENSEÑARME QUE SOLO CON CONSTANCIA Y FORTALEZA SE PUEDE LLEGAR A DONDE SE DESEA... QUIEN ME HA IMPULSADO A SER LO QUE SOY Y A QUIEN LE DEBO LO QUE QUIERO SER.

A MI AMADO ABUELO, POR SU INMENSO AMOR, POR SER MI MÁS GRANDE ADMIRACIÓN, POR HABER ESTADO A MI LADO EN TODO MOMENTO Y SEGUIRLO HACIENDO, AUNQUE YA NO ESTES AQUÍ...

A MI QUERIDA UNIVERSIDAD, POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE ESTAR AQUÍ , Y DARME LAS HERRAMIENTAS PARA LOGRAR LO QUE SIEMPRE QUISE.

A LA DRA. GILDA GÓMEZ PEREZMITRÉ, POR SU INFINITA PACIENCIA, POR TODO SU APOYO Y GRAN AYUDA.

A FUNDACIÓN UNAM POR SU INVALUABLE APOYO.

A ISABEL KUTHY MI MÁS PROFUNDO AGRADECIMIENTO, POR ESTAR AHI EN MOMENTOS TAN DIFICILES , POR TODO EL CARIÑO Y APOYO INCONDICIONALES, POR SER COMO MI HERMANA MAYOR Y ORIENTARME SIEMPRE.

A JUNO ROMERO POR SER MI MEJOR ALIADA EN EL PRECISO MOMENTO.

A LUIS MOLINA, POR LA GRAN AYUDA QUE ME HA DADO SIEMPRE, POR SU CARIÑO, CONSEJOS Y APOYO, POR SER MI AMIGO.

A JOSÉ ESCAMILLA, POR SU CARIÑO, SU CONSTANTE INTERÉS Y PREOCUPACION HACIA MI Y ESTE TRABAJO.

A EDUARDO, POR ACOMPAÑARME EN ESTE CAMINO Y HACERME RECUPERAR LA ESPERANZA DE SER AMADA...Y SERLO.

A MIS AMIGAS: A ALE, POR ESTAR SIEMPRE AHI CUANDO LA VIDA SE ME HA COMPLICADO Y CUANDO NO , POR SU GRAN AMISTAD.

A MARY, POR SER MI MEJOR AMIGA, POR SU APOYO CONSTANTE, POR MANTENERSE CERCA SIEMPRE.

A PATY, POR COMPRENDERME, AYUDARME Y ESTAR PENDIENTE DE MÍ SIEMPRE, POR SU BONITA AMISTAD.

A JULY MI MÁS VIEJA AMIGA , POR SU COMPAÑÍA , CARIÑO, CONFIANZA, POR ESTAR JUNTAS EN LAS BUENAS Y EN LAS MALAS Y A SU FAMILIA POR SU APOYO.

A LIZBETH, POR SER EL MÁS VIVO EJEMPLO DE QUE EL QUE QUIERE SE PUEDE COMER AL MUNDO Y SALIR TRIUNFANTE ...

A MI QUERIDA TÍA MARTHA, POR BUSCAR SIEMPRE LA MANERA DE AYUDARME Y DE ESTAR CONMIGO...

A BLANCA Y PIETRO, POR SU VALIOSÍSIMO APOYO, POR TODA SU AYUDA, CARIÑO E INOLVIDABLE AMISTAD.

A MISS GABY, MI MAESTRA DE MATEMATICAS, QUE DE NO SER POR ELLA NO HABRIA LLEGADO HASTA AQUI.

A MI PRIMARIA: THE BROOKFIELD SCHOOL, POR DARME LOS CIMIENTOS PARA PODER LLEGAR Y QUERER HACERLO...

A MI HERMANITO QUERIDO, MI PRIMO AGNI, QUE DONDE QUIERA QUE TE ENCUENTRES NUNCA HE DEJADO DE PENSAR EN TÍ, TODO EL TIEMPO TE LLEVO EN MI CORAZÓN...

GRACIAS A TODAS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE AUNQUE SEA DE LA MÁS MÍNIMA FORMA CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO...MIL GRACIAS.

MARTHA JUNIA.

INDICE

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA.

Introducción.....	1-3.
1.1. Formación de la identidad sexual.....	3-4.
1.2. Maduración Física.....	5-11.
1.3. Naturaleza de la adolescencia.....	12-14.
1.4. Inapetencia puberal o anorexia nervosa en la adolescencia.....	15-29.

CAPÍTULO 2. SEXUALIDAD.

2.1. Introducción	30-35.
2.2. Sexualidad en adolescentes mujeres.....	36-38.
2.3. Educación sexual en México.....	39-46.
2.4. Estudios revisados sobre Sexualidad:	
- Conducta sexual en universitarios colombianos solteros en 1990....	47-51.
- La actitud hacia la naturaleza y la incidencia de la intimidad sexual entre estudiantes de una universidad sudaficana.....	52-58.

CAPÍTULO 3. IMAGEN CORPORAL.

3.1. Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a los demás..	59-63.
3.2. Los roles sexuales y la imagen corporal.....	63-66.
3.3. Imagen corporal en la adolescencia.....	67-68.
3.4. Diferencias de género en la imagen corporal.....	68-69.
3.5. Estudios revisados sobre Imagen Corporal:	
- La influencia de las revistas en la satisfacción con la imagen corporal en mujeres de preparatoria: un análisis exploratorio.....	69-75.
- La relación entre dieta y peso en adolescentes.....	76-79.
- Cambios percibidos en el funcionamiento sexual y la imagen corporal durante la pérdida de peso en una población femenina obesa: un estudiopiloto.....	79-82.
- Alteración perceptual de la imagen corporal en adolescentes mujeres.....	82-84.
- Imagen corporal, atractivo físico y depresión.....	84-87.

CAPÍTULO 4. GÉNERO.

4.1. Masculinidad y Feminidad.....	88-93.
4.2. Clorosis: patriarcado y sexismo.....	94-96.
4.3. Las mujeres enmarcadas en la anatomía como destino.....	96-100.
4.4. Estudios revisados sobre Género:	
- Ritual femenino de cirugía genital entre beduinos en Israel.....	101.
4.5. Sentimientos de culpa y problemática de cambio de valores en la mujer.....	102-108.

CAPÍTULO 5. MÉTODO.

5.1. Introducción.....	109.
5.2. Pregunta de investigación.....	109.
5.3. Objetivo y planteamiento de hipótesis.....	110.
5.4. Definición de variables	110-114.
5.5. Muestra.....	114.
5.6. Tipo de estudio.....	115.
5.7. Diseño de investigación.....	115.
5.8. Instrumento.....	115.
5.9. Variables sociodemográficas.....	116.
5.10. Variables asociadas con la imagen corporal.....	116-117.
5.11. Procedimiento.....	118.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS.

6.1. Descripción de la muestra y distribución de variables sociodemográficas.....	119-127.
6.2. Distribución de variables asociadas con la imagen corporal....	128-143.
6.3. Prueba de hipótesis.....	144-145.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.

7.1. Discusión y Conclusiones.....	146-147.
7.2. Referencias.....	148-173.
7.3. Anexo.....	174-186.

RESUMEN

El presente estudio buscó determinar si existe relación entre la satisfacción / insatisfacción y sobreestimación/ subestimación con la imagen corporal y el inicio de la vida sexual en adolescentes mujeres estudiantes de preparatoria dentro de un rango de edad de 15 a 19 años.

Con el fin de determinar estas relaciones se trabajó con una muestra no probabilística de $n= 188$, la cual se dividió en dos grupos de adolescentes con $n= 88$ y sin vida sexual $n= 100$, esta muestra se obtuvo de la población femenina que acude a preparatorias privadas y públicas del Distrito Federal y las zonas conurbadas. De esta muestra se eligió una submuestra de un 20 % a la que se le tomaron medidas antropométricas, de peso y talla para obtener el Índice de Masa Corporal que se utilizó para determinar la alteración (sobreestimación / subestimación) de la misma . El diseño de investigación de este estudio fue transversal, confirmatorio y de campo.

Se utilizó un instrumento de formato mixto que exploró áreas sociodemográficas, autopercepción de la imagen corporal y percepción de los propios atributos. El presente estudio formó parte de una investigación mayor * y entre los principales resultados se encontró que las adolescentes con vida sexual mostraron mayor insatisfacción con ciertas partes corporales (v.gr.; busto, glúteos, muslos, etc...) y que estas mismas adolescentes mostraron una mayor tendencia de trastornos alimentarios. Se discuten los resultados a la luz de teorías y hallazgos previos.

* Estimaciones subjetivas/ mediciones objetivas: la imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer” . PAPIIT, proyecto No. INR 304496.

INTRODUCCIÓN

La importancia de estudiar la imagen corporal reside en que está ligada al sujeto y a su historia, ya que la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales con nosotros mismos y con el mundo externo, por lo que nuestro esquema corporal es una forma de entrar en comunicación con el entorno de forma afectiva, cognoscitiva y social. Puesto que se considera que hay una fuerte relación entre la estructura corporal de la persona y su personalidad.

Se consideró como parte medular para el desarrollo del presente estudio la información que generaría y permitiría observar la necesidad de diseñar, implementar y evaluar programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en relación con la vida sexual, con la finalidad de brindar alternativas de prevención y tratamiento, puesto que no existen estudios previos.

Debido a que se desconoce o subestima la verdadera magnitud de los trastornos alimentarios, aunque existe suficiente evidencia de variables asociadas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, es necesario realizar más investigaciones para poder proponer soluciones y llevar a cabo acciones educativas dirigidas a los distintos estratos de la población y paralelamente desarrollar estrategias de detección temprana de los problemas relacionados con estos trastornos. De ahí la importancia de revisar en el marco teórico temas como la adolescencia, la sexualidad, el género y la imagen corporal. También debe tomarse en cuenta que en la población estudiada la sexualidad es un punto de crucial importancia para la autopercepción de la imagen corporal y para el desarrollo de trastornos alimentarios, así como la adolescencia.

CAPITULO 1.

ADOLESCENCIA.

Introducción.

En nuestra cultura, la adolescencia abarca gran parte de la segunda década de la vida. Esta lenta transición de la niñez a la edad adulta es un fenómeno moderno. En las civilizaciones "primitivas", el periodo del cambio está más condensado. En ellas los niños pasan por una ceremonia simbólica, un cambio de nombre o un reto durante la pubertad. A estos eventos simbólicos los antropólogos los llaman "ritos de transición". Viene luego, uno o dos años de aprendizaje social y después entre los 16 y 17 años, el muchacho alcanza la adultez total y plena. Esta rápida transformación se debe en parte, al hecho de que las habilidades que se necesitan para la vida del adulto en culturas menos complejas pueden ser dominadas sin una educación demasiado larga.

Sin embargo, la necesidad de un periodo de transición es admitida por todos.

En épocas pasadas, la maduración física de la pubertad ocurría muchomás tarde que ahora. Hoy, en E.U.A., una niña tiene su periodo menstrual a una edad promedio de 12 y medio años; en 1880, el promedio era de 15 y medio años, la transición social de joven a adulto era seguida muy de cerca por los cambios físicos. Ahora, en E.U.A. así como en países industrializados, hay un intervalo de muchos años entre la madurez biológica y la transición social a la edad adulta. De éste modo, a la gente joven que ha madurado en un sentido físico, se le considera, sin embargo, muy joven para los privilegios y responsabilidades de la edad adulta.

En una sociedad tecnológicamente avanzada, donde los trabajos más complejos son para los adultos, los adolescentes experimentan una prolongada dependencia. En la mayoría de los casos, los trabajos que pueden conseguir ni son intrínsecamente interesantes ni económicamente remunerados. Esta situación prolonga la dependencia que el adolescente tiene de sus padres, retrasando el tiempo en el que pueda utilizar sus capacidades con curiosidad, lo cual incrementa su frustración e impaciencia.

Algunos teóricos ven el periodo de la adolescencia como una época de derechos y oportunidades restringidos, así como de papeles prescritos con rigidez (Farber, 1970). Otros poseen una visión más positiva, piensan que el adolescente está en una etapa en que al individuo se le permite explorar y experimentar distintos papeles antes de establecerse en un nicho social y ocupacional.

Evidentemente, las experiencias sociales y personales de los adolescentes son una función del contexto histórico y cultural en el cual vivan.

Las condiciones económicas y culturales también pueden tener un impacto en las épocas claves del crecimiento. La adolescencia puede ser un prelude relativamente corto hacia la independencia, o puede implicar una larga dependencia de la familia. Por ejemplo, en Irlanda, en el siglo XIX la carestía de la papa causó una gran pobreza y sufrimiento. Los hombres jóvenes permanecieron en casa debido a que su trabajo era necesario para mantener vivas a sus familias. Su entrada a la independencia de la edad adulta se vio bloqueada por la terrible necesidad económica. En E.U.A. , la gran depresión de los años 30, alteró los planes y confirió inesperadas responsabilidades a los jóvenes tan rápido como fuera posible: aprendieron las labores de los adultos y entraron al mercado de trabajo más rápido de lo que lo hubieran hecho en otras circunstancias.

Elder (1980) comparó las diferencias y semejanzas entre los patrones de desarrollo de los adolescentes del siglo XIX y los de los actuales. En ambos grupos, midió cinco distintos acontecimientos de la vida, a saber: terminación de la educación escolar, ingreso en el mercado de los empleos, separación de la familia, primeras nupcias y el establecimiento de una nueva familia. Este autor encontró tanto diferencias como similitudes en los dos grupos. Si bien ambos grupos pasaron por los mismos hechos de la vida, variaba el tiempo en que lo hacían. Los adolescentes del siglo XIX dejaban la escuela antes y recibían menos educación formal; pronto ingresaban en el mercado de trabajo y tardaban más tiempo en abandonar la familia, en casarse y en tener su propio hogar.

Realizaban una rápida transición a la condición ocupacional del adulto, pero tardaban más en lograr su independencia social. No obstante, los jóvenes de hoy pasan más tiempo en la escuela pero se desligan antes de sus padres.

Ninguno de los dos grupos consideraba el periodo de la adolescencia como una secuencia claramente ordenada en la cual todos los miembros del grupo terminan la niñez e inician la edad adulta aproximadamente al mismo tiempo.

Vulnerabilidad del adolescente.

Algunos críticos sugieren que los quinceañeros, con su gran desarrollo físico y sus capacidades cognoscitivas, son particularmente vulnerables y pueden ser reducidos al papel pasivo de consumidores de los medios masivos de comunicación. Tal vez puedan aprender una aceptación fortuita de la tragedia o brutalidad, o desarrollen una sed de una excesiva y cruda estimulación. Acaso modelen su comportamiento con sucesos vulgares o grotescos, que ven reflejados en las películas o la televisión.

1.1. Formación de la identidad sexual.

La conformación de la identidad sexual durante la adolescencia temprana es una condición previa para progresar hacia la posición heterosexual en la adolescencia propiamente dicha. Por supuesto, los niños saben que son varones o mujeres; no tienen dudas al respecto. El ambiente confirma de innumerables maneras su identidad de género, y las propias observaciones del niño lo corroboran. La distinción entre identidad de género e identidad sexual puede hacerse en los términos más simples, diciendo que la primera tiene que ver con la diferenciación relativa a los géneros masculino y femenino, y la segunda se relaciona con la virilidad y la femineidad (Blos, 1986).

La identidad de género rara vez se cuestiona conscientemente, mientras que la sexual da lugar a una incertidumbre general. Las frecuentes dudas adolescentes acerca de las tendencias homosexuales de índole femenina o masculina ofrecen abundantes pruebas en relación con un conjunto de variantes mediante las cuales puede definirse la identidad sexual. Cuando la incertidumbre con respecto a la identidad sexual llega a ser desmedida, en términos de ajuste y normalidad, observamos que la sombra de esta duda recae sobre la estructura corporal, los genitales.

Al concretizarse de este modo, el problema pasa por completo a la esfera del cuerpo; el órgano es demasiado pequeño o deforme, o simplemente distinto: "no es como es como debe ser". Por desplazamiento, la duda expresa en relación con cualquier parte o característica física: la altura, las proporciones, la forma, la textura de la piel, etc... De lo dicho se deduce que la identidad sexual es la más amplia y la más compleja de ambas formaciones. Dentro de sus límites hallamos multitud de modalidades gratificantes idiosincrásicas, que poseen diversas y variables intensidades y cualidades de valencia opuesta.

Hacia el final de aquella surge una duradera representación sexual de sí mismo, estructurada y conceptualizada como identidad sexual. El hecho de conocer el propio género no da, por sí solo, lugar a la identidad sexual; esta se ve decisivamente influida por las ideas que provoca el género opuesto. Las diferencias corporales entre los géneros suscitan en cada niño ciertos pensamientos acerca del origen de aquellas, de la posibilidad de cambiar de género y de si el suyo propio es deseable o no en comparación con el otro. La comparación, la evaluación y el deseo culminan en la posesión ilusoria de algunas partes corporales pertenecientes, o atribuidas, al género opuesto, o bien determinan el rechazo de determinadas partes del cuerpo correspondientes al propio género. Aún cuando la percepción contradice estas fantasías, ellas ejercen una influencia decisiva en la representación de sí misma. La valencia motivacional del esquema corporal, basada en variantes de la identidad de género o bien en claras fantasías relacionadas con la estructura corporal, tiene tanta fuerza como el cuerpo objetivamente percibido. Las fantasías positivas o negativas acerca de los atributos del género relativas a sí mismo y los otros, a menudo poseen un carácter mucho más real que las propiedades realmente percibidas y validadas por el consenso general. El origen de numerosas complicaciones que acompañan la formación de la identidad sexual en la adolescencia puede hallarse en algún aspecto de la teoría sexual infantil que ha ejercido un efecto duradero sobre determinado niño. No debe sorprendernos descubrir que estas distorsiones infantiles se hagan sentir de modo perentorio cuando se produce la maduración sexual, pubertad (Blos, 1987).

Individuación adolescente .

La emancipación emocional con respecto a los objetos infantiles de amor y odio tiene lugar a medida en que la adolescente se distancia de ellos, lo cual le permite evaluarlos. La sobrevaloración de los progenitores es producto de la dependencia infantil de suministros narcisistas externos. La evaluación realista de aquellos, sin embargo, obliga a la adolescente a descubrir nuevas fuentes de suministros narcisistas dentro de sí mismo y en su interacción con el resto del ambiente (Blos, 1986).

1.2. Maduración física.

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los 2 primeros años de vida debido a la gran rapidez del cambio biológico. Pero, a diferencia de los lactantes, el adolescente siente el dolor y el placer de observar el proceso entero; se ve a sí mismo con sentimientos de fascinación, atracción y horror a medida que se producen los cambios biológicos. Sorprendido, avergonzado e inseguro, constantemente se compara con otros y revisa su autoimagen. Uno y otro sexo observan con ansiedad su desarrollo o falta de éste, con un buen conocimiento e ideas falsas, con orgullo y temor, con esperanza y ansiedad. Siempre se da una comparación con el ideal predominante en el momento; la capacidad de conciliar las diferencias entre los dos es decisiva durante este periodo de transformación.

Hay variaciones individuales tan marcadas en cuanto al tiempo necesario para la maduración sexual que es imposible dar una estimación realmente precisa acerca de su duración. Se requiere de un periodo aproximado de 1 a 2 años para los cambios preeliminares para el estado asexual al sexual. En este lapso tienen lugar en todo el cuerpo las modificaciones preparatorias para la maduración sexual. Cuando los órganos sexuales han alcanzado un punto en el desarrollo que los habilita para la función reproductora, se requieren uno o dos años adicionales para completar su desarrollo y los demás cambios en todo el cuerpo que acompañan a la madurez de los órganos sexuales. Esto significa en promedio que el niño o niña promedio necesita de 2 a 4 años para efectuar la transición(Bayley, 1965; Jones, 1965; Young, Zoll, Gallagher, 1963, citados en Hurlock, 1997).

Cambios Biológicos.

Los hitos biológicos de la adolescencia son un aumento considerable en el ritmo del crecimiento y de tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias.

Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo.

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endócrinas.

Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes están presentes en poca cantidad a partir de la etapa fetal, pero su producción aumenta mucho durante la pubertad. Las hormonas "masculinas y femeninas" están presentes en los individuos de ambos sexos, pero los hombres, tienen más de las hormonas llamadas andrógenas, de las cuales la más importante es la testosterona y las mujeres tienen más de las llamadas estrógenos y progesterona (Tanner, 1980 citado en Craig 1990).

Cada hormona, está destinada a influir en cierto grupo de blancos o receptores. Por ejemplo, la secreción de testosterona hace que el pene crezca, la espalda se ensanche y el pelo aparezca en el área genital y en la cara. De la misma manera que el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan y las caderas se ensanchen. Las células en el área indicada tienen la capacidad para responder selectivamente a algunas de las hormonas que circulan en el torrente sanguíneo y para no responder a otras: por ejemplo, el útero reacciona selectivamente al estrógeno y a la progesterona. Las células indicadas, son muy sensibles a pequeñas cantidades (Tanner, 1980 citado en Craig, 1990)

Las glándulas endócrinas segregan un complejo y delicado balance de hormonas, a la glándula pituitaria corresponde mantener éste equilibrio. La pituitaria, situada debajo del cerebro produce diversas variedades de hormonas, incluyendo la del crecimiento y algunas hormonas secundarias, las cuales regulan y estimulan el funcionamiento de las glándulas sexuales.

Las glándulas sexuales cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica del adolescente.

Por lo general, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo. A esto sigue, el final de la niñez o al principio de la adolescencia un gran incremento en la altura. Un incremento de ésta magnitud no ocurría desde la época en que eran bebés y gateaban. Los huesos y los músculos aumentan en tamaño, disparados por la misma fuente de hormonas. En el curso de este inusitado crecimiento, por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon en principio. Sin embargo, las niñas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, aun cuando termina distribuyéndose en distintos lugares del cuerpo.

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diversas proporciones. La cabeza, casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo en los primeros 10 años de vida. Las manos y pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de brazos y piernas.

El estiramiento físico, que a menudo se da en ésta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros.

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

Maduración Sexual en los Hombres.

La primera indicación de pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y escroto. Aproximadamente un año más tarde, se advierte un crecimiento rápido en la talla y en el pene, con un desarrollo concomitante de las vesículas seminales y de la próstata. Mientras tanto, entre el desarrollo del testículo y el del pene, empieza a aparecer el vello púbico, pero no alcanza el crecimiento pleno hasta que se termina el desarrollo genital. Durante éste periodo también hay un incremento en el tamaño del corazón y los pulmones, debido a la acción de las hormonas sexuales del hombre, testosterona, los niños también desarrollan más células rojas en la sangre que las mujeres.

Esta vasta producción de células rojas en la sangre puede ser un factor si bien ciertamente no es el único en la capacidad atlética superior del hombre sobre la mujer adolescente.

La primera emisión seminal puede ocurrir a partir de los 11 años y hasta los 16. La eyaculación inicial normalmente acontece en el periodo de crecimiento rápido de los niños y puede presentarse durante la masturbación o en un "sueño húmedo". Por lo general las primeras emisiones aún no tienen suficiente espermatozoides como para que sea fértil (Money, 1980 citado en Craig, 1990).

Maduración sexual en mujeres.

El incipiente crecimiento de los senos suele ser, aunque no siempre, la primera señal de que se ha iniciado la pubertad. Al mismo tiempo se observa crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales.

La menarca (menarquía) que es la primera menstruación, posiblemente sea la señal más impresionante y simbólica del cambio que se opera en las mujeres; ocurre tardíamente en el ciclo después alcanzado el nivel de crecimiento rápido. La menarca puede ocurrir desde los 9 1/2 años y hasta los 16 1/2 ; el promedio en las niñas norteamericanas es alrededor de los 12 1/2 años. La aceleración en el desarrollo sexual se debe en apariencia a la mejoría en la alimentación y del cuidado de la salud en comparación con otras épocas. En otras partes del mundo, la menarca aparece aún relativamente más tarde: en promedio las niñas checoslovacas tienen su primer periodo a los 14 años, entre las de la tribu kikiyu de Kenia el promedio es de 16 años, y el promedio entre las bindi de Nueva Guinea es de 18 años (Powers, 1989 citado en Craig, 1990). Por lo común, la menarca se presenta cuando una niña está cerca de alcanzar su peso adulto y cuando se las ha arreglado para almacenar una mínima cantidad de grasa en el cuerpo. Este acontecimiento en las niñas con un peso promedio, sucede por lo general cuando pesan alrededor de 50 kilos (Frisch, 1988 citado en Craig, 1990).

Menarca.

Se entiende por menarca la aparición de la primera aparición de la menstruación, que ocurre normalmente entre los 11 y los 15 años. Cuando se presenta, se están efectuando en la niña una serie de cambios somáticos muy interesantes: desarrollo de los caracteres sexuales secundarios e incremento del desarrollo somático; todos los contornos están tomando las características femeninas de la mujer.

La importancia del factor socioeconómico en relación con la menarca es indiscutible. Diferentes estudios (Brudevoll, Liestol, Walloe, 1984; Furu, 1976; Wishak, 1983.) han demostrado que con el correr del tiempo mejoran las condiciones de vida y la menarca se presenta a menor edad. Se ha observado también que tanto el peso como la talla de las jóvenes ha ido en aumento a través de los años, según los estudios de Tanner (1978). A partir de 1900 la talla en las niñas de 5 a 7 años se ha incrementado en 1 a 2 cm. por década. En el Japón se hizo palpable a partir de 1950 un aumento de 5 cm por cada década en niñas de 12 años (Matsumoto, Sato, Noguchi, Tamada, 1983). Asimismo, en algunos países se ha observado, a partir de 1950, que la menarca se presenta a menor edad mientras mejor sea la posición social de la niña (Attallah, 1978; Dewhurst, 1984; Frisch, Revelle, 1969; Kark, 1956).

Con respecto a la nutrición, el déficit nutritivo retarda el índice de crecimiento en la primera infancia y también su estimulación durante la pubertad, y retrasa la edad de la menarca.

Las niñas desnutridas y con baja estatura a los 5 años presentan menarca retardada, en relación con las que tienen estatura y nutrición normales a la misma edad (Dewhurst, 1984).

Frisch (1969) dice que aún cuando la estatura esté un poco baja, si la niña se encuentra bien nutrida, la menarca se presenta cuando el peso alcance los 47 kg. Los factores emocionales, así como los regímenes para mantener un determinado bajo peso, por ejemplo, los que siguen las bailarinas de ballet, son causa de retardo de la menarca (Frisch, Wyshak, Vincent, 1980).

Después de los documentados estudios de Tanner (1962) se aceptó que lo que interviene en la presencia temprana o tardía de la menarca es el factor nutricional, económico y ambiental (Tanner, 1962).

Cualquier alteración que produzca detención en el crecimiento somático retrasa la menarca.

En cambio, por cualquier motivo, aventaja la edad cronológica, la menarca se presenta más temprano. En la primera guerra mundial se comprobó que la mala nutrición retarda el crecimiento de las niñas y la aparición de la menarca.

La menarca también indica que el ovario ha elaborado una gran cantidad de estrógenos suficiente para hacer proliferar el endometrio receptivo. Por lo general, el primer ciclo es anovulatorio como lo serán también los ciclos subsiguientes. Este periodo de anovulación se conoce como " periodo de esterilidad del adolescente".

Antes de la pubertad, el hipotálamo, la hipófisis y el ovario no permanecen inactivos: cumplen una función importante en la iniciación de la función sexual.

La hormona tiroidea es esencial para el crecimiento lineal durante la segunda infancia y la adolescencia, para la ordenada osificación de los cartílagos epifisarios y para la maduración esquelética. También es importante en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, en la dentición y en muchos procesos metabólicos. Durante la menarca aumenta el peso del tiroides como respuesta al incremento de su función fisiológica necesaria para el metabolismo exagerado que requiere éste proceso.

Imagen corporal y adaptación.

Los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo, y con frecuencia muestran ante él una actitud crítica. Desde el punto de vista sociológico, los adolescentes pueden ser considerados un grupo marginal, tanto entre culturas como en el margen de una cultura dominante. Por tal razón, el adolescente puede ser extremadamente intolerante ante la desviación tanto en la constitución corporal (una excesiva obesidad o una extremada delgadez) como en la sincronización corporal (en el caso de la maduración tardía). Los medios de comunicación manipulan esa tendencia al presentar en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivas y exuberantes que pasan por esta etapa de la vida sin barros ni espinillas ni proporciones desgarradas. Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su apariencia física y la de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que se les muestra en medios como revistas y televisión puede constituir una fuente de ansiedad.

Durante la etapa intermedia de la infancia , los niños conocen distintos tipos de cuerpos y de ideales y forman una idea precisa del suyo, de sus proporciones y sus destrezas. Pero en la adolescencia, la estructura corporal es objeto de un escrutinio más minucioso. En nuestra sociedad, algunas jóvenes se someten a dietas, mientras otros a rigurosos entrenamientos de acondicionamiento físico. En cambio, las niñas se preocupan por ser muy gordas o muy delgadas mientras que los hombres están intranquilos de no ser lo suficientemente musculosos y ser muy pequeños. la razón de que el peso sea importante para las niñas se interesan mucho por su aceptación social, y la gordura no es bien vista en nuestra sociedad. Para los niños, el principal interés es, la fuerza física que se puede ejercer en el entorno, la altura y los músculos son aspectos importantes para los hombres jóvenes (Duarte, 1988).

Todos los adolescentes se interesan vivamente por sus cuerpos en desarrollo. De manera constante se comparan con sus padres y a menudo se angustian cuando notan un estancamiento en su crecimiento. Las muchachas como grupo, se preocupan más por sus cuerpos en desarrollo que los varones porque, para ellas sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones en la vida, particularmente en cuanto concierne al noviazgo y al matrimonio (Fischer, 1964; Kurtz, 1969 & Waltzer, 1966 citados en Hurlock, 1997). Además, ellas saben que pueden valerse de los cosméticos y seleccionar su vestimenta para realzar sus rasgos buenos y disimular los defectuosos, ésto aumenta el interés e intensifica la preocupación por sus cuerpos (Blank, Sugerman & Roosa, 1968 & Ryan, 1966 citados en Hurlock, 1997).

Actitud Sexual Femenina Adolescente.

En el grupo de mujeres que no han tenido relaciones sexuales del estudio realizado por Ramírez (1977) las actitudes emocionales y la norma subjetiva tienen la misma importancia para predecir la intención conductual, aunque en ambos casos la predicción es baja debido quizá a razones culturales, donde a la mujer se le da menor libertad para expresar su sexualidad (Ramírez, S., 1977; Díaz Guerrero, 1982) y por consiguiente las actitudes emocionales ante las conductas sexuales de riesgo serán más negativas y tienen menor valor predictivo ante las intenciones.

1.3. Naturaleza de la adolescencia.

Se piensa generalmente que la adolescencia es una fase de transición (que dura más o menos siete años) de la irresponsabilidad que los niños disfrutaban a la responsabilidad de la adultez. Los niños son totalmente dependientes de sus padres, en cuanto a amor, alimentación y guía; se requiere de los adultos que sean independientes y capaces de cuidarse así mismos. Siete años son demasiados para convertir a la adolescencia en una "entidad" homogénea. Por esta razón parecería sensato distinguir entre la adolescencia temprana, media y tardía: la primera aproximadamente de los 11 a los 13 años está más cercana a la infancia en sus ramificaciones, la tercera se traslapa con la adultez joven.

El término adolescencia se refiere al proceso psicológico que se relaciona vagamente con los procesos de crecimiento físico definidos por el término de pubertad. La adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura, en ese punto se determina en gran parte, por la cultura y la sociedad propias, cuando el niño y la niña han logrado un grado razonable de independencia psicológica de sus padres. No es de extraña que no se pueda precisar la definición e itinerario de adolescencia: no hay un punto final claro. Aún el punto de inicio, la pubertad en sí, varía de acuerdo a factores climáticos y hereditarios, y puede disiparse o detenerse por muchas influencias externas.

El periodo entre la infancia y adultez, que se dedica al desarrollo adolescente, varían de una cultura a otra. En el pasado medio siglo, aproximadamente, dentro de las sociedades occidentales, se ha reducido la adolescencia de cierta manera (en Inglaterra a descendido la mayoría de edad de los 21 a los 18 años), pero en otra, se ha convertido en un periodo mayor de años, en el sentido de que mucha de la demanda de educación superior prolonga la dependencia juvenil en los padres. Son fenómenos sociológicos tales como status, deberes, privilegios, el final de la educación, el derecho al matrimonio y a disfrutar de independencia económica, los que se citan con mucha frecuencia como terminaciones de la adolescencia.

El deseo en el joven de tener libertad para elegir y actuar tiene relación con la búsqueda del joven de una identidad propia, una imagen de sí mismo que pueda durar, con pequeñas modificaciones para toda la vida.

La mayor tarea vital de la fase de la adolescencia (Erickson, 1965, 1968 citado en Berryman,1994) es la necesidad del individuo de descubrir, dar forma y consolidar su propia identidad. Esto se refiere al núcleo del carácter o personalidad del individuo y se piensa que es un precursor vital de la verdadera intimidad y profundidad en la relacione personales.

En la base de la autoconciencia del adolescente, la autoimagen es un representación de su cuerpo, de cómo es y de cómo lo ven los demás. Es la naturaleza radical del crecimiento que ocurre en ese momento, los cambios físicos, fisiológicos y mentales, lo que transforma al niño en adulto.

Los cambios corporales y la imagen corporal.

La pubertad puede traer como consecuencia que el joven se centre en sí mismo. El cuerpo que el niño ha tomado por un hecho se convierte en el foco de atención, con una gran cantidad de miradas al espejo y escrutinios minuciosos acerca de las imperfecciones y “puntos buenos”.

Desarrollo Cognoscitivo.

Aproximadamente durante los años que van desde los 11 años o los 12 a los 15, los niños comienzan a liberar su pensamiento de sus raíces en su propia experiencia particular. Se vuelven capaces de desarrollar un pensamiento proposicional general, en otras palabras, pueden proponer hipótesis y deducir consecuencias. Ahora el lenguaje es rápido, versátil y tiene un proceso extenso. Es público, así que el adolescente no sólo tiene ganancia de sus propios pensamientos sino que lo hace también, de los articulados por los otros. Su mundo se vuelve más amplio y rico social, intelectual y conceptualmente.

El pensamiento lógico o racional es un requisito importante para la adaptación a las demandas de la vida; es también un criterio vital de salud mental. También puede constituir una prueba a los padres a medida que los adolescentes ejercitan sus “músculos” intelectuales y preguntan “¿porqué?” y cuestionan los valores sociales y morales de los padres.

Aunque la evidencia es escasa parece ser que la alienación y la rebeldía son más posibles, en jóvenes que, a pesar de su considerable madurez, permanecen dependientes de sus padres económicamente o de otras maneras, con lo que se prolonga la adolescencia. Típico de esto serían los estudiantes de educación superior.

Otra creencia popular acerca de la adolescencia es que los adolescentes son sexualmente desenfrenados y promiscuos. Aunque los adolescentes ahora tienen actitudes de mayor aceptación hacia el sexo premarital, esto no implica una elevación masiva en las relaciones sexuales ocasionales. La gente joven, y en particular las mujeres, continúan enfatizando la importancia del amor y de una vinculación emocional estable en el sexo prematrimonial, aunque el intento de un matrimonio o compromiso no se vea con frecuencia como requisito para tales relaciones. El énfasis en una relación estable con un sólo compañero sexual a la vez, se denomina “monogamia en serie”. Las mujeres sin embargo, tienen actitudes más conservadoras al respecto que los hombres.

1.4. Inapetencia puberal o anorexia nervosa en la adolescencia.

Designamos como inapetencia puberal o anorexia nervosa es la falta psicógena de apetito, que suele aparecer preferentemente en muchachas orgánicamente sanas de 13 a 15 años, y que conduce a una progresiva resistencia a tomar alimentos con una rápida pérdida de peso, y que puede llevar incluso a un estado de tal delgadez que es peligroso para la misma vida.

Muchachas, en su mayor parte inteligentes y que estudian con aprovechamiento, procedentes de la alta burguesía, comparecen en presencia del terapeuta con una figura desmedrada, la piel pálida seca, las manos azuladas y frías y con una actitud ausente (Lempp, 1975; Strunk, 1974: Tolstrup, 1975).

Estas chicas muestran además unas formas de comportamiento que difícilmente resultan comprensibles y que en parte están también en una extraña contradicción con su obstinada resistencia a comer.

Así, por ejemplo, gustan de permanecer en la cocina y demuestran un extraordinario interés por la preparación de platos con una necesidad a la vez agresiva y nerviosa de no comer personalmente nada, pero imponiendo la comida a los otros miembros de la familia.

A veces desarrollan un extraño impulso de almacenar cosas de comer en lugares escondidos, y/o en caso de sentir mucha hambre atracarse sin medida, para buscar después alivio y liberación vomitando.

Con frecuencia tienen una idea tan deformada e irreal de su propia figura corporal, que incluso siguen considerándose gordas cuando están hechos unos esqueletos. En este aspecto no presentan ningún síndrome, pero intentan incluso adelgazar aún más con ayuda de pastillas que quitan el apetito y mediante purgantes. Muchas veces su frecuente estreñimiento no es más que un pretexto para el abuso de los laxantes.

Muchas de ellas desarrollan simultáneamente un movimiento y actividad insensatos, cultivando por ejemplo un deporte excesivo o muestran un celo extraordinario en sus tareas escolares. Pese a su constitución demacrada en alto grado actúan con una sorprendente capacidad de aguante y tienen a todas luces unas energías inagotables.

A veces intentan engañar a sus familiares por cuanto que, no obstante sus declaraciones sensatas en contrario, o no comen nada o escupen y devuelven la comida cuando no las ven. En este sentido recurren a tretas ingenuas.

Otras se obstinan abiertamente a su rechazo hostil y pertinaz frente a cuantos esfuerzos se hacen por moverlas a comer, y repiten con enervante necedad simplemente que no tienen apetito y que no pueden comer. La impresión general es que bajan de rendimiento y con frecuencia adoptan una actitud marcadamente negativa.

Una postura conflictiva frente al problema de la comida (Thomae, 1961, 1972) unida al deseo de perder peso (Bruch, 1973; Dürhssen,1974), es, entre las muchachas púberes que quieren adelgazar, expresión frecuente de dificultades internas para aceptar el desarrollo corpóreo-sexual de mujer (Dürhssen,1974; Lempp,1975; Schenk & Deegener, 1974).

En conexión con esto no pocas veces las relaciones con la madre presentan una distorsión característica. La relación emocional entre las muchachas que quieren adelgazar y sus madres parecen ser singularmente estrecha y muy ambivalente (Fleck ,1969; Meyer ,1970).

Algunas madres de muchachas deseosas de adelgazar se caracterizan por una actitud marcadamente viril y dominante o intelectualista (Strunk, 1974) mientras que otras adoptan un papel de angustia y preocupación, o bien de víctimas indefensas (Dürhssen, 1974). En ambos casos brindan poco aliciente para su imitación e identificación positiva. Según la psicología aplicada esas madres-tipo pueden representar un modelo por el que sus hijas adoptan una postura negativa o muy ambivalente frente a su propia función sexual.

Si, por ejemplo, una madre que ha realizado estudios superiores, ve en sentido primordial de su vida emanciparse de su marido, estima únicamente los afanes de formación y los logros intelectuales, considera como una carga pesada el tener que preparar las comidas, y el hecho mismo de comer lo vive como un proceso insoportable de nutrición, entonces existe el grave peligro de que su hija no encuentre una posición satisfactoria frente a su rol femenino, y de que, por ejemplo, vea predominantemente en la sexualidad una prueba experimental o una variante de competición deportiva en lucha con el varón.

Según el parecer de los especialistas en las diferentes orientaciones terapéuticas hay, pues, que atribuir una importancia singular al comportamiento funcional de la madre. De todos modos no existe unidad sobre el cuál es, en teoría, el modelo representativo que ofrece el marco de explicación adecuada para la problemática del adelgazamiento deliberado.

Habida cuenta de la índole de nuestro estudio no tenemos por qué entrar aquí en la controversia de si, bajo los síntomas anorécticos o de inapetencia, existen conflictos de sexualidad oral, que debería explicar el psicoanálisis (Fleck ,1969; Loch, 1967; Meyer, 1970), o si más bien se trata de los conocidos conflictos de relación en una familia con distorsiones psicopatológicas (Liebman et. al. 1974).

Los conocimientos de psicología evolutiva y la experiencia clínica confirman que en nuestra sociedad moderna la maduración corporal provoca inseguridad y angustias, y que puede dar origen a que la muchacha adolescente caiga en una crisis psicológica de madurez e identidad (Fleck ,1969; Struck, 1974; Thoma, 1961).

Sigue sin resolverse el problema de si la motivación decisiva del trastorno anoréctico hay que buscarla en un conflicto de sexualidad oral reactivado por la pubertad, o si son las influencias externas, como por ejemplo las burlas con la figura llenita, graves desengaños amorosos, la sobrecarga escolar y/o el ideal de delgadez a la moda, lo que desempeña un papel más determinante en el desarrollo de la inapetencia puberal.

Y sobre esto una consideración: parece ocioso contraponer los conflictos sexuales, como realidades necesarias impuestas por la biología, a los modelos aprendidos de experiencia y comportamiento, porque el conflicto sexual por su referencia a normas y posiciones axiológicas comporta ya un elemento esencial de aprendizaje. Sería más razonable preguntarse si en una inestabilización conflictiva durante la pubertad son los contenidos orales en la aceptación específica del psicoanálisis o bien los factores condicionantes de la psicología aplicada los que aportan la contribución más decisiva a la etiopatogénesis de la inapetencia.

Cuando se considera que apenas existe la inapetencia masculina y que el epicentro de la experiencia clínica lo constituye el hecho en que las muchachas afanosas de adelgazar sienten una necesidad casi inevitable y excesiva de un control de su alimentación e ingestión de calorías, nos asalta la idea de que tanto la desazón puberal específicamente evolutiva como el conocimiento experimental tienen su peculiar valor explicativo. Por la disposición anatómico biológica y por la interpretación tradicional de los roles parece justificarse la hipótesis de que también una muchacha de nuestros días sigue siempre orientando sus ideas y expectativas sobre su función de mañana, su aspecto y su rol como objeto sexual más aún que la juventud masculina. Sobre todo porque el cambio de figura se realiza de un modo más patente y radical que el de joven a hombre.

Pese a todos los afanes de emancipación, todavía hoy sigue siendo válido a todas luces el hecho de que el aspecto de la muchacha en trance de pasar a ser mujer y la sexualidad de apariencia corporal constituye una característica muy esencial en la búsqueda y encuentro de compañero. Mientras que el muchacho, antes como ahora, impresiona evidentemente en mayor medida por sus cualidades personales de simpatía, su manera de producirse en sociedad y por su habilidad.

No hay por qué reavivar aquí una exagerada oposición entre los roles sexuales, pero sí hay que notar que la igualdad total de derechos no puede significar igualdad total, y que una muchacha de círculos burgueses afronta todavía hoy, con sus primeras experiencias sexuales, un riesgo corporal y tal vez también psíquico mayor que un muchacho. Esta reflexión gana en importancia cuando se piensa que las muchachas deseosas de adelgazar proceden principalmente de familias acomodadas, con sus ideas tradicionales de las funciones de cada uno.

Así las cosas, el atractivo corporal desempeña en la muchacha adolescente, de cara a la formación de su sentimiento de autovalía y de la confianza de sí misma, un papel más decisivo que en el muchacho. En un periodo de inestabilidad psíquica y de inseguridad en la orientación, tienen precisamente una importancia singular para la muchacha las impresiones, las experiencias y consideraciones que se refieren a su desarrollo corporal.

Ideas, deseos y temores acerca de las representaciones de una buena figura elevan seguramente la buena disposición a dejarse influir por informaciones que se relacionan con el aspecto y, por tanto, con el peso ideal. Si en ese sentido una muchacha enlaza unas expectativas negativas o positivas con la representación de las relaciones de pareja, pueden ciertamente influir en la índole e intensidad de su interés por el propio desarrollo corporal, pero difícilmente rebajar la intensidad de tal interés.

Suponiendo, pues, que una muchacha mediante la transformación somática y espiritual de la pubertad, los procesos de cambios fisiológicos y sus fenómenos psíquicos concomitantes, cae en un estado transitorio de inquietud e inseguridad de orientación agudizadas, eso significa fundamentalmente que la muchacha experimenta como problemática la armonía consigo misma según la ha vivido hasta entonces, su propio sentimiento de identidad. Ello, sin embargo, representa un peligro inmediato de la capacidad creciente de enfrentarse consigo misma de un modo espontáneo y confiado; es decir, corre peligro un aspecto esencial del dominio de sí misma.

La relación ante tales experiencias intensifica, de un modo tremendo, la inseguridad propia de la adolescente y hace que la muchacha sea especialmente sensible a las observaciones e influencias del ambiente social en que vive, que suponen, para ella, una nueva orientación, estructura y, en cierto modo, una mayor clarividencia.

Schachter (1966) y Ross (1974) ha podido llamar la atención y demostrar experimentalmente que son sobre todas las percepciones cognoscitivas las que estructuran en cuanto a su contenido los estados confusos de excitación fisiológica; es decir, les confieren una importancia adecuada a la experiencia.

Así pues, si una muchacha en el campo difuso de tensiones propias de la inestabilidad puberal desarrolla unas sensaciones y sentimientos, que no sin dificultad puede encajar en las experiencias que le son familiares y de ese modo explicárselas a sí misma, y si en tal estado obtiene percepciones, impresiones e informes que comportan como tema central el desarrollo de su figura, esas influencias pueden dejarse sentir de forma duradera en su comportamiento futuro.

Aplicado al problema del desarrollo de la inapetencia, esto significa que todas las informaciones y consideraciones en las que se contiene el ser delgada como un objetivo deseable - cualesquiera puedan ser las razones en favor de dicho objetivo - caen en un terreno abonado de expectativas psíquicas.

La delgadez puede resultar seductora por diferentes motivos: como ideal de belleza de nuestro tiempo que promete éxitos y conciencia de personalidad a las mujeres de aspecto menos regordete; como un estado apetecible que produce un aspecto infantil y, por ende, puede proteger en apariencia contra los riesgos de ser adulto; como la idea tentadora que, en reacción a los impulsos instintivos vividos en forma conflictiva, persigue el dominio de sí mismo, el dominio de la propia voluntad y la espiritualización.

Finalmente, en la ostentosa negativa de nutrirse y en el progresivo adelgazamiento late un recurso enorme para llamar poderosamente la atención y manipular a las personas del entorno inmediato. La obstinada alusión a la falta de apetito y el rechazo decidido de unas cantidades normales de alimento provoca por lo general críticas y castigos sólo hasta que la continua pérdida de peso se manifiesta como un síntoma de enfermedad. Entonces los esfuerzos irritados de los progenitores, para mover a la hija supuestamente recalcitrante a que coma, se convierten de ordinario en preocupación y angustia.

En ese momento cuando a más tardar la muchacha hambrienta descubre su gran palanca para la manipulación. Experimenta cómo a la debilidad de sus esfuerzos, inicialmente tercios e inermes, por quedarse delgada se les ha sumado - gracias a la solicitud exagerada de los demás - una fuerza que le posibilita cada vez mejor el imponer sus fantasías y deseos.

Esta evolución puede explicarse del modo más concluyente por unos principios efectivos de psicología aplicada: fascinada por la idea del adelgazamiento como solución prometedora del exacerbado malestar puberal, la muchacha, insegura de su valoración personal, aprende cómo imponer de manera inmediata sus iniciales esfuerzos de voluntad.

Con cada negativa a alimentarse coronada por el éxito, con cada nueva pérdida de peso, se afianza eventualmente en su motivación de ir adelgazando cada vez más. Experimenta y vive cómo, gracias a su conducta de rechazo de los alimentos, provoca solicitud, fuerza la dedicación a su persona, mueve a indulgencia y logra un poder que incluso le permite explotar aquellos sentimientos agresivos contra sus padres y sus hermanos, que derivan de fuentes totalmente distintas.

Vive de experiencias profundas de que con el dominio de los demás también crece la capacidad de dominarse a sí misma, sin que en ningún caso se demuestre que esto sea una forma funesta de dominio de sí misma.

Sus relaciones con otras muchachas de su edad, que hasta entonces habían estado determinadas por unos patrones de interacción familiares y espontáneas, empezaron a hacerse problemáticas obligando a la reflexión personal. Ideas, reflexiones y discusiones sobre las relaciones entre sus compañeras, sobre el propio aspecto y figura, adquieren ahora un valor especial, aun cuando no tengan que aparecer directa y necesariamente en primer plano. Nuestra muchacha quizá comprueba que corporalmente no está tan bien hecha como otras, que sus proporciones no responden a las medidas de los maniqués de las revistas ilustradas. Reacciona con excesiva sensibilidad a unas alusiones, quizá no malintencionadas en modo alguno, a sus redondeces corporales que ahora se hacen visibles. Sufre el desencanto de que otras sean más deseadas, pero al mismo tiempo teme un contacto más intenso con muchachos y comienza a observar su propio cuerpo de una manera especialmente crítica y a compararse de continuo con otras chicas consideradas más atractivas.

Tenemos aquí desde el punto de vista de la psicología aplicada una constelación condicionante, en la que los principios operativos del condicionamiento clásico influyen de manera decisiva en la conducta.

Mediante la reevaluación específica de la importancia que revisten los atractivos corporales, las manifestaciones negativas y las propias percepciones referidas al propio aspecto se convierten en representaciones aversivas, que en este contexto importante se acoplan con las representaciones corporales que antes vivían como algo neutral y hacen ahora de propio cuerpo el desencadenante condicionado de sensaciones desagradables condicionadas a su vez. Los sentimientos de infelicidad y fracaso ocupan ahora un amplio campo de la conciencia.

Hasta que comienza el desarrollo puberal , nuestra muchacha, como buena estudiante de bachillerato superior, amable compañera de clase y amiga simpática, había cumplido satisfactoriamente su papel entre las muchachas de la misma edad. La consideraban y querían, su opinión siempre contaba algo y a su modo se sentía realizada.

Ahora tiene que comprobar que han cambiado los patrones comparativos, que ha pasado a tener mayor importancia el hecho de cómo se desarrolla su pecho, cómo están formadas sus piernas o lo bonito de su trasero. Simultáneamente debe reconocer que ella no puede desde luego ejercer influencia alguna sobre ese su propio desarrollo corporal, y que en ese campo toda su iniciativa personal y su afán de realización que en otros terrenos le han proporcionado éxitos - aquí no cuentan para nada. Debe resignarse, pues, en contra de lo que había hecho hasta ahora, a aceptar las cosas en lugar de poder controlarlas ella misma.

Ante ese conocimiento puede cerrar los ojos o afrontar la realidad y lamentarla, en cualquier caso le resultará raro que su papel se ha hecho mucho más difícil.

En su contacto visual ya no revisten una importancia primordial sus logros ni su manera de ser, sin que cuenten sus ventajas corporales y su aspecto atractivo, por cuanto que, al igual que sus amigas, siente interés por los muchachos y percibe la necesidad de un compañero.

Pero si desde ahora su figura es ocasión objetiva o imaginaria de desencantos en las primeras tentativas de relacionarse con jóvenes y en lugar del éxito deseado sufre rechazo, poco a poco irán apareciendo los sentimientos de insuficiencia.

Con la representación ciertamente que tanto ahora como antes tiene una adecuada influencia de acuerdo con su estima y reconocimiento en el campo de las realizaciones y en el terreno de las formas de trato sociales; pero el que a los ojos de sus futuros interlocutores se desarrolle hasta convertirse en una muchacha de aspecto atractivo - con independencia de si lo desea o no , eso tiene que dejarlo a su desarrollo corporal, sin que pueda ejercer sobre ello ninguna influencia decisiva.

Toda su situación vital, que hasta ahora la había vivido de un modo satisfactorio y de la propia imagen poco atractiva - enlazan también los sentimientos negativos de angustia y agresividad.

El propio cuerpo, que antes tenía importancia secundaria en sus vivencias personales, pasa ahora al primer plano envuelto en unas sensaciones de aversión y puede incluso llegar a ser objeto de una repugnancia condicionada y de una permanente crítica de sí misma.

Han ocurrido, pues, dos cosas: debido al cambio de patrones de comparación y valoración en la estima de la valía personal y del atractivo social, nuestra simpática y eficiente estudiante ha perdido el primer puesto en el grupo que forman las muchachas de su misma edad y además ha experimentado una dificultad notable en la comprensión de sí misma, en su sentimiento de identidad hasta ahora bien preciso.

A través de una experiencia dolorosa ha tenido que aprender que la eficacia y la acomodación social ya no son los fundamentos decisivos para el reconocimiento y la estima. Más bien es otro aspecto totalmente distinto, la buena apariencia, el que ha pasado a ser el punto de referencia esencial para un sentimiento estable de valoración, y sobre todo tiene que vivir la experiencia de que esa evolución ha ocurrido sin que ella haya podido influir en la misma por el camino de dominio de sí misma.

En la medida, pues, en que toda su situación ha quedado problematizada por la temática del atractivo corporal, todas sus actitudes mentales y todas las reflexiones acerca de un cambio corporal ventajoso adquieren una plusvalía, al menos temporal. A ese respecto resultan bastante indiferentes el contexto lógico en que afloran las ideas de delgadez, como posibilidades para la solución del problema, y cuál es la ventaja concreta que se descubre en esa solución.

La delgadez como ideal de belleza promete, por una parte, unas oportunidades mejoradas en la búsqueda de compañero y, por otra, en cuanto objetivo acariciado en su forma extrema de flaqueza, es también singularmente apropiado para reducir las representaciones amenazadoras que pueden surgir en conexión con las reflexiones sobre la pareja.

La idea de una disminución de peso puede, por tanto, ser en cierto modo seductora en el doble aspecto de unas representaciones encontradas del objeto final: primero, el de hacer lo mejor desde la figura como cebo para las ambicionadas relaciones de pareja; y, segundo, mediante la circunstancia de un enflaquecimiento total rechazar aquellos miedos que derivan de una postura ambivalente conflictiva, consciente o inconsciente, frente a la sexualidad.

En ambos aspectos se plantea la merma de peso como una conducta apetecible, porque hace posible la satisfacción del respectivo deseo. Traducido al esquema mental operante, eso quiere decir que la pérdida de peso con el no comer conduce a unas consecuencias positivas en el marco de las respectivas ilusiones.

Con esa motivación de la pérdida de peso, que al principio está regida predominantemente por el conocimiento, nuestra estudiante, habituada a triunfar, se empeña en comer menos, aunque en los comienzos pueda resultarle pesado. Relativamente pronto descubre, sin embargo, la rapidez con que la limitación dietética con que la alimentación la lleva al éxito deseado. Con ello su motivación a pasar más hambre se ve eventualmente reforzada, aumenta su capacidad de dominio de sí misma, crece el sentimiento de la propia valía produciendo un reforzamiento complementario de la motivación final.

A veces se saca la impresión como si con un << más de lo mismo >> (Waltzlawick et. al. 1974) continúe agudizando una problemática que al principio aún podía tener solución, con lo cual termina por hacer imposible una solución efectiva.

Si forma parte, por ejemplo, de las mucho menos atractivas, que creen mejorar sus posibilidades de encontrar pareja con delgadez exagerada incluso en un estado de fuerte enflaquecimiento sólo consigue una caricatura de el ambicionado ideal de belleza, y choca con un rechazo aún mayor.

Si, por el contrario, las relaciones con la pareja son problemáticas para ella, se angustia por ejemplo con la representación de los contactos sexuales y busca salida y protección en la delgadez asexual; con lo que impide de hecho una solución auténtica de esos conflictos de relación, porque adquiere una actitud social excéntrica.

En ambos casos se encuentra, pues, en un callejón sin salida, y cuanto más se adentra en él tanto más intensos y distorsionados resultan sus esfuerzos por un dominio de sí misma.

El proceso de la evolución hacia el enflaquecimiento, desencadenado a modo de respuesta y reforzado en el plano operativo de manera tanto positiva como negativa, termina por hacer que todos los alimentos y bebidas con un contenido calórico se conviertan en representaciones pulsacionales condicionadas de aversión, hasta el punto de acabar produciendo una auténtica repugnancia.

Sin embargo, ese proceso es provocado, a menudo, por la influencia de unas costumbres dietéticas de inapetencia en el entorno de la muchacha (Kehrer, 1972).

Si en los primeros tiempos del hambre voluntaria y reforzada, ocurría que nuestra muchacha sucumbía a la tentación de comer en un acceso de hambre canina después llega a graves reproches y remordimientos de conciencia. La pérdida temporal del dominio de sí misma la vive con un castigo interior persiguiendo con terquedad aún mayor el objetivo del adelgazamiento.

La muchacha en sus percepciones y representaciones se encierra cada vez más en la temática de la esbeltez y del peso, de forma que todos los procesos relativos a la comida vienen sobrevalorados, y los éxitos ulteriores en la merma de peso producen una motivación todavía más fuerte hacia el enflaquecimiento.

En algún momento se lleva incluso a la cota crítica de falta de peso, con la que el cuerpo por así decirlo se transforma en un flamenco larguirucho y los cambios de metabolismo conducen a una inapetencia condicionada por la misma fisiología.

Ahora no sólo es ya posible pasar hambre sin ningún esfuerzo, sino que además se llega evidentemente a un cierto estado de euforia hasta el punto de que el deseo de seguir perdiendo peso se convierte en una necesidad irrefrenable. La muchacha que en la esbeltez busca salvarse de la crisis puberal de identidad se ha convertido en una paciente de inapetencia.

Si un objetivo esencial en la mente de las muchachas deseosas de adelgazar es el de invertir, tras las adecuadas transformaciones toda su energía en una forma de estructura de control dietético, la tarea terapéutica deberá consistir en volver a eliminar esa forma pervertida del obstinado autocontrol. A fin de esclarecer aún más nuestro pensamiento, digamos que a través de los procesos evolutivos corporales en la pubertad, a través de los cambios en los criterios de valoración y, complementariamente, a través de unas circunstancias y motivaciones externas inadecuadas, algunas muchachas pueden llegar a una inseguridad notable en su sentimiento de valoración personal y en la confianza en sí mismas. La crisis de identidad esta ahí con unas desconocidas perspectivas de futuro.

Por distintas razones , la última de las cuales no es desde luego la búsqueda desesperada de una autoconciencia nueva y armoniosa , la pérdida de peso promete una solución del problema y moviliza los esfuerzos voluntarios por adelgazar.

El éxito inmediato y patente de un objetivo que a los comienzos se trazó por la vía cognoscitiva, a alcanzar un ideal de delgadez, como quiera que éste se entienda, refuerza la motivación para reducir los alimentos y se vive con una recuperación y/o una estabilización del sentimiento resquebrajado de la propia valía. Esto deriva del sentimiento de fracaso, surgido esencialmente del hecho de que los modelos de conducta hasta ahora triunfantes enfrentado a las nuevas expectativas funcionales, no podían ya garantizar una acomodación satisfactoria en el contacto social.

En este aspecto el refugiarse en el enflaquecimiento hay que verlo también como una forma de protesta con la que la importancia se abre cauce agresivamente contra un desarrollo corporal no querido o imaginado de manera distinta o contra una expectativa de roles forzosa y cambiada.

Si el fenómeno, pues, del deseo de adelgazar, es esencialmente el problema de encontrarse a sí mismo en un cambio repentino de circunstancias, problema que reviste una importancia capital y que se manifiesta en un control de sí mismo desviado hacia el sector de la nutrición, entonces, bajo un aspecto de terapia conductista conviene cambiar y redondear de un modo terapéutico las condiciones estimulantes de la reacción y las consecuencias comportamentales para el paciente.

Este cambio debe consistir, principalmente en que a la paciente le resulte imposible seguir sacando vivencias triunfalistas de la forma pervertida en que se niega a tomar alimento, las cuales tomadas como consecuencias positivas refuerzan la motivación para no comer.

Más bien deberían ambientarse las condiciones ambientales de tal modo que el tiempo de las comidas pudieran volver a enlazarse con unas sensaciones positivas y placenteras, creando así la posibilidad de que se derivasen unas vivencias satisfactorias que fortaleciesen la tentativa de volver a tomar alimento. Esto evidentemente no se logra al principio sin establecer una situación terapéutica de control externo severo y sin lagunas, porque de otro modo no se puede romper el círculo vicioso de objetivo y triunfo, el adelgazamiento, maniático y cada vez más reforzado. La primera impresión al presentarse en el establecimiento es realmente siempre la misma.

Con aspecto demacrado, las más de las veces son el rostro sombrío y frecuentemente inexpressivo, las muchachas dan la impresión en todo su porte de estar abatidas y poco dispuestas al diálogo. Algunas niegan simplemente que estén bajas de peso y sostienen que su figura actual es la adecuada. Consideran incluso que están demasiado gruesas, señalando de manera especial el vientre y los muslos. Quedan totalmente perplejas, cuando se les intenta explicar que deben subir de peso para no poner en peligro su salud.

Otras reconocen abiertamente sin dificultad que están demasiado delgadas; nos impresionan con su aparente sensatez y con el celo con que exponen resueltamente sus propósitos de que, por ejemplo, comerán más en adelante y que todo volverá a normalizarse con sólo que se les deje.

De acuerdo con nuestras experiencias hay que ser especialmente escépticos, cuando por el aspecto externo y por el comportamiento de la muchacha en cuestión, así como por las declaraciones de sus padres, puede suponerse con gran probabilidad que nos hallamos ante un proceso de inapetencia. Todas las explicaciones y objeciones, aparentemente plausibles, de la muchacha han de tomarse con una desconfianza extremada. De ordinario el único objetivo que persiguen es escapar a la amenaza sugestiva de unas medidas terapéuticas.

Aun mereciendo una credibilidad general, no podemos fiarnos en modo alguno de las pacientes de inapetencia por lo que hace a su argumentación sobre la sintomática. No pueden hacer otra cosa, y en presencia de un extremado adelgazamiento es un peligroso defecto de técnica asentir a sus protestas y declaraciones de propósito, con la comprensible aunque ingenua reflexión de que habría que darle al menos una oportunidad y no desconfiar de ella a priori. La mayoría de las veces es inaplazable su internamiento es una clínica, si no se quiere poner en peligro la vida de la paciente.

Cuando, por una parte, vienen dados todos los indicios de una inapetencia inicial, mas por otra parte la falta de peso todavía no ha llegado a extremos que representen un peligro para la salud, entonces hemos de enfrentar a tales muchachas con las realidades diagnósticas y terapéuticas.

Les aclaramos y explicamos con detalle que su rápido descenso de peso en las últimas semanas, de acuerdo con las notas comportamentales que nos han dado, confirma que corren el peligro de una inminente inapetencia con una disminución de peso perjudicial para su salud; por lo que conviene sin duda sin rodeos eliminarlo a la mayor rapidez posible con el tratamiento adecuado.

Según nuestras concepciones, las inapetentes tienen en cualquier momento buena conciencia, aunque no completa, de que no pueden y/o no quieren comer y que les gustaría adelgazar.

Desde luego que pueden no tener idea clara de por qué. En consecuencia sólo se crean secretos innecesarios y un clima terapéutico inadecuado, cuando se hace el silencio sobre una sintomática tan patente y se elimina ese tema de la conversación, su negativa a alimentarse ya no impresiona en modo alguno a las personas que la rodean, sus tentativas de engaño no provocan ya ninguna preocupación ni atención nerviosa, y que, por el contrario, una actitud de cooperación y un aumento de peso aportan en definitiva una aplicación más satisfactoria con contactos más gratos.

Es necesario aclarar esta interpretación: al proceso hacia la inapetencia precedieron principalmente los temores para enfrentarse a través de unos procesos evolutivos corporales, y no influibles, con los problemas inherentes del desarrollo y de la sexualidad. La idea de un cuerpo esbelto y delgado como símbolo de la infancia permanente y de la sexualidad pasó a ser un objeto sobrevalorado.

La estima de las propias formas corporales se distorsionó en la medida en que los temores y las angustias irreales se reforzaron negativamente por los esfuerzos de la paciente en evitar su desarrollo corporal y con él el aumento de peso. El grado de distorsión condujo consecuentemente a la sobrevaloración de hasta los más pequeños cambios de peso. La paciente terminó convenciéndose subjetivamente de estar más gorda de lo que correspondía a la realidad objetiva.

Sus imaginaciones y expectativas irrealistas desatan, pues, un intenso sentimiento de amenaza en el aquí y ahora de la situación actual, sin que la misma medida se sigan unos acontecimientos amenazadores.

Eso quiere decir que la paciente vive desde luego la representación del aumento de peso y del cambio corporal como un acontecimiento pavoroso en su fantasía, pero hace la experiencia, sorprendente a todas luces, de que una habituación a tan temidos cambios, obligada por la terapia, no resulta en modo alguno tan difícil como cuando aparecieron esos cambios por primera vez.

Esto puede deberse al hecho de que las imaginaciones y expectativas de las inapetentes, si bien se las examina, son difusas, vagas, irrealistas y en el fondo irracionales.

Para entender todo esto parece además importante esta conexión: los temores inapetentes y la percepción hay una posible explicación de que la deformación perceptiva retrocede evidentemente en la medida en que los temores típicos disminuyen por la influencia de las distintas medidas terapéuticas. Esto significa en concreto que el terapeuta cuida, por ejemplo, de que las inapetentes desde el momento de terminada con éxito la exploración reciben sus comidas, al principio pequeñas y determinadas individualmente, en un ambiente grato y cómodo, que provoca en ellas un interés y bienestar estimulantes. Esta situación, que se demuestra positiva, cuando es lo bastante intensa provoca un cambio de actitud positivo frente a la comida.

Una habitación bellamente amueblada en lugar del cuarto de enferma carente de atractivo, una conversación agradable en vez del aburrimiento, escuchar su música preferida a la hora de comer y otras satisfacciones constituyen otras posibilidades de crear una atmósfera en que la paciente puede aprender de nuevo a sentirse a gusto y contenta cuando hace sus comidas. Bajo la influencia de todos los esfuerzos terapéuticos orientados en el mismo sentido cambia la representación subjetiva que la paciente tiene de su cuerpo y de sus medidas corporales. Poco a poco puede realizarse una acomodación de la propia imagen a la figura ideal. Y se hace posible una valoración y enjuiciamiento realista de los cambios de la figura.

Mediante al análisis terapéutico de nuevos modelos de satisfacción de otro tipo, de los que hasta ahora no se disponía debido al antagonismo psicopatológico de las percepciones, se crea un nuevo sentimiento de autovalía y confianza en sí mismo.

La paciente puede seleccionar y pedir los alimentos el día antes, aunque nosotros cuidamos de todos modos tanto la cantidad suficiente de calorías como que la alimentación elegida no lleve una conducta caprichosa. La comida se prepara de modo particularmente apetitosa, se monta una situación tan agradable y franca como es posible, lo que en el caso concreto puede significar que el terapeuta hace compañía a la paciente y charla con ella de un modo optimista y que abre el apetito. Ahí no se habla de cantidades de calorías ni de problemas de peso. El terapeuta intenta además, a través de una conducta modelo adecuada, proporcionar a la paciente la debida técnica dietética y la posibilidad de hacerle que disfrute con la comida. Come despacio, mastica con atención, saborea los alimentos, haz algunas pausas y da a entender tu satisfacción y disfrute.

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD.

Introducción.

Todavía no hay una teoría completa y consistente del desarrollo psicosexual que sea aceptable en forma general. Tenemos muchos hechos pero sólo unos cuantos pueden explicarse; disponemos de muchas explicaciones pero sólo unas pocas pueden apoyarse con hechos.

Los puntos de vista tradicionales acerca de la sexualidad humana antes de éste siglo, suponían una progresión ordenada desde la inocencia sexual infantil, a través del despertar de los impulsos sexuales en la adolescencia hasta su culminación en la conducta adulta. Aunque ésta secuencia teórica es aplicable a la aparición de la capacidad reproductora, no es un modelo correcto para el desarrollo sexual.

El orgasmo todavía sirve como punto de referencia en el desarrollo psicosexual.

La adolescencia (del latín *adolescere*, “crecer”) se refiere a la fase del desarrollo psicológico que culmina en la completa madurez genital reproductora. Este período se sobrepone, pero no corresponde de modo preciso en tiempo, con las dos fases biológicas subsecuentes: “pubertad” (del latín *pubertas*, “vida adulta”), que empieza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y se extiende al comienzo de la capacidad reproductora, y la “nubilidad” (del latín *nubilis*, “capaz de casarse”) durante la cual se alcanza la completa fertilidad reproductora (Engel, 1962 citado en Katchadourian & Lunde, 1992).

La sexualidad antes de la pubertad.

Las actividades de naturaleza evidentemente sexual pueden observarse en uno y otro sexo antes de la pubertad. Muchas de las actividades e interacciones sexuales de los niños toman la forma del juego. Asimismo, en la esfera sexual la conducta infantil toma la forma de juego.

Los datos de Kinsey sobre la conducta sexual antes de la adolescencia se obtuvieron en su mayor parte de los recuerdos de sujetos adultos, pero algunos se obtuvieron directamente de los niños (Kinsey, 1948).

De modo incidental el estudio de Kinsey no fue el primero en documentar la sexualidad previa a la adolescencia. Los niños se vuelven mucho más activos en el juego sexual que las niñas conforme aumenta la edad. Más o menos el 10-14 % de las niñas participaron en algún tipo de actividad sexual entre los cinco y los doce años. En contraste hubo casi un aumento cuatro veces mayor en la frecuencia del juego sexual entre los niños de las mismas edades. La edad cima de las niñas fue de nueve años, cuando el 14 % participó en cierta forma de actividad sexual, los niños lograron su cima a los doce años, cuando el 39% participó de manera semejante (Kinsey, 1953).

Kinsey pensó que sus porcentajes obtenidos eran muy bajos en conjunto y que con toda probabilidad casi todos los niños (pero solamente una quinta parte de las niñas) habían participado en alguna actividad sexual antes de llegar a la pubertad.

Por último, en uno y otro sexo la actividad sexual prepuberal no aumentó con la cercanía de la pubertad. De hecho, hubo una declinación ligera pero notable en el juego sexual una vez que se pasaron las edades cima. Hay evidencia de que en algunas culturas el desarrollo de la conducta no manifiesta ese "rompimiento" entre la niñez y el logro de la madurez sexual. Entre otros antropoides también la actividad sexual del animal joven surge de manera imperceptible con la conducta adulta. Estas observaciones sugieren que para el patrón indicado en el estudio de Kinsey los datos pueden haber sido determinados por factores culturales.

En términos generales, los niños, más que las niñas son instigadores del juego heterosexual, el cual recuerdan haber experimentado antes de la pubertad el 40 % de los hombres y el 30 % de las mujeres. De nuevo la exhibición genital y la manipulación son las actividades más comunes (Katchadourian & Lunde, 1992).

La sexualidad en la adolescencia.

A pesar de la importancia de la sexualidad antes de la pubertad, este periodo y la adolescencia son las fases durante las cuales aparece la sexualidad.

El descubrimiento de la importancia de la sexualidad infantil interesó tanto a los primeros psicoanalistas que por algún tiempo la adolescencia sólo tuvo un interés secundario, pero hace poco ha recuperado su posición como una fase decisiva para el estudio del desarrollo sexual.

Desde el ángulo biológico, los rasgos clave de la pubertad son: el crecimiento acelerado, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la iniciación de la capacidad reproductora.

En primer lugar, la pubertad y la adolescencia no son puntos en el tiempo sino periodos de tiempo. La pubertad se extiende durante tres o cuatro años en las mujeres y por más tiempo en los varones. La adolescencia es aún más prolongada; la adolescencia se divide a menudo en adolescencia temprana y tardía.

Adolescencia temprana abarca la mayoría de los años de la secundaria, y la adolescencia tardía, que puede extenderse hasta entrados los veinte años. Estos límites de edad están sujetos a una gran variación individual y cultural. Como en general, la pubertad empieza uno o dos años más tarde en los hombres, las muchachas púberes aventajan a los muchachos en cuanto al desarrollo reproductor. Sin embargo, como veremos, la capacidad reproductora no es igual que la capacidad de respuesta sexual.

En segundo lugar, la pubertad empieza en diferentes momentos para diferentes miembros de uno y otro sexo. Existe también cierta variación respecto a cuáles de los muchos cambios aparecen primero. El convenio tácito y la conveniencia dictan la adopción de la menarca en la mujer y la primera eyaculación en el varón como los puntos primarios de referencia, pero no son por completo satisfactorios a causa de varios cambios, como el crecimiento del vello pubiano que en general los precede. De hecho algunos hombres y mujeres jóvenes pueden estar por completo desarrollados sexualmente varios años antes de experimentar sus primeras eyaculaciones o sus primeras menstruaciones. Tampoco la apariencia de estos procesos fisiológicos indica necesariamente el comienzo de las modificaciones psicológicas de la pubertad.

No obstante su óptima asociación, reproducción y sexo son dos funciones diferentes que se desarrollan a distintos horarios.

En nuestra cultura niños y niñas parecen alcanzar las cimas de la actividad sexual prepúber para luego manifestar un descenso gradual. El curso subsecuente de los hechos difiere en uno y otro sexos.

En parte se debe a que el juego sexual prepuberal es más frecuente entre los niños, a pesar de su relativa declinación antes de la pubertad más de la que en realidad continúa en la adolescencia.

Con respecto a las caricias que conducen al orgasmo, se era más probable que éstas persistieran durante la transición a la pubertad y la adolescencia (entre el 65 % de los niños) más que otros desahogos sexuales.

Los contactos homosexuales tendieron más a interrumpirse. Más o menos un año antes del comienzo de la pubertad parece que termina esta relativa tranquilidad y los niños muestran un brote de actividad sexual que se acelera durante el periodo de la pubertad: el juego sexual esporádico prepuberal se sustituye por niveles estables de actividad sexual. En unos cuantos años la mayoría de los niños alcanzan la cima sexual de su vida.

Conforme a la muestra de Kinsey, entre los varones fisiológicamente normales la eyacuación más temprana que se recordó fue alrededor de los 8 años de edad, y la más tardía, de nuevo en los hombres al parecer sanos, a los 21 años de edad. Cerca del 90 % de todos los varones habían obtenido ésta experiencia entre los 11 y los 15 años (la edad media fue de 13 años y 10.5 meses) Kinsey, 1948.

La primera eyacuación generalmente fue producida por masturbación (en dos de cada tres casos), por poluciones nocturnas (uno de cada ocho) y por contactos homosexuales (uno de cada veinte). Al contrario de la creencia popular, las poluciones nocturnas no son los precursores más frecuentes de la pubertad. En general, ocurrieron un año completo después que la primera eyacuación se había (o podía haberse) experimentado. Las primeras eyacuaciones en forma de poluciones nocturnas fueron más comunes en grupos socioeconómicos altos.

En varios aspectos el desarrollo sexual de las mujeres contrasta bastante con el de los varones. En primer lugar, el juego sexual prepuberal fue menos frecuente entre las mujeres, y la interrupción de la actividad sexual en la pubertad pareció ser más acentuada. Además, durante la pubertad femenina no hubo un brote rápido de la actividad sexual comparable al de los varones. En lugar de esto, las mujeres mostraron un aumento lento, pero constante, en su capacidad de respuesta sexual, que alcanzó cimas entre los veinticinco y treinta y cinco años de edad. Decir que las mujeres maduran más rápido conduce a un error, aún cuando así sucede en términos de la capacidad reproductora. Sobre la base de la sola respuesta sexual, deberíamos igualar al niño adolescente con la mujer que casi le dobla la edad.

Sin embargo, nuestras instituciones y nuestras costumbres sexuales invierten esta correspondencia.

Se han hecho estudios de la conducta adolescente respecto a la forma de hacer citas, pero pocas investigaciones específicas sobre las actividades sexuales de los adolescentes. Gran parte de esta información está diseminada en varios informes (Offer, 1969., citado en Katchadourian & Lunde, 1992).

En la muestra de Sorensen (1973) de jóvenes de uno y otro sexos entre las edades de 13-19 años, el 48 % eran vírgenes (el 55% de las muchachas y el 41% de los muchachos) y el 52% habían tenido contacto sexual una o más veces (el 45 % de las muchachas y el 59% de los muchachos). Cerca de una de cada cinco personas en la muestra total era "sexualmente inexperta" sin haber participado siquiera en caricias 8 el 25% de la muchachas y el 20% de los muchachos. Una proporción casi igual (17%) había participado en caricias, pero no en el coito (el 19% de las muchachas y el 14 % de los muchachos). El equilibrio del grupo virgen no fue clasificada en los grupos mencionados.

Las no vírgenes se clasificaron también en varias categorías. Casi uno de cada cinco (el 28 % de las muchachas y el 15% de los muchachos) habían tenido una relación sexual con una persona ("monógamo en serie"). El 15% de todos lo adolescentes eran "aventureros sexuales" que se movían con libertad de un compañero a otro (el 24% de los muchachos y el 6% de las muchachas). El balance de las no vírgenes fue inactivo (sin coito por más de un año), o fueron clasificados todavía de diferentes maneras.

Sorensen (1973 citado en Katchadourian & Lunde, 1992) proporciona información adicional sobre las características ambientales de estos adolescentes y su correlación con la actividad sexual.

Las caricias sexuales.

Las caricias son una actividad típicamente adolescente y constituyen uno de los principales caminos para el desarrollo de las relaciones sociales y sexuales. Las caricias eróticas no son una práctica exclusivamente occidental o humana. En muchos mamíferos existe una gran cantidad de juego sexual que no lleva al coito. En una forma o en otra, las caricias sexuales se practican en todo el mundo. Por ejemplo, en el estudio de Kinsey se mostró que generaciones sucesivas de mujeres en E.U.A. habían experimentado caricias sexuales cada vez en número mayor.

De las nacidas antes de 1900, el 80% informó de alguna experiencia premarital con estas caricias (el 15% hasta el punto del orgasmo).

De las nacidas de 1900 a 1909, el 91 % reportó esa experiencia (32% hasta el orgasmo).

Casi el 99% de las nacidas entre 1910 y 1929 informaron de esa experiencia; cerca de una tercera parte de estas mujeres habían llegado al orgasmo por medio de caricias al menos una vez. No se obtuvo información comparable sobre los varones.

Si en la muestra de Sorensen (1973 citado en Katchadourian & Lunde, 1992) se agregaran los que con la experiencia del coito sin duda participaron en el juego previo, a los que tuvieron experiencia de caricias sin practicar el coito, parecería que más o menos dos de cada tres adolescentes en la actualidad tienen alguna experiencia de caricias sexuales.

Aun entre aquellos que se detienen antes del coito las caricias parecen implicar una exploración sexual mutua bastante importante.

Desde el punto de vista del desarrollo psicosexual, el significado primario de las caricias sexuales es su papel de iniciar los encuentros heterosexuales psicosociales. Aunque las caricias en la adolescencia progresan de modo concomitante con la masturbación y menos a menudo con los contactos homosexuales, poco a poco obtienen la primacía.

Para la mayoría de las personas proporcionan el puente para el coito adulto heterosexual. A través de estos encuentros también aprenden las reglas sociales y las costumbres de la conducta sexual. Es durante este periodo que los conceptos del papel sexual, las ideas de masculinidad y feminidad y los otros componentes de la identidad sexual empiezan a consolidarse.

Las mismas tareas pueden realizarse con un contacto sexual mínimo o sin contacto físico en absoluto. Los adolescentes pueden proceder en forma directa a la actividad sexual completa sin beneficio de estos "ensayos". El resultado en la naturaleza y calidad de la vida sexual adulta no es un simple función de cuánta actividad y qué clase de actividad tiene una persona durante la adolescencia. Más bien interactúan un conjunto de factores tanto sexuales como de otro tipo, para conformar la sexualidad en el contexto del desarrollo global.

2.2. Sexualidad en adolescentes mujeres:

La sexualidad es definida como una característica de los elementos reproductivos del hombre y la mujer, como una constitución de un individuo en relación a sus actitudes o actividad sexual (Dorland ,1987).

Sartre (citado en Plateroti, 1995) considera que la sexualidad misma es una estructura fundamental de la existencia.

En efecto, en la sexualidad del hombre, a diferencia de en la de los animales, llena de mecanismos nerviosos reflejos o estandarizados, se encuentra implicada toda la vida afectiva del individuo. Tales funciones esquemáticamente pueden ser reducidas a dos :

- Funciones de reproducción
- Funciones de placer o funciones eróticas, las cuales se activan en la interacción de tres sistemas:
 - El sistema genético que al momento de la fecundación determina el sexo.
 - El sistema endócrino que después de la cuarta semana determina la diferenciación del embrión de sexo masculino bajo el influjo de la testosterona. Sistema endócrino que sostiene el desarrollo puberal del hombre y de la mujer con sus relativas transformaciones somáticas.
 - El sistema nervioso que a través del sistema simpático y parasimpático permiten la realización del orgasmo.

Si tales sistemas en los animales interactúan sinérgicamente que son suficientes a realizar las funciones de quienes en un contexto comportamental instintivo con tendencia a la estereotipia, en el hombre intervienen componentes psicológicos individuales en normas culturales que influyen en diversa manera la vivencia y la conducta sexual de cualquier individuo.

En lo que respecta a los componentes psicológicos están considerados sobretodo el placer sexual y la imaginación erótica.

Según Imbasciati (1983), el placer sexual es un producto de la mente, una construcción mental que da significado a una integración de aferencias... por tanto, como todos los eventos mentales, lo constituido al placer sexual está formado por una gran cantidad de procesos mentales inconscientes, de los cuales sólo una pequeña parte emerge de la conciencia, como placer.

En tal contexto, el hombre vive su sexualidad sobre la cual juegan un rol no secundario: la corporeidad, la sexualidad cultural, la cultura de la sexualidad, y la ciencia de la sexualidad.

Por corporeidad, Husserl (citado en Plateroti, 1995) define como organo volitivo, el único objeto que la voluntad de mi Yo pueda mover libremente...este Yo tiene la facultad de mover libremente nuestro propio cuerpo, incluso los órganos en los cuales se articula, y por medio de ellos percibir un mundo externo.

El cuerpo entonces, no siendo objeto de las ciencias naturales, descomponible en sus varias partes, pero como instrumento de la experiencia cognoscitiva del mundo y en las relaciones con los otros individuos. Experiencia cognoscitiva que va referida también al cuerpo, es mejor decir "experiencia corpórea", modalidad con que el sujeto experimenta, siente, percibe, conoce, imagina y vive el propio cuerpo.

Cuerpo y sexualidad han viajado en el tiempo juntos, subiendo juntos la escisión de la mente, primero con la filosofía moral legada a la cultura cristiana, después con el desarrollo de las ciencias médicas que ha caracterizado el final del siglo pasado.

Sexualidad entonces biológica, centrada en el estudio de la anatomía y fisiología de los órganos genitales, lejos de la experiencia subjetiva humana. Pasini, Crépault y Galimberti (1988), demuestran hoy en día una evidente recuperación del cuerpo como una mitología de todos los bienes y de toda la energía.

Cuando hablamos de sexualidad cultural, intentamos referirnos a las definiciones culturales de hombre y mujer. Sobre tal argumento, sólo ahora es presente una válida confrontación en vías a definir en qué medida algunos aspectos de la personalidad asociados a hombres y mujeres son expresiones de un condicionamiento cultural o son una expresividad biológica.

Para Hall & Lindsey (1986), lo que es oportuno evidenciar relativamente a la sexualidad, es que las investigaciones etnográficas hasta hoy han demostrado que un temperamento específicamente masculino y uno femenino no es universal y en cambio que un determinado comportamiento sexual, en el ámbito de una cierta cultura, no es representativo de la sexualidad humana en general.

Los estudios de Margaret Mead (citada en Plateroti, 1995) sobre algunas tribus de la Nueva Guinea, en la tribu de los estambules, las mujeres son hábiles en procurarse la comida, en lo cual manifiestan una determinación necesaria, mientras que los hombres pasan el tiempo dedicándose al arte y a arreglarse el cabello. Los hombres y las mujeres arapesh, tienen un comportamiento gentil, amigable y colaborativo mientras los Mundugumor son en ambos sexos agresivos y fieros.

Lo que demuestra que en la gran mayoría de las culturas , los hombres tienden a ser más agresivos y violentos que las mujeres, lo cual se contrapone, ya que en varias organizaciones políticas los principales centros de poder y control social son ocupados por hombres.

Por otra parte, si nada es más sexual que la psique, nada está más compenetrado en la ideología como el mundo de la sexualidad en su reglamentación (Galimberti, citado en Plateroti, 1995).

En los primeros años del 900, la ciencia no le reconocía a la mujer el placer sexual por el cual la cultura dominante exaltaba la femeneidad en la fecundidad y en el número de hijos (Plateroti, 1995).

De Gilberti & Rossi(1986), el objeto y las metas sexuales son decididas por el orden simbólico de la cultura, también son connotadas en su integridad.

2.3. La Educación Sexual en México en el siglo XX.

El Seminario de Sexología, organizado por el doctor Alberto Cuevas y sus alumnos del Colegio de Psicología de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM, en 1958; fue el primero que se llevó a cabo en esta universidad. El Colegio de Psicología no permitió que dicho Seminario se realizara en sus instalaciones y, finalmente fue trasladado a la Facultad de Medicina de la misma UNAM. (Corona, 1958).

También por primera vez, se exponía a los jóvenes a una discusión abierta sobre la anticoncepción y a la consecuente separación de los aspectos reproductivos de la sexualidad.

Desafortunadamente, no hubo continuidad en éste esfuerzo y quedó como un hito para la historia.

Posiblemente, la aceptación para hablar sobre la sexualidad provino de la instalación y consolidación de las primeras escuelas psicoanalíticas mexicanas: el grupo ortodoxo de la Sociedad Psicoanalítica Mexicana, así como la escuela culturalista creada por Erich Formm.

Posiblemente influenciada por el auge del psicoanálisis en 1969, se fundó la Asociación Mexicana de Sexología, primera en su rama de América Latina. Los primeros integrantes de ésta institución fueron médicos, con alguna excepción; esto marcó la orientación de sus trabajos. En fechas posteriores, emprenderían una labor de divulgación de la sexología.

Es frecuente que en la respuesta a las demandas sociales, la sociedad civil se adelante a los organismos gubernamentales. En México ocurrió así al crearse las primeras organizaciones no gubernamentales de servicio, en el área de la educación sexual, tales como la Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) fundada en 1972, por un grupo de profesionales de distintas disciplinas que formularon los siguientes objetivos: ofrecer al individuo y a la sociedad la posibilidad del ejercicio integral, racional, placentero y responsable de la sexualidad, a través de una educación adecuada, estimular un cambio en los papeles sexuales y en los patrones de relación entre los sexos, hacia modelos igualitarios y no sexistas, contribuir a la solución del problema demográfico de México, a través del fomento de actitudes responsables hacia la reproducción.

Estos postulados mostraban la convicción, de los fundadores del AMES, de articular los elementos sociales y políticos de la sexualidad; así como de aplicar una perspectiva de género, aún antes de la utilización de ésta terminología.

También se dieron tres fenómenos que contribuyeron a la legitimación de la educación sexual:

Se planteó la necesidad de efectuar una Reforma Educativa que afectara a todo el proceso y a todo el sector educativo, incluyendo planes, programas, y muy particularmente libros de texto gratuitos. A partir de 1974, se incluyeron en los libros de Ciencias Naturales contenidos denominados de educación sexual; pero, en realidad se limitaban a algunos aspectos de reproducción. Los libros de Ciencias Sociales incluyeron temas relativos a la familia, los fenómenos demográficos y se buscó en ocasiones, evitar los estereotipos en roles de hombres y mujeres. En segunda instancia se dio la formulación de una política de población que reconoció a la educación sexual como el sustento y substrato educativo de los programas.

Así surgió por primera vez un Programa Nacional de Educación Sexual orientado a: la promoción de la autodeterminación responsable de individuos y parejas en su comportamiento sexual, la promoción de los cambios sociales y culturales para una organización más equitativa de los roles de mujeres y varones, y por la organización de la familia con base en el respeto mutuo y mayor participación en la educación de los hijos. Este programa tuvo una duración limitada por los cambios sexenales a que se ve sujeto el país.

Los antecedentes más remotos datan de principios de siglo, constituyendo hitos importantes al Primer Congreso Feminista de 1916, así como las acciones emprendidas durante el gobierno de Felipe Carrillo Puerto en el estado de Yucatán.

Uno de los acontecimientos más importantes fue la iniciativa de Narciso Bassols en 1924 como secretario de Educación Pública de instituir la educación sexual en las escuelas. Esta iniciativa originó un gran debate en los diarios que curiosamente guarda semejanzas con el que se daría en los setenta en el que se acusaba a la educación sexual de ser instrumento de un complot comunista para destruir los valores de la familia y la sociedad. Bassols fue obligado a renunciar, probablemente más por su propuesta de educación "socialista" que por la educación sexual. Posteriormente, hasta la década de los cincuenta's pudieron darse los elementos constitutivos de un movimiento de educación sexual principalmente al través del trabajo académico efectuado en la UNAM (Corona, 1993).

La década de los setenta's posibilitó la consolidación de éste movimiento al través de la Reforma Educativa que incluyó en los libros de texto gratuitos contenidos de educación sexual, principalmente de índole biológica; la formulación de una Política de Población y la creación del Consejo Nacional de Población ; la Conferencia Internacional de Mujer que inauguró el decenio de la Mujer de las Naciones Unidas.

El final de la década de los setenta y la de los ochenta se caracterizó por el incremento en el número de organismos no gubernamentales, así como de la extensión de sus acciones en el campo de la educación sexual. De este modo llegamos al pasado reciente con una diversidad de actores y agentes entre los que se incluyen organismos gubernamentales (ONG's) de diversos sectores tales como los de educación, salud, población. Estamos muy lejos aún de ver a la educación sexual institucionalizada en nuestro país; sin embargo es urgente tomar medidas que conduzcan a ese logro para acercarnos a los ideales de bienestar, democracia y equidad (Corona, 1993).

Las actuales concepciones sobre la sexualidad tienen una enorme deuda con los estudios que al respecto realizó Foucault (1978) citado en Corona (1993); éstos fundamentalmente proponen a la sexualidad como una construcción social producto de prácticas sociales históricamente específicas (Foucault, 1978).

Uno de los problemas centrales de estudiar la historia de la educación sexual se encuentra en el hecho de que el término no tiene una connotación unívoca para diferentes grupos y personas. Si atendemos a la definición propuesta por Corona (1993) que entiende a la educación sexual como:

“Proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad, y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante considerar el papel que el género juega en este proceso”.

O bien, si aceptamos la que proponen Rodríguez et. al. (1992) que también toma la más amplia concepción de la educación sexual para definirla como:

“El proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos y comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado”.

Resulta evidente la importancia de reconocer y entender el proceso histórico de México y cómo ha influido en la óptica con la que hoy percibimos todo aquello que categorizamos como "sexual".

En vista de que el autor (Corona, 1993) plantea una amplia revisión que articula la sexualidad con la historia de México, en este trabajo se considerarán básicamente los fenómenos que giran alrededor de la educación sexual, formal y no formal; es decir, aquella ligada a los marcos institucionales de la escuela o la que puede ser ofrecida por instituciones o personas como una actividad propositiva a través de cursos, de seminarios, de los medios, etc... En contraposición con la educación informal, que ocurre como parte de la socialización de los individuos.

La preocupación por ofrecer una educación sexual es relativamente nueva. Antes de los revolucionarios trabajos de Havellock Ellis (citado en Corona, 1993), a principios de siglo, nunca antes se había considerado la necesidad de impartirla; tal vez, debido a la concepción que entendía a la sexualidad como una actividad "natural" que no requería de ningún aprendizaje (Corona, 1993).

En el caso de México, los antecedentes de la educación sexual, por lo menos como una transmisión de información planificada referente a temas que guardaran alguna relación con la sexualidad, parece remontarse también a los inicios del siglo XX.

En 1912-13 la Universidad Popular Mexicana organiza ciclos de enseñanza sobre educación sexual, salud materno-infantil y puericultura. Resulta patético señalar que aún hoy en día, muchos cursos denominados de "educación sexual" imparten las mismas temáticas. Cabe preguntarse si en el transcurso de una pretendida modernidad persisten los mismos valores con los que se vio nacer el siglo.

Los inicios de siglo se caracterizaron en lo político, por grandes transformaciones sociales que recogieron ideas y pensamientos gestados desde finales del XVIII y XIX. Estos vientos también se acompañaron de nuevas formas de acercarse a la sexualidad y a las relaciones de género. La Revolución de 1910 indudablemente, rompió muchas de las viejas estructuras, fragmentó familias, desplazó hombres y mujeres hacia otros lugares, trasladó los roles asignados a los sexos; las mujeres tuvieron que salir de los hogares y encargarse de otras funciones que los hombres dejaron para ir al campo de batalla. Amparados en la ideología revolucionaria se dieron los primeros intentos oficiales de establecer programas de educación sexual (Corona, 1993).

Martínez Roaro (1982 citado en Conapo, 1994) señala que en México la educación sexual y la liberación femenina han evolucionado en forma interrelacionada. Desde el Primer Congreso Feminista de la República Mexicana celebrado en Mérida, Yucatán, celebrado en enero de 1916, se evidenciaba la preocupación de la mujer por el conocimiento de su sexualidad.

El Congreso se llevó a cabo con el apoyo del entonces gobernador de Yucatán, Salvador Alvarado. Entre las conclusiones se encuentra la siguiente:

"Debe administrarse a la mujer conocimientos de su naturaleza y de los fenómenos que en ella tienen lugar.

Estos conocimientos pertenecen a las escuelas primarias superiores, a las normales, a las secundarias, y siempre que se tenga la seguridad de que la mujer adquiere o ha adquirido ya la facultad de concebir" (Galindo, 1991, citado en Corona, 1993).

Otras participantes demandaron la educación sexual, el derecho de la mujer al sufragio, " la necesidad de desfanatizar a la mujer y prepararla para el progreso, así como demostrar que el instinto sexual también impera en la mujer" (Rocha, 1990).

En 1918 es elegido Felipe Carrillo Puerto como gobernador del estado de Yucatán, con el apoyo del Partido Socialista del Sureste.

Sus ideas liberales con respecto a la sexualidad se ven reflejadas, en 1922, en la propuesta de una nueva ley de divorcio, y más radicalmente, en la publicación por parte del estado del folleto de la gran pionera de la Planificación Familiar, Margaret Sanger, La Regulación de la Natalidad o la Brújula del Hogar. En éste se exponen de forma sistemática los métodos anticonceptivos disponibles en la época: el irrigador, el supositorio vaginal, el condón, el pesario, y la esponja.

También se organizan dos clínicas de control natal. Una para el uso de las mujeres en general y otra para uso de las prostitutas. Por la misma época la Liga Feminista de Yucatán impartió pláticas a mujeres pobres sobre el cuidado de los niños, la higiene y la anticoncepción.

Entre las insólitas propuestas de Felipe Carrillo Puerto, Martínez Roaro (1991) menciona un reportaje publicado en la revista Tierra, en la que se hace referencia a un decreto que dice: "los hombres que soliciten el servicio de una prostituta, le deben presentar a ella un certificado de salud." Ciertamente, ésta es una de la primeras ocasiones en que encontramos alguna referencia a los derechos reproductivos de las prostitutas. Las actuales campañas para la prevención del SIDA, mucho se beneficiarán si nuestras autoridades tuvieran la visión de Felipe Carrillo Puerto.

Desafortunadamente, este ilustre gobernador fue fusilado en enero de 1924 por las fuerzas Delahuertistas, y sólo dejó para nuestra historia de la educación sexual, la memoria de uno de los más preclaros pensamientos en la materia, sobre todo cuando se sitúa dentro de la época.

En el contexto nacional es hasta la década de los treinta cuando el país intenta restañar las heridas de un largo periodo de luchas internas, que vuelve a surgir la temática. Ya en 1930 se había propuesto en el IV Congreso Panamericano del Niño la siguiente resolución:

Resolución 17: Insistir nuevamente en la recomendación a los gobiernos de América, que no lo hayan hecho, de la educación sexual desde la escuela primaria, de conformidad con la edad de los niños de ambos sexos y con las características sociales de cada país. (Lima, julio de 1930 citado en Corona 1993).

En 1932, según González Serratos (1992) tres grupos plantean la necesidad de formar el Programa de Educación Sexual para Niños y Jóvenes: la Sociedad Mexicana de Eugenesia, el Bloque Revolucionario de Mujeres y el Primer Congreso Nacional de Enfermeras y Parteras.

Esta iniciativa es recogida en 1934 por Narciso Bassols, secretario de Educación, quien turna los proyectos propuestos por las instituciones arriba mencionadas a una Comisión Técnica Consultiva; la cual, después de un estudio detenido, rindió un dictamen entre cuyas conclusiones se encuentran las siguientes:

1a. La Secretaría de Educación Pública debe establecer, organizar y dirigir la educación sexual en nuestro medio y asumir la responsabilidad de ella.

2a. La educación sexual debe impartirse concretamente desde el tercer ciclo de la escuela primaria y en alguno o algunos grados de la escuela secundaria.

8a. El Departamento de Psicopedagogía e Higiene se encargaría también, juntamente con el de Primaria y Normal, con el de Enseñanza Secundaria, y el de Enseñanza Técnica, de organizar conferencias sobre educación sexual, para los padres de familia y para muchachos adolescentes, de uno y otro sexo, que asistan a las escuelas.

9a. El propio Departamento se encargará de dar preparación a los maestros de las escuelas primarias y secundarias que deban impartir educación sexual, así como determinar con la colaboración de maestros y psicólogos, fines, métodos y programas y la interpretación y alcance de dichos programas.

14a. Díctense las medidas necesarias para la introducción de la enseñanza de la Puericultura en las escuelas primarias y secundarias para niñas. (Secretaría de Educación Pública, 1934).

Este proyecto desató una violenta polémica documentada a través de artículos periodísticos e incluso expresiones de otra índole; fotografías de la época muestran a grupos de "padres de familia" que se manifiestan en contra de la educación sexual.

El proyecto de Narciso Bassols nunca fructificó, ya que fue obligado a renunciar, tal vez más que por su apoyo a la educación sexual, por su proyecto de educación "socialista". Esto es sólo una evidencia del peso político de la sexualidad y su estudio (Corona, 1993). Otros países también se esforzaron para desarrollar curriculum escolarizados de educación sexual. Caso notable fue Suecia; en éste país, bajo el liderazgo de Elise Ottensen Jensen y la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU), se hicieron propuestas que incluyeron la educación sexual en todas la escuelas, incluso en las universidades; la autorización legal de la anticoncepción mecánica, y la legalización del aborto, entre otras (Corona, 1986). Cabe preguntarse, porqué si en México se hicieron propuestas similares en el mismo periodo, en Suecia tuvieron continuidad, hasta la oficialización obligatoria de la educación sexual, en 1956; en cambio en México, prácticamente quedaron suspendidas todas las iniciativas.

2.4. Estudios revisados sobre Sexualidad.

- **Conducta Sexual en universitarios colombianos en 1990:**

Este estudio resulta de los últimos seguimientos en una serie de investigaciones periódicas acerca de la conducta sexual de los estudiantes universitarios colombianos. Esto documenta significativamente las diferencias de género en prácticas sexuales y en el decremento del todavía importante rol de prostitución en la vida sexual de estudiantes hombres .

Desde la mitad de los años 70's, el autor (Alzate, 1977, 1978, 1984, 1989) ha investigado periódicamente la conducta sexual de los estudiantes de la Universidad de Caldas en Manizales, Colombia.

En éste estudio (Alzate, Villegas, 1994) los sujetos fueron escogidos por muestreo grupal (Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953), el instrumento fue introducido hacia los estudiantes por el autor, hablando de la necesidad de cursos de sexología impartidos por él en la Escuela de Medicina y en la Escuela de Trabajo Social de 1989 a 1991.

Los sujetos hombres eran estudiantes de medicina de quinto semestre y las mujeres eran estudiantes de quinto semestra de medicina (20 %) y de séptimo semestre de trabajo social (80 %).

A los hombres se les administró el cuestionario al final de los cursos, y a las mujeres en cualquier momento durante el semestre.

Los estudiantes se podían rehusar a llenarlo, sin la reprobación de los investigadores y a quienes lo llenaron se garantizó estricta autonomía y confidencialidad.

El cuestionario usado en éste estudio fue el mismo utilizado en los estudios previos (Alzate, 1977, 1978, 1984, 1989).

Los resultados fueron los siguientes :

Se utilizaron para el análisis, 74 cuestionarios de sujetos masculinos y 124 femeninos, los cuales eran solteros menores de 30 años de edad. Las edades significativas de los sujetos fueron de 21.7 para hombres y 21.8 años para mujeres; ésta diferencia es estadísticamente significativa. Las edades medias fueron 21.3 y respectivamente . Casi todos los sujetos (98.6 % de los hombres y 98.4% de las mujeres) eran bautizados católicos. De los hombres, 54 % profesaron ser también mínimamente religiosos o religiosamente inactivos, como fue el caso de un 44.3 % de las mujeres; los sujetos restantes reportaron que ellos eran también moderadamente religiosos o devotos.

Del 79.4 % de 73 hombres, quienes contestaron masturbación era el medio del primer orgasmo como fue el caso del 47.7 % de 88 mujeres; ésta diferencia es estadísticamente significativa. Del 37.5 % de 56 mujeres no vírgenes quienes contestaron, el coito fue la causa del primer orgasmo, como fue el caso del 6.3 % de 63 sujetos hombres no vírgenes; ésta diferencia es estadísticamente significativa.

La pareja de la primera experiencia coital de los hombres fue "la novia" en el 9.5 % de los casos y para las mujeres fue "el novio" en el 82 % de los casos, por lo tanto la diferencia es estadísticamente significativa.

De los 60 hombres y 61 mujeres quienes eran coitalmente experimentados, el 16.7 % de los primeros y el 47.5 % de los últimos habían tenidos sólo una pareja sexual, resultando ser ésta una diferencia estadísticamente significativa. Las mujeres sin experiencia sexual admitieron haber tenido enfermedades de transmisión sexual.

De 63 mujeres vírgenes, 9.5 % han experimentado cunnilingus y el 6.3 % han realizado fellatio en sus parejas. Ninguna había tenido coito anal.

De 52 mujeres coitalmente activas en el año precedente a la investigación, el 50 % nunca o casi nunca usó métodos anticonceptivos. De 24 mujeres profesando el uso regular de métodos anticonceptivos, el 20.8 % dijo utilizar el coitus interruptus y / o el método del ritmo.

Nueve (14.7 %) de 61 mujeres con experiencia sexual admitieron haber tenido un aborto inducido.

Según el orden de la investigación, para efecto de la religiosidad en conducta sexual ambas muestras de hombres y mujeres estaban divididas en dos grupos: uno compuesto por estudiantes quienes eran mínimamente religiosos o religiosamente inactivos, los otros de los estudiantes eran moderadamente religiosos o devotos. Un efecto no apreciable de la religiosidad de la conducta sexual en los hombres fue evidente, mientras el 60 % de los hombres menos religiosos habían practicado el coito, 43.5 % de los más religiosos habían tenido esta experiencia, la diferencia no es estadísticamente significativa.

En las mujeres, el 85.2 % de las mujeres menos religiosas habían llegado al clímax por cualquier otra razón, y el 72.5 % de las religiosas habían tenido ésta experiencia, la diferencia no es estadísticamente significativa.

En los resultados comparativos de 1985 a 1990, se dieron tres cambios estadísticamente significativos en la conducta sexual en éste estudio de mujeres cuando se comparó con el estudio de 1985.

Uno de ellos fue el decremento en la incidencia en los sujetos en practicar cunnilingus, del 77.4 % al 54.1 %; en el presente estudio los autores fueron incapaces de explicar claramente éste cambio.

El segundo fue el decremento de la incidencia del coito premarital, del 64.6 % al 49.2 %; de cualquier manera, el significado y edades medias de éste estudio de mujeres son apreciablemente más bajas que las de las mujeres de 1985. La interpolación indica que a la edad de 21.8 años el 55 % de los sujetos han tenido experiencia sexual de coito y la diferencia entre este porcentaje y el presente estudio es práctica y estadísticamente no significativa.

Este estudio sugiere que los datos de los estudiantes de Medicina pueden ser generalizados al resto de la población de la Universidad de Caldas. Como generalización de éstos resultados para los estudiantes colombianos, a la larga, serán probablemente conservadores puesto que esta Universidad está en una región etnogeográfica antioquia, donde la religión católica ha tenido mucha influencia y ha contribuido a fortalecer las costumbres puritanas (Gutiérrez de Pineda, 1975).

Respecto a los resultados masculinos están apoyados por los hallazgos de González (1984) entre los estudiantes universitarios de Barranquilla, una ciudad localizada en la región costal del Atlántico Colombiano. Los resultados del presente estudio corroboran aquellos obtenidos por Alzate (1977, 1982, 1984, 1989) y mostraron que las universitarias colombianas comienzan sus actividades sexuales más tarde y con menor frecuencia y cantidad que su contraparte masculina. Estos contrastes son la más igualitaria conducta sexual americana (Zelnik y Katner, 1980), inglesa (Breackwell & Fife Schaw, 1992), alemana (Clement, Schmidt, & Kruse, 1984) y escandina (Lewin, 1982; Traeen & Levin, 1992) de gente joven, la más igualitaria y conservadora conducta sexual de los estudiantes de Irlanda del Norte (Sneddon & Kremer, 1992) y la menos igualitaria conducta sexual fue la de los estudiantes universitarios turcos (Erkmen, Dilbaz, Seber, Kaptanoglu & Tekin, 1990).

Por otro lado, el hecho de que el novio fuera la pareja en casi todas las primeras experiencias de intercambio sexual indica que el standard de la conducta sexual de los sujetos femeninos, quienes tuvieron ésta experiencia fue permisiva con afecto (Reiss, 1960).

Los resultados del estudio Alzate y Villegas (1994), apoyaron la tesis de que hay diferencias de género intrínsecas en la intensidad y frecuencia del deseo sexual.

Los porcentajes de prácticas sexuales de mujeres fueron mucho menores, especialmente de masturbación (Clement, 1990; Darling & Davidson, 1986; Hunt, 1974; Leitenberg, Sltzer & Srebnik, 1993; Mahoney, 1980; Stony, 1982) quienes de acuerdo con Kinsey (1953) es una de las mejores medidas de sexualidad femenina intrínseca, la cual sigue permaneciendo cuando es comparada con la de los hombres y explicada como un resultado de un condicionamiento cultural diferente. Esto, de cualquier forma no es completamente satisfactorio y deberíamos pensar en otras explicaciones. Una de ellas propuesta por Kinsey (1953) la cual se convirtió en arcaica, pero ha sido rescatada como una manifestación humana de la selección sexual darwiniana (Fisher, 1992; Knoth, Boyd & Singer, 1988; Symons, 1979, 1987).

Esta creencia ha recibido apoyo empírico de varios estudios (Alzate, 1989; Beck, Bozman & Qualtrough, 1991; Blumstein & Schwartz, 1983; Buss, 1989; Carroll, Volk & Hyde, 1985; Clark & Hatfield, 1989; Darling & Davidson, 1986; Ellis & Symons, 1990; Houston, 1981; Knoth et. al., 1988; Mercer & Kohn, 1979; Schofield, 1968; Simón, 1989; Singer, 1985; Townsend, 1987; Townsend & Levy, 1990; Useche, Villegas & Alzate, 1990; Wilson, 1981; Zelnik & Shah, 1983) indicando que los hombres están más frecuentemente e intensamente motivados a involucrarse en actividades sexuales por la sensación del placer orgásmico, que es, independiente de una relación romántica de pareja y son menos capaces de controlar sus urgencias sexuales en comparación con las mujeres. Es significativamente mayor el número de estudiantes hombres en comparación con el de mujeres que llegaron al clímax durante el primer coito y más de la mitad de las veces durante los coitos subsecuentes.

Esto de acuerdo con otros estudios (Alzate, 1984, 1989; Alzate & Londoño, 1984 ;Clement et. al., 1984; de Brujin, 1982; Fisher, 1973; Frank, Anderson & Rubinstein, 1978; Kinsey et al., 1953; Simon, Gondonneau, Minorer & Dourlen-Rollier, 1972; Solignac & Serrero, 1980; Tavris & Sadd, 1978; Useche et. al., 1990) quienes encontraron que el coito es un método inefectivo para provocar el orgasmo femenino comparado con la masturbación clitoral y la relativa facilidad con la que los hombres alcanzan el clímax durante el coito.

De acuerdo con Kinsey (1953) otras dos diferencias de género intrínsecas son la alta exposición de los hombres a la pornografía y la alta incidencia en ellos a los sueños nocturnos con orgasmo.

Significativamente más hombres que mujeres han sido sexualmente excitados por la pornografía en el momento a su primera exposición a ella y significativamente más hombres que mujeres han tenido sueños nocturnos con orgasmo.

Asímismo, la incidencia al coito con prostitutas es muy alto en estos estudiantes colombianos hombres (50.8 %) cuando se compara con el 5.8 % encontrado por Belcastro (1985) entre estudiantes de preparatoria americanos.

La mayoría de la actividad sexual reportada entre las mujeres fue sin protección anticonceptiva o con el uso de métodos inadecuados.

- **La actitud hacia la naturaleza y la incidencia de intimidad sexual entre estudiantes de una universidad sudafricana.**

Este estudio es una muestra de los diversos tipos de conducta sexual entre jóvenes de distintas nacionalidades. Los sujetos fueron una muestra representativa de 139 estudiantes. Los resultados indicaron una menor ocurrencia de promiscuidad y de relaciones sexuales.

La propuesta de investigación fue generar información acerca de las actitudes de los estudiantes hacia la sexualidad y hacia su conducta sexual actual.

De acuerdo a Esterhuyse (1980) no hay estadísticas suficientes en Sudafrica para demostrar confiablemente la generalización científica en este tema. Este autor llegó a la conclusión de que las morales tradicionales hacia los africanos eran seriamente tratados.

Diez años después Louw (1990) declaró que en términos de la nueva moralidad, la conducta sexual y sus actitudes fueron tratados con apertura y permisividad a la homosexualidad.

El criterio para obtener una muestra representativa: fue el género, el número de años en la universidad, facultad y lugar de residencia (para el nivel socioeconómico).

El promedio de edad de los sujetos estudiantes hombres (60 sujetos) fue de 21. 37 años y de 20.13 años (79 sujetos).

De los 139 estudiantes, uno estaba casado, 3 estaban comprometidos en matrimonio y 2 vivían con una persona del sexo opuesto.

De los 51 restantes el 36.7 %, tenían una relación estable mientras que los 82 restantes (59 %) eran solteros.

Orientación sexual.

El 97% de los hombres y el 99 % de las mujeres se consideraron heterosexuales mientras que el 3 % de los hombres y el 1 % de las mujeres se consideraron bisexuales.

Relaciones sexuales.

Reportaron haber tenido relaciones sexuales con una persona del sexo opuesto el 32 % de las mujeres y el 37 % de los hombres.

Frecuencia.

En la muestra total, aquellos que tienen relaciones sexuales a menudo representan el 14 % de los hombres y el 18 % de las mujeres. La diferencia entre la frecuencia de las relaciones sexuales, no fue significativa entre los dos sexos.

Una mayor incidencia en este patrón fue encontrada por Zelnick y Kantner (1977) cuya investigación indicó que el 30 % de las mujeres eran sexualmente activas, una o dos veces por semana y que el 35 % lo era de forma regular (casi siempre).

Relaciones sexuales actuales.

El 17 % de los hombres y el 18 % de las mujeres estaban involucrados en relaciones sexuales con otras personas además de sus prometidos, novios o novias, en forma regular y en ese grado tales relaciones pueden ser clasificadas como promiscuas. En relación al total de la muestra, éstos individuos sólo representan una insignificante minoría del 3 % en hombres y del 4 % en mujeres.

Actitudes generales y personales respecto al sexo.

Cuando a los sujetos de la muestra se les preguntó cual era su actitud general en relación a las relaciones sexuales heterosexuales premaritales, el 43 % de los hombres y el 38 % de las mujeres reportaron una actitud favorable. En ambos casos estos porcentajes fueron 6 % más alto que el 37 % de los hombres y que el 32 % en mujeres que indicaron que ya habían tenido relaciones sexuales.

La diferencia entre los dos sexos no fue significativa con el 5 % de confiabilidad. En este contexto, Troiden y Jendren (1987) encontraron que las actitudes más conservadoras hacia el sexo estaban asociadas con bajos niveles de experiencia sexual.

Es un hecho que una mayoría significativa de la gente, muestre actitudes conservadoras acerca de las relaciones sexuales premaritales.

Es también evidente que el 72 % de los hombres y el 65 % de las mujeres indicaron que preferirían casarse con alguien que no haya estado involucrado en contacto sexual premarital.

De estas respuestas está claro que los hombres depositan valores éticos y morales más altos en el matrimonio que en el periodo anterior a él. Esto apoya los hallazgos del estudio de Lieberman (1988) quien encontró que los estudiantes graduados en una universidad americana estaban muy en contra de las relaciones sexuales fuera del matrimonio, pero eran menos negativos respecto a la actividad sexual antes del matrimonio. Casi el mismo porcentaje de hombres y mujeres (42 % y 41 % respectivamente) indicaron que preferían tener una relación sexual con una persona con quien tuvieran una relación emocional seria. Hendrick & Hendrick (1987) encontraron en un estudio hecho con estudiantes graduados en Texas que había una correlación positiva entre actitudes respecto a la sexualidad y al amor.

En el estudio de Meyer, Phil, LeRoux y Phil (1994) un mayor porcentaje de hombres (13 %) en comparación con las mujeres (5 %) escogieron tener relaciones sexuales con alguien que conocieran bien pero con quien no tenían una relación seria. Sumado a esto, el 87 % de las mujeres dijeron que no estaban preparadas para tener relaciones sexuales en su primera cita mientras que (52 %) un menor porcentaje de los hombres también indicaron que el tener relaciones sexuales en la primera cita no era aceptable.

De hecho, el 35 % de los hombres en comparación con el 10 % de las mujeres estuvieron de acuerdo en tener un cierto sentimiento de que esto depende de cada persona y de las circunstancias. Sólo el 3 % de las mujeres contra el 13 % de los hombres estaban preparados para tener relaciones sexuales en la primera cita. Esta diferencia entre los dos sexos fue significativa en un 0.1 % de confiabilidad, lo que quiere decir que si existe diferencia entre la perspectiva de los hombres y las mujeres respecto a la facilidad para tener sexo con otra persona y el compromiso que esto implica.

Diferentes investigadores como Sprecher (1989) y McCabe (1987) encontraron en un estudio con poblaciones de estudiantes que las mujeres fueron menos permisivas y por lo tanto más conservadoras que los hombres.

Esta diferencia entre hombres y mujeres es significativa en 0.1 % de confiabilidad.

Hay indicaciones de que las mujeres son más inseguras que los hombres en las actitudes respecto a ciertos aspectos del sexo premarital. En el estudio de Meyer, Phil, LeRoux y Phil (1994) el 20 % de las mujeres contra el 12 % de los hombres estaban inseguros de que el sexo premarital fuera pecaminoso.

Estas respuestas deberían ser vistas dentro del contexto de que el 47 % de las mujeres y el 15 % de los hombres respecto a sí mismos se consideraban fuertemente religiosos. La diferencia entre los dos sexos fue significativa con un 0.1 % de confiabilidad.

Respecto al reactivo donde los sujetos respondían si habían tenido sentimientos de culpa acerca del sexo premarital (tenían que escoger en un orden de 3 razones para no tener sexo premarital) el 25 % de los hombres y el 23 % de las mujeres respondieron positivamente.

A los sujetos se les dio una lista con las posibles razones para no tener sexo premarital. Respecto a las respuestas de los sujetos está claro que hay una significativa relación entre hombres y mujeres acerca de las razones para no tener relaciones premaritales.

Ambos sexos dieron como primera razón la afiliación religiosa y los valores morales y el respeto a otra persona dentro de las 3 primeras en razones en la escala.

Troiden & Jendrek (1987) encontraron en su investigación con una muestra de estudiantes de E.U.A., que los estudiantes dedicados y religiosos eran significativamente menos activos sexualmente que los estudiantes no dedicados ni religiosos.

De acuerdo a los resultados de Meyer, Phil, LeRoux (1994) la posibilidad de contraer SIDA ocupó el menor rango en la escala como razón para abstenerse de las relaciones sexuales premaritales.

Raza.

Los sujetos fueron interrogados acerca de qué grupo racial prefieren para tener sexo . Las mujeres tuvieron una reacción más conservadora que la de los hombres; 90 % de las mujeres contra el 82 % de los hombres escogieron el sexo con alguien de su misma raza.

Toda la investigación consultada mostró que esta reacción de escoger tener sexo con alguien de la misma cultura o grupo racial, es universal.

A excepción de un hombre ninguno de los sujetos escogió tener sexo sólo con personas de otra raza. Es también importante resaltar que el 17 % de hombres y 10 % de las mujeres no tenían problemas en tener sexo con miembros de su mismo grupo o de otro grupo racial.

Respecto a la posibilidad de pensar en ser infectados con virus del SIDA, el 63 % de los hombres y sólo el 4 % de las mujeres lo consideraban positivamente.

Una razón puede ser que las mujeres son sujetos no promiscuos y no tienen intención de serlo, lo que se confirma ante la pregunta de las precauciones tomadas contra otras enfermedades venéreas cuando tienen actividad sexual. El 68 % de las mujeres y el 63 % de los hombres reaccionaron respondiendo que esto no era aplicable para ellos.

Más de la tercera parte de hombres y más de la mitad de las mujeres con vida sexual activa, toman pequeñas o ninguna precaución contra infecciones resultantes de una relación sexual.

Los sujetos también tenían que dar la indicación del tipo de relación sexual que preferían: relación sexual "normal" o "tradicional" fue la preferencia del 91 % de los hombres y el 82 % de las mujeres, pero casi una tercera parte de los hombres y una cuarta parte de las mujeres también mostró una preferencia de masturbación mutua y estimulación oral. Los porcentajes relativamente bajos de relaciones sexuales en la investigación de Meyer, Phil, LeRoux (1994) debería ser respecto a una perspectiva.

De acuerdo con Lambert, Rothschild, Atland y Green (1978) el intercambio sexual es más común entre adolescentes con un menor grado académico que entre aquellos de mayor grado. Es posible que estudiantes de una universidad de lengua africana son moralmente más conservadores y menos promiscuos en comparación con la población americana en general.

Por otra parte, debe tenerse en mente que la investigación de Meyer, Phil y LeRoux (1994) está basada en las respuestas de los sujetos a un cuestionario, debiendo interpretarse cuidadosamente, pues puede que por no ser anónimos no digan la verdad.

Leuran, Shoham, Notzer y Serr (1988) encontraron en una investigación acerca de la conducta sexual en estudiantes solteros en Tel Aviv que el 51 % de las mujeres y el 61 % de los hombres eran sexualmente activos.

Si se arguye que los estudiantes israelíes, quienes están enfocados fuertemente en religión y cultura son probablemente más conservadores que los estudiantes de universidades sudafricanas de habla africana, los porcentajes encontrados en esta investigación son más probablemente bajos que el actual porcentaje de universitarios que son sexualmente activos; es posible que muchos de los estudiantes que no tenían nada que esconder se hayan prestado para el estudio de estos autores.

Una posible indicación de validez interna de los resultados del estudio de Meyer, Phil y LeRoux (1994), es que tan sólo el 2 % de la muestra sintió que era embarazoso, vergonzoso el llenar este cuestionario. El resto de los estudiantes no tuvo problema en ello.

De las actitudes de las mujeres hacia las relaciones sexuales, está claro que prefieren una relación de pareja con atracción e implicación emocional. McCabe (1987) encontró en su investigación en una universidad australiana, que más hombres que mujeres deseaban y practicaban el sexo, pero su satisfacción ideal era un nivel superior en comparación con la experiencia sexual actual. Esta autora también encontró que el incremento en la edad y la experiencia en citas estaba correlacionada con un incremento en el deseo de una experiencia sexual.

En una investigación de un periodo de 13 años de duración , acerca de los patrones de conducta sexual en estudiantes universitarios en E.U. encontraron que la actividad sexual incrementó dramáticamente de 1974 a 1979. En 1986 decremto el nivel de 1974, los investigadores sintieron que los datos reflejaron un incremento en la individualidad y una declinación en las influencias religiosas y parentales de los estudiantes.

De acuerdo a éstas tendencias, el miedo a contraer nuevas enfermedades especialmente el SIDA, causó en los estudiantes el tomar más medidas de seguridad en sus relaciones sexuales pero no las previno de la indulgencia en las relaciones sexuales.

Lo que se concluyó en este estudio fue que es aconsejable aún más, que por el incremento de cambios sociales en Sudáfrica, investigadores de esta naturaleza respecto a actitudes y conductas de los estudiantes hacia la sexualidad sean tomadas como una cuestión más común y general.

Es así como con este artículo confirmamos algunos puntos del género relacionado con la práctica sexual, sus consecuencias, precauciones y actitudes, habiendo sido encontradas las conductas masculinas más impulsivas y menos relacionadas con el afecto en sus relaciones sexuales en comparación con las mujeres.

CAPÍTULO 3

IMAGEN CORPORAL.

3.1 Como ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a los demás.

La Dra. Gilham (1982) cree que los maestros de escuela primaria deben contribuir a la educación integral de los niños, lo que incluye el formarse una opinión sana de sí mismos y de los demás, ella quería demostrar que la eficiencia del niño como individuo que participa en el proceso de aprendizaje se reduce o se acrecienta según su autoaceptación.

El proceso de ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y a los demás puede progresar aceleradamente junto con las funciones habituales de enseñanza. Todo lo que se requiere es un maestro que pueda detectar en el niño las señales de angustia o de congoja.

Gilham (1982) analiza los sentimientos de la educación y piensa que es a través de la conducta como pueden detectarse mejor los sentimientos.

El aprendizaje siempre tiene lugar con otra gente y proviene de otra gente, Campbell (1952) señala que lo que el niño aprenda, piense y sienta hoy, influirá en lo que aprenda, piense y sienta el día de mañana. Por lo que podemos concluir que es importante que se forme en él una sana opinión de sí mismo pues esta permanecerá con el paso del tiempo y asimismo se extenderá a los demás.

Los problemas personales no resueltos de los niños y las niñas fomentan actitudes indeseables y pagan un precio en forma de aprendizajes deficientes.

Los aprendizajes que tienen los niños dentro y fuera de la escuela son aprendizajes sociales, que les ayudan a considerarse a sí mismos y a los demás con creciente respeto, estos aprendizajes les ayudan a adquirir la capacidad para resolver los problemas de la vida y a crear una mejor comprensión de la convivencia de los demás. Cuando un niño tiene fe en sí mismo, confianza en los otros y valor para enfrentar sus propias limitaciones, el conocimiento que adquiere tendrá un valor y significado más grandes.

La forma en que considera la opinión que tienen de él los demás afecta enormemente su primer grupo de imágenes: la opinión de sí mismo. La imagen que cada niño tiene de sí mismo se forma a través del reflejo de las opiniones de los demás.

El tercer juego de imágenes que existen en la mente de cada niño es la imagen de sí mismo tal como desearía que fuera, cada niño en lo más profundo de su ser, se imagina que posee algunas de esas cualidades que hasta ese momento están fuera de sus posibilidades. Es aquí donde sus ideales, actitudes, valores y esperanzas, tanto las propias como las de los demás desempeñan un importante papel. Si la discrepancia entre estas dos imágenes no es grande, de modo que a medida que el niño madura es posible que pueda alcanzar estas imágenes, se puede decir que se acepta a sí mismo como persona.

El tipo de persona que llegará a ser el niño depende del grado en que los componentes favorables de su medio ambiente preponderen sobre los desfavorables. Cada individuo desarrolla los medios para compensar los obstáculos o impedimentos sobre los cuales no tiene control. El tipo de compensación y el grado en que se le desarrolla pueden mejorar o degradar la autoimagen. Para una aceptación favorable de sí mismo es necesario tener estatus con sus pares.

El cómo se ve a sí mismo a través de los ojos de los otros, a través del medio físico circundante y de las personas que viven en ese medio y que para el niño son figuras importantes. La cultura en la cual nace el niño es un factor poderoso en el desarrollo de su autoimagen. El hogar, con sus miembros significativos, es la primera fuente para que se desarrollen las imágenes en su mente, estas imágenes, con sus recuerdos pueden dar al niño la fe necesaria para recurrir a los otros o pueden contribuir a que desconfíe de los demás, que ponga en duda su propio valor, que rechace a la gente que quiere ayudarlo y se sienta avergonzado de sí mismo, de su hogar y de los miembros de su familia. La necesidad de cariño y seguridad son fundamentales para todo ser humano.

Las imágenes que el niño tiene de sí mismo tienen mayores probabilidades de mejorar cuando el ambiente, junto con las personas significativas para el niño, lo ayudan a encontrarse a sí mismo.

Cada niño necesita sentirse valioso y respetado y cada uno tiene la necesidad de apreciar y encontrar valores dentro de su mundo inmediato.

El tiempo y la oportunidad para encontrarse y aceptarse a sí mismo es un proceso de toda la vida. Cada uno nace con su propio regulador de ese tiempo.

Ningún niño debe sentirse culpable porque no pueda marchar al mismo ritmo del niño que se sienta a su lado, pues debe tener claro que cada niño es diferente y lo mismo su medio ambiente, pero dondequiera que viva y aprenda el individuo, lo hace dentro de un marco de disposiciones y valores sociales. A medida que sus valores mejoran, sus autoimágenes gozan de una creciente estima. Se convierten en seres de valor ante sus propios ojos, al igual que ante los ojos de los demás. Sus conductas cambian y se reestructuran mediante su concepto emergente del yo.

La gente puede hacer mucho para formar mejores imágenes dentro de nosotros (Mayfarth, 1948).

La aceptación de los otros está ligada estrechamente a la aceptación de uno mismo. La persona que tiene fe en sí misma y confianza en los demás está más dispuesta a abrirse y a aceptar a los otros dentro de su mundo. Por los mismos motivos, está más dispuesta a permitir que los otros la acepten dentro del mundo de ellos. Es como si se tratara de círculos concéntricos.

Nuestras propias necesidades influyen en las percepciones de los otros. Nuestra autoestima se basa parcialmente en el éxito que logramos al conseguir que otros la reconozcan. Mientras una persona no sea suficientemente fuerte en su interior para no depender de las satisfacciones exteriores, tiende a no aceptar a la gente que considera como una amenaza posible para su propia persona.

Los niños frecuentemente se ven coartados para aceptar a los demás a causa de los prejuicios y de las opiniones parciales y estereotipadas expresadas o reflejadas sutilmente en las acciones de la gente que los rodea. El prejuicio se aprende; sus opuestos, la aceptación y el respeto, también pueden aprenderse mediante una enseñanza de tipo adecuado.

Nuestro mundo se vuelve día tras día más pequeño, los niños de hoy pueden pasar varios años viviendo y aprendiendo en otros grupos culturales fuera del suyo propio, por trabajos de sus padres, etc.. sea cual fuere la situación, es indispensable que una persona acepte a la otra.

Llegar a conocer la forma de vida de otra persona puede ser una experiencia estimulante y provechosa.

El conocimiento va acompañado frecuentemente de una comprensión más profunda y con esta es probable que haya cada vez más aceptación.

Debemos incrementar nuestra capacidad para confiar y aceptar a la gente que está más próxima a nosotros, que es más significativa y que por lo tanto, es sin duda, más amenazadora pues requiere más fortaleza y madurez, para ser aceptada. La aceptación sobre la base de la convivencia diaria requiere de tiempo.

En las aulas los niños pueden sentirse apretados, encerrados y aturcidos; observan defectos que podrían pasar desapercibidos si hubiera lugar para una mayor expansión, para jugar y experimentar. Quizás haya niños cuya cultura, valores y capacidades sean diferentes. Quizás los prejuicios de los padres se reflejen en algunos casos en los niños. Tal vez algunos tengan características físicas que perturben o molesten a los otros niños. Quizás haya niños que recurran a una conducta negativa, a la mentira y a la fanfarronería defensiva para preservar su estatus propio, pero al mismo tiempo se resisten cuando encuentran esas características en otros niños. Tal vez haya niños que posean cualidades que otros niños han idealizado y que les gustaría tener. Sea cual fuere la respuesta, el punto principal que hay que recordar es que los niños que no aceptan a los otros no son profundamente felices.

La aceptación de los otros está ligada tan profundamente a la aceptación del propio yo, que necesitamos considerar el yo en relación de los demás. El aprendizaje para aceptar a los demás debe llevarse a cabo dentro de un marco social de la gente implicada, para que pueda tener un significado para los niños.

En los niños que inician su etapa puberal es fundamental que se acepten a sí mismos y a los demás como lo es para los niños más jóvenes. En esta etapa de desarrollo, en donde los estándares y los valores internos no se han estabilizado completamente, el individuo que está por entrar en la adolescencia vacila entre la conducta del niño y la del adulto. Estos chicos púberes suelen ser muy cautelosos acerca de las personas a quienes admiten dentro de su mundo. Se movilizan con sorprendente celeridad cuando se sienten atraídos por una idea.

Los ejemplos que propone Gilham (1982) proporcionan pruebas de que los niños pueden desarrollar la tolerancia, el respeto y la aceptación hacia sí mismos y hacia los demás.

El desarrollo de la comprensión de los otros y del propio yo tiene lugar cuando existe la oportunidad para que ese desarrollo se produzca. Para que los sentimientos y los pensamientos cambien y se desarrollen debe existir la oportunidad de ampliar nuestra esfera de acción y ensayar lo nuevo junto con lo viejo, de tener un ambiente que se estire y se amolde y se atraiga al niño hacia él, en lugar de encerrarlo y cercarlo dentro de sus límites.

Los niños son juzgados frecuentemente por la conducta que manifiestan en una situación dada. Algunos adultos se inclinan a considerar únicamente la conducta exterior, y olvidan que los pensamientos, los sentimientos y las imágenes que se forman en la mente de los niños influyen en esta conducta exterior.

Los niños pueden estar heridos, asustados, enojados, impacientes, ansiosos o angustiados. Incapaces de verbalizar estos sentimientos, sus acciones hablan por ellos. Es tan importante que los maestros sean capaces de "leer" la conducta, como lo es que lean el símbolo impreso. Aceptar la conducta tiene la misma importancia que leer la conducta.

La aceptación de la conducta está estrechamente ligada a la capacidad de aceptarnos a nosotros mismos y a los demás. La persona que se considera adecuada y siente que tiene capacidad para trabajar en otros es más capaz de aceptar la conducta que no responde a sus estándares propios. No se siente amenazada a causa de las desviaciones.

3.2 Los roles sexuales y la imagen corporal.

Primero es necesario demostrar que el standard presente de atractivo físico para las mujeres difundido en los medios de comunicación masiva, como la televisión y las revistas, es más estricto para las mujeres que para los hombres, y así también las exigencias para ser más delgadas es mayor ahora que en el pasado.

Una especulación reciente se ha enfocado en el rol jugado por un estandard irrealísticamente delgado para el atractivo corporal de las mujeres en la promoción de estos desórdenes alimentarios.

Para demostrar que este estandar juega más que un rol, y para implicar a la media en la promoción de este, es necesario acentuar que este estandar difundido por los medios es más delgado ahora que en el pasado y que éstos hallazgos son aplicables para la mayoría de la media; esto se demuestra en los estudios realizados por Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly (1986).

Los desórdenes alimentarios tales como obesidad y anorexia nervosa, son más comunes entre mujeres que entre hombres.

El estandar del atractivo femenino de la mujer difundido en los diversos medios de comunicación, es el de un prototipo físico más delgado así como el prototipo de la mujer "ideal" es más delgado recientemente. Dependiendo de cómo se defina obesidad, se estima una incidencia entre hombres y mujeres en un rango del 5% en hombres al 12 % en mujeres, al 33 % en hombres y 40 % en mujeres respectivamente (Van Itallie, 1977)

Para la anorexia nervosa, la diferencia sexual es más grande que para la obesidad, es así como el 90 % de todos los anoréxicos son mujeres (Druss & Herifin, 1979).

Las mujeres hacen la mayoría de quienes participan en organizaciones para hacer dieta como es Wiegth Watchers (Stunkard, Levine & Fox, 1970).

Las diferencias de género en desórdenes alimentarios pueden ser tal vez por causa de factores hormonales o psicodinámicos recientemente se ha dado una explicación basada en factores culturales que han comenzado a recibir mayor atención. Orbach (1978), Kaplan (1980) y Chernin (1981), entre otros , han hipotetizado que la socialización y el tratamiento de las mujeres en la moderna sociedad americana propician que las mujeres desarrollen desórdenes alimentarios.

Una de las hipótesis que es común para un número de estos mecanismos es que finales del siglo XX la mujer americana está bajo presión para ser irrealmente delgada. La idea general es que algunas mujeres pueden responder a esta extrema presión hacia la delgadez convirtiendose en personas insatisfechas con sus propios cuerpos; como resultado, ellas se transforman en dietistas crónicas, desarrollando anorexia o usando técnicas purgativas para eliminar el exceso de comida.

Los mecanismos mediante los cuales la obesidad podría resultar de las presiones para ser delgado son menos obvios. Pero estos pueden estar basados en la rebelión contra el estricto control del consumo de calorías o como alguna forma de rebote psicológico de un peso corporal mantenido a un nivel muy bajo.

Un trabajo reciente acerca de hacer dieta y sus efectos por la abstención, da crédito esta posibilidad (Bennet & Gurin, 1982; Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1983; Wooley & Wooley, 1982).

La medios masivos pueden jugar un importante rol en el reforzamiento de esta hipotetizada presión a ser delgado.

En orden para concluir que el estandard delgado de un cuerpo femenino atractivo, perpetuado por los medios masivos ha jugado un rol en el reciente desencadenamiento de los desórdenes alimentarios entre las mujeres, primero es necesario demostrar tres cosas:

1.- Que los medios, promueven un más delgado y conciso estandard para la mujer que para el hombre.

2.- Que el estandard de un cuerpo atractivo femenino es más delgado ahora que lo que ha sido en el pasado.

El único estudio que ha visto el problema empíricamente es el de Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson (1980), el cual demostró que las participantes en el concurso de Miss América y de los centros de Playboy empezaron a incrementar la delgadez entre 1960 y 1979, también encontraron que durante el mismo periodo fue aumentando la atención a los desórdenes alimentarios teniendo como medida el número de artículos de dieta que aparecieron en las revistas más populares para mujeres.

3.- Que los dos puntos anteriores aplican a muchos ejemplos de la media de la población, como las adolescentes que tienen contacto con este tipo de medios de información.

El primer estudio que realizaron analiza los personajes de televisión, los cuales pueden servir como modelo de roles y como puntos de comparación para los televidentes. Si las estrellas de televisión femeninas son más delgadas

que las masculinas, entonces las televidentes femeninas pueden estar más dispuestas que los televidentes masculinos a querer ser más delgadas, o sentirse menos atractivas e inadecuadas si no son lo suficientemente delgadas.

El segundo estudio confirma la comparación entre los estándares comunes de atractivo transmitido a mujeres y a hombres mediante el análisis de las advertencias y los artículos que aparecen en las revistas más populares, los cuales son dirigidos a las mujeres y por esa razón son más afines a realizar dietas para adelgazar que los artículos que son dirigidos a hombres, entonces el mensaje que les es enviado a las mujeres es que ellas "deberían" ser delgadas y si no lo son deberían hacer "lo necesario" para serlo.

Si al mismo tiempo, los personajes femeninos de televisión son más delgados que los masculinos, entonces el mensaje transmitido por los medios mediante la difusión de un standard de atractivo corporal para hombres y para mujeres constituye dos líneas de comunicación diferentes por completo.

El tercer estudio analiza dos revistas con intervalos de cuatro años en el siglo XX y coinciden en que las mujeres se han convertido en cuerpos con menos curvas en un pasado reciente en ambas revistas, entonces podemos concluir que las revistas recientemente han estado transmitiendo el mensaje de un estandard particularmente exigente con el atractivo corporal de las mujeres.

El cuarto estudio analiza a las mujeres que han sido estrellas de cine en los últimos 50 años, y se encontró que estas han adelgazado, habiendo estudiado los dos canales más populares de televisión de E.U.A., por lo que también en este estudio se concluyó que en la imagen corporal femenina ha incrementado la delgadez como símbolo de atractivo físico (Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986).

La revista fue definida como femenina cuando el 75 % o más de los lectores era femenino y como masculina cuando el 75 % o más de los lectores eran hombres.

Las cuatro revistas femeninas usadas fueron : Family Circle, Ladies Home Journal, Redbook y Woman Day.

Las cuatro revistas masculinas usadas fueron: Field and Stream, Playboy, Popular Mechanics y Sports Illustrated.

Los resultados del contenido del análisis del estudio de Silverstein et. al. (1986) es una fuerte confirmación de la hipótesis de que la mujer recibe más mensajes de que debe ser delgada y estar en forma que los hombres.

El total de adscritos para comidas dietéticas que se encontró en 48 reactivos de revistas femeninas fue de 63 personas. El total de adscritos en 48 reactivos de revistas masculinas fue 1.

En la categoría de cuerpo (todo lo relacionado a talla, cuidado del cuerpo, advertencias de alimentos antifatiga, etc...) el total de artículos en revistas femeninas fue de 96 mientras que los artículos publicados al respecto en revistas masculinas fueron 8.

3.3. Imagen corporal en la adolescencia.

Todos los adolescentes se interesan vivamente por sus cuerpos en desarrollo. De manera constante se comparan con sus padres y se angustian cuando notan un estancamiento en su crecimiento. Las condiciones físicas constituyen una fuente de preocupación porque representan obstáculos sociales reales o imaginados.

Las muchachas, como grupo, se preocupan más que los varones por sus cuerpos en desarrollo porque, para ellas, sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones en la vida, particularmente en lo concerniente al noviazgo y al matrimonio (Kurtz 1969; Walster, Aronson, Abrahams & Rottman, 1966; Fischer, 1961, 1964; citados en Hurlock, 1997).

Mucho antes de la pubertad los niños de ambos sexos aprenden qué es lo que constituye la adecuación sexual de la apariencia y qué papel desempeña un papel apropiado a su sexo para tener éxito en los ajustes sociales. En consecuencia, se preocupan por toda característica de su cuerpo que sugiera una adecuación al sexo pertinente (citado en Hurlock, 1997).

Por ejemplo, como las muchachas saben que los adolescentes la prefieren delgadas, con piernas largas y un busto bien desarrollado, naturalmente que se sienten preocupadas cuando sus características físicas no concuerdan con esta imagen. Resultaría insólito hallar un pubescente que cuando niño, no haya tenido una imagen ideal de su figura como adulto. Los ideales físicos de la infancia reciben su alimento de los medios de comunicación de masas, de la familia, de los compañeros y de actitudes culturales generales; cuando el adolescente compara su cuerpo con el ideal imaginado, por lo general tiene motivos sobrados para preocuparse.

Los estudios de las fuentes de preocupación muestran que el adolescente se siente molesto por una característica física que, en su opinión, es basta o desproporcionada, o inadecuada para su sexo, o que no concuerda con los estándares de la sociedad. También puede preocuparse porque le desagrade personalmente un rasgo que se aparta del ideal de su infancia. La preocupación intensa y persistente por el cambio corporal se hace evidente cuando los adolescentes toman medidas para conformar sus cuerpos a sus ideales y al estereotipo cultural de lo que es apropiado a su sexo.

Saben como dijeron Brislin & Lewin (1968 citado en Hurlock, 1997) que resulta muy placentero estar con alguien físicamente atractivo y que un cuerpo que se adecue a los estándares culturales aumentará sus posibilidades de aceptación social (citado en Hurlock, 1997).

3.4. Diferencias de género en la imagen corporal.

Mientras es cierto que hombres y mujeres son naturalmente concernientes con la atracción; acerca del patrón a través de la pubertad, adolescencia y adultez, las mujeres reciben el mensaje de que el cómo se ven es más importante que qué es lo que piensan, hacen o sienten. Cuando el jugueteo sexual empieza, una de las lecciones más perniciosas es la de que las niñas se deben ver bonitas para los niños. Lo que es más las niñas aprenden a esperar premios por lo que estereotipadamente son llamados “tratos femeninos”, así como docilidad, cortesía, abnegación, no ser egoísta, y a veces ser bromista. Los premios implicados no son insignificantes: cuerpos grandiosos son falsamente equivalentes a una gran felicidad y sexualidad, matrimonio, sentimientos de independencia, éxito y sobretodo una vida “glamorosa”. Ahora el impacto de la televisión en las mujeres es más fuerte que nunca.

Mientras se incrementa el número de caracteres fuertes en las mujeres, muchas siguen siendo las felices amas de casa, incapaces de ser asertivas en relaciones honestas y solo tan bonitas como pueden ser.

Lo que ¡es más!, actrices y modelos delgadas son usadas para vender todo lo imaginable; y no es sorprendente que muchas de estas mujeres, quienes son pagadas con enormes sumas de dinero por su “look” y delgados cuerpos, tengan ellas mismas desórdenes alimentarios. El mundo hecho creer por la televisión juega un papel nada pequeño en las mentes de muchos, una fantasía de que pueden ser felices, amados y deseados si sólo se ven delgados y hermosos. En las revistas populares el mensaje es que las mujeres están supuestas para hornear pasteles y cualquier clase de comida, pero no para comérsela (Hall & Cohn, 1990).

Muchas investigaciones y especulaciones acerca de los desórdenes alimentarios han negado lo evidente, por ejemplo, el género específico de los aspectos psicológicos de estas condiciones. Existen evidencias de géneros que influyen en la experiencia durante la vida, en el desarrollo psicológico y su funcionamiento y en la naturaleza de la psicopatología (Zanardi, 1990).

Diferencias psicológicas entre hombres y mujeres pueden contribuir para diferir en la vulnerabilidad de las mujeres para los desórdenes alimentarios. Esta puede no ser específica a estas condiciones, aunque puede ser lo más deslumbrante en estos desórdenes femeninos.

Donde la separación de la madre puede ser un importante factor en la consolidación de la identidad masculina (Greenson, 1968), la identificación femenina puede basarse más en una identificación directa con y en relación a la madre (Chodorow, 1980). Ambos factores innatos y de desarrollo pueden contribuir a la grandiosa orientación de las mujeres respecto a las relaciones. La niña neonata es comparable en su desarrollo a un niño de 4 a 6 semanas (Garai & Scheinfeld 1968). Esto puede contribuir a la gran capacidad innata para la empatía en infantes femeninos.

3.5. Estudios revisados sobre Imagen Corporal.

- **La influencia de las revistas en la satisfacción con la imagen corporal en mujeres de preparatoria: un análisis exploratorio.**

Muchas mujeres contemporáneas americanas codician un cuerpo irrealmente delgado construido por ellas mismas (Lamb, Jackson, Cassidy & Priest, 1993; Mallick, Whipple & Huerta, 1987; Silberstein-Moore, Timko & Rodin, 1988; Spillman & Everington, 1989) un fenómeno que puede ser en detrimento de su salud física y emocional. El creciente significativo del ideal delgado es aparente del cambio perceptual del tipo ectomórfico corporal. En los años 50's desde que Sheldon & Stevens (1942 citado en Turner, Hamilton, Jacobs, Angood & Hovde Dwyer, 1997) condujeron su investigación de somatotipos, las características negativas asociadas con lo delgado o ectomórfico, la construcción corporal ha disminuido. En el comienzo de los 40's, Sheldon & Stevens (1942 citado en Turner, Hamilton, Jacobs, Angood & Hovde Dwyer, 1997) encontraron que individuos ectomórficos eran negativamente percibidos por otros como nerviosos, sumisos y socialmente retraídos. Por el final de los 80's, de cualquier forma, esta percepción había cambiado. Comparando individuos endomórficos y mesomórficos de tipo corporal, los ectomórficos fueron calificados más positivamente y considerados más atractivos sexualmente (Spillman & Everington, 1989).

El surgimiento del tipo corporal delgado como el estándar de belleza para las mujeres es especialmente sobresaliente en los medios masivos, varios investigadores han demostrado que el cuerpo femenino representado en los medios de comunicación se ha convertido en un cuerpo incrementadamente delgado. (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Ogletree, Williams, Raffeld, Mason & Fricke, 1990; Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986; Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992).

Tomados juntos los hallazgos de Garner y sus colaboradores, así como de Silverstein et. al. (1986) muestran que el cambio de siglo a través de los 70's, ha cambiado el estándar del atractivo físico para mujeres presentadas por los medios se convirtió en más delgada y menos curvacea. Estos hallazgos fueron confirmados en una reciente investigación de Garner et. al. (1980). Los investigadores encontraron de acuerdo al DSMIII-R, que mantener el peso corporal 15 % abajo del peso esperado es un criterio de anorexia nervosa.

Otros investigadores han notado también la prevalecencia de los desórdenes alimentarios entre modelos de modas (Brenner & Cunningham, 1992) y los severos riesgos de salud asociados con alcanzar un tipo de cuerpo muy delgado.

Mujeres quienes su gordura corporal baja a menos del 22%, son más susceptibles a la infertilidad, amenorrea, cáncer ovárico y del endometrio y osteoporosis (Seid, 1989). Estos hallazgos sugieren que el ideal de belleza delgado presentado por los medios podría no ser saludable para las mujeres. Dado que los mensajes dirigidos a estas por medios masivos de comunicación no debe sorprendernos el que muchas mujeres americanas deseen ser delgadas y que se sientan insatisfechas con sus cuerpos.

Las mujeres generalmente están menos satisfechas con sus cuerpos que los hombres (Altabe & Thompson, 1993; Brenner & Cunningham, 1992; Davis & Cowles, 1991; Rierdan, Koff & Stubbs, 1990; Mintz & Betz, 1986). Aún mujeres que no pueden ser clasificadas como estar ligeramente abajo del rango del peso corporal normal para su estatura a menudo se perciben como sobrepasadas de peso y están insatisfechas con sus cuerpos. La insatisfacción con la imagen corporal es un área crucial de investigación por estar relacionada con la baja autoestima y con la depresión (Rierdan, Koff & Stubbs, 1990).

Una cuestión planteada por estos estudios concierne a la naturaleza de la relación entre las representaciones que hacen los medios de comunicación sobre las mujeres y la percepción de estas de sus propios cuerpos. Una presunción implícita subalterna a investigaciones anteriores es que la representación del cuerpo ideal delgado, es el hacer dieta, ejercicio como foco de atención y preferir el tipo de cuerpo delgado.

De cualquier manera investigadores previos (Spillman & Everington, 1989) han implicado que los medios han cambiado sus percepciones del cuerpo femenino, pocos estudios han probado actualmente esta hipótesis empíricamente. Es necesaria una investigación más amplia, que examine la exposición de ilustraciones delgadas del cuerpo femenino por los medios masivos de comunicación lo cual influye la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres que observan estas ilustraciones.

El presente estudio comprueba que las percepciones de los cuerpos femeninos por ellas mismas pueden verse afectadas por las ilustraciones de las mujeres exhibidas en revistas y otros medios (Irving, 1990).

Este autor investigó qué impacto tenía la exposición a ilustraciones de delgados cuerpos femeninos y modelos sobreestimadas en la autoevaluación de 162 mujeres estudiantes de preparatoria, las cuales autoreportaron variantes niveles de síntomas de bulimia.

Se necesitan investigaciones adicionales para determinar si las delgadas figuras de las modelos que aparecen en revistas populares para mujeres tendrían un efecto similar en las autopercepciones de las mujeres. El propósito de esta investigación (Tunner, Hamilton Jacobs, Angood & Hovde Dwyer, 1997) fue explorar si las ilustraciones de mujeres delgadas en revistas de moda, afecta la percepción de las mujeres acerca de sus propios cuerpos, más específicamente, el impacto de la exposición a revistas en la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres.

La participantes fueron 49 mujeres no graduadas inscritas en un curso introductorio de psicología en Nueva Inglaterra en un Colegio femenino. Se asignaron las participantes por dos condiciones experimentales:

La mitad ($n=24$) fue asignada al grupo de revistas de moda, y la mitad restante al grupo de revistas de noticias. El peso medio de la muestra fue de 129.43 libras y un rango de 92 a 160 libras. La media de altura fue de 64.98 pulgadas y el rango de 60 a 71 pulgadas. La media de edad fue de 18.63 años y el rango de 17 a 21 años.

Fueron usadas ocho revistas como materiales estímulo, cada una fue seleccionada en base a su popularidad y disponibilidad. Cuatro revistas que tenían reputación de exhibir la moda de la delgadez ideal entre mujeres fueron escogidas: Vogue (nov.91), Bazaar (oct. 91), Elle (nov. 91), Allure (nov.91). Las cuatro revistas usadas en la condición control fueron: Time (4 nov.91), Newsweek (28 oct. 91), US News & World Report (28 oct. 91), y Business Week (4 nov. 91).

El cuestionario utilizado constaba de tres partes , autoadministrado, fue usado para calcular la satisfacción de las mujeres con su imagen corporal.

La primera parte del cuestionario consistió en figuras adultas diseñadas e ilustradas por Stunkard, Sorenson & Schulsinger (1980). A cada participante se le pidió examinara nueve siluetas femeninas de tallas variables e indicara la figura que reflejara más claramente sus percepciones acerca de su propio tipo corporal, su tipo de cuerpo ideal y el tipo de cuerpo considerado para ser el más adecuado por la sociedad. Una escala de nueve puntos fue para la calificación de estas siluetas, los números más bajos correspondientes a las siluetas más delgadas.

La segunda parte del cuestionario contenía 31 reactivos desarrollados por los investigadores, los cuales valoraron las percepciones de los respondientes acerca de sus propios cuerpos y sus actitudes y conductas de hacer dieta.

También había preguntas respecto al peso y talla actuales, y los ideales o deseados por cada participante. Se les preguntó también cual de las ocho revistas fue la que leyeron antes de contestar el cuestionario.

Fueron programadas citas de 30 minutos para aquellas mujeres que expresaron interés en este estudio. Desde la llegada, a cada participante se le dio la bienvenida como miembro del equipo de investigación y se le dio una explicación acerca de que el estudio estaba designado a examinar la satisfacción con la imagen corporal entre mujeres estudiantes de preparatoria. Después de dar su consentimiento, cada participante fue informada de que habría un pequeño retraso , se les sugirió dejaran sus libros y otras cosas en el lobby y los siguieran a un pequeño cuarto donde esperarían a solas. El cuarto de espera contenía 3 sillas y una mesa con una cafetera en donde había cuatro revistas.

Para la mitad de los participantes, el cuarto de espera contenía solo revistas de noticias y para la otra mitad había solo revistas de moda. Ni posters, ni fotografías de gente u otros materiales de lectura estaban en la sala de espera. Después de 13 minutos los participantes fueron acompañados a un gran salón de clases y se les dio el cuestionario para que lo completaran. Se les dio tiempo ilimitado para hacerlo.

Diez participantes indicaron en sus cuestionarios que no leyeron ninguna revista durante la espera, por lo que fueron eliminados del análisis de datos.

La muestra resultante consistió de 18 participantes (37%) en la condición de revistas de moda y 21 participantes (43%) en la condición de revistas de noticias.

La variable dependiente fue la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres. La hipótesis de trabajo más importante fue que cuando las mujeres que vieron revistas de noticias se compararan con las que vieron revistas de moda antes de completar el cuestionario de satisfacción con la imagen corporal los resultados serían: sentirse menos satisfechas con sus cuerpos, preferirían un tipo de cuerpo ideal más delgado, y expresarían mayor preocupación por su delgadez y por hacer dieta.

Las pruebas T serían usadas para examinar diferencias entre participantes en las revistas de moda y las de noticias.

El tipo de cuerpo actual, el ideal y el ideal para la sociedad: Las percepciones de los participantes acerca de sus propios tipos de cuerpo, sus tipos de cuerpo ideal y el tipo de cuerpo ideal para la sociedad. Estos fueron examinados usando los dibujos de 9 figuras de adultos.

El análisis mostró que los rangos de la media fueron de 3.78 para el tipo corporal actual, 2.88 para el tipo corporal ideal y 2.45 para el tipo corporal ideal para la sociedad.

Las pruebas t revelaron que en ningún tipo corporal hubo diferencias para los dos grupos de mujeres. Basados en los datos resultantes de las preguntas abiertas, la estatura ideal para la muestra fue de 66.06 pulgadas para la media y un rango de 60 a 72 pulgadas la cual no difirió en los dos grupos. El peso ideal, difirió de los dos grupos, en las mujeres que vieron revistas de moda resultó la media de 119.44 libras, percibieron un peso ideal más bajo que el que percibieron las revistas de noticias (126.14 libras; $t = 37 = 2p .027$).

Satisfacción con la imagen corporal, actitudes y conducta de hacer dieta y preocupación por la por la delgadez:

Las mujeres que vieron revistas de moda reportaron más frecuentemente sentirse muy frustradas acerca de su peso $t(37) p = .046$; hacer dietat(37) $p = .046$: pesarse a sí mismas más de una vez por semana $t(37) = 1.75$, $p = .045$., hacer ejercicio solo para perder peso $t(37) = 1.71$, $p = .048$; sentirse culpables mientras comen $t(37) = 1.83$, $p = .038$ Sentirse culpables después de comer $t(37) = 2.00$, $p = .027$; estar preocupadas por el deseo de ser delgadas $t(37) = 2.84$, $p = .0035$ y tener miedo de engordar $t(37) = 1.87$, $p = .035$. Similarmente, cuando fueron comparadas con las mujeres que vieron revistas de noticias, aquellas que vieron revistas de moda menos frecuentemente reportaron estar contentas con sus cuerpos $t(37) = 1.87$, $p = .035$ y sentirse satisfechas con la forma de sus cuerpos $t(37) = 2.22$, $p = .016$.

De acuerdo con la hipótesis de trabajo que se planteó en este estudio, se encontró que la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres es influenciada por su exposición al ideal delgado presentado en revistas de moda. Asimismo, los dos grupos en este estudio no difirieron significativamente en talla y peso, las mujeres que leyeron revistas de moda antes de completar el cuestionario de imagen corporal desearon pesar menos y se percibieron a si mismas más negativamente que aquellas que vieron revistas de noticias. La exposición a revistas de moda fue relativa a la enorme preocupación de las mujeres por ser delgadas, a su insatisfacción con sus cuerpos, a la frustración acerca del peso y al miedo a desviarse del estándar delgado.

Los resultados fueron consistentes con estudios previos examinando las ilustraciones de la media de las mujeres y su satisfacción con la imagen corporal.

Como Spillman & Everington (1989) en este estudio se encontró que las mujeres prefirieron un tipo de cuerpo delgado para ellas mismas y estuvieron "a veces" preocupadas por ser delgadas.

De cualquier modo, los hallazgos de este estudio amplían los de Spillman & Everington (1989) y determinan que la preocupación por la delgadez fue más alta después de ver ilustraciones de modelos delgadas en revistas de moda. Estos hallazgos son consistentes con aquellos reportados por Irving (1990) en el cual la exposición a ilustraciones de modelos delgadas era relativa a autoevaluaciones bajas entre mujeres estudiantes de preparatoria.

Una distinción importante entre el estudio de Irving y esta investigación es el uso de revistas populares para mujeres como estímulo en vez de ilustraciones de siluetas. Esta investigación ha mostrado que las mujeres con sobrepeso reportado están menos satisfechas con sus cuerpos en comparación con las mujeres delgadas (Stake & Laver, 1987).

El autor demostró que la percepción de tener sobrepeso podía ser manipulada por la exposición de las mujeres a delgadas modelos. La percepción del sobrepeso aceptado o no aceptado fue asociado con una gran insatisfacción con la imagen corporal entre las mujeres. El hecho de que las participantes fueran asignadas aleatoriamente a las dos condiciones experimentales sugiere que los dos grupos no difirieron ni en peso ni en talla o en proporción corporal. Fue una exposición a las revistas de moda lo que influyó las percepciones de la imagen corporal.

Las diferencias observadas en los dos grupos de mujeres en este estudio son llamativas, dado que las participantes vieron revistas por solo 13 minutos. Se necesita investigación adicional que examine el impacto de la exposición prolongada a las revistas de moda en la satisfacción con la imagen corporal y autoconcepto de las mujeres.

Más allá de estos hallazgos concernientes a la influencia de las revistas de moda en las percepciones de las mujeres, deberían ser interpretados en una investigación previa que examine las fluctuaciones en la satisfacción con la imagen corporal de las mujeres.

Haimovitz, Lansky & O'Reilly (1993) encontraron que el grado de satisfacción corporal de las mujeres varía dependiendo de 4 situaciones de comportamiento y fueron más bajas en marcos donde se sintieron forzadas a escudriñar sus cuerpos demasiado en comparación con situaciones cotidianas.

La creciente presión de ser delgado y las irreales imágenes reflejadas en los medios masivos de comunicación podría tener devastadores efectos en las autopercepciones, autoestima y desarrollo de identidad de las mujeres.

• Relación entre hacer dieta y peso en adolescentes.

Usando una muestra de 1269 estudiantes de preparatoria, hombres y mujeres, negros y blancos. Este estudio comparó los pesos actuales y pesos ideales de los dietistas y de los no dietistas y examinó la relación del incremento del peso con el peso ideal o preferido o deseado y con la decisión de hacer dieta. El 72% de los estudiantes investigados en diez escuelas de una larga zona metropolitana participaron en el estudio completando un cuestionario autoadministrado designado para la investigación.

La media de edad fue de 17.5. Para ser identificado como dietista un estudiante tenía que reportar el haber perdido 5 o más libras durante la dieta. Cerca de la mitad de los hombres negros y blancos, y tres cuartos de las mujeres blancas entraron dentro de este criterio.

Por otra parte pesos significativos de los dietistas y no dietistas no tuvieron diferencias significativas en cada grupo de raza y sexo, los dietistas pesaron casi 14 libras más que los no dietistas. Mientras que los dietistas mostraron pesos ideales más altos para sí mismos como su propio incremento de peso, hombres y mujeres blancos dietistas prefirieron como peso ideal 11 libras menos que los hombres negros y mujeres dietistas respectivamente.

Este estudio documenta la necesidad de nutrición efectiva y programas de ejercicio en las escuelas para ayudar a los estudiantes a aceptar y obtener pesos razonables.

En la adolescencia época en que se convierten en señores de preparatoria, los adolescentes sienten el clima de cambios dramáticos que vienen, con la pubertad han tenido años de experiencias comparando sus tallas corporales y determinar así a sus iguales e ideales culturales y en muchos casos han experimentado en varias medidas el proporcionar su cuerpo en una conformación. Esto hace a los adolescentes dietistas y no dietistas que estén sujetos a deseables comparaciones de su peso actual con el peso ideal y la relación entre el hacer dieta y el peso.

Sensibles al peso y a los estándares culturales que les proporcionan a una temprana edad.

Lerner & Gellert (1969) encontraron en un estudio de 45 niños y niñas, de 5.3 a 6.2 años de edad que se pudieron identificar a sí mismos de acuerdo a su cuerpo como bajos, en promedio o con sobrepeso en la frecuencia más grande que fue posible.

Los niños de la edad de escuela elemental perciben que el ser obeso o tener sobrepeso está asociado con muchos tratos negativos de personalidad así como ser discapacitado o discapacitado (Staffieri, 1972; Gellert, Girgus & Cohen, 1971; Edelman, 1982; Richardson, Goodman & Hastorf, 1961).

Por la adolescencia estas visiones son firmemente creadas por determinados intereses (Feldman, Feldman & Goodman, 1988; Brenner & Hinsdale, 1978).

Ser autoconciente del tamaño corporal y determinar si es exacerbado en la pubertad tomando en cuenta la variabilidad en el periodo de eventos de maduración.

Los niños empiezan su crecimiento y desarrollo de las características sexuales secundarias como precoces de los 10 años y medio y tardíos a los 16 años de edad (Maresch, 1964; Reynolds & Wines, 1951), mientras que las niñas empiezan como precoces a los 7 años y medio o como tardías a los 11 años y medio de edad (Tanner, 1972).

Porque el cuerpo es el foco primario en relación a esta edad, los adolescentes son muy autoconcientes de su desarrollo (McCandless, 1970; Elkind, 1967) y están más deseosos de tener herramientas para percibir diferencias en características físicas así como en sociales e intelectuales (Lerner & Karabenick, 1974).

La mayoría de la investigación sobre hacer dieta en adolescentes ha sido realizada con blancos o predominantemente muestras de blancos (Dwyer, Feldman, & Mayer, 1967; Johnson, et. al., 1983, 1984, 1989, Nylander, 1971; Rosen, & Gross, 1987; Whitaker et. al., 1989; Wardle & Marsland, 1990).

Esta investigación documenta la relación entre el peso y la conducta dietaria y las concepciones del peso ideal en una gran muestra de negros y blancos, hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Una muestra de estudiantes de preparatoria, de más antigüedad fue obtenida de 10 sistemas escolares en la gran área de Cleveland. El 72% de los estudiantes inscritos en las escuelas participaron en este estudio. Se autoidentifican a sí mismos como 72.3% blancos, 23.9% negros y 3.8% de otros grupos raciales. Solo estudiantes negros y blancos fueron retenidos para el estudio siendo un total de 1269 estudiantes.

Todos completaron un cuestionario autoadministrado designado para este estudio para obtener datos demográficos, y antropométricos, información de conducta dietaria y percepciones del peso corporal ideal.

La confiabilidad de los datos provistos por los cuestionarios fueron satisfactorios cuando checkaron por medio de 49 entrevistas semiestructuradas con esa proporción de estudiantes.

Las variables de confiabilidad fueron operacionalizadas para que los estudiantes pudieran ser identificadas como dietistas o no. Un estudiante fue clasificado como dietista si ella o él reportó haber perdido 5 libras durante la dieta.

Información más detallada sobre conducta dietaria de estos estudiantes fue previamente publicada por Emmons (1992). El índice de masa corporal (IMC) fue calculado usando la altura y el peso reportados por los estudiantes. Estos fueron divididos en cuatro grupos: bajo peso, peso promedio, debajo del peso promedio, sobrepeso; estos grupos de peso se usaron para examinar la conducta de hacer dieta y el peso ideal o deseado.

La identificación como dietista fue de 40.5% de hombres negros, 41.8% de hombres blancos, 60.6% de mujeres negras, 76.9% de mujeres blancas.

El índice de masa corporal preferido de todas las mujeres, dietistas y las que no lo eran fue de 21.4. Las mujeres blancas dietistas actualmente desearon un IMC del 22 percentil similar al de las concursantes de Miss América desde 1970 (Garner, Garfikel, Schwartz & Thompson, 1980). Datos más recientes por Mooris, Cooper & Cooper (1989) en Londres, con modelos las cuales mostraron una figura ideal delgada similar pero con más curvas.

La presión a hacer dieta será incrementada en el futuro con la continuación de esta moda.

Este estudio documenta considerable discrepancia entre el peso actual de las adolescentes y los pesos que quisieran tener, no solo en mujeres negras y blancas sino también en hombres negros y blancos.

La dramática experiencia de los cambios puberales con los que los adolescentes pueden creer que el cuerpo continúa siendo muy moldeable, puede dejar de serlo si un programa efectivo de control de peso y ejercicio es adquirido por un tiempo suficiente, esto reconoce que el mayor factor para controlar la talla y determinar si es hereditario (Stunkard, Foch & Hubrec, 1986) es que el deseo de un cuerpo perfecto puede chocar con los contrastes psicológicos (Brownell, 1991).

Las investigaciones previas de Emmons (1992) con esta muestra de estudiantes de preparatoria mostró que ellos no habían tenido mucho éxito con la reducción de peso y que la mayoría de los dietistas estuvieron en una dieta un mes o menos, una tercera parte solo una semana y aproximadamente tres cuartas partes no fueron capaces de mantener todo su peso o la mayoría abajo durante un año.

El 16% de los hombres y mujeres tenían sobrepeso, algunos factores de riesgo podrían ser usados para prevenir el exceso de peso ganado de la concurrencia en primer lugar.

Un programa escolar de prevención temprana en el servicio para educar a los estudiantes acerca de los cambios normales en la composición del cuerpo que son esperados en la pubertad provee a estos de una línea guía para pesos recomendados, índices de masa corporal y porcentajes de gordura corporal, así podrán sostenerse en pesos sensibles para sí mismos en los datos de la composición del cuerpo.

- **Cambios percibidos en el funcionamiento sexual y la imagen corporal durante la pérdida de peso en una población femenina obesa: Un estudio piloto.**

El efecto potencial de la pérdida de peso en la conducta sexual ha recibido una atención limitada de investigación. La mayoría de los estudios realizados han examinado cambios en la conducta sexual como resultado de la pérdida de peso para una cirugía gástrica y los resultados han sido conflictivos.

Los pocos estudios que han examinado el funcionamiento sexual cuando la pérdida de peso no es acompañada por métodos quirúrgicos sugiere que pueden ocurrir cambios positivos. (Kolotkin, Head, Hamilton, 1995; Abramson, Catalano, 1985). De cualquier modo la exploración de los cambios ocurridos ha sido muy limitada.

Específicamente los estudios basados en medidas no válidas para calcular el funcionamiento sexual y virtualmente no ha habido exploración de posibles mediadores de la relación entre el perder peso y los cambios en la conducta sexual.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Muchas variables pueden estar relacionadas con los cambios en la conducta sexual después de la pérdida de peso. Estudios previos sugieren que ambos progresos : en la imagen corporal (Andersen & LeGrand, 1991; Grant & Cash,1995) y en el incremento en la actividad física (Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976; White, Case, McWhiter & Mattison, 1990; Frauman,1982) están asociados con progreso en el funcionamiento sexual. Otros factores pueden estar relacionados a esto último después de perder peso, pues son el incremento factible de actividad física (Castelnuovo-Tedesco & Schiebel, 1976;Kalucy & Crisp, 1974) y el incremento en la seguridad

(Castelnuovo- Tedesco & Schiebel, 1976; Clark, Cargill, Medeiros, Pera, 1996) de que pueden aventajar en incrementar la asertividad sexual.

El propósito de este estudio (Werlinger , King, Clark, Pera & Wincze, 1997) fue el examinar las percepciones de los pacientes de cómo su conducta sexual e imagen corporal estuvo afectada por la pérdida de peso.

Se hipotetizó que después de perder peso, los pacientes reportarían cambios positivos en su imagen corporal y en la frecuencia de esta y la satisfacción con la actividad sexual. Un tema secundario fue explorar qué factores identifican los sujetos como contribuyentes a los cambios en el funcionamiento sexual.

Los sujetos utilizados fueron 32 mujeres obesas inscritas en el programa de reducción de peso del Hospital Miriam en E.U.A. Habían estado participando en este programa por un promedio de 31 semanas (rango de 11 a 91 semanas). Los sujetos eran blancas 91 %, casadas 50 %, empleadas 50 %; la edad promedio fue de 47 y la educación promedio fue de 14 años.

Antes del programa su Indice de Masa Corporal era de 42.7 con un peso promedio de 257.59 lb. Para el momento del estudio habían perdido un promedio de 56.53lb. y el promedio del Indice de Masa Corporal había decrementado a 33.4.

El funcionamiento sexual fue evaluado usando una subescala de manejo, una de satisfacción y un Inventario de Funcionamiento Sexual derogado y el Indice Global de Satisfacción Sexual (DSFI).

La imagen corporal fue calculada a través de la subescala de evaluación de la apariencia y de la escala de satisfacción de áreas corporales del Cuestionario de las Relaciones Multidimensionales con la imagen corporal (MBSRQ).

Un cuestionario adicional de autoreporte, fue creado para medir la importancia de los siguientes factores en percibir los cambios en el funcionamiento sexual : ser más atractiva que otras, encontrar el sexo más físicamente factible y cómodo, experimentar cambios en la imagen corporal , convertirse en más atractivo y sexualmente más asertivo.

El cuestionario usó una escala de likert de 5 puntos con un formato de respuestas de desacuerdo/acuerdo.

El cuestionario de autoreporte calculó la importancia de varios factores en percibir los cambios en el funcionamiento sexual y reveló que el 53 % sintió que su conducta sexual había cambiado desde que habían perdido peso, mientras que un 34 % sintió que no y el resto 12.5 % (n=4) no contestó. Las explicaciones más frecuentes fueron: " Porque me siento mejor con respecto a mi cuerpo" 72%, " Porque me siento menos deprimida respecto a mi peso" 74%.

Este estudio retrospectivo encontró que después de perder peso los sujetos perciben significativos progresos en su funcionamiento sexual y en su imagen corporal.

Estos hallazgos apoyan investigaciones previas en esta área y son consistentes con los reportes de casos clínicos (Castelnuovo- Tedesco & Schiebel, 1976; Chandarana, Conlon, Holliday & Deslippe, 1990; Kolotkin, Head & Hamilton ,1995; Abramson & Catalano, 1985).

Los resultados son importantes porque previos estudios han usado poblaciones intervenidas quirúrgicamente como motivo de la pérdida de peso , o medidas no válidas. Por lo que, este estudio amplía investigaciones previas.

Los sujetos reportaron ocuparse en la actividad sexual más frecuentemente después de perder peso.

Fue también considerable, pero no significativo, el incremento en la satisfacción sexual. Esto puede ser porque después de perder peso, los sujetos experimentan un gran deseo de sexo pero pueden no experimentar el mismo incremento en la satisfacción, porque ellos carecen de confianza o experiencia en obtener satisfacción sexual. Incluso después de perder peso, la frecuencia de la actividad sexual reportada por estos sujetos fue todavía menor o más baja que el promedio, y no reportaron tanta satisfacción sexual como la muestra normal.

En la línea de estudios previos, los sujetos reportaron progresos en su imagen corporal . Como la obesidad está asociada con una imagen corporal pobre, el mejoramiento de la imagen corporal a lo largo de la pérdida de peso no es sorprendente.

Se necesita más investigación que examine cuestiones de la imagen corporal y los cambios en una población obesa, así como la mayor parte de la investigación se ha enfocado en poblaciones con problemas alimentarios.

La mayoría de los sujetos reportó experimentar progresos en el funcionamiento sexual y casi todos lo sujetos los atribuyeron a los cambios ocurridos en su imagen corporal a lo largo de la pérdida de peso, también reportaron menos efectos negativos respecto a su apariencia. Por lo tanto, los progresos en el funcionamiento sexual pueden haber sido provocados por los progresos en la imagen corporal.

Los hallazgos de este estudio sugieren que las personas obesas inscritas en un programa de reducción de peso de un hospital que pierden peso pueden mostrar progresos en su funcionamiento sexual y en su imagen corporal, lo cual no se puede generalizar a otras personas obesas por la homogeneidad de esta muestra.

Por lo que próximas investigaciones deberán analizar muestras más heterogéneas y realizar un estudio prospectivo examinando el funcionamiento sexual que puede extender los resultados aquí encontrados: que muchos sujetos percibieron mejoramiento en el funcionamiento sexual y en su imagen corporal después de perder peso y que atribuyeron dichos cambios en la función sexual a sentirse mejor con sus cuerpos. Esta información puede ser valiosa en términos de examinar el impacto de la obesidad y la pérdida de peso en la calidad de vida.

- **Alteración perceptual de la imagen corporal en adolescentes mujeres.**

La presencia o ausencia de distorsión de la imagen corporal en anorexia nerviosa recientemente se ha convertido en un tema controvertido . Slade & Russell (1973) usando un aparato de medición de estimación visual, mostró que los pacientes emaciados de anorexia nerviosa sobreestiman enormemente el grosor de su propio cuerpo y esta tendencia a la sobreestimación decrece conforme los pacientes ganan peso.

Si la sobreestimación del grosor corporal es asociada con la edad joven y generalmente según su estudio, hay evidencia de que en su grupo normal los sujetos habían sido algo más que obesos hace algunos años y sugirieron que la reciente pérdida de peso en los sujetos normales pudo haber afectado sus estimaciones de peso corporal.

Recientemente en un documento presentado en el Congreso de Pittsburg de la Sociedad Americana de Medicina Psicosomática, Garner (1988) no encontró diferencia en estimaciones corporales medidas con un modificado aparato de medición estimada entre 16 controles normales.

Desde que Slade & Russell (1973) han encontrado el grado de distorsión de la imagen corporal fue relativa al resultado de la enfermedad. Algunos estudios preliminares dieron razón para sospechar que la estimación del grosor corporal tal vez está relacionada con la edad. Todos los sujetos de éste estudio carecían de enfermedades psiquiátricas ó médicas, siendo los sujetos 86 mujeres de escuelas de la cd. de Iowa, E.U.A.

En un rango de edad de 10 a 18 años excepto de 14 a 17 años de quienes se obtuvieron sólo 7 y 9 voluntarias respectivamente. Los resultados de este estudio mostraron que la tendencia a sobreestimar el grosor corporal puede ser de confiabilidad acertada, es relativamente menor a la estimación corporal de la altura y es asociada a edades jóvenes y se estabiliza a una sobreestimación menor después de los 10 años de edad.

Si consideramos que los sujetos más jóvenes tienen menos experiencia en hacer juicios de su anchura corporal, sus estimaciones podrían ser más variables de juicio en juicio pero no parciales en dirección a la sobreestimación. Una hipótesis más plausible pero no comprobada podría ser la habilidad para determinar la imagen corporal con precisión lo que envuelve un desarrollo perceptual maduracional.

Mientras esta hipótesis no sigue los resultados obtenidos en este estudio, es menos compatible con los datos que con la hipótesis experimental (Halmi, Goldberg, Cunningham, 1977).

Los estudios de Elkind (1975) en reorganización perceptual, esquematización, exploración y transporte dado por la evidencia de la teoría de Piaget, de que la percepción es construida progresivamente a través del desarrollo gradual de regulaciones perceptuales. En uno de sus estudios de transporte perceptual, los resultados de Elkind (1975) sustentaron los previos hallazgos de Piaget de que los niños más pequeños sobreestiman las líneas verticales de iguales y desiguales largos a diferentes distancias.

Un incremento en el nivel de edad fue correlacionado con la tendencia a la disminución a sobreestimar.

De cualquier forma Elkind (1975), estudió una variedad de habilidades perceptuales y encontró que todas se convirtieron en más precisas en niños con edad incrementada. De éste modo parece razonable sugerir que la disminución de la sobreestimación de la anchura corporal, con el aumento de la edad de los niños, es un proceso maduracional.

El hecho de que los pacientes con anorexia nervosa (Slade & Russell 1973) reducen su sobreestimación conforme ellos recobran su peso corporal sugiere que cuando están emaciados, los pacientes regresan a una etapa anterior de su representación perceptual. Lo inexplicado en los resultados de este estudio es la tendencia a subestimar el largo de brazos y pies los cuales en ese momento de crecimiento no tienen relación con la edad. Mientras que las intercorrelaciones entre las estimaciones de anchura son suficientemente altas para sugerir un factor común. Las estimaciones del largo no son unidimensionales y son relativamente independientes de las estimaciones de la anchura corporal.

• **Imagen Corporal, Atractivo Físico y Depresión.**

Peto (1972), sostiene que la imagen corporal es un aspecto importante de ambas depresiones, psicótica y no psicótica. Berscheid, Walster & Bohrnstedt (1973) entrevistaron 2000 lectores de la revista Psychology Today y encontraron que la satisfacción corporal estaba relacionada con la felicidad personal. Los adolescentes que reportaron no ser atractivos fueron el grupo de entrevistados que más lejos estaba de su felicidad y los adultos que estaban en los 30's quienes reportaron que fueron adolescentes atractivos resultaron ser los más felices.

Marsella, Shizuru, Brennan & Kameoka (1981) investigaron la catexis corporal y la depresión. Ellos realizaron categorías con estudiantes de preparatoria, en su Escala de Zung de Autoreporte de Depresión y encontró que los estudiantes deprimidos estaban más insatisfechos con 17 áreas corporales.

Por las referencias anteriores podemos suponer que un factor de riesgo para presentar síntomas depresivos puede ser el estar insatisfecho con la imagen corporal y por ello presentar una alteración de la imagen corporal, lo que lleva a una infelicidad dependiendo del contexto cultural y de la edad y sexo del individuo.

Basándonos en la evidencia de que las personas que no son atractivas reciben menos reforzamiento social que sus compañeros atractivos (e.g. Berscheid & Walster, 1974; Cash, 1981, en prensa ; Cash & Burns, 1977), uno quizá puede predecir por la teoría de reforzamiento de Lewinsohn's (1974) que las personas menos atractivas pueden ser más susceptibles a la depresión. Cash & Smith (1982) encontraron que un atractivo físico menor, determinado por los demás, era relativo a un alto índice significativo autoreportado en sujetos hombres. Un pensamiento similar no significativo fue encontrado en mujeres.

Las siguientes hipótesis fueron generadas y probadas:

1.- Los sujetos deprimidos se reportarán como menos satisfechos consigo mismos, con las partes de su cuerpo y su apariencia física y se apreciarán como menos atractivos físicamente que los sujetos no deprimidos.

2.- Los examinadores percibirán a los sujetos deprimidos como físicamente menos atractivos que los no deprimidos.

3.- En relación a los sujetos no deprimidos, las personas deprimidas distorsionarán su grado de atractivo físico, percibiéndose así mismas como menos atractivas.

En la comprobación de esta hipótesis se utilizó la Escala de Satisfacción de Partes Corporales (BPSS de Berscheid, 1973; Bohrnstedt, 1977) que consiste en una lista de 24 partes del cuerpo y un reactivo de apariencia física.

Cada parte es evaluada con una escala de likert de 6 puntos yendo de extremadamente insatisfecho a extremadamente satisfecho. Asimismo, la escala consiste en 5 factores para cada sexo, un segundo orden que dejó Bohrnstedt (1977) para concluir que cuando existe una sobreestimación, el grado de satisfacción corporal es deseado, los resultados encontrados indican que entonces ésta construcción es justificada.

Como se predijo los sujetos deprimidos estuvieron significativamente menos satisfechos con su apariencia física en general y con sus partes corporales y se ven así mismos como físicamente menos atractivos y generalmente evalúan su apariencia física de manera menos favorable que los sujetos no deprimidos.

Por lo tanto, los resultados de este estudio (Noles, Cash & Winstead, 1985) confirman su primer hipótesis.

Las personas deprimidas tienen imágenes corporales más pobres que las no deprimidas. La hipótesis final indica que los individuos deprimidos, en comparación con los que no lo están, reportarán una mayor distorsión en la imagen corporal.

Para evaluar ésta predicción, fueron generados dos grados de distorsión para cada sujeto, usando diferencias entre los grados estandarizados porque los componentes de los grados de distorsión tuvieron una variación en la escala de grosores y en consecuencia no fueron directamente comparables.

La distorsión grado A, reflejó la discrepancia entre el atractivo físico autopercebido y el objetivo. La distorsión grado B, reflejó la comparación de grados de satisfacción con el cuerpo de uno mismo en relación al nivel objetivo de atractivo físico.

Se utilizaron varias escalas: La Escala de Satisfacción de Partes Corporales (BPSS, Berscheid & Bohrnstedt, 1977); un Cuestionario de Relaciones Autocorporales (BSRQ, Winstead & Cash, 1984); la Escala de Estudios de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, Radloff, 1977); la Escala de Depresión- Autolabilidad (Lewinshon & Terri, 1982); y la Medida de Atractivo Físico (ShROUT & Fleiss, 1979). Las diferencias encontradas fueron calculadas de la siguiente manera:

Una distorsión negativa podía indicar que en relación a su nivel de atractivo físico el sujeto sobreestime este mismo (A).

Tener una puntuación más baja en satisfacción corporal que la obtenida en el atractivo físico (B).

El análisis estadístico en los puntos de distorsión indicaron un efecto significativo de la depresión.

Los efectos univariados fueron significativos en ambos grados de distorsión en A y B.

Los sujetos deprimidos distorsionan su imagen corporal en una dirección negativa, como era de esperarse, estas personas reportaron estar menos satisfechas con su atractivo físico y se percibían así mismas como menos atractivas en comparación con los porcentajes que indicaron la validez del estudio.

También los sujetos no deprimidos distorsionaron su imagen corporal, pero de manera positiva. Reportaron estar más satisfechas con su apariencia física y se percibían así mismos como más atractivos que los porcentajes que los autores sugirieron como validez.

La hipótesis de que las personas deprimidas podrían tener una menos positiva imagen corporal que las personas no deprimidas fue consistentemente apoyada a través de los diversos índices de imagen corporal.

Congruente con los hallazgos de Marsella (1981), el grupo de deprimidos reportó menor satisfacción con sus partes corporales así como con su apariencia física externa. En la muestra usada en éste estudio (Nole, Cash & Winstead, 1985) las personas con una imagen corporal pobre fueron las que significativamente reportaron sintomatología depresiva en comparación con los sujetos de los otros grupos.

De acuerdo con este estudio es un hecho, que los pacientes que se someten a cirugías estéticas no sólo tienen una imagen corporal negativa sino también con frecuencia sufren de depresión (Cash & Horton, 1983; Goin & Goin, 1981).

De otra manera, las inferencias causales no son posibles en este estudio, quizás los individuos con una imagen corporal pobre tienen una enorme predisposición a la depresión en comparación con personas con una adecuada y buena imagen corporal.

El análisis de los sujetos con distorsión en su imagen corporal, confirmó la hipótesis de Beck (1973, 1976) de que una contención teórica y observación clínica del comportamiento de las personas deprimidas respecto a su apariencia física era una marcada distorsión de la realidad; predijo que los individuos deprimidos podrían subestimar su atractivo físico en relación a su nivel social, lo que se confirmó.

Asimismo, una distorsión negativa era evidente entre el grupo de deprimidos, el grupo de sujetos no deprimidos también expresó una distorsión en la autopercepción corporal, que reflejó una distorsión positiva o sobreestimación de la misma.

CAPÍTULO 4

GÉNERO.

4.1. Masculinidad y Femenidad.

Lo masculino se ha equiparado con el hecho de ser pragmático y estar orientado hacia la consecución de metas, mientras que lo femenino, con lo expresivo y afectivo.

Los estereotipos de género se refieren a creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y se comporta cada sexo. Existen dentro de este contexto, estereotipos masculinos y femeninos. Los estereotipos son con frecuencia simplificaciones excesivas y reflejan prejuicios, clichés e ideas preconcebidas. Los roles o papeles de género, por su parte, se refieren a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres. Por ejemplo, el papel de proveedor se le asigna principalmente al hombre y el cuidado de los hijos a la mujer. Es también frecuente que el papel de género se identifique con las diversas actividades u ocupaciones que desempeña la persona. Otro concepto sobre el género es el de identidad sexual, proceso a través del cual una persona logra un sentido de "sí misma" en el que hay un reconocimiento de la propia imagen como hombre o como mujer, que le permite manifestar las cualidades humanas etiquetadas por la sociedad como masculinas y femeninas.

Aspectos biológicos y ambientales intervienen en la adopción de los papeles de género y en el proceso de formación de la identidad, en donde el aprendizaje social juega un papel muy importante.

Estereotipos de género.

Los trabajos subsecuentes en esta línea muestran una prevalencia importante de los estereotipos de género, entendidos como juicios relativos sobre el hombre y la mujer. Trabajos como los de Williams (1977 citado en Lara 1990) han mostrado que los estereotipos de género se presentan en muy diversas naciones como son Paquistán, Inglaterra, Irlanda, Francia, Alemania, Noruega y no sólo en la sociedad norteamericana que es donde se han llevado a cabo la mayoría de los estudios. Los trabajos realizados en México muestran trabajos muy similares aún entre diversos subgrupos del país, como pueden ser entre poblaciones urbanas y rurales (Lara y Figueroa, 1990).

Hay un consenso entre investigadores respecto a que los estereotipos son el resultado de imperfecciones, errores o limitaciones en la manera en que las personas procesan grandes cantidades de información (Edwards, 1992).

Ya que las diferencias están dadas generalmente por los diversos roles que las personas juegan en nuestra sociedad (Deux & Major, 1987).

Siguiendo el estudio de Edwards (1992) encontró que, tomando como base las conductas y los rasgos desplegados por los varones, estos podrían dividirse en seis categorías : hombre de negocios, perdedor, asalariado, atleta, hombre de familia, mujeriego.

En el caso de las mujeres Clifton, McGrath y Wick (1976) encontraron cinco categorías: ama de casa, mujer símbolo sexual, mujer que participa en actividades de beneficencia o civiles, profesionista y atleta.

Estudios como estos llevan a la propuesta de que es posible que los miembros de un género difieran más entre sí que con el otro género.

Diferencias entre ambos sexos.

En un estudio realizado por Maccoby y Jacklin (1974) en el que realizaron una revisión exhaustiva de la literatura sobre las diferencias entre los sexos en cuanto a funciones cognitivas, temperamento y conducta social. Los datos mostraron tener diferencias y sólo en cuatro áreas, los hombres mostraron superioridad en matemáticas y en tareas visoespaciales y las mujeres en habilidad verbal. La conducta social de los hombres mostró ser más agresiva que la de las mujeres.

Una diferencia importante que reporta Maccoby (1990) con base en estudios longitudinales y transversales se refiere al estilo de relación social. Observó que desde temprana edad, se advierte en las mujeres un estilo fácil para establecer relaciones interpersonales, en los hombres , por el contrario, se presenta un estilo restrictivo en el que se pretende entorpecer la interacción, para inhibir al compañero o causar que se retire lo que lleva a acortar la interacción o terminarla.

Una de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres es la vulnerabilidad física, siendo esta mayor en los hombres sobre todo en los periodos extremos de la vida: la primera infancia y la vejez (Jacklin, 1989).

Las investigaciones que sólo se han centrado en estudiar las diferencias de género aportan poca comprensión al entendimiento del género.

Masculinidad y Femenidad.

Los instrumentos nuevos de medición que incorporaron la visión del género fueron: el Inventario de Roles Sexuales de Bem (1974), el Cuestionario de Atributos Personales de Spence, Helmreich y Stapp (1974) y el Inventario de Masculinidad y Femenidad de Lara (1990), entre otros.

Algunos estudios de la población mexicana mostraron resultados muy similares a los de otros países, esto es, una clara tendencia a que los hombres se describieran así mismos con más atributos masculinos: pragmáticos, orientados hacia metas, con mayor seguridad en sí mismos que las mujeres ; mientras que ellas se describieron como más femeninas: sensibles a las necesidades de los demás, tiernas, dulces, etc.. (Lara,1988,1990). Es importante subrayar que hombres y mujeres se adjudicaron ambos grupos de características y no unas con excepción de otras. Con lo que podríamos decir que pese a las diferencias reportadas las similitudes fueron también muy grandes.

De acuerdo con Bem (1974) la persona que se comporta de manera masculina o femenina lo hace porque ha internalizado las normas de comportamiento que la sociedad dictamina como deseables.

Los estereotipos y roles de género se refieren con frecuencia al machismo y sumisión, los cuales en ciertas épocas y contextos han sido considerados como detalles socialmente deseables, pero en la actualidad, aunado a su baja deseabilidad social, se cuestiona su valor para un ajuste personal adecuado. Así, incluir aspectos no deseables de los roles de género en las escalas de masculinidad y femeneidad fue un paso importante, ya que los autores encontraron que las puntuaciones altas en estas escalas están relacionadas con síntomas emocionales como son la depresión, el enojo y la preocupación (Holahan y Spence, 1980; Lara, 1990).

Los roles de género en nuestra cultura.

Se dicho que en México la dicotomía masculino-femenino alcanza dimensiones dramáticas (Ramírez, 1977); que en nuestro país el machismo está más arraigado que en otras culturas latinoamericanas (Elmendorf, 1977).

Que la situación de sumisión de la mujer es tan aceptada, que el movimiento de liberación femenina no ha hecho mucha mella en ella (Stevens, 1973) y que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo no ha implicado un cambio en las labores tradicionales, ni en la conciencia de género de las mujeres (Oliveira y Gómez, 1989). De acuerdo con Stevens (1973 b), la palabra machismo describe una orientación que puede resumirse como culto a la virilidad, cuyas principales características son una exagerada agresividad e intransigencia entre hombres y una actitud de arrogancia y agresión sexual hacia las mujeres. El machismo también se manifiesta en una necesidad "de salirse siempre con la suya", de presionar a que otros acepten los puntos de vista propios y de ganar cada discusión, considerando cada diferencia de opinión como una declaración de enemistad. Este autor comenta que, dentro del machismo, la preocupación primordial, que llega al grado de extrema ansiedad, es la demostración de la masculinidad, de la potencia sexual y la capacidad de engendrar, mismas que se demuestran de diversas maneras: sometiendo a "su mujer" , impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, dándole mucha importancia a tener un hijo varón y manteniendo constantes relaciones extramaritales.

El síndrome de mujer sufrida, también descrito como marianismo, maternalismo, hembrismo o sumisión, consiste en un culto a la superioridad espiritual femenina que enseña que las mujeres son espiritualmente superiores y más fuertes que los hombres (Stevens, 1973 b). Este culto lleva a las mujeres a no evitar el sufrimiento sino a luchar por hacerlo evidente, mostrando las actitudes correspondientes de abnegación, que son más pronunciadas entre más sufrimiento les inflinjan sus cónyuges. También se caracteriza por una gran dependencia, conformismo, falta de imaginación y timidez, en relación con el hombre (Elú de Leñero, 1969).

Los papeles de macho y mujer sufrida han sido observados con mayor claridad en sectores populares. La realidad de marginalidad y pobreza fuerza el desarrollo de mecanismos de adaptación y defensa tales como el uso frecuente de la violencia, la dependencia, el fatalismo, el machismo y una exagerada sumisión (Béjar, 1979).

Pese a que la mujer ejerce un papel importante en la toma de decisiones, como proveedora económica y es el apoyo emocional de la familia, ella misma sigue adjudicándose características de pasividad, sumisión y dependencia en mayor medida que el hombre (Lara y Figueroa, 1990).

Al hombre se le atribuye, por otra parte, supremacía absoluta y se le considera la fuente de toda autoridad. El papel que desempeña, sin embargo, es con frecuencia de irresponsable, ausente y violento.

En cuanto a la creencia, que suele prevalecer, de la supremacía del hombre y subordinación absoluta de la mujer, un estudio en una comunidad rural mostró que el 80 % de la población estuvo de acuerdo con las premisas: "las mujeres sufren en su vida más que los hombres", "los hombres son superiores a las mujeres", "los hombres deben llevar los pantalones en la familia", "una buena esposa debe ser fiel a su esposo", "la mujer debe ser débil" (Avila, 1986). Lara (1990) encontró que los cinco reactivos más atribuidos a los hombres fueron: rudo, no le gusta arriesgarse, dispuesto a mantener su postura, agresivo y dominante; mientras que las mujeres: deseosa de consolar al que se siente lastimado, sumisa, cobarde, indecisa y dulce.

El cambio más significativo se ha observado en los papeles de género observado en las mujeres de medianos y altos ingresos de zonas urbanas, quienes progresivamente han despegado a roles más activos y menos sumisos, involucrándose con mayor frecuencia en actividades diferentes a las del hogar y el cuidado de los hijos.

Algunas de las variables sociodemográficas que caracterizan a las mujeres que se perciben así mismas con menos rasgos de sumisión y pasividad son: mayor escolaridad, más joven, soltera, empleada, profesionista y sin hijos. Contrario a lo que se encontró en las mujeres, el mayor nivel de empleo en los hombres no se encontró asociado con menos rasgos tradicionales (Lara, 1988).

Roles de género y conducta sexual.

La conducta sexual, más allá de la perspectiva biológica reproductiva, en la que hombres y mujeres tienen una función específica y complementaria, está también sujeta a los papeles asignados a cada sexo, los cuales facilitan o inhiben, gratifican o sancionan ciertos comportamientos sexuales. Por ejemplo, se le asigna al hombre el papel activo y de toma de iniciativa en cuanto a la conducta sexual y a la mujer un papel pasivo.

Un estereotipo muy generalizado es que los hombres tienen, por naturaleza, una mayor inclinación hacia la actividad sexual que las mujeres y que la excitación sexual en el varón se produce rápida y automáticamente, en tanto que la mujer necesita que se le trate con ternura y aún así se cree que su capacidad de excitación es bastante limitada.

Estos estereotipos tienen consecuencias negativas en cada persona: los varones se esforzarán por estar a la altura de las expectativas, lo que con frecuencia tendrá el efecto contrario y las mujeres se adaptarán a esta imagen limitada respecto a su capacidad sexual inhibiendo sus verdaderas potencialidades.

Estudios recientes sobre la sexualidad masculina y femenina ponen en evidencia lo limitado y falso de estos estereotipos (Masters & Johnson, 1987).

Roles de género y orientación sexual.

El término orientación sexual se refiere a si un individuo prefiere como compañero erótico a un miembro del sexo opuesto (heterosexual) o del mismo sexo (homosexual).

Se han estudiado los estereotipos que existen hacia los homosexuales en términos de masculinidad y femineidad. En cuanto a los homosexuales se les atribuyen las siguientes características: necesitan más de la aprobación de los demás, no ocupan un primer plano en lo social, ayudan a los demás y expresan sentimientos de ternura, mientras que a las lesbianas se les atribuye: no necesitar de la aprobación de los demás, ocupar un primer plano en lo social y no expresar sentimientos de ternura (Taylor, 1983).

En cuanto a rasgos de personalidad, las lesbianas se describen como más masculinas que las mujeres heterosexuales, y los hombres homosexuales reportan más bajas puntuaciones en masculinidad que los heterosexuales (Oldham, Farnil, & Ball, 1982; Finlay, Scheltema, 1991). Estos mismos estudios no muestran diferencias en femineidad entre los grupos. En un análisis más detallado realizado por Finlay y Scheltema (1991), se encontró que las medias más altas en masculinidad en las lesbianas se debían a altos puntajes en el reactivo independiente, mientras que en los hombres heterosexuales a sus puntajes elevados en competitividad.

Los estudios hechos por estos autores anteriormente mencionados nos hacen pensar que existen papeles y estereotipos muy claramente definidos para mujeres y hombres, comunes a la mayoría de las sociedades.

Estos papeles se relacionan con los papeles asignados tradicionalmente a la mujer y al hombre: de ama de casa y cuidadora de la familia y de proveedor, respectivamente.

4.2. Clorosis: Patriarcado -Sexismo.

En el siglo XIX se entendía que la mujer, por razones biológicas, debía cumplir la tarea reproductora y de ama de casa; era considerada una criatura débil, no apta para contribuir a la sociedad en otras capacidades. La clorosis se describía como una anemia extrema; los síntomas oscilaban entre fatiga, desórdenes alimentarios y cese de la menstruación. El síntoma principal era el agotamiento, y ello confirmaba la "debilidad" innata de la mujer. La clorosis está relacionada con otras enfermedades del siglo XIX, casi todas caracterizadas por el agotamiento físico y mental. Sin embargo, los síntomas eran tan vagos y misteriosos que para poder diagnosticarlos se englobaron bajo ciertos nombres comunes . Así surgieron la "neurastenia" o "consunción". En realidad estas etiquetas ocultaban la raíz del problema: el papel de la mujer en la sociedad patriarcal (Concepción, 1985).

Aparentemente la clorosis, la consunción y la neurastenia eran enfermedades propias de jóvenes adolescentes de clase media. Una posible interpretación es ver la enfermedad como la reacción inconsciente e inadecuada de la joven púber frente a su incapacidad para reconciliar dos postulados contradictorios de su época: la libertad y la dependencia. Sin embargo, la sociedad, a través de la medicina, interpretó esta reacción como una enfermedad, revelando posiciones conservadoras frente a las crecientes luchas por la igualdad femenina.

Los escritos de la norteamericana Charlotte Perkins Gillman 1880 (Ehrenreich & Deidre , 1979) describen la dependencia que le asignaba su condición femenina agravada por una nueva dependencia: la dependencia de la mujer ante la profesión médica, que en esos momentos consolidaba su monopolio en el área de la salud. La evidencia "científica" aseguraba que la mujer por su esencia era inválida: su destino, ser una enferma, una "paciente".

Karl Figlio (1983) explica cómo las relaciones sociales impulsaron a los médicos a adoptar la ideología de la clase dominante de esa época. La clase media, en la que los médicos deseaban insertarse, descansaba sobre postulados ascéticos sexuales. El desarrollo sexual tardío retrasaba el deseo de independencia de la mujer. Las mujeres de las clases más pobres tan pronto llegaban a la madurez sexual se incorporaban al mundo del trabajo y rompían los esquemas sexuales estereotipados.

Su comportamiento "promiscuo" resquebrajaba la estabilidad de los ideales de la clase media y la autoridad de la familia. Debido a esto, la clorosis, que acentuaba la asexualidad, se veía como una enfermedad natural y propia de las mujeres jóvenes de clase media, que las diferenciaba de las trabajadoras. La clorosis se diagnosticó también entre mujeres trabajadoras, pero se consideraban como casos individuales y no de clase.

En estos ejemplos, la ideología velaba las relaciones entre enfermedad y actitudes sociales, entre enfermedad y trabajo.

La medicina era, pues, un vínculo mediante el cual la sociedad rehusaba a responsabilizarse por sus propias ambigüedades. El médico, vinculado a la ideología dominante por intereses de clase servía, aunque en algunos casos inconscientemente, como instrumento de dominio. De este siglo viene la "consunción" de las enfermedades como la anorexia y la bulimia, aunque son propias del siglo XX (Bruch, 1979). Hay muchos puntos de contacto entre estas enfermedades y la clorosis, ya que se manifiestan en jovencitas de clase media que lo tienen "todo": belleza, inteligencia, medios económicos. La enfermedad va casi siempre acompañada del retraso o cese de la menstruación, lo cual detiene el paso normal de la adolescencia a la madurez. Los médicos se sienten perplejos. Mientras tanto las mujeres que sufren el mal, tanto en E.U.A. como en Europa desde mediados de los años setenta, no siempre han recibido la atención adecuada. Algunos expertos estiman que afecta a más de un millón de personas (Concepción, 1985).

La mujer del siglo XX, se ve a sí misma presionada y atrapada por las expectativas de la familia o la sociedad. El mundo en el que vive ha sido planificado desde la infancia por otros, y ella no se ha sentido participe de las fuerzas del poder que configuran la opresión de la autoridad padre/madre. El papel de los padres es producir seres humanos que respondan a unos valores determinados. Los hijos deben corresponder libremente, desde una personalidad propia.

El problema de inmadurez, y la dificultad para convertirse en adultos, que existe en las pacientes anoréxicas así como la incapacidad para disentir de los planes expresos o tácitos de los padres, revelan que las tensiones entre sumisión y autoconciencia son intolerables. Es por eso que la enfermedad es autodestructiva: "la obligación de ayunar vence el deseo de comer, el deseo de vida" (Schutze, 1983).

Sus conflictos de identidad se hacen evidentes en la visión distorsionada que tienen de sus cuerpos y de su sexualidad. Intentando cumplir normas preestablecidas, desarrollan una visión utópica de la perfección y se convierten en personas muy competitivas, a veces juzgando a los demás en los mismos términos (Cauwels, 1983).

Rechazar el alimento es lo único que les da una sensación de poder y autoestima. Pero a pesar de su dominio permanecen insatisfechas consigo mismas. Sus enfermedades son sintomáticas, tal vez simbólicas, ya que la sociedad les ha impuesto dificultades imposibles superar.

La medicina se rehusa a reconocer la raíz social del problema. No ve los desequilibrios y contradicciones de la propia estructura social; patriarcado/sexismo, familia, autoridad, trabajo/competencia.

Nuestra sociedad ha fortalecido una ideología que mantiene a la mujer en un estado de inmadurez, sin desarrollo pleno de las posibilidades, sin conciencia de su yo. La clorosis y la anorexia son enfermedades de un porcentaje de las mujeres que revelan cuáles son las fuerzas dentro de nuestra sociedad que ha mantenido a la mujer en un estado de dependencia.

La clorosis puede entenderse como una respuesta al sexismo. La anorexia y la bulimia pueden interpretarse como construcciones de la familia y la competitividad.

La bella y etérea sílfide ha descorrido un velo que ocultaba una imagen espantosa, al mostrarnos un saco de huesos (Gordon, 1983). Una mirada penetrante podría estar reflejando nuestra propia imagen. Todavía estamos a tiempo de reclamar nuestra bella imagen.

4.3. Las mujeres enmarcadas en la anatomía como destino.

La capacidad de reproducirse de las mujeres, ha sido utilizada durante siglos en casi todas las sociedades para justificar la subyugación de las mujeres. Se ha conceptualizado a las mujeres como seres regidos por sus cuerpos, cuerpos que a su vez se consideran inestables e inherentemente débiles. Se ha presentado la biología como justificación para excluir a las mujeres de la educación o de la fuerza laboral, y este argumento biológico fue adoptado sin crítica por los primeros psicólogos.

Maudsley 1874 & Spencer 1896 (citados en Ussher, 1990) fueron dos ejemplos típicos de argumentación contra el desarrollo de una más elevada educación femenina en Gran Bretaña y América por la potencial "disminución de poder reproductivo (Spencer, 1896 citado en Ussher, 1990) que podría resultar en un deterioro y desaparición de la especie.

De hecho, había un doble vínculo en acción en la Inglaterra victoriana; la educación y el trabajo perjudicarían la función reproductora, mientras que esa misma función reproductora hacía a las mujeres incapaces de toda responsabilidad, poder o igualdad. Tal como afirmaba el rectorado de un universidad en 1877:

"La educación es algo muy de desear, pero es preferible que las futuras matronas del estado carezcan de preparación universitaria a que la tengan al temible costo de una salud arruinada; preferible es que las futuras madres del estado sean robustas, resistentes y sanas a que, por exceso de estudio, implanten en sus descendientes los gérmenes de la enfermedad". (Smith-Rosenberg & Rosenberg, 1977, citado en Ussher, 1990).

Y sin embargo, al mismo tiempo se argumentaba que los poderes mentales de las mujeres no eran iguales a los de los hombres, con lo que la educación sería seguramente desperdiciada.

Según afirmaba Darwin en 1896 (citado en Ussher, 1990):

"La principal distinción en los poderes intelectuales de ambos sexos viene mostrada por el hecho de que el hombre alcanza mayor eminencia que las mujeres en todo cuanto emprende..Si los hombres son decididamente capaces de detentar una preeminencia sobre las mujeres en numerosas materias, el poder mental medio del hombre debe de estar por encima del de las mujeres".(Sayers, 1982 citado en Ussher, 1990).

De modo que los cuerpos de las mujeres, bien resultaban dañados por la educación o el trabajo, o bien hacían a las mujeres inapropiadas para dicho trabajo.

En la Gran Bretaña del siglo XIX era un hecho casi universalmente aceptado que el cerebro estaba directamente vinculado a los órganos reproductores (Showalter, 1987 citado en Ussher, 1990) y que, por consiguiente, cualquier interferencia, fuese en el cerebro o en los órganos reproductores, afectaría a la totalidad del sistema. El cerebro y el útero eran conceptualizados como dos partes en competición por los recursos y la energía vitales, por lo que concentrar los recursos de una mujer en una de ellas significaba privar a la otra.

A las mujeres se las veía como "víctimas de la periodicidad" susceptibles de padecer "locura refleja" como resultado de las "funciones femeninas". La ausencia de las mujeres en la fuerza laboral o en la educación se describía como una evidencia de su inferioridad intelectual, resultante de la "especialización reproductiva" de la mujer. Ninguno de los estudiosos del momento, quienes insistían en la necesidad de mantener a las mujeres en casa para protegerlas contra los males del mundo, veía la menor relación entre su ausencia de la educación y de la fuerza laboral y las limitadas oportunidades que se abrían para ellas. La ausencia de las mujeres en dichas áreas únicamente probaba su incapacidad para competir con los hombres, y no el fracaso de estos en concederles la oportunidad.

Hacia el final del siglo XIX, las mujeres estaban comenzando a cuestionar y desafiar abiertamente el papel prescrito para ellas. Dentro de la sociedad victoriana, dominada por los varones, esto constituyó una crisis: no sólo entraba en cuestión la seguridad del futuro de la especie si las mujeres rechazaban su destino natural, sino que además las mujeres individualmente podrían terminar víctimas de la locura y la destrucción.

Todas las enfermedades mentales y físicas y todo desvío de comportamiento de las mujeres tenía su origen tradicionalmente localizado en la matriz; las disfunciones o enfermedades de los órganos reproductores se hallaban, según la opinión general, en la raíz de todas las "desviaciones" de la mujer.

La institución de la histeria como explicación de la mayor parte del comportamiento "desviante" femenino del siglo XIX es representativo de todo este cuerpo de opinión que localizaba el centro de la existencia de las mujeres en sus capacidades reproductivas.

Histeria, se convirtió en el término general que englobaba a aquellos problemas femeninos generalmente atribuidos a la propensión de las mujeres modernas del siglo XIX a desafiar su "naturaleza", a poner en tela de juicio su papel de procreadoras y a asumir los derechos de los hombres. Estas mujeres no padecían de ninguna enfermedad ni patológica ni biológica, eran víctimas de la opresión de una sociedad que exigía una subordinación y pasividad totales. Muchas de las mujeres diagnosticadas como histéricas eran más independientes y enérgicas que otras de su igual grupo.

En 1867, Skey observó que las mujeres histéricas exhibían "más fuerza y definición de carácter de lo habitual, de firme resolución, sin miedo al peligro, osadas Amazonas, llenas de lo que se da en llamar nervio" (Skey, 1867,78 citado en Ussher, 1990). Estas mujeres de voluntad fuerte estaban rechazando el papel femenino, negándose a seguir pasivas e inactivas y por ello constituían una amenaza para la sociedad victoriana.

La histeria como síndrome comprendía una larga serie de síntomas, desde desmayos, asfixia, sollozos, risas y parálisis hasta infelicidad general, nerviosismo o descontento. Histérico se convirtió en sinónimo de femenino: la esencia de la histeria se veía como parte de la esencia de la feminidad. Emotividad, labilidad e irracionalidad se combinaban para producir la personalidad histérica, que se consideraba tan inherentemente poco fiable como inherentemente femenina.

Y la histeria no era la única enfermedad nerviosa que padecían las mujeres o que podía explicar un sin número de comportamientos. La neurastenia, enfermedad diagnosticada por primera vez en Norteamérica, era un segundo trastorno nervioso que atacaba a las mujeres del siglo XIX.

Era una colección de síntomas variados, muchos de los cuales similares a los de la histeria, comprendía dolores de cabeza, masturbación, vértigo, insomnio y depresión entre otros; afectaba generalmente a mujeres solteras que, de alguna manera no estaban en condiciones de realizar su función reproductora. Las mujeres con ambiciones y deseos conscientes o inconscientes, que no podían realizarse en la rígida sociedad victoriana caían víctimas de esa colección de síntomas etiquetada como neurastenia.

Los doctores del siglo XIX no estaban de acuerdo sobre la etiología de las enfermedades histéricas y nerviosas en las mujeres: muchos creían que sus pacientes eran "pequeñas tiranas", que intentaban ejercer su propia voluntad sobre sus familias.

Sin embargo, a las mujeres que fueron diagnosticadas como pacientes de otros trastornos nerviosos y a las restrictivas vidas que se les obligaba llevar, la interpretación de Rosenberg (1972 citado en Ussher, 1990) parece más exacta: esta proponía que aquellas mujeres al tener un ataque de histeria, estaban utilizando el único medio aceptable de expresar rabia, cólera o energía que tenían abierto para ellas.

A medida que las mujeres del siglo XIX fueron expresando su descontento de manera más manifiesta, sus doctores empezaron a ver histeria y neurastenia por todas partes.

La historiadora Douglas (1973 citado en Ussher, 1990) documentó los comentarios de un famoso ginecólogo, el Dr. Bennet que recomendaba colocar sanguijuelas justo en la vulva, un tratamiento contemporáneo del Dr. Baker Brown, era la clitoridectomía: extirpación del clítoris, y con frecuencia los labios también. Se consideraba este un medio para tratar una amplia gama de manifestaciones de locura femenina de carácter histérico, desde mujeres que no estaban interesadas en los requerimientos amorosos de los hombres, o que eran indiferentes a las “influencias sociales de la vida doméstica”, hasta aquellas que desafiaban las limitaciones de su estrecho papel femenino.

La ovariectomía o extirpación de los ovarios (a menudo llamada “castración femenina”), era probablemente la cura más común para los males femeninos, según comentaban Ehrenreich & English (1979 citado en Ussher, 1990).

En la sociedad victoriana si una mujer daba muestras de rechazar su papel reproductor deseando tener una carrera, vivir independientemente de los hombres o permanecer soltera, esto podría atribuirse a desequilibrios en su sistema reproductor: a sus “hormonas rabiosas” (Windolz, 1987 citado en Ussher, 1990).

Como vemos, el cuidado y la atención ofrecidos estaban basados en el dogma misógino que se enmascaraba en ese entonces bajo el nombre de conocimiento médico.

Muchos historiadores feministas han desafiado las ideologías inherentes a estas prácticas, exponiendo la naturaleza misoginia de las creencias que asocian la locura, maldad o infelicidad de la mujer con su ciclo reproductor y su sexualidad. Por desgracia, muchas de estas explicaciones dadas las experiencias de angustia de las mujeres se han perpetuado en distintas formas y perduran entre nosotros hoy en día.

La reproducción y la menstruación se utilizan como factores controladores de la vida de las mujeres, puesto que se define a estas por su estatus reproductivo, su posición en el ciclo vital o en el curso de la vida: de este modo se refuerza la idea de que “anatomía es destino”.

4.4. Ritual femenino de cirugía genital entre beduinos en Israel:

La razón más común de este ritual que tiene como base una marcada forma de humillar al género femenino desde sus más antiguos ancestros, es la presión social por mantener la tradición.

La segunda razón más común es el creer que las mujeres que no sean sometidas al ritual genital femenino, no serán buenas cocineras ni reposteras.

Muchas mujeres de esta comunidad están convencidas de que después del dolor que representa el exponerse a esta tradición serán más limpias (la palabra arábica es tohor = purificación). Otra razón es el realce de la habilidad reproductiva y el decremento del deseo sexual de la mujer (Asali, Khamayashi, Aburabia, Letzer, Halihal, Sadovsky, Maoz, Belmaker, 1995).

Aunque los hombres están enfáticamente excluidos de este ritual y no están involucrados, de acuerdo a todos los informantes la base es el machismo implícito a todo esto: que la mujer pierda placer y se vea sometida quirúrgicamente a un acto salvaje y sanguinario sin ningún tipo de anestesia.

La ausencia de técnicas estériles y la existencia posterior de cicatrices genitales aún en esta época tienen el riesgo de complicaciones médicas ocasionales o el incremento de la susceptibilidad de la transmisión genital del SIDA (Burton, 1986).

Una campaña de prensa en Israel asumió que la práctica involucrada en la clitoridectomía está motivada por un deseo masculino de dominar y humillar a las mujeres, y que esta práctica debería estar estrictamente prohibida.

Los datos de este estudio (1995) sugieren que la motivación está multideterminada culturalmente, involucra en su mayoría actitudes y perpetradores femeninos, y es considerada en Israel como un operación no mutilatoria como la circuncisión masculina (Lightfoot-Klein, 1989).

Los hallazgos de estos autores entre los beduinos en Israel pueden dar un modelo. Los autores sugieren que los funcionarios tanto de salud como religiosos sean entrenados en técnicas de esterilización y tengan una licencia para realizar una versión simbólica del ritual genital femenino , de manera que puedan cumplir con los derechos de salud de la mujer y asimismo los deseos de muchas personas del Medio Este y de Africa para mantener sus tradiciones.

4.5. Sentimientos de culpa y problemática de cambio de valores en la mujer.

Se expone ésta teoría como uno más de los múltiples puntos de vista que existen con relación al género y sus implicaciones culturales.

Desde el punto de vista freudiano, como "consecuencia de la diferencia sexual anatómica", y del modo en que se plantea y resuelve el Edipo en la mujer, el Superyo, la conciencia moral, nunca adquiere en ésta la misma consistencia que en el varón. En la mujer se daría una internalización moral más deficiente que en el varón. Muchos discípulos de Freud comparten ésta misma posición.

Otras teorías psicológicas que han trabajado en el campo de la moral han ignorado las diferencias sexuales en la internalización de la moral. Aronfreed (1961) constituye una excepción en este sentido. Este autor coincidiendo en esto con los freudianos, planteó la hipótesis de que las orientaciones morales de los varones descansan sobre las bases más internas de las mujeres.

¿ Se puede afirmar que un sexo se caracteriza por una mayor internalización moral y, por lo tanto, tiende a experimentar sentimientos de culpa más fuertes que otro?.

El conjunto de trabajos empíricos realizados hasta mediados de los sesenta para dilucidar esta cuestión no proporciona una respuesta clara. Así Lansky, Crandall, Kagan, y Baker, (1961) encontraron sentimientos de culpa más fuertes entre los chicos que entre las chicas. Otros autores, por el contrario, encontraron que las chicas presentaban niveles de culpa significativamente superiores a las de los chicos (Johnson, 1963 ; Porteus, y Johnson, 1965).

Por último, ni Aronfreed, (1961) ni Grinder, y McMichael, (1963) hallaron diferencias significativas entre los sentimientos de culpa de uno y otro sexo.

Sin embargo, los trabajos posteriores, mejor controlados y con medidas más adecuadas, sugieren que- contrariamente a lo postulado por la mayoría de los planteamientos teóricos- las mujeres adolescentes y adultas poseen una orientación moral más internalizada y una mayor tendencia a experimentar sentimientos de culpa que los varones.

El volúmen de investigación empírica que apoya ésta propuesta es aplastante (Bradbury, 1967; Peretti, 1969; Biaggio, 1969; Heying, Korabik, Munz, 1975; Breen, y Prociuk, 1976; Hoffman, 1975, 1977, 1980, 1983; Evans, 1984; Bovbjerg, 1985; Lobel, Kav-Venaki, y Yahia, 1985; Lalos, Lalos, Jacobsson, y Von Schoultz, 1986; Klass, 1988; Perry, Perry y Weiss, 1989). Pero un punto que todavía no está claro, es si ésta tendencia es generalizable a cualquier área de actuación o si como plantean ciertos autores, se hallaría limitada a áreas de conducta específicas.

Así, Heying, Korabik, y Munz, (1975), a partir de una investigación realizada para analizar las diferencias sexuales en la culpa anticipada ante transgresiones de sentido diverso, concluyeron que los hombres y las mujeres difieren en sus reacciones de culpa a ciertas conductas específicas, pero no se puede hablar de una mayor predisposición general a sentir culpa en un sexo que en otro. En dicho estudio, mientras que ante conductas de contenido sexual las mujeres mostraban sentimientos de culpa significativamente más intensos que los varones, no se encontraron diferencias significativas entre uno y otro sexo ni en "culpa por hostilidad" ni en "culpa de la conciencia moral".

Sin embargo, en otra investigación posterior realizada por Breen, y Prociuk, (1976), se encontró que las mujeres puntuaban también significativamente más alto que los varones en estas dos últimas escalas de culpa de Mosher.

El ámbito de generalización de esta mayor tendencia a experimentar culpa en la mujer constituye pues, una cuestión que está aún por dilucidar.

Son numerosos los trabajos que apoyan la idea de que los sentimientos de culpa actúan como un factor de inhibición de la conducta, tales como los de Mosher, (1979); Gerrard, (1982); Gerrard, y Gibbons, (1982). De éste modo la aparición de dichos sentimientos en los momentos de cambio, podría frenar la práctica del sujeto en una línea consecuente con los nuevos valores que acaba de abrazar. Pero además, los sentimientos de culpa ejercen otro efecto que no siempre resulta tan evidente: el de generar sumisión, acatamiento, obediencia.

Diversos estudios experimentales llevan a la conclusión de que la culpa incrementa la conducta de sumisión, no sólo ante la víctima, sino también ante una demanda realizada por otras personas, incluidas personas que no tienen conocimiento de que el sujeto haya cometido transgresión alguna Brock, y Becker, (1966); Wallace, y Sadalla, (1966); Freedman, Wallington, y Bless, (1967); Carismith, y Gross, (1969); Yinon, Bizman, Gohen, y Segev, (1976). Este sometimiento del sujeto que siente culpa parece producirse incluso hacia requerimientos claramente discrepantes con su propia actitud en un determinado terreno (Brock, y Becker, 1966).

Si esto es así, el sentimiento de culpa en los momentos de cambio puede actuar como un freno a dicho cambio, no sólo a través de la inhibición de las conductas consecuentes con los nuevos valores, sino también motivando el sometimiento del sujeto ante las peticiones o requerimientos de los demás. La culpa que acompaña a los nuevos valores asumidos por el sujeto generaría en este una disposición a complacer las demandas de los otros, aún no estando totalmente de acuerdo en su contenido, y una tendencia a plegarse así mismas, y la demanda que está actuando en ese momento en los sujetos desde su propio fuero interno: es la demanda de respetar los valores parentales que acaban de ser abandonados.

Así, en las muestras analizadas en el estudio de Hoffman (1975), las madres eran más afectuosas con las hijas que con los hijos, y usaban asimismo con ellas más técnicas inductivas y menos técnicas basadas en la afirmación de poder que con los hijos. En otro estudio, Zussman, (1975, 1978) halló también que las mujeres en general, se veían sometidas a más prácticas inductivas y a menos prácticas de afirmación de poder que los varones. No obstante, ésta es una cuestión que requiere aún mayor ahondamiento.

En este último estudio (Extebarría, 1992), se analizaron los sentimientos de culpa ante diez problemáticas diferentes, que en conjunto abarcaban cuatro áreas de valoración moral distintas: la del valor del trabajo, la de la propiedad privada, la religiosa y la sexual.

Los valores de los sujetos se midieron a través de 14 items que hacían referencia, en conjunto, a las cuatro áreas problemáticas de interés en el estudio. Al sujeto se le pedía que opinara sobre cada una de las cuestiones. Las alternativas de respuesta eran cuatro : Muy Mal, Un poco mal, Algo bien y Muy bien.

La evaluación de cada sujeto en las diversas variables se realizó a través de un cuestionario, se midieron tal como es usual en este tipo de estudios a través de 10 pequeñas historias semiproyectivas, cada una de ellas referida a una problemática concreta. Cada historia reflejaba la puesta en práctica de una de las conductas sobre la que los sujetos, en la parte del cuestionario referente a los valores, siempre posteriormente para que esta segunda medición no contaminara la de la culpa, daban su opinión moral.

Más concretamente se trataba de historias en las cuales se presentaba a los sujetos una situación en la que se cometía lo que para los sujetos de grupo del cambio, constituiría una transgresión o una falta desde el punto de vista de los valores desechados, pero no desde la perspectiva de los valores actuales. Se promovía la identificación del sujeto con el/la protagonista de dichas historias, se le preguntaba cómo se sentiría en dicha situación y se le pedía, si creía que sentía algún grado de sentimiento de culpa, puntuara su intensidad en una escala de siete puntos.

Realizaron un análisis de covarianza, introduciendo como la variante las valoraciones morales de los sujetos sobre diversas problemáticas. Tanto en el conjunto de la muestra como entre los sujetos que manifestaron cambio, los resultados obtenidos permiten concluir con un claro apoyo empírico que, en general, en las mujeres se da una mayor tendencia a experimentar

sentimientos de culpa que entre los varones, incluso cuando éstas mantienen idénticas valoraciones, más o menos favorables que los varones.

Así pues, todo parece apuntar a que las diferencias entre uno y otro sexo se circunscriban, dentro de las problemáticas consideradas en este estudio (relaciones prematrimoniales, masturbación, relaciones circunstanciales, relaciones homosexuales, descuido de estudios, abandono de religión y robo) al ámbito de la temáticas sexuales, y no se den en otras áreas como la de la religión, la del robo o la de los estudios.

Los resultados obtenidos en este punto se presentaron claramente consistentes con los obtenidos en relación a: los efectos de las distintas prácticas disciplinarias utilizadas por los progenitores, y al diferente uso que de dichas prácticas hacen éstos cuando se dirigen a los varones y cuando lo hacen a las mujeres.

Para analizar este aspecto se realizaron dos tipos de pruebas t:

Una para comparar el tipo de disciplina que con mayor frecuencia era utilizada, por término medio, en las diversas situaciones disciplinarias de la infancia y la adolescencia, tanto con los varones como con las mujeres.

Y otra, para comparar el tipo de disciplina más empleado con uno y otro sexo en cada una de las situaciones disciplinarias (No ir a misa en la adolescencia, Malas notas en la infancia, etc..).

En el último estudio (Extebarría, 1992) los hallazgos revelaron que en la infancia los varones se ven sometidos a más prácticas de 'afirmación de poder' y a menos prácticas de 'retirada de amor' por parte del padre que las mujeres. En la adolescencia las mujeres se ven sometidas por parte de ambos progenitores a más prácticas de carácter inductivo que los varones, mientras que estos reciben, por parte del padre, más prácticas de 'razonamiento' que las mujeres.

Los resultados de este trabajo relativos a las diferencias sexuales en sentimientos de culpa, proporcionan un nuevo apoyo empírico a las conclusiones a las que se había llegado a partir de un buen número de estudios que han analizado, en general, las diferencias en culpa e internalización moral, trabajos que echan por tierra las afirmaciones gratuitas que algunos autores habían sostenido al respecto (Extebarría, 1992). En este estudio, las diferencias entre varones y mujeres sólo se daban en el ámbito de las conductas sexuales.

Los resultados del autor (Extebarria, 1992) resultados parecen indicar que las diferencias sexuales no se dieron en áreas como las de la conducta religiosa, la del robo o la del descuido de los estudios. Este punto requiere un mayor ahondamiento y en cualquier caso, estos resultados no significan que estas diferencias no puedan darse, en uno u otro sentido, en otras áreas de contenido diferente a las aquí consideradas (como en el ámbito de la conducta agresiva).

Diversas investigaciones anteriores muestran que, en general, los varones se ven sometidos a más prácticas de 'afirmación de poder' que las mujeres (Hoffman, 1975; Zussman, 1975,1978). El trabajo de Extebarria (1992) apoya la misma conclusión, al menos en lo que respecta al uso de esta técnica disciplinaria por parte del padre en la infancia.

Esas mismas investigaciones han llegado a la conclusión de que las mujeres se ven sometidas a más prácticas de 'inducción' que los varones.

Y los presentes análisis proporcionan un nuevo apoyo , muy claro en dicha dirección: las mujeres en la adolescencia, se ven sometidas a más prácticas inductivas, por parte de ambos progenitores, que los varones. Además de estos resultados, que eran predecibles a partir de estudios empíricos previos, nos encontramos con un mayor uso de 'razonamiento' en la adolescencia, por parte del padre, con los varones que con las mujeres.

Estos datos son muy interesantes pues parecen reflejar la presencia de tendencias sexistas bastante claras en las prácticas disciplinarias parentales. Pero más interesante es aún comprobar que, aparecen diferencias poco significativas de este cariz en los encuentros disciplinarios relativos a las conductas 'transgresoras' que nada tienen que ver con lo sexual, mientras que las diferencias son claras en el terreno de las 'transgresiones' sexuales.

Es curioso que sea en la situación relativa a las 'relaciones sexuales' donde aparezcan más diferencias significativas entre el tipo de disciplinas utilizadas con uno y otro sexo.

Y las diferencias que aparecen parecen apuntar en la línea predecible de una vigilancia moral más estricta sobre la conducta de la mujer en este terreno, tanto por parte de los padres como de las madres. Ambos progenitores utilizan con los varones más 'razonamiento' que con las mujeres, mientras que con estas recurren más a la 'inducción referida a los progenitores', y la 'retirada de amor', técnicas todas ellas mucho menos racionales, claramente dirigidas al control de la conducta, y que, como hemos visto, en el estudio correlacionaron positivamente con culpa.

Pero, más allá de estos resultados concretos, lo que interesa destacar especialmente es el cuadro que estos mismos nos dibujan en conjunto. Los resultados relativos a los efectos de las distintas prácticas disciplinarias parentales sobre los sentimientos de culpa y los relativos al diferente uso de dichas prácticas con varones, tomados en conjunto, parecen proporcionar una explicación bastante coherente, de las diferencias en sentimientos de culpa observables en uno y otro sexo, más aún si se tiene en cuenta que, dichas diferencias en este estudio se circunscribían al ámbito de las conductas sexuales.

Pero además, existen datos adicionales, que sugieren que las prácticas inductivas serían más efectivas en las mujeres que en los varones. Así se ha constatado que aquellas son más empáticas que los varones (Feshback,y Feshback, 1969; Hoffman, y Levine ,1976).

Probablemente las mujeres se vean sometidas a una mayor tasa de encuentros disciplinarios que sus hermanos varones, sobre todo en lo referente a la conducta sexual, parece que hay base suficiente para concluir que estos sentimientos de culpa más intensos en ellas no son simplemente la manifestación de un mayor -moralismo- ni de una mayor labilidad afectiva innatos en la mujer, sino el fruto de prácticas educativas bien determinadas.

Cabría hablar de un mayor moralismo en la mujer, si con ello lo que queremos decir es que los valores parentales se hallan mayormente interiorizados en ella, pudiendo limitar más o menos su evolución autónoma, y no simplemente adosarle un atributo claramente peyorativo y que, como sabemos, ha servido en más de una ocasión para su descalificación en los más diversos ámbitos, tanto de la vida privada como de la social.

Sin embargo, después de todo lo visto, quizá haya que invertir los términos en que tradicionalmente se ha venido planteando la cuestión, y decir que los sentimientos de culpa más intensos en la mujer no son la expresión de su natural -moralismo-, sino que más bien, son los sentimientos de culpa los que estarían en la base de dicho -moralismo-. Pero entonces tal -moralismo- deja de ser un rasgo femenino inexplicable para aparecer asociado a unas prácticas educativas específicas, características de la socialización de la mujer.

MÉTODO.

Introducción.

La importancia de estudiar la imagen corporal está ligada al sujeto y a su historia ya que la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales , por lo tanto, nuestro esquema corporal es una forma de entrar en comunicación con el entorno; de forma afectiva, cognoscitiva y social. Puesto que se considera que hay una fuerte relación entre la estructura corporal de la persona y su personalidad. La información generada a partir del presente estudio proporcionó la oportunidad de diseñar, implementar y evaluar programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria con la finalidad de brindar alternativas de intervención y tratamiento.

Debido a que se desconoce o subestima la verdadera magnitud de los trastornos alimentarios, es necesario realizar más investigaciones para poder proponer soluciones y llevar a cabo acciones educativas dirigidas a los distintos estratos de la población y paralelamente desarrollar estrategias de detección temprana de los problemas relacionados con los trastornos alimentarios.

La relevancia de este estudio llevado a cabo con mujeres estudiantes de preparatoria, es importante por la necesidad de estimar de manera objetiva la prevalencia y la incidencia de los problemas alimentarios relacionados con la imagen corporal (alteración,satisfacción-insatisfacción) y el inicio de la vida sexual.

5.1. Pregunta de Investigación.

¿ En qué medida se relaciona la imagen corporal (alteración,satisfacción-insatisfacción) con el inicio de la vida sexual activa ?

5.2. Objetivo.

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre la imagen corporal (alteración y satisfacción-insatisfacción) y el inicio de la vida sexual activa en mujeres adolescentes.

5.3. Planteamiento de Hipótesis.

Uno de los factores que se han enfatizado en la incidencia de los trastornos alimentarios es la subestimación o sobreestimación en la percepción de la imagen corporal en relación con el inicio de la vida sexual. De acuerdo con Werlinger, Clark, Pera, King & Wincze (1997) las mujeres con un menor peso corporal tendrán una vida sexual más frecuente y satisfactoria que las que tengan sobrepeso. Con base en esto, postulamos la siguiente hipótesis de trabajo:

- Las adolescentes que aceptaron haber iniciado su vida sexual tendrán mayor probabilidad de presentar el efecto de alteración (subestimación - sobreestimación) de su imagen corporal, así mismo mayor probabilidad de insatisfacción con la misma.

5.4. Definición de Variables.

Variable Dependiente: Percepción de alteración de la imagen corporal (sobreestimación, subestimación) y satisfacción e insatisfacción con la misma.

Definiciones Conceptuales.

Imagen Corporal (satisfacción/ insatisfacción).

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global.

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

Por otro lado, se señaló que la insatisfacción de la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La satisfacción corporal se refirió a una percepción evaluativa favorable del propio cuerpo. que el individuo va elaborando durante su existencia y a través de diversas experiencias(Bruchon-Schweitzer, 1992).

Alteración de la Imagen Corporal (Sobreestimación/Subestimación).

La distorsión de la imagen corporal se refirió al mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario (Gómez Pérezmitré,1995).

La medición de esta variable toma en cuenta que la diferencia que se interpreta es la que se produce entre la variable auto percepción del peso corporal menos el IMC real. Esto es, se analiza una respuesta subjetiva (cómo percibo el tamaño de mi cuerpo) en relación con una objetiva (peso y estatura con los que se desarrolla el IMC). Una no diferencia entre mi percepción subjetiva y mi IMC real se interpreta como no distorsión, mientras que una diferencia positiva corresponde al efecto de sobre estimación (me percibo más gruesa de lo que soy) y una negativa al de subestimación (me percibo más delgada de lo que estoy).

El IMC (peso/ estatura ²) tiene importancia teórica y práctica. Permite estimar y clasificar de manera simple y eficiente el peso corporal (correlaciona alto con métodos más precisos de medición, por ejemplo con el de desintometría y lo hace a más bajo costo) y todavía más, aún puede reducirse más el costo, si la medición se hace con peso y talla estimados o reportados (Gómez Pérezmitré, Saucedo, Unikel, en prensa).

Definiciones Operacionales.

Satisfacción- Insatisfacción con la Imagen Corporal: Operacionalmente se pudo definir como una diferencia (Figura Actual - Figura Ideal) o bien como una razón (Figura Actual/ Figura Ideal) $\times 100$, y una diferencia igual a cero en el primer caso o a 100 en el segundo, se interpreta como satisfacción; diferencias positivas o mayor a 100 y negativas o menor a cien, respectivamente se interpretan como insatisfacción. A más grande es la diferencia mayor será el grado de insatisfacción.

Los resultados son similares y la ventaja de esta última es que se evitan los números negativos, mientras que como diferencia , los resultados son más gráficos. Ambas formas operativas se relacionan como sigue :

DIFERENCIAS NEGATIVAS	< 100	= INSATISFACCION
NO DIFERENCIAS	100	= SATISFACCION
DIFERENCIAS POSITIVAS	>100	= INSATISFACCION

Con el procedimiento de las diferencias o con el de la razón se determina que habrá insatisfacción a mayor sea la diferencia o a mayor alejamiento del 100 respectivamente.

La elección de la escala visual para la medición de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se fundamentó en la naturaleza indirecta de la estimación, lo que la hace menos susceptible a los efectos de deseabilidad social si se compara con estimaciones más directas , por ejemplo, preguntar directamente qué tan satisfecha se encuentra con su figura corporal. Esto se ha confirmado en estudios previos. (Gómez Pérezmitré 1993; 1993 b; Murrieta,1997 ; Rivera, 1997).

Las variables de medición directa tales como: “qué tan satisfecha te encuentras con tu figura corporal...” y “cómo dirías que te encuentras con respecto a tu peso ideal....” producen respuestas de deseabilidad sociocultural.

Un ejemplo: mientras que en Estados Unidos varios investigadores (Cash , 1983; Spillman & Everington, 1990) señalan que las respuestas de insatisfacción corporal son, prácticamente normativas (es lo esperado, lo socialmente aceptable) aquí en nuestro contexto encontramos que cuando preguntamos directamente “ qué tan satisfecha..” los porcentajes más altos corresponden a satisfecha y muy satisfecha, como si lo culturalmente aceptado o esperado fuera no quejarse de algo tan privado como es la forma del propio cuerpo.

Sin embargo, cuando a estas mismas chicas se les pregunta en otras partes del cuestionario, por peso deseado (“qué peso te gustaría tener ...”o se les pide que elijan una figura ideal,etc..) nos encontramos que quieren pesar menos o mucho menos; que su figura ideal es muy delgada, lo que nos permite inferir que lejos de estar satisfechas o muy satisfechas tal y como respondieron, realmente se encuentran insatisfechas. Esto, lo confirmamos, como en seguida veremos cuando estimamos indirectamente la variable satisfacción/ insatisfacción. Para los efectos de medición de dicha variable, mostramos una escala visual con siluetas ordenadas al azar, 5 en el instrumento de preadolescentes y 9 en el de adolescentes en la sección C y H, en este último.

Estas escalas cubren un continuo de peso corporal (desde siluetas muy delgadas, hasta siluetas muy gruesas u obesas, que pasan por una de peso normal) y se pide a los sujetos (se tienen escalas visuales con siluetas masculinas según sea el caso) que escojan aquella silueta que más se parece a su cuerpo (Sección C, Figura Actual) y posteriormente se presenta en otra parte del cuestionario (sección H) con otro orden al azar la misma escala visual y se pide que elijan aquella que más les gustaría tener.

Alteración de la Imagen Corporal (sobreestimación/ subestimación) :
Operacionalmente se definió como la sigue , la sobreestimación es la diferencia positiva que resulta de sustraer el valor del Índice de Masa Corporal (IMC) al valor de la autopercepción del peso corporal (Autopercepción del peso corporal - IMC) y la subestimación es la diferencia negativa que resulta de sustraer al valor del IMC el valor de la autopercepción del peso corporal (Autopercepción - IMC) (Gómez Pérezmitré, Saucedo, Unikel, en prensa).

Peso Imaginario: Es el patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo (Gómez Pérezmitré, 1995).

Peso Real: Es el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un método para estimar obesidad y sobrepeso, y es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en cm elevada al cuadrado (peso / talla 2).

Variable Independiente: Inicio de la vida sexual activa, conceptualmente se refiere al comienzo de las relaciones sexuales, en los seres humanos la relación sexual pone en acción toda nuestra personalidad e intervienen nuestras necesidades biológicas, psicológicas, valores culturales y sociales. Asimismo en ella se encuentra inmersa la afectividad (Tordjman, 1975). Operacionalmente, se define como la respuesta afirmativa que pregunta al respecto.

5.5. Muestra.

La muestra se obtuvo de la población de adolescentes de 15 a 19 años estudiantes de preparatoria de escuelas oficiales y privadas del Distrito Federal y zonas conurbadas.

La selección de la muestra fue no probabilística ya que los sujetos que se tomaron como parte de la muestra no fueron seleccionados mediante el azar sino conforme a criterios deliberadamente establecidos.

Se tuvieron dos grupos:

Grupo 1.- Adolescentes mujeres con vida sexual activa (n= 88).

Grupo 2.- Adolescentes mujeres sin vida sexual activa (n=100).

De los cuales se tomaron medidas antropométricas al 20 % de la población total, tomando en cuenta ambos grupos.

5.6. Tipo de estudio.

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo transversal, confirmatorio y de campo, ya que enmarca variables e hipótesis que buscan conocer la relevancia de variables seleccionadas mediante porcentajes de rango para el desarrollo de trastornos de la alimentación, las cuales se midieron y trataron de comprobar a este nivel.

5.7. Diseño de investigación.

Se trabajó con un diseño de dos grupos con observaciones independientes:

- Grupo 1.- Adolescentes que no han iniciado vida sexual activa.
- Grupo 2.- Adolescentes que han iniciado vida sexual activa.

5.8. Instrumento.

Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de un cuestionario llamado:

“ Estudio sobre alimentación y salud ” (Gómez Pérezmitré, 1993, 1993b, 1994, 1995, 1996), el cual forma parte de una investigación mayor: “ Estimaciones subjetivas / mediciones objetivas: la imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer ”. PAPIIT, PROYECTO # INR 304496.

Que explora las siguientes áreas:

- I.- Variables Sociodemográficas
- II.- Variables Antropométricas
- III.- Variables para medir Imagen Corporal (satisfacción/ insatisfacción; alteración: sobreestimación, subestimación).

5.9. Variables Sociodemográficas.

Se preguntó por el grado de escolaridad de la adolescente, del padre y de la madre y la ocupación de ambos.

Se preguntó qué lugar ocupa entre sus hermanos, con quién vive, si tenía hijos, la edad de la adolescente, si trabaja.

5.10. Variables Asociadas a la Imagen Corporal.

Reactivo 6.- Determinó si la adolescente había tenido inicio de vida sexual, dependiendo de si la respuesta fue afirmativa o no, a la pregunta ¿Has tenido relaciones sexuales?. Se calificó con 1 si la respuesta fue afirmativa y con 2 si fue negativa.

Reactivo 12.- Determinó si la adolescente reportó problemas de peso corporal : obesidad, falta de peso, etc..

Reactivo 13.- Determinó el tipo de problema en relación al peso corporal: falta de peso o exceso de peso.

Reactivo 14.- Determinó si está haciendo dieta actualmente, mediante la respuesta a la pregunta ¿Estás haciendo dieta?.

Reactivo 21.- Determinó cual es el peso ideal de la adolescente, mediante la respuesta a la pregunta ¿cómo te sientes con tu figura?: la cual se calificó con valores del 1 al 5 desde muy satisfecho a muy insatisfecho respectivamente.

Reactivo 31.- Se refiere a la autopercepción del peso corporal (sobreestimación- subestimación) de la imagen corporal de las adolescentes mediante la pregunta directa : De acuerdo con la siguiente escala tú te considera: obesa, con sobrepeso, peso normal, peso abajo del normal, peso muy abajo del normal, en incisos de la A al E, calificándose del 1 al 6 de A a la E. (Ver anexo).

SECCIÓN C y H.

Satisfacción- Insatisfacción con la Imagen Corporal: Se obtuvo con la selección de la figura corporal actual y de la figura corporal ideal (reactivo 53 “ Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal” y reactivo 181 “ Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener”). En el apartado de instrumentos y aparatos se describen ampliamente estos reactivos (Ver anexo).

Esta variable se midió con una escala visual compuesta por 9 siluetas de la figura femenina que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura muy delgada (puntaje=1) hasta una muy gruesa o gorda (puntaje=9). La escala aparece 2 veces en el cuestionario en lugares apartados y con las figuras ordenadas al azar. Con esta escala se midió :

- **Figura Actual :** Se instruyó a los adolescentes como sigue “Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o se aproxime a tu figura corporal”.
- **Figura Ideal :** A la adolescente se le pidió : “Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener”.

SECCIÓN L.

Operacionalmente, consta de 80 reactivos con 5 opciones de respuesta cada una, que van de mayor problema mayor puntaje, menor problema menor puntaje, es decir, 5 = alteración, 1 = a no alteración. Describe 7 partes del cuerpo:

El cuerpo en general, la cara, la espalda, el tórax, los glúteos, el estómago y los brazos.

En esta sección se le pidió a la adolescente que dijera cómo son esas partes de su cuerpo, describiéndolas con adjetivos como feo, bonito, grueso, delgado, etc...

5.11. Procedimiento.

Se acudió a las escuelas preparatorias oficiales y particulares (del D.F. y zonas conurbadas) y se solicitó la autorización de los directivos de las mismas para la aplicación del cuestionario llamado “ Estudios de Alimentación y Salud”; de esta forma, se obtuvieron los datos de esta investigación..

Para la aplicación colectiva del instrumento se dio la siguiente instrucción:

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

La aplicación del instrumento se llevó a cabo por un grupo de encuestadores que fueron capacitadas y entrenadas para tal propósito y supervisadas por la responsable de la recolección de datos y se dieron las siguientes instrucciones:

“ El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder contribuir así al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad . El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu sentido de cooperación: de que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es confidencial y totalmente anónima. Gracias”.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS.

Introducción.

El propósito de esta investigación fue conocer si la imagen corporal (satisfacción/isatisfacción, subestimación/sobreestimación) se relaciona o no con el inicio de la vida sexual activa.

Uno de los factores que se han enfatizado en la incidencia de los trastornos alimentarios es la insatisfacción con la imagen corporal y la alteración (subestimación /sobreestimación) en la percepción de la imagen corporal principalmente cuando se inicia la vida sexual. Para tal efecto y una vez que se recogieron los datos se realizaron una serie de análisis estadísticos. Se exponen en primer lugar los que se relacionan con la muestra:

6.1.-Descripción de la muestra (variables sociodemográficas):

Edad.

La muestra no probabilística se obtuvo de una población de adolescentes estudiantes de preparatoria de escuelas oficiales y privadas del Distrito Federal y zonas conurbadas. Esta se dividió según la respuesta dada a la pregunta "¿tienes o has tenido vida sexual?" en dos grupos, el de las adolescentes sin vida sexual activa y las que tenían vida sexual activa. El promedio de edad de la primera muestra resultó igual a $X = 16.1$ (Grupo 1- vida sexual inactiva, $DE=1.22$) mientras que la de la segunda resultó $X= 17.9$ (Grupo 2- vida sexual activa, $DE=1.005$).

Gráfica 1. - Porcentajes de Edad de la Muestra Total.

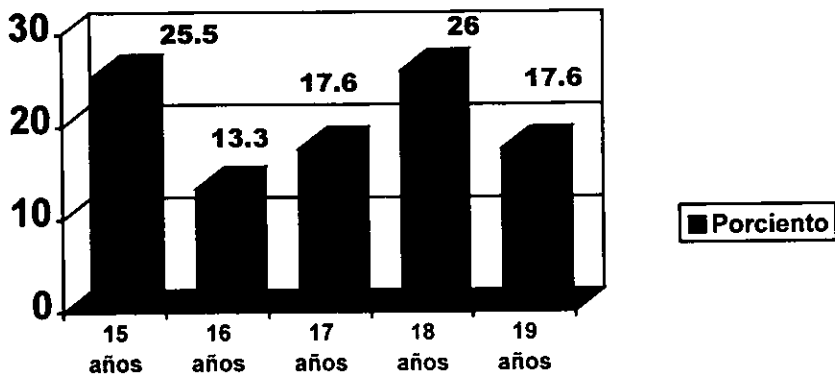


Tabla 1. – Distribución de la variable edad por grupo. Medias y Desviación Estandard:

EDAD DE LA MUESTRA TOTAL :			
	VIDA SEXUAL NO ACTIVA	VIDA SEXUAL ACTIVA	MUESTRA TOTAL
15 ANOS	46%	2.30%	25.50%
16 ANOS	18.00%	8.00%	13.30%
17 ANOS	20.00%	14.80%	17.60%
18 ANOS	12.00%	42.00%	26.10%
19 ANOS	4.00%	33.00%	17.60%
	X=16.10 DE=1.22	X=17.95 DE=1.00	100.00%

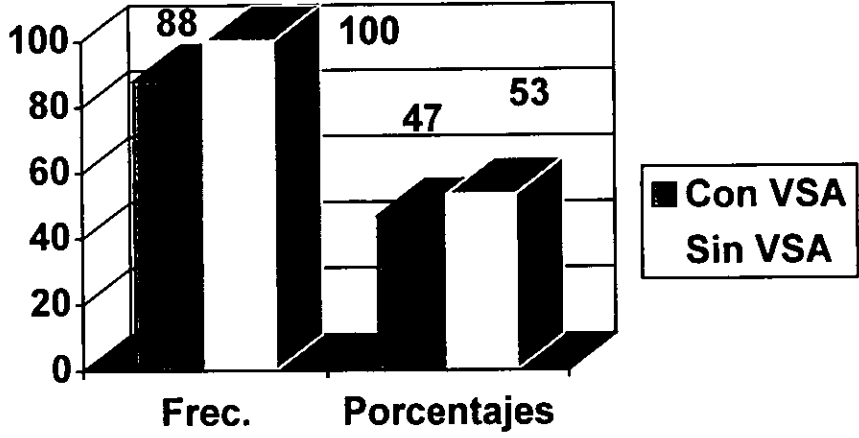
En la tabla 1 podemos ver que el mayor porcentaje de la muestra total tenía una edad de 18 años (26%), como segundo lugar las adolescentes de 15 años (25%), en tercero las de 17 y 19 años (18%) ya que obtuvieron el mismo porcentaje ; el menor porcentaje de edad de la muestra total fue el de 16 años (13%).

Respecto a los porcentajes por grupo (tabla 1) podemos ver que a menor edad menor actividad sexual (15 años- 46 %) y a mayor edad mayor vida sexual (18 años- 42%) .

Formación de grupos: En función de la variable vida sexual activa e inactiva.

En la gráfica 2 se encontró que el porcentaje de adolescentes con vida sexual activa (47%) no es muy diferente del de adolescentes sin vida sexual (53%). En esta gráfica pueden observarse tanto los porcentajes como las frecuencias.

Gráfica 2. - Porcentaje de la muestra total de adolescentes que respondieron afirmativamente a la pregunta ¿tienes o has tenido relaciones sexuales?.



Escolaridad de la muestra.

Tabla 2. – Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta : ¿ Qué estudias ?

ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA:			
	VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL	MUESTRA
	NOACTIVA	ACTIVA	TOTAL
SECUNDARIA	1.00%	1.10%	1.10
CARR TÉCNICA	1.00%	0%	0.50
BACHILLERATO	98.00%	51.10%	76.10
LICENCIATURA	0%	47.70%	22.35
			100.00

En la tabla anterior podemos observar que el mayor porcentaje de escolaridad de la muestra en ambos grupos es el de bachillerato (76%), aunque en el grupo de adolescentes con vida sexual el total del porcentaje se distribuye entre bachillerato y licenciatura (50% y 48 %) siendo este último mayor en este grupo que en el de adolescentes sin actividad sexual (48% VSA, 0%VSNA), por lo que podemos decir que la mayor escolaridad se acompaña con vida sexual activa y viceversa en la muestra estudiada.

Escolaridad de los padres.

Tabla 3. Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta de : Años de estudios de tu padre.

ESCOLARIDAD DEL PADRE:			
	VIDA SEX	VIDA SEX	MUESTRA
	NO ACTIVA	ACTIVA	TOTAL
MENOS DE 6 AÑOS	5.10%	4.50%	4.80%
DE 6 A 8 AÑOS	12.10%	19.30%	15.50%
DE 9 A 11 AÑOS	14.10%	9.10%	11.80%
DE 12 A 14 AÑOS	27.30%	22.70%	25.10%
DE 15 A 17 AÑOS	15.20%	18.20%	16.60%
18 AÑOS O MÁS	26.30%	26.10%	26.20%
			100.00%

En la tabla 3 el porcentaje de escolaridad del padre corresponde a un promedio de 12 a 14 años, siendo ligeramente mayor entre el grupo de adolescentes sin vida sexual activa (27%) que en el grupo de adolescentes con vida sexual activa (23%).

Tabla 4. Distribución en porcentajes de respuestas dadas a: Años de estudios de tu madre.

LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE:			
	VIDA SEXUA	VIDA SEXUAL	MUESTRA
	NO ACTIVA	ACTI VA	TOTAL
MENOS DE 6 AÑOS	12.00%	11.40%	11.70%
DE 6 A 8 AÑOS	21.00%	19.30%	20.20%
DE 9 A 11 AÑOS	20.00%	23.90%	21.80%
DE 12 A 14 AÑOS	24.00%	17.00%	20.70%
DE 15 A 17 AÑOS	13.00%	11.40%	12.20%
18 AÑOS O MÁS	10.00%	17.00%	13.30%
			100.00%

En la tabla 4 puede observarse que aunque entre las madres de las adolescentes sin vida sexual tengan el mayor porcentaje , correspondió a los mismos años

(de 12 a 14 años) siendo este el más alto entre este grupo (24%) mientras que el porcentaje más alto entre las adolescentes con vida sexual activa correspondió al rango de 9 a 11 años de escolaridad.

Tabla 5.- Distribución en porcentajes de respuesta a la pregunta:

ACTUALMENTE VIVES CON:			
	VSNA	VSA	MUESTRA
			TOTAL
FAMILIA NUCLEAR	89.00%	83.00%	86.20%
PADRE/MADRE	11.00%	13.60%	12.20%
HERMANO (A)	0.00%	1.10%	0.50%
PAREJA	0.00%	2.30%	1.10%
			100.00%

Podemos ver según la tabla 5, que el 100 % de las adolescentes sin vida sexual activa viven con su familia nuclear (89%) o con alguno de sus padres (11%). Por otro lado sucede lo mismo entre las adolescentes con vida sexual activa aunque el porcentaje es ligeramente menor (97%) y un pequenísimo porcentaje vive con algún hermano (1%) y con la pareja (2%).

Tabla 6.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta :

¿QUÉ LUGAR OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS?			
			MUESTRA
	VSNA	VSA	TOTAL
HIJA ÚNICA	15.20%	5.70%	10.80%
HIJA MAYOR	42.40%	33.30%	38.20%
INTERMEDIO	21.20%	29.90%	25.30%
MENOR	21.20%	31.00%	25.80%
			100.00%

En la tabla 6 , podemos observar que la distribución de porcentajes en ambos dos grupos , el porcentaje más alto corresponde a la hija mayor 42% (VSNA) y 33 % (VSA) respectivamente.

En cambio, en el grupo de adolescentes con vida sexual activa es mucho menor el porcentaje de hija única (6%) que en el grupo de adolescentes sin vida sexual (15%).

Ocupación de los padres.

Tabla 7.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a :

OCUPACION DE LA MADRE:			
	VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL	MUESTRA
	NO ACTIVA	ACTIVA	TOTAL
AMA DE CASA	56.60%	41.40%	49.50%
EMPLEADA DOM.	3.00%	3.40%	3.20%
OBRERA	7.10%	4.60%	5.90%
COMERCIANTE	8.10%	21.80%	14.50%
PROFESIONISTA	25.30%	28.70%	26.90%
			100.00%

Por lo que vemos en la tabla 7 el porcentaje de madres que son amas de casa, es el mayor dentro del grupo de adolescentes sin vida sexual activa (57%) en comparación con el otro grupo de adolescentes con vida sexual (41%). El porcentaje de madres profesionistas en el grupo de adolescentes con vida sexual también es mayor (29% vs. 25%) ; también es más alto el porcentaje de madres comerciantes entre las adolescentes con vida sexual activa (22%) que entre las que no tienen vida sexual activa (8%).

Tabla 8.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a :

OCUPACIÓN DEL PADRE			
	VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL	MUESTRA
	NO ACTIVA	ACTIVA	TOTAL
OBRERO	3.10%	3.60%	3.30%
COMERCIANTE	11.20%	19.00%	14.80%
EMPLEADO	42.90%	39.30%	41.20%
PROFESIONISTA	34.70%	29.80%	32.40%
EMPRESARIO	8.20%	8.30%	8.20%
			100.00%

En la tabla 8 podemos observar que el mayor porcentaje en ambos grupos, de no ser por una muy pequeña diferencia, es el de la ocupación del padre como empleado (43% VSNA, 39 % VSA), aunque la diferencia entre el porcentaje de padres profesionistas en el grupo de adolescentes sin vida sexual (35%) es mayor que en el de las que tenían vida sexual (30%), de igual manera es mayor el porcentaje de padres comerciantes entre el grupo de adolescentes con vida sexual activa (19%) que en el de adolescentes sin vida sexual activa (11%).

6.2.- Distribución de Variables Relacionadas con Imagen Corporal:

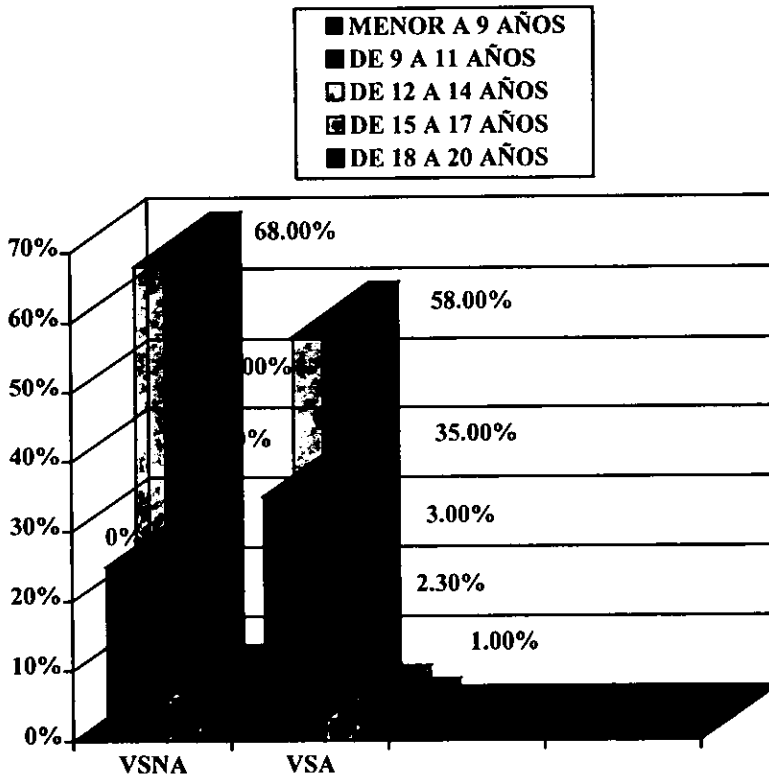
Menarca.

TABLA 9. - Distribución en porcentajes de respuestas dadas a :

EDAD DE LA MENARCA:	VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL	MUESTRA
	NO ACTIVA	ACTIVA	TOTAL
MENOS DE LOS 9 AÑOS	0.00%	2.30%	1.10%
DE LOS 9 A 11 AÑOS	25.30%	35.20%	29.90%
DE 12 A 14 AÑOS	67.70%	58.00%	63.10%
DE 15 A 17 AÑOS	6.10%	3.40%	4.80%
DE 18 A 20 AÑOS	1.00%	1.10%	1.10%
			100.00%

En la tabla 9 lo más notorio es que el mayor porcentaje entre las adolescentes sin vida sexual se presentó la menarca entre los 12 y 14 años (68%), en comparación con las que tienen vida sexual (58%). Asimismo, el porcentaje es mayor entre el grupo de adolescentes en que la menarca se presentó entre los 9 y los 11 años con vida sexual (35%) que entre los adolescentes sin vida sexual (25%); también el grupo de menor porcentaje entre las adolescentes con vida sexual resultó ser el de la presencia de la menarca en la edad más temprana (2%), por lo que vemos la siguiente tendencia: a más temprana edad se presentó la menarca más pronto se inició la vida sexual activa y viceversa entre las adolescentes de esta muestra. Lo veremos más claramente en la gráfica 3.

Gráfica 3. Edad de la Menarca.



VSNA.- vida sexual no activa. VSA.- vida sexual activa.

TABLA 10.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta:

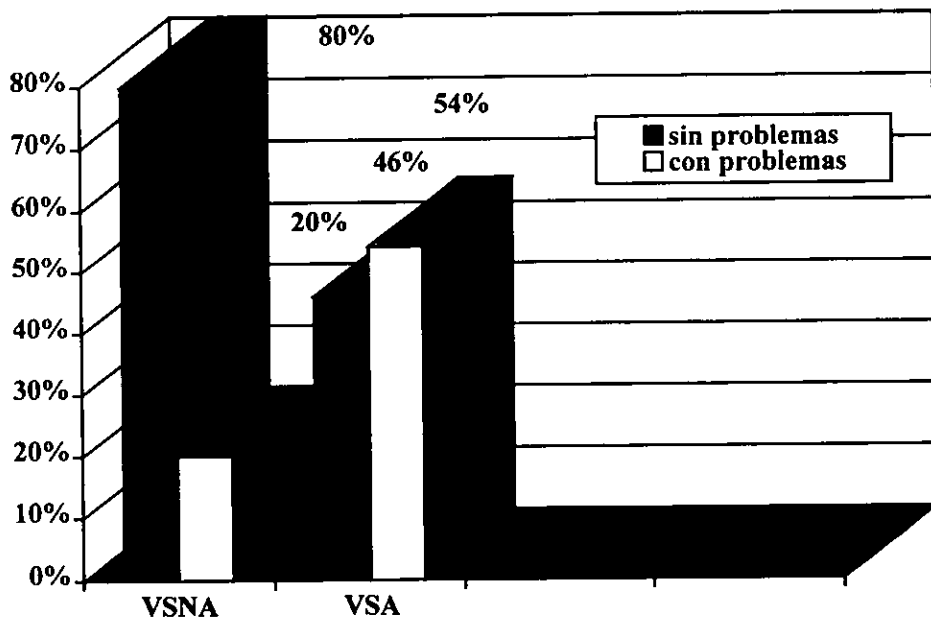
¿ TIENES O HAS TENIDO PROBLEMAS CON TU FORMA DE COMER EN LOS ULTIMOS			
SEIS MESES?			MUESTRA
	VSNA	VSA	TOTAL
SIN PROBLEMAS	66,70%	33,30%	63,90%
CON PROBLEMAS	30,30%	69,70%	36,10%
			100,00%

Como podemos ver en la tabla 10 las adolescentes que no tienen vida sexual (67%) parecen tener menos problemas con la forma de comer que las adolescentes que sí la tienen (33%), y de forma contraria estas últimas tienen mayor porcentaje de problemas con la forma de comer (70%) que las adolescentes sin vida sexual activa (30%). Lo veremos en la gráfica 4.

Gráfica 4.

Distribución de porcentajes de respuestas dadas a la pregunta ¿tienes o has tenido en los últimos seis meses problemas con tu forma de comer?.

VSNA.- Vida sexual no activa. VSA.- Vida sexual activa.



Problemas con la forma de comer.

Tabla 11.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta :

¿ QUÉ TIPO DE PROBLEMA TIENES CON TU FORMA DE COMER?			
	VIDA SEX. NO ACT.	VIDA SEX. ACT.	MUESTRA TOT.
A.- COMES MUY POCO...	47,80%	31,40%	36,50%
B.- COMES TAN POCO...	17,40%	27,50%	24,30%
C.- COMES HASTA QUE...	21,70%	37,30%	32,40%
D.- COMES Y SIGUES ...	8,70%	3,90%	5,40%
E.- COMES Y SIGUES ...	4,30%	0%	1,40%
			100,00%

La clasificación de los tipos de problema fue la siguiente:

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

Puede observarse que en la tabla 11 existe una notoria diferencia entre los grupos de adolescentes con respecto a la conducta alimentaria relacionada de comer muy poco ya que entre las adolescentes con vida sexual activa el porcentaje fue significativamente menor (31%) que entre las adolescentes que tenían vida sexual (48%). Asimismo, resultó muy diferente el porcentaje de respuesta en relación a la conducta alimentaria de comer hasta que te duele el estómago, ya que entre las adolescentes sin vida sexual el porcentaje fue mucho menor (22%) que entre las adolescentes con vida sexual activa (37%). Por otra parte debe señalarse que entre las adolescentes sin vida sexual el porcentaje relacionado con la conducta alimentaria de comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas se encontró en mayor proporción (9%) que entre las adolescentes con vida sexual (4%).

Satisfacción- Insatisfacción con la imagen corporal.

Tabla 12 .- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta:

¿CÓMO TE SIENTES CON TU FIGURA?			
	VSNA	VSA	MUESTRA TOT.
MUY SATISFECHA	10.00%	9.20%	9.60%
SATISFECHA	35.00%	46.00%	40.10%
INDIFERENTE	27.00%	14.90%	21.40%
INSATISFECHA	23.00%	27.60%	25.10%
MUY INSATISFECHA	5.00%	2.30%	3.70%
			100.00%

Con los datos de la tabla 12 podemos decir que hay un mayor porcentaje de satisfacción entre las adolescentes con vida sexual activa (55%) , que entre las adolescentes sin vida sexual (45%). En cambio los porcentajes de insatisfacción son similares en ambos (VSNA 28 % vs. 29 % VSA). Sin embargo, la diferencia más notable fue que entre las adolescentes sin vida sexual activa se encontró un mayor proporción de indiferencia con su figura corporal (27%) que entre las adolescentes con vida sexual activa (15%). Como lo podemos ver en la gráfica 5.

GRÁFICA 5. SATISFACCIÓN CON LA FIGURA ACTUAL.

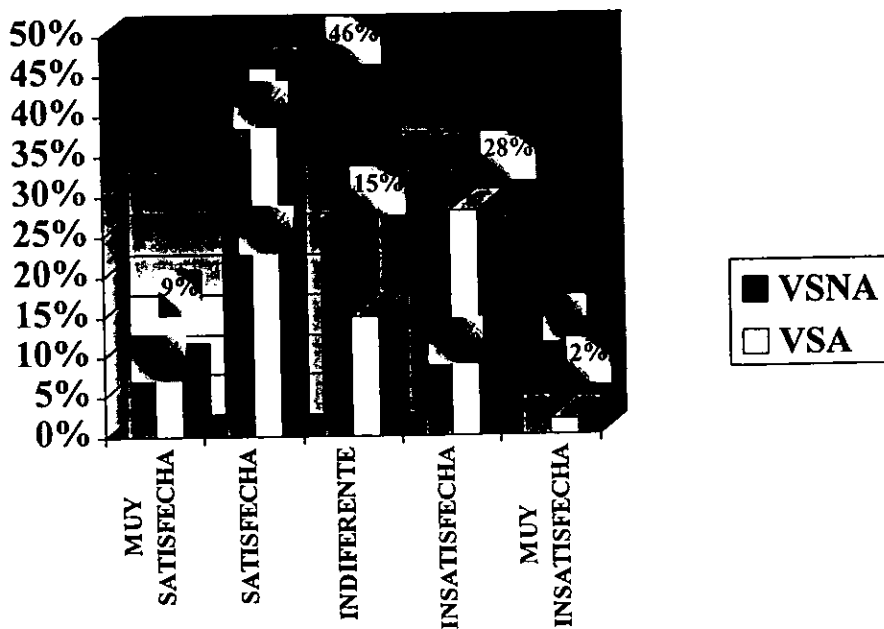


Tabla 13.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta:

CON RESPECTO A TU PESO IDEAL DIRÍAS QUE TE ENCUENTRAS:			
	VSNA	VSA	MUESTRA TOT
MUY POR DEBAJO DE MI PESO IDEAL	2.00%	2.30%	2.10%
POR DEBAJO DE MI PESO IDEAL	17.00%	22.70%	19.70%
EN MI PESO IDEAL	29.00%	26.10%	27.70%
POR ARRIBA DE MI PESO IDEAL	46.00%	45.50%	45.70%
MUY POR ARRIBA DE MI PESO IDEAL	6.00%	3.40%	4.80%
			100.00%

La distribución observada en la tabla 13 resultó ser muy similar en ambos grupos con respecto al porcentaje de respuestas correspondientes a: “por arriba de mi peso ideal” (VSNA 46 % vs. 45% VSA) mientras que los porcentajes correspondientes a: “por debajo y muy por debajo de mi peso ideal” fueron más altos entre las adolescentes con vida sexual activa (25%) que entre las adolescentes sin vida sexual (19%).

Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.

Tabla 14.- Distribución en porcentajes de la variable satisfacción (Medición Indirecta):

VALOR	VSNA	VSA	MUESTRA TOTAL
-4	1.00%	0.00%	0.60%
-3	0.00%	3.30%	1.30%
-2	3.00%	10.00%	5.60%
-1	14.00%	13.30%	13.80%
SATISFACCIÓN	28.00%	31.70%	29.40%
1	22.00%	21.70%	21.90%
2	20.00%	6.70%	15.00%
3	10.00%	6.70%	8.80%
4	2.00%	5.00%	3.10%
5	0.00%	0.00%	0.00%
6	0.00%	0.00%	0.00%
7	0.00%	1.70%	0.60%
			100.00%

Cuando se hizo la medición de satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal indirectamente se encontró que los porcentajes más bajos correspondieron a las respuestas que indicaban satisfacción con la imagen corporal mientras que los más altos porcentajes correspondieron a la insatisfacción con la misma.

La insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que tienen vida sexual que con las que no la tienen en esta muestra.

De acuerdo con estos resultados podemos que insatisfacción con la imagen corporal y vida sexual activa tienden a relacionarse.

Conducta dietaria.

Tabla 15 .- Distribución en porcentajes de las respuestas dadas a la pregunta:

¿HACES DIETA?			
			MUESTRA
	VIDA SEX NOACT.	VID. SEXACT.	TOTAL
NO HAGO	56.80%	43.20%	64.10
SÍ HAGO	45.50%	54.50%	35.90
			100.00

Según los porcentajes de la tabla 15 son más las adolescentes que no tienen vida sexual que no hacen dieta (57%) que las que tienen vida sexual que sí la hacen (43%), éstas últimas hacen dieta en mayor porcentaje (54%), por lo que se puede decir que conducta dietaria y vida sexual tienden a relacionarse en esta muestra.

Tabla 16.- Figura actual.

DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES ELECCIÓN DE FIG. ACTUAL			
	VIDA SEXUAL	VIDA SEXUAL	MUESTRA
FIGURA	NO ACTIVA	ACTIVA	TOTAL
1.- MUY DELGADA	2.00%	9.50%	4.90%
2.- MUY DELGADA	14.00%	9.50%	12.30%
3.- DELGADA	31.00%	34.90%	32.50%
4.- NORMAL	22.00%	14.30%	19.00%
5.- NORMAL	21.00%	20.60%	20.90%
6.- SOBREPESO	7.00%	7.90%	7.40%
7.- SOBREPESO	3.00%	1.60%	2.50%
8.- OBESO	0.00%	0.00%	0.00%
9.- OBESO	0.00%	1.60%	0.60%
			100.00%

Lo que podemos ver en la tabla 16 es que un mayor porcentaje de la muestra total eligió figuras delgadas (32%), siendo mayor el porcentaje de adolescentes que eligió esta figura el grupo que tenía vida sexual activa (35%) que en el que no tenía (31%). Se identificaron las adolescentes de ambos grupos como figuras delgadas.

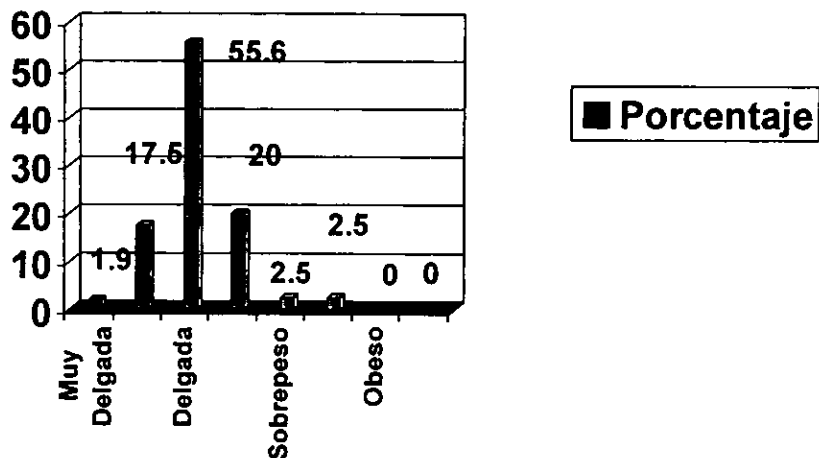
El porcentaje de sobrepeso resultó ser muy similar en ambos grupos siendo ligeramente más alto en el grupo de adolescentes sin vida sexual activa.

Tabla 17.- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la:

ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL:			
FIGURA	VSNA	VSA	MUESTRA TOT.
1.- MUY DELGADA	1.00%	3.30%	1.90
2.- MUY DELGADA	19.00%	15.00%	17.50
3.- DELGADA	59.00%	50.00%	55.60
4.- DELGADA	19.00%	21.70%	20.00
5.- NORVAL	1.00%	5.00%	2.50
6.- SOBREPESO	1.00%	5.00%	2.50
7.- SOBREPESO	0%	0%	0.00
8.- OBESIDAD	0%	0%	0
9.- OBESIDAD	0%	0%	0
			100.00

Por otra parte no deja de sorprender que tan sólo un 1% entre las adolescentes sin vida sexual activa y un 5% entre las adolescentes con vida sexual activa seleccionaron la figura con peso normal como figura ideal. Como podemos observar en la tabla 17.

Gráfica 6.- Selección de la Figura Ideal.



La gráfica 6 muestra que la figura ideal de la mayoría de la muestra total es el de una figura delgada (56%) y muy delgada (20%). Esto es un 76 % de las adolescentes por lo que podemos concluir que el prototipo de la figura ideal para estas adolescentes es una figura delgada. Ver tabla 17.

Autopercepción.

Tabla 18.- Distribución en porcentajes de la variable.

AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL			
			MUESTRA
	VIDA SEX. NO ACT.	VIDA SEX. ACT	TOTAL
MUY DELGADO	1.00%	3.40%	2.10%
DELGADO	18.00%	18.40%	18.20%
NORMAL	57.00%	52.90%	55.10%
SOBREPESO	24.00%	23.00%	23.50%
OBESO	0%	2.30%	1.10%
			100.00%

La distribución de la variable autopercepción del peso corporal que aparece en la tabla 18 muestra que más adolescentes sin vida sexual activa se perciben con peso normal (57%) que entre las adolescentes con vida sexual activa (53%). En cambio los porcentajes de las otras categorías resultaron muy similares entre las adolescentes de ambos grupos.

Tabla 19 .- Distribución en porcentajes de respuestas dadas a la pregunta:

¿QUE PESO TE GUSTARIA TENER ?			MUESTRA
	VIDA SEX. NO ACT.	VIDA SEX. ACT.	TOTAL
MUCHO MAYOR	0%	1.10%	0.50%
MAYOR	8.00%	9.10%	8.50%
EL MISMO	31.00%	28.40%	29.80%
MENOR	40.00%	51.10%	45.20%
MUCHO MENOR	21.00%	10.20%	16.00%

Como vemos en la tabla 19 resulta interesante hacer notar que los porcentajes más altos y similares en ambos grupos fueron para las respuestas del deseo de un peso menor y mucho menor del que en ese momento tenían las adolescentes, mientras que sólo el 31% de las adolescentes sin vida sexual activa y el 28% con vida sexual activa respondieron querer pesar lo mismo.

Tabla 20. - Distribución de porcentajes del Índice de Masa Corporal Estimado.

PESO CORPORAL	VSNA	VSA
1,2. BAJO PESO	15.30%	14.50%
3. NORMAL	52.90%	57.80%
4. SOBREPESO	28.20%	24.10%
5. OBESO	3.50%	3.60%
MUESTRA TOTAL	50.60%	49.40%
	X= 3.200	X=3.168
	DE= .737	DE=.713

Como vemos en la tabla 20 en ambos grupos encontramos un mayor porcentaje de peso corporal normal, pero resultó ser mayor entre las adolescentes con vida sexual (58%), asimismo existe ligeramente un porcentaje mayor de sobrepeso (28 %) entre las adolescentes sin vida sexual activa que entre las adolescentes con vida sexual activa (24 %).

Tabla 21.-Distribución en Porcentajes del Indice de Masa Corporal Real.

PESO CORPORAL	VSNA	VSA
1,2.BAJO PESO	28.00%	11.10%
3.NORMAL	36.00%	66.70%
4.SOBREPESO	32.00%	16.70%
5. OBESO	4.00%	5.60%
MUESTRA TOTAL	58.10%	41.90%
	X=3.120	X=3.166
	DE=.881	DE=.707

En la tabla 21 se observó que el Índice de Masa Corporal Real tiene un mayor porcentaje en la categoría de bajo peso entre las adolescentes sin vida sexual activa (28%) en comparación con las adolescentes que tienen vida sexual activa (11%), lo que quiere decir que estas últimas en menor porcentaje se encuentran con bajo peso.

Es importante hacer notar que el mayor porcentaje de peso normal se encontró distribuido entre el grupo de adolescentes con vida sexual activa (67%), que entre adolescentes sin vida sexual activa (36%). Asimismo es importante señalar que es ligeramente mayor el porcentaje de obesidad entre las adolescentes con vida sexual activa (6%) que entre las adolescentes sin vida sexual activa (4%). En cambio el porcentaje de sobrepeso entre las adolescentes sin vida sexual activa resultó ser mucho mayor (32%) que el porcentaje de sobrepeso entre las adolescentes con vida sexual activa (17%).

Tabla 22 .- Distribución en porcentajes de respuesta de la variable alteración:

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:						MUESTRA
	-2	-1	0	1	2	TOTAL
VIDA SEXUAL NO ACTIVA	4.00%	20.00%	64.00%	12.0%	0.00%	58.10%
VIDA SEXUAL ACTIVA	0.00%	27.80%	50.01%	16.7%	5.60%	41.90%
						100.00%

Lo que nos indica la tabla 22 es que las adolescentes de ambos grupos reportaron un porcentaje más alto de subestimación del peso corporal (VSNA 24 % vs. VSA 28%), pues se perciben más delgadas de lo que son.

Se encontró también un mayor porcentaje de no alteración entre las adolescentes sin vida sexual activa (64%) que entre las adolescentes que tenían vida sexual (50%). Por lo que podemos observar que existió mayor alteración entre las adolescentes con vida sexual que entre las que no la tenían.

6.3. Prueba de hipótesis:

En la presente investigación se plantearon tres hipótesis de trabajo relacionadas con satisfacción y alteración con la imagen corporal y con autopercepción de las partes corporales. Con el propósito de someterlas a prueba, se formularon las hipótesis estadísticas correspondientes a las que se les aplicó una prueba t, encontrándose los siguientes resultados:

- La comparación por grupo (adolescentes sin vida sexual activa y con vida sexual) de la variable del nivel de satisfacción con la imagen corporal, arrojó los siguientes resultados:

$t(158) = 1.24, p = .216$ con una $X(VSNA) = .7600$ $DE = 1.450$
vs. $X(VSA) = .4333$ $DE = 1.845$.

Debido a que $p = .216$, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alterna por lo tanto no se confirmó la hipótesis de trabajo. Sin embargo, puede verse una tendencia que muestra mayor insatisfacción con la imagen corporal entre el grupo de adolescentes sin vida sexual activa $X = .7600$ que entre el grupo de adolescentes con vida sexual activa $X = .4333$.

- La comparación por grupo (adolescentes sin vida sexual activa y con vida sexual) de la variable del nivel de alteración de la imagen corporal, arrojó los siguientes resultados:

$t(41) = -.69, p = .497$ con una $X(VSNA) = -.1600$ $DE = .688$
vs. $X(VSA) = .0000$ $DE = .840$.

Debido a que $p = .497$, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo. Sin embargo, puede verse una tendencia que muestra no alteración entre el grupo de adolescentes con vida sexual activa $X = .0000$ y el que no tenía vida sexual mostró subestimación del peso corporal $X = -.1600$.

Tabla 1. Valores t significativos, autopercepción de partes corporales .

PART.CORP.	ESCALA	X(VSNA)	X (VSA)	DE(VSNA)	DE(VSA)	t (gl)	p=
CARA	Rígida - Flexible	2.765	2.634	0.906	1.067	116.7	0.0
CARA	Proporcionada-N	2.440	2.396	0.957	1.199	110.6	0.02
CINTURA	Bonita- Fea	2.717	2.460	0.969	1.133	117.1	0.05
CINTURA	Gruesa- Delgada	2.920	2.524	1.022	1.178	113.2	0.02
CINTURA	Gorda- Flaca	3.000	2.774	0.888	1.015	116.4	0.04
CINTURA	Proporcionada-N	2.650	2.365	1.019	1.274	110.7	0.00
BUSTO	Bien Formado-M	2.610	2.349	1.053	1.22	117.6	0.03
BUSTO	Chico- Grande	2.989	2.983	1.074	1.261	114.3	0.02
BUSTO	Atractivo- No A.	2.720	2.301	0.986	1.253	109.3	0.00
MUSLOS	Gruesos-D.	3.100	3.306	1.020	1.195	114.1	0.04
MUSLOS	Chicos- Grandes	3.060	3.290	0.919	1.062	115.4	0.04
MUSLOS	Atractivos- No A	2.730	2.254	0.962	1.121	117.1	0.03
GLÚTEOS	Bonitos- Feos	2.620	2.269	0.951	1.125	115.7	0.04
GLÚTEOS	Atractivos- No A	2.660	2.396	0.987	1.144	117.6	0.02
GLÚTEOS	Proporcionados	2.616	2.229	1.037	1.189	114.1	0.04
CUERPO	Bien Formado-M	2.737	2.634	0.828	1.052	109.7	0.00
ESTÓMAGO	Atlético- Bofo.	2.919	2.857	0.911	1.134	111.5	0.04
ESTÓMAGO	Gordo- Flaco	3.02	2.806	0.899	1.157	106	0.00
ESTÓMAGO	Proporcionado	2.7	2.451	0.98	1.183	111.4	0.01

Se aplicó una prueba t para comparar las medias que se obtuvieron para partes corporales en ambos grupos. En la tabla 1 puede verse que cara, cintura, busto, muslos, glúteos, cuerpo y estómago resultaron con diferencias significativas pues se encontró mayor número de partes corporales con más alto grado de insatisfacción con la imagen corporal entre las adolescentes con vida sexual que entre las que no la tenían.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existía relación entre el inicio de la vida sexual activa y la imagen corporal (sobreestimación/subestimación; satisfacción/ insatisfacción).

De acuerdo con los resultados expuestos en el capítulo 6, más de la mitad de la muestra reportó tener una escolaridad de bachillerato.

Un cien por ciento de las adolescentes sin vida sexual activa reportaron vivir con su familia nuclear, mientras que menos de la décima parte de las adolescentes con vida sexual respondieron que no vivían con su familia nuclear.

Más de la mitad de la muestra de adolescentes sin vida sexual reportó haber presentado la menarca entre la edad de los 12 a los 14 años, mientras que una tercera parte de las adolescentes con vida sexual la presentó entre la edad de los 9 y los 11 años por lo que podemos relacionar en esta muestra la presencia de la menarca en una edad más temprana con el inicio de la vida sexual activa.

Por otra parte, se encontró que más de la mitad de la muestra sin vida sexual reportó no tener problemas con su forma de comer , aunque es notable que la misma proporción de adolescentes con vida sexual activa resultó tenerlos, de esta forma entre las adolescentes de esta muestra se relacionó en mayor medida la vida sexual activa con problemas alimentarios.

También respecto a la conducta dietaria sobresale que más de la mitad de la muestra de adolescentes sin vida sexual reportó no realizar dieta alguna en comparación con las adolescentes con vida sexual que en la misma proporción reportaron hacer dieta.

Es importante señalar que al igual que en otras investigaciones (Gómez Pérezmitré,1995;Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986;Garner, Garfinkel, Stancer & Modolfsky, 1976; Turner, Hamilton, Jacobs, Angood & Hovde Dwyer, 1997; Brenner & Cunningham, 1992; Hall & Cohn, 1990) un porcentaje muy alto de ambos grupos eligió una figura delgada como figura ideal confirmándose así resultados previos.

Asimismo la satisfacción con la imagen corporal reportada mediante la medición indirecta resultó ser menor a una cuarta parte de la muestra mientras que por medio de la medición directa se incrementó a una tercera parte, lo que indica que cuando se pregunta de manera directa qué tan satisfechas están con su figura la mayoría responde estar satisfecha y de manera inversa cuando se obtiene de manera indirecta su respuesta de satisfacción es notablemente menor, lo cual se ha interpretado como una respuesta influida por nuestra cultura, parece ser que las adolescentes mexicanas no están dispuestas a aceptar abiertamente dicha insatisfacción siendo contrario de lo que se reporta entre las adolescentes norteamericanas. Así fue claro el efecto de deseabilidad social en el que se dió una respuesta socialmente aceptada (Gomez Pérezmitré, Saucedo & Unikel, en prensa).

Debe dejarse claro que la respuesta a la pregunta central del presente estudio (tener relaciones sexuales o no en la adolescencia se relaciona con la imagen corporal) fue negativa.

Es decir, parece ser que la satisfacción con la imagen corporal y la alteración con la misma se comportan de manera independiente del hecho de haber iniciado o no la actividad sexual.

Sin embargo, también debe subrayarse que se encontraron tendencias que mostraron que las adolescentes que habían iniciado la vida sexual mostraron tener mayores problemas en la conducta alimentaria de riesgo por ejemplo, seguimiento de dietas restrictivas; lo más importante es la dirección de los resultados, que mostraron que dichas adolescentes con vida sexual activa son quienes estaban más insatisfechas y presentaban más alteración de la imagen corporal. Puede verse que estos resultados van en la dirección postulada y el hecho de que no hayan sido significativos puede estar señalando la necesidad de obtener mayor información con estrategias menos directas, por ejemplo trabajar con dinámicas de grupos.

Finalmente cabe señalar que el presente trabajo constituye una primera aproximación a la problemática en la que se relacionan la vida sexual activa e imagen corporal en el campo de estudio de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

REFERENCIAS:

- Abramson, E.E., & Catalano, S.(1985). Weight loss and sexual behavior. Journal Obesse Weight Regulation, 4, 268-273.
- Altabe, M. & Thompson, J.K. (1993). Body Image changes during adulthood. International Journal of Eating Disorders,13, 323-328.
- Alzate, H. (1977). Comportamiento sexual de los estudiantes de medicina. Acta Médica Colombiana, 2, 111- 118.
- Alzate, H. (1978). Sexual behavior of Colombian female university students. Archives of Sexual Behavior, 7, 43-54.
- Alzate, H. (1984). Sexual behavior of unmarried Colombian university students: A five year follow-up. Archives of Sexual Behavior,13, 121- 132.
- Alzate, H. (1989). Sexual behavior of unmarried Colombian university students: A follow up. Archives of Sexual Behavior, 18, 239-250.
- Alzate, H. & Londoño, M.L. (1984). Vaginal erotic sensivity. Journal of Sex and Marital Therapy, 10, 49-56.
- Alzate, H. (1982). Comportamiento sexual comparativo de los estudiantes de derecho y medicina. Revista de la Universidad de Caldas, 3, 67-77.
- Alzate, H. & Villegas, M. (1994) Sexual behavior of unmarried columbian university students in 1990. Journal of Sex Education & Therapy, 20, 4, 287-298.
- Andersen, B.L., & LeGrand, J. (1991). Body image for women: Conceptualization, assesment, and a test of its importance to sexual dysfunction and mental illness.Journal of Sex Reviews, 28, 457 -477.
- Aronfreed, J. (1961). The nature, variety, and social patterning of moral responses to transgression. Journal of Abnormal and Social Psychology, 63, 223-241.

Asali, A., Khamayashi, N., Aburabia, Y., Letzer, S., Halihal, B., Sadovsky, M., Maoz, B., & Belmaker, R.H. (1995). Ritual Female Genital Surgery Among Bedouin in Israel. Archives of Sexual Behavior, 24, 5, 571 - 575.

Attallah, N.W.(1978). Age at menarche of schoolgirls in Egypt. Annals of human biogiology, 5, 185.

Avila, M.M. (1986). Premisas socioculturales en el campesino mexicano. La Psicología Social en México, I, 283-288.

Beck, J.G., Bozman, A.W. & Qualtrough, T.(1991). The experience of sexual desire: Psychological correlates in a college sample. The Journal of Sex Research, 28,443-447.

Beck, A.T. (1973). The diagnosis and manangmt of depression. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International University Press.

Béjar, N.R. (1979). El mexicano :aspectos socioculturales y psicosociales. México:UNAM.

Belcastro, P.A. (1985). Sexual behavior differences between black and white students. The Journal of Sex Research, 21, 56- 67.

Bem, S.L. (1974). The measurment of psychology androgyny. Journal of Counseling and Clinical Psychology,42,155-162.

Bernard, L.C. (1980). Multivariate analysis of new sex role formulations and personality. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 323- 336.

Berscheid, E. & Walster, E. (1974). Physical attractiveness. In L. Berkowitz (Ed.) Advances in experimental social psychology, 7, 157-215. Nueva York: Academic Press.

Berscheid, E., Waltser, E., & Borhnstedt, G. (1973). The happy american body: a survey report. Psychology Today, Nov.,119-131.

Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.

Bennett, W. y Gurin, J. (1982). The dieter's dilemma. Nueva York: Basic Books.

Biaggio, A. M. B. (1969). Internalized versus externalized guilt: a cross-cultural study. Journal of Social Psychology, 78, 147-149.

Blos, P. (1986) Los comienzos de la adolescencia. Argentina: Amorrortu Editores.

Blumstein, P. & Schwartz, P. (1983). American couples. Nueva York : Pocket Books.

Bobvjerg, A. (1985). Women's guilt. Udkast, 13, 182-205.

Borhnstedt, G.W. (1977). On measuring body satisfaction. Indiana University.

Bradbury, B. R. (1967). A study of guilt and anxiety as related to certain psychological and sociological variables. Dissertation Abstracts International, 28, (6-a) 2336(Order 67-15,015).

Breen, L.J. y Prociuk, T. J. (1976). Internal- external locus of control and guilt. Journal of Clinical Psychology, 32, 301- 302.

Breakwell, G.M., & Fife-Schaw, C. (1992). Sexual activities and preferences in a United Kingdom sample of 16 to 20 year olds. Archives of Sexual Behavior, 21, 271- 293.

Brenner, J.B., & Cunningham, J. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. Sex Roles, 27, 413-437.

Brenner, D., & Hinsdale, G. (1978). Body build stereotypes and self-identification in three age groups of females. Adolescence, 13, 551-561.

Brock, T. C. y Becker, L. A. (1966). Debriefing and susceptibility to subsequent experimental manipulations. Journal of Experimental Social Psychology,2, 314- 323.

Bronwell, K.D. (1991). Dieteing and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. Behavioral Therapy,22, 1-2.

Bruch, H.(1974). Perils of behavior modification in treatment of anorexia nervosa. Journal of the American Association, 20, 1419-1422.

Bruch, H. (1979). The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Nueva York: Vintage Books, 128.

Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. Nueva York: Basic Books.

Bruchon- Schweitzer, M.(1992). Psicología del cuerpo . Barcelona: Biblioteca de Psicología.

Brudevoll, J.E. Liestol, K., & Walooe, L.(1984). Menarcheal age in Oslo during the last 140 years. Annals of human biobiology, 6, 407.

Burton, M. (1986). AIDS and female circumcision. Science,231, 1236.

Buss, D.M. (1989). Sex differences in human mate preferences: evolutionary hypothesis tested in 37 cultures. Behavioral and Brain Sciences,12, 1-49.

Campbell, E. (1952). Security for young children. Boston: Pillgrim Press.

Carismith, J. M. y Gross, A. E. (1969). Some effects of guilt on compliance. Journal of Personality and Social Psychology,2, 232-239.

Cauwels, J.(1983). Bulimia: the Binge-Purge Compulsion. Nueva York: Doubleday & Co.

Carroll, J.L., Volk, K.D.& Hyde, J.S. (1985). Differences between males and females in motives for engaging in sexual intercourse. Archives of Sexual Behavior,14,131-139.

Cash, T.F. (1981). Physical attractiveness: an annotated bibliography of theory and research in the behavioral sciences. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology: 11, 83. (Ms. · 2370).

Cash, T.F. & Burns, D.S. (1977). The occurrence of reinforcing activities in relation of locus of control, success- failure expectancies and physical attractiveness. Journal of Personality Assessment, 41, 387-391 .

Cash, T.F., Cash, D.W., & Butters, J.W. (1983). " Mirror, mirror, on the wall...?" Contrast effects and self-evaluations of physical attractiveness. Personality and Social Psychology Bulletin, 9, 351- 358.

Cash, T.F. & Horton, C.E. (1983). Aesthetic surgery: Effects of rhinoplasty on the social perception of patients by others. Plastic and Reconstructive Surgery: 72- 543- 548.

Cash, T.F. & Smith, E. (1982). Physical attractiveness and personality among American college students. Journal of Psychology, 111, 183- 191.

Castelnuovo-Tedesco, P., & Schiebel, D. (1976). Studies of superobesity: II. Psychiatric appraisal of jejuno-ileal bypass surgery. American Journal of Psychiatry, 133, 26-31.

Chandarana, P.C., Conlon, P., Holliday ,R.L., Deslippe, T., & Field, V.A. (1990). A prospective study of psychosocial aspects of gastric stapling surgery. Psychiatric Journal of the University Of Ottawa, 15, 32-35.

Chernin, K. (1981). The obsession: Reflections on the tyranny of slenderness. Nueva York: Harper & Row.

Chodorow, N. (1980). Gender, relation and difference in psychoanalytic perspective, in Jardine, A. (eds.), The future of difference, Boston: G.K. Hall.

Clark, R.D., III, & Hatfield, E. (1989). Gender differences in receptivity to sexual offers. Journal of Psychology and Human Sexuality, 2, 39-55.

Clark, M.M., Cargill, B.R., Medeiros, M.L., & Pera, V. (1996). Changes in self-efficacy following obesity treatment. Obese Reviews, 4, 179-181.

Clement, U. (1990). Surveys of heterosexual behavior. Annual Review of Sexual Research, 1, 45-74.

Clement, U., Schmidt, G., & Kruse, M. (1984). Changes in sex differences in sexual behavior: A replication of a study on West Germany students (1966-1981). Archives of Sexual Behavior, 13, 99-120.

Clifton, K., McGrath, D., & Wick, B. (1976). Stereotypes of woman: a single category?. Sex Roles, 2, 135-148.

Concepción, A. (1985). Encuentro Internacional sobre investigación de la danza. México: S.E.P., I.N.E.A.

CONAPO. (1979). Programa nacional de educación sexual. Folleto 2a ed.

Corona, E. (1958). Comunicación Personal. En La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad, 1, 681-707. México: CONAPO.

Corona, E. (1986). Tres visiones de la sexualidad. En la educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad, 1 México: CONAPO.

Corona, E., Gribbke, J.N., Ehrenfeld, N., Benson, J., & Townsend, J.W. (1988). A study to evaluate the quality of care in a comprehensive model of service delivery to adolescent mothers in a Mexico City Hospital. Mimeo. Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.

Corona, E. (1993). En búsqueda de una nueva sociedad. La educación sexual en México hoy, trabajo presentado en el XI Congreso Mundial de Sexología, Río de Janeiro, Brasil, 1-5 junio.

Craig, G. (1990). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall. 6ª edición.

Darling, C.A., & Davidson, J.K. (1986). Coitally active university students: Sexual behaviors, concerns, challenges. Adolescence, 21, 403-419.

Davis, C. & Cowles, M. (1991). Body Image and exercise: A study of relationships and comparisons between physically active men and women. Sex Roles, 25, 33-44.

De Brujin, G. (1982). From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap- and why others don't. Journal of Sex & Marital Therapy, 8, 151-167.

Deux, K. (1984). From individual differences to social categories. Analysis of a decade's research on gender. American Psychologist, 39, 105-116.

Dewhurst, J.E. (1984). The menarche in female puberty and its abnormalities. Edinburgo: Churchill Livingstone.

Dwyer, J.T., Feldman, J.J., & Mayer, J. (1967). Adolescent dieters: Who are they? American Journal of Clinical Nutrition, 20, 1045- 1056.

Diaz Guerrero R. (1982). La Psicología del Mexicano México: Trillas.

Dorland's Illustrated Medical Dictionary (1987). Dizionario Medico Illustrato Dorland. Prima edizione (traduzione ed adattamento della XXVI edizione in lingua inglese) Milano. Garzanti ed. 1985.

Druss, V., & Herifin, M.S. (1979). Why are so many anorexic women? In R. Hubbard & M.S. Henifin (Eds.), Women looking at biology looking at women: A collection of feminist critiques. Cambridge : Schenkman.

Duarte, C.A. (1988). Ginecología de la niña y de la adolescente. Colombia: Salvat y Edits. Colombianos.

Dürhssen,, A. (1973). Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Gotinga: Vandenhoeck & Ruprecht.

Edelman, B. (1982). Developmental differences in the conceptualization of obesity. Journal of the American Dietetic Association, 80, 122-127.

Edwards, G. (1992). The structure and content of the male gender role stereotype: An exploration of subtypes. Sex Roles, 27, 9- 10.

Ellis, B.J., & Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy: An evolutionary psychological approach. The Journal of Sex Research, 27,527,555.

Elkind, D. (1980). Strategic interactions in early adolescence. In J. Adelson (Ed.) Handbook of Adolescent Psychology. Nueva York: Willey. (Manejo de Pubertad y adolescencia temprana).

Elkind, D.(1975). Perceptual development in children . American Scientist ,63.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child Development, 38, 1025-1034.

Elmendorf, M. (1977). Mexico: the many worlds of women. G. Smock Ed. Women"s role and status in eight countries. Nueva York: John Wiley.

Elú de Leñero, M.C. (1969). Hacia dónde va la mujer mexicana. México: IMES.

Emmons, L. (1992). Dieting and purging behavior in black and white high school students. Journal of the American Dietetic Association, 92, 306-312.

Erikson, E. H. (1965). Chilhood and Society. Londres : Chatto & Windus: The Hogarth Press. Fases del desarrollo y tareas vitales ; formación y crisis de identidad.

Erkmen, H., Dilbaz, N., Seber, G., Kaptanoglu, C., & Tekin, D. (1990). Sexual attitudes of Turkish university students. Journal of Sex Education and Therapy,16, 251-261.

Ehrenreich, B. & Deidre, E. (1979). For Her own Good: 150 Years of the Experts Advise for women. Nueva York: Anchor Press, Doubleday.

Esterhuyse, W.P. (1980). Die mens en sy seksuele (Man and his sexual morale) Durban : Butterworth.

Evans, R. G. (1984). Hostility and sex guilt: Perceptions of self and others as a function of gender and sex-role orientation. Sex Roles, 10, 207- 215.

Extebarria, Y. (1992). Infancia y Aprendizaje. Journal of the Study of Education and Development, 57, 67-88.

Feldman, W., Feldman, E., & Goodman, J.T. (1988). Culture versus biology: Children's attitudes toward thinness and fatness. Pediatrics, 81, 190-194.

Feshback, N.D. y Feshback, S. (1969). The relationship between empathy and aggression in two groups. Developmental Psychology, 1, 102- 107.

Figlio, K. (1983). Chlorosis and Chronic Disease in 19th Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a Capitalist Society. Women and Health: the Politics of Sex in Medicine. Nueva York: Ed. Elizabeth Fee. Baywood Publishing, 213-241.

Finlay, B., & Scheltema, K. (1991). The relationship of gender and sexual orientation to measures masculinity, femininity and androgyny: A further analysis. Journal of Homosexuality, 2, 1, 3, 71-85.

Fisher, H.E. (1992). Anatomy of love. Nueva York: Norton.

Fisher, S. (1973). Understanding the female orgasm. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin Books.

Fleck, L. (1969). Die pubertätsmagersucht des jungen mädchens und ihre behandlung en: G. Bierman (dir) Handbuch der kinderpsychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag: Munich, Basilea.

Foucault, M. (1978). The History of Sexuality, Nueva York: Phanteon Books.

Frank, E., Anderson, C., & Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. The New England Journal of Medicine, 299, 111-115.

Frauman, D.C. (1982). The relationship between physical exercise, sexual activity, and desire of sexual activity. Journal of Sex Reviews, 18, 41-46.

- Freedman, J. L., Wallington, S. A. y Bless, E. (1967). Compliance without pressure: the effect of guilt. Journal of Personality and Social Psychology, 7, 117-124.
- Frisch, R.E., Revelle, R. (1969). Variations in body weight and the age of the adolescent growth spurt among Latin American and Asian populations in relation to calorie supplies, 41, 185.
- Frisch, R.E., Wyshak, G., & Vincent, L. (1980). Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancer. New England Journal of Medicine, 303, 17.
- Furu, M. (1976). Menarcheal age in Stockholm girls. Annals of human biobiology, 3, 587
- Galindo, H., (1991). Memorias del primer Congreso Feminista Mexicano en la ciudad de Mérida en 1916. En Martínez Roaro, M. Delitos Sexuales. México: Porrúa.
- Garai, J.E. y Scheinfeld, A. (1968). Sex differences in mental and behavioral traits. Genetic Psychology. Monographs, 77, 169- 299.
- Garner, D.M, Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- Gellert, E., Girgus, J.S., & Cohen, J. (1971). Children's awareness of their bodily appearance: A developmental study of factors associated with the body percept. Genetics and Psychology Monograph, 84, 109-174.
- Gerrard, M., (1982). Sex, sex guilt and contraceptive use. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 153-158.
- Gerrard, M., y Gibbons, F.X., (1982). Sexual experience, sex guilt and moral reasoning. Journal of Personality, 50, 345- 359.
- Gilberti, F., Rossi, R. (1986). Manuale di Psichiatria. Padova: Piccin Nuova Libreria SPA. Casa Editrice Dott. Francesco Vallardi.

Gilham, H.L. (1982). Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y aceptar a los demás. España: Paidós.

Goin, J.M. & Goin, M.K. (1981). Changing the body: Psychology effects of plastic surgery. Baltimore: M.D. Williams & Wilkins.

Gómez Pérezmitré, G. (1993 a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10, 1, 17-27.

Gómez Pérezmitré.G. (1993 b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con Imagen Corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica 3, 1, 95 - 112.

Gómez Pérez-Mitré,G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal, Revista Mexicana de Psicología, 12, 2, 185-197.

Gómez Pérezmitré, G., Saucedo Molina, T., & Unikel, S.C. (en prensa). Psicología Social en el Campo de la Salud.

González , J.M., Campo, M., Cervantes, M., Domínguez, A., Gómez, O., Palencia,J., Rincón, M.L., Romero,L ., & Royett, F.(1984). Comportamiento sexual del universitario soltero en Barranquilla. In O. Giraldo- Neira (De.), Terapia y educación sexual,239-250. Bogotá: ICFES.

González , S., S. (1992). Historia de la Educación Sexual en México. El Surgimiento de las Posibilidades. En Memoria. Encuentro Nacional. Realizaciones y Perspectivas en el decenio de los noventa. E. Corona.(Eds.) México: AMES-CONAPO.

Gordon, S.(1983). Off Balance: the Real World of Ballet. Nueva York: Pantheon Books, 147.

Grant, J.R., & Cash, T.F.(1995). Cognitive-behavioral body image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. Behavior Therapy, 26, 69-84.

Greenson,R .R. (1968). Dis-identifying from the mother : its special importance for the boy, International Journal of Psychoanalysis. 49, 360- 37.

Grindre, R.E., & McMichael, R.E. (1963). Cultural influence on conscience development, resistance to temptation and guilt among Samoans and American Caucasians. Journal of Abnormal and Social Psychology, 66, 503-507.

Groot, J.Rodin, G. (1994). Eating Disorders, Female Psychology and the self. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 22 Canada: University of Toronto.

Gutiérrez de Pineda, V.(1975). Familia y cultura en Colombia. Colombia: Instituto Colombiano de Cultura.

Haimovitz, D., Lansky, L., & O'Reilly, P. (1993). Fluctuations in body satisfaction across situations. International Journal of Eating Disorders, 13, 77-84.

Hall, L., & Cohn, L. (1990). Eating Without Fear. California: Bantam Books.

Hall, S., & Lindsey, G. (1986). Teorie della personalità. Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Halmi, K. A., Golberg, S. C., & Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls distortion of body image in adolescence. Psychological Medicine, 7, 253-257.

Hendrick, S., & Hendrick, C. (1987). Love and sex attitudes and religious beliefs. Journal of Social and Clinical Psychology, 5, 3, 391-398.

Herman, C.P., & Polivy, J. Restrained eating. (1980). In A.J. Stunkard Ed., Obesity. Philadelphia: W.B. Saunders.

Heying, R.H., Korabik, K., & Munz, D.C. (1975). Sex differences in expected guilt reactions to hypothetical behaviors of sexual, hostile and moral substance. Perceptual and Moral Skills, 40, 409-410.

Hoffman, M.L. (1975). Sex differences in moral internalization and values. Journal of Personality and Social Psychology, 32, 720- 729.

Hoffman, M.L.(1977). Moral internalization: Current theory and research. En L. Berkowitz (ed), Advances in Experimental Social Psychology, 10. Nueva York: Academic Press.

Hoffman, M.L. (1980). Moral development in adolescence. En J. Adelson (ed). Handbook of adolescent psychology, Nueva York: Willey.

Hoffman, M.L. (1983). Desarrollo moral y conducta, infancia y aprendizaje. Monografía 3, 13-36.

Hoffman, M.L. & Levine, L.E., (1976). Early sex differences in empathy. Developmental Psychology, 12, 557- 558.

Holahan,C.K., Spence, J.T. (1980). Desirable and undesirable masculine and feminine traits in counseling clients and unselected students.Journal of Counseling and Clinical Psychology, 48, 300- 302.

Houston, L.N. (1981). Romanticism and erotism among blk and white college students. Adolescence,16 , 263-272.

Hunt, M. (1974). Sexual behavior in the 1970's. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Hurlock, (1997). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

Imbasciati, A., (1983).Sviluppo psicosessuale e sviluppo cognitivo. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Irving, L.M. (1990). Mirror images: Effects of the standard of beauty on the self- and body-esteem of women exhibiting varying levels of bulimic symptoms. Journal of Social and Clinical Psychology, 9, 230-242.

Jacklin, C. (1989). Female and Male: Issues of gender. American Psychologist , 44, 2, 127- 133.

Johnson, R. (1963). Sex role learning in nuclear family. Child -Development, 34, 319,111.

Johnson, M. (1989). Sex-role orientation and attitudes towards sexual expression. Psychological Reports, 64, 1064.

Johnson, C., Tobin, D.L., & Lipkin, J. (1989). Epidemiologic changes among female adolescents over a five-year period. International Journal of Eating Disorders, 8, 647-655.

Kalucy, R.S., & Crisp, A.H. (1974). Some psychological and social implications of massive obesity. Journal of Psychosomatic Reviews, 18, 465-473.

Kaplan, J.R. (1980). A woman's conflict: The special relationship between women and food. Nueva York: Prentice Hall.

Kark, E. (1979). Puberty in South African girls. II, social clan in relation to the menarche. South African Journal of Laboratory and Clinical Medices 2,354.

Katchadourian, H.A. & Lunde, D.T. (1992) Las bases de la sexualidad humana. México: CECSA.

Kehrer, H.E.(1972). Behandlung der Pübertatsmgersucht mit Verhaltenstherapie, Der Nervenarzt, 43,129-136.

Kinsey, A.C. , Pomeroy, C.E. & Martin, P.H.(1953). Sexual Behavior in the human female. Filadelfia: W.B. Saunders,Co.

Kinsey, A.C.,Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). Sexual Behavior in the human male. Filadelfia: W.B. Saunders, Co.

Klass, E.T. (1988). Cognitive behavioral perspectives on women and guilt. Special issue: Cognitive- behavior therapy with women. Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 6, 23-32.

Knoth, R., Boyd, K., & Singer, B. (1988). Empirical tests of sexual selection theory : Predictions of sex differences in onset, intensity, and in time course of sexual arousal.The Journal of Sex Research,24,73-89.

Kolotkin, R.L., Head, S., Hamilton, M., & Tse C.J. (1995). Assessing impact of weight on quality of life. Obese Reviews, 3, 49-56.

Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L. & Von Schoultz, B.(1986). Depression, guilt and isolation among infertile women and their partners. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 5, 197- 206.

Lamb, C.S., Jackson, L.A., Cassidy, P.R. & Priest, D.J. (1993). Body figure preferences of men and women: A comparison of two generations. Sex Roles, 28, 345-358.

Lambert, B. G., Rothschild, B.F., Atland, R., & Green, L.B. (1978). Adolescence Transition from childhood to maturity. Monterey, C.A. : Brooks/Cole.

Lanski, L.M., Crandall, V.J., Kagan, J., & Baker, Ch. T. (1961). Sex differences in aggression and its correlates in middle-class adolescents. Child Development, 32, 45-58.

Lara, C.M.A. (1988). Comparación entre la descripción del propio rol sexual y las expectativas sociales del mismo. Revista Mexicana de Psicología, 5, 129-13.

Lara, C.M.A. & Figueroa, O.M.L. (1990). Estereotipos de género y toma de decisiones en mujeres marginadas. Revista Internacional de Psicología y Educación, 4, 2, 167- 174.

Leitenberg, H., Detzer, M.J., & Srebnik, D. (1993). Gender differences in masturbation and the relation of masturbation in preadolescence and/or early adolescence to sexual behavior and sexual adjustment in young adulthood. Archives of Sexual Behavior, 22, 87-98.

Lerner, R.M., & Gellert, E. (1969). Body Build identification preference, and aversion in children. Developmental Psychology, 1, 456- 462.

Lerner, R.H., & Karabenick, S.A. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 3, 307-316.

Leuran, D., Shoham, Z., Notzer, N., & Serr, D.M. (1988). Sexual behavior of unmarried Tel- Aviv University students. Sexual and Marital Therapy, 3, 1, 103- 109.

Lewin,B. (1982). The adolescent boy and girl: First and other eraly experiences with intercourse from a representative sample of Swedish school adolescents. Archives of Sexual Behavior,11, 417-428.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.) The psychology of depression: Contemporary theory and research, 157- 185. Washignton: V.H. Winston.

Lewinsohn, P.M.,& Teri, L. (1982). Selection of depressed and nondepressed subjectson the basis of self-report data. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 590- 591.

Lieberman, B. (1988). Extrapremarital intercourse: Attitudes toward a neglected sexual behavior. Journal of Sex Research, 24, 291-298.

Lempp, R.(1975).Eine Pathologie der psychisden Entwicklung. Berna :Hans Huber.

Liebman, R., Minuchin, S. & L. Baker (1974). An integrated treatment program for anorexia nervosa, American Journal of Psychiatry,131, 432- 436.

Lightfoot-Klein, H. (1989). The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. Journal of Sexual Responses, 26, 375-392.

Louw, D.A. (1990). Menslike ontwikkeling (Human Development). Pretoria: HAUM.

Lobel,T.E., Kav- Venaki,S., & Yahia, M. (1985). Guilt feelings and locus of control of concentration camp survivors. International Journal of Social Psychiatry, 31, 3,170-175.

Maccoby, E.E. (1990). Gender and relationships. A developmental account. American Psychologist, 45, 513- 520.

Maccoby, E.E.& Jacklin, C.M. (1974). The psychology of sex differences. California: Stanford University Press.

Mahoney, E.R. (1980). Religiosity and sexual behavior among heterosexual college students. The Journal of Sex Research,16, 97-113.

Mallick, M.J., Whipple, T.W., & Huerta, E. (1987). Behavioral and psychological traits of weight-conscious teenagers: A comparison of eating-disordered patients and high and low risk groups. Adolescence, 22,157-68.

Maresh, M.M. (1964). Variations in and patterns of linear growth and skeletal maturation. Journal of the American Physical Therapy Association, 44, 881-890.

Marsella, A.J., Shizuru, L., Brennan, J., & Kameoka, V. (1981). Depression and body image satisfaction. Journal of Cross-Cultural Psychology, 12, 360-371

Martínez Roaro, M.(1991). Delitos Sexuales. México: Porrúa.

Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana 2. Barcelona: Grijalbo.

Matsumoto, S., Sato, G., Noguchi, T.,& Tamada, T.(1983). Studies of menarche of Japanese girls. Pediatric and adolescent gynecology, 1, 75.

Mayfarth, F. (1948). Boletín para la asociación para la educación de la infancia. Washington, 9.

McCabe, M.P. (1987). Desires and experienced levels of premarital affection and sexual intercourse during dating. Journal of Sex Research, 23, 1, 23-33.

McCandless, B.R. (1970). Adolescents. Hinsdale, IL.:Dryden.

Mercer, G.W., & Kohn, P.M. (1979). Gender differences in the integration of conservatism, sex urge, and sexual behaviors among college students. The Journal of Sex Research, 15, 129-142.

Meyer, J.C., Phil,D., LeRoux, J.A. & Phil, D. (1994). The Attitude Towards Nature, and Incidence of Sexual Intimacy Among Students at South African University. Journal of Sex Education and Therapy, 20, 4, 255- 263.

Meyer, A.E. (1970). Die Anorexia nervosa- ihre für die Allgemeinmedizin wichtigen Aspekte, en: Ztschr. f. Allgemenmedizin / Der Landarzt, cuaderno 36,1782-1786.

Mintz, L.B., & Betz,N.E. (1986). Sex differences in the nature, realism and correlates of body image. Sex Roles, 15, 185-195.

Morris, A., Cooper, T., & Cooper, P.J. (1989). The changing shape of female fashion models. International Journal of Eating Disorders, 8, 593-596.

Mosher, D.L. (1979). The meaning and measurment of guilt. En C.E. Izard (ed). Emotions in personality and psicopathology, Nueva York: Plenum Publishing Corporation.

Murrieta, C.C. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.

Noles, S.W., Cash, T.F., & Winstead, B.A. (1985). Body image, physical attractiveness and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 1, 88- 94.

Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. Acta Sociomédica Scandinavia, 3, 17-26.

Ogletree, S.M., Williams, S.W., Raffeld, P., Mason, B., & Fricke, P. (1990). Female attractiveness and eating disorders: Do children's television commercials play a role? Sex Roles, 22, 791-797.

Oldham, S., Fanill, D.,& Ball, I. (1982). Sex-role identity of female homosexuals. Journal of Homosexuality, 8, 1, 41- 46.

Oliveira, O., & Gómez, L. (1989). Subordinación y resistencia femenina: notas de lectura. Oliveira, O. (comp) Trabajo, poder y sexualidad. México: El Colegio de México, A.C.

Orbach, S. (1978). Fat is a feminist issue. Nueva York: Paddington Press.

Pasini, W., Crépault, C., & Galimberti, O. (1988). L'immaginario sessuale. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Peretti, P.O.(1969). Guilt in Moral Development: a comparative study. Psychological Reports, 25, 739-745.

Perry, D.G., Perry, L.C. & Weiss, R.J. (1989). Sex differences in consequences that children anticipate for aggression. Developmental Psychology, 25, 312-319.

Peto, A. (1972). Body image and depression. International Journal of Psychoanalysis, 53, 259- 263.

Pichot, P. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), España: Masson .

Plateroti, F., Paduano, P., & Zocali, R.A. (1995). La sessualità e i suoi aspetti socioculturali. Minerva Psichiatrica, 36, 59-62.

Polivy, J., & Herman, C.P.(1983). Breaking the diet habit. Nueva York: Basic books.

Porteus, B.D., & Johnson, R.C. (1965). Children's responses to two measures of conscience development and their relation to sociometric nomination. Child Development, 36, 703-711.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.

Ramírez, S. (1977). El mexicano, psicología de sus motivaciones. México: Grijalbo.

Reiss, I.L. (1960). Premarital sexual standards in America. Nueva York: Free Press.

Reynolds, E.L., & Wines, J.V. (1951). Physical changes associated with adolescence in boys. American Journal of Diseases of Children, 82, 529- 547.

Richardson, S.A., Goodman, N., & Hastorf, A.H. (1961). Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. American Sociological Review, 26, 241-247.

Rierdan , J., Koff, E., & Stubbs, M.L. (1989). A longitudinal analysis of body image as a predictor of the onset and 'persistence of adolescent girls' depression. Journal of Early Adolescence, 9, 454-466.

Rivera, M.L. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología , U.N.A.M.

Rocha, M.E.,(1990).Las mujeres en la Revolución Mexicana, un acercamiento a las fuentes históricas. En Federación de Mujeres Universitarias, A.C. México: U.N.A.M.

Rodríguez,G., Corona,E., & Pick de Weiss,S. (1992).Educación para la Sexualidad y salud reproductiva. En The Population Council. Salud reproductiva en México: una agenda para la investigación y la acción. .

Rosen, J.C., & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. Health and Psychology, 6, 131- 137.

Ross, A.O.(1974). Psychological disorders in children. Nueva York: McGrawhill.

Ross, M. (1983). Feminity, masculinity, and sexual orientation: some cross-cultural comparasons. Homosexuality and Social Sex Roles, 27-36.

Schatcher, S. (1966). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state, C.D. Spielberger, Anxiety and behavior .Nueva York- Londres: Academic Press, 193- 224.

Schenck, K. & G. Deegener (1974). Zur Therapie der Anorexia nervosa , Med. Welt, 25, 1079- 1081.

Schöder , G. (1974). Theorie und Praxis der Verhaltenstherapie bei Kindern mit Ängsten: Ch. Kraiker, Handbuch der Verhaltenstherapie. Munich: Kindler Verlag.

Scofield, M. (1968). The sexual behaviour of young people. Harmondsworth, Inglaterra: Penguin.

Schutze, G. (1980). Anorexia Mental. Barcelona: Herder.

Secretaria de Educación Pública. (1934). Algunos datos y opiniones sobre la educación sexual en México. México: Talleres Gráficos de la Nación.

Seid, L. (1989). Never too thin: Why women are at war with their bodies. Nueva York: Prentice Hall.

Shrout, P.E. & Fleiss, J.L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. Psychology Bulletin, 86, 420- 428.

Silberstein,L.R., Striegel- Moore, R.H., Timko, C., & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? Sex Roles, 19, 219-232.

Silverstein, B., Peterson, B. , Perdue, L. & Kelly, L. (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. International Journal of Eating Disorders, 14, 9/10,519-532

Simón, .A.(1989). Promiscuity as sex difference. Psychological Reports, 64, 802.

Simon, P., Gondonneau, J., Mironer, L., & Dorlen-Rollier, A.M. (1972). Rapport surle comportement sexuel des Français. Paris: René Julliard/Pierre Charon.

Singer, B. (1985). A comparison of evolutionary and environmental theories of erotic response- Part II: Empirical arenas. The Journal of Sex Research 21, 345-374.

Slade, P.D. & Russell, G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 3.

Sneddon, I., & Kremer, J. (1992). Sexual behavior and attitudes of university students in Northern Ireland. Archives of Sexual Behavior, 21, 295-312.

Solignac, P. & Serrero, A. (1980). La vie sexuelle et amoureuse des Françaises. Paris: Editions de Trévise.

Sorensen, R.C. (1973). Adolescent Sexuality in contemporary America. Nueva York: World Publishing.

Spillman, D.M., & Everington, C. (1989). Somatotypes revisited: Have the media changed our perception of the female body image? Psychological Reports, 64, 887-890.

Spence, J.T., Helmreich, R. (1974 a) On assessing androgyny. Sex Roles, 5, 121- 138.

Spence, J.T., & Helmreich, R. (1974 b) The many faces of androgyny: a reply to Locksley and Colten. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 6, 1032- 1046.

Staffieri, R. (1972). Body build and behavioral expectancies in young females. Developmental Psychology, 6, 125- 127.

Stake, J., & Lauer, M.L. (1987). The consequences of being overweight: A controlled study of gender differences. Sex Roles, 17, 31-47.

Stevens, E.P. (1973b). Machismo and Marianismo. Society 10, 57- 63.

Story, M.D. (1982). A comparison of university student experience with various sexual outlets in 1974 and 1980. Adolescence, 17, 737-747.

Strunk, P.(1974). Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik, H. Harbauer, Lempp. R., Nissen, G., y P. Strunk Lehrbuch der Speziellen Kinder und Jugendpsychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, Nueva York.

Stunkard, A.J., Foch, T.T., & Hubrec, Z. (1986). A twin study of human obesity. Journal of American Medical Association, 256, 51-54.

Stunkard, A.J., Sorenson, T. & Sculsinger, F. (1980). Use of the Danish adaption register for the study of obesity and thinness. In S. Kety (ed.)The genetics of neurological and psychiatric disorders ,115-120. Nueva York: Raven Press.

Stunkard, A.J., Levine, H., & Fox, S. (1970). The management of obesity: Patient self-help and medical treatment. Archives of Internal Medicine, 125, 1367-1373.

Symons, D. (1979). The evolution of human sexuality. Nueva York: Oxford University Press.

Symons, D. (1987). An evolutionary approach: Can Darwin's view of life shed light on human sexuality? In J.H. Geer and W.T. O'Donohue (Eds.) Theories of human sexuality,91-125. Nueva York: Plenum Press.

Tanner, J.M. (1962). Growth and adolescence second edition: Oxford:Blackwell Scientific.

Tanner, J.M. (1972). Sequence, tempo and individual variation in growth and development of boys and girls aged 12 to 16. In J. Kagan & R. Coles (Eds.) Twelve to sixteen. Nueva York: Norton.

Tavris, C., & Sadd, S. (1978). The Redbook report on female sexuality. Nueva York: Dell.

Taylor, A. (1983). Conceptions of masculinity and femininity as a basis for stereotypes of male and female homosexuals. Homosexuality and Social Sex Roles, 37- 53.

The Population Council. (en prensa). Salud reproductiva en México: una agenda para la investigación y la acción.

Thomäe , H. (1961). Anorexia nervosa, Berna: Huber-Klett .

Tolstrup, K. (1975). The treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence, Journal of Children Psychology and Psychiatry, 16, 75-78.

Tordjman, G. (1975). Realidades y problemas de la vida sexual. España: Argos Vergara .

Townsend, J.M. (1987). Sex differences in sexuality among medical students: Effects of increasing socioeconomic status. Archives of Sexual Behavior, 16, 425-444.

Townsend, J.M., & Levy, B. (1990). Effects of potential partner's physical attractiveness and socioeconomic status on sexuality and partner selection. Archives of Sexual Behavior, 21, 253-269.

Traen, B., & Lewin, B. (1992). Casual sex among Norwegian adolescents. Archives of Sexual Behavior, 21, 253-269.

Troiden, R.R., & Jendrek, M.P. (1987). Does sexual ideology correlate with level of sexual experience ? Assessing the construct validity of the SAS. Journal of Sex Research, 23, 2, 256-261.

Turner, S.L., Hamilton, H., Jacobs, M., Angood, L.M., & Hovde Dwyer, D. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: an exploratory analysis. Adolescence, 32, 127 , 602-613.

Useche, B., Villegas, M., & Alzate, H. (1990). Sexual behavior of Colombian high school students. Adolescence, 25, 291-304.

Ussher, J. (1990). La Psicología del Cuerpo Femenino. Madrid: Arias Montano.

Van Itallie, T., (1977). Diet related to killer diseases- Obesity. Testimony before the Select Committee on Nutrition and Human Needs. U.S. Senate, 95 th Congress, 1st Session, February 1 and 2.

Wallace, J., & Sadalia, E. (1966). Behavioral consequences of transgression: I. The effects of social recognition. Journal of Experimental Research in Personality, 1, 187- 194.

Waltzawick, P., Weakland, J.H. & Fisch, C. (1976) Cambio . Barcelona: Herder.

Wardle, J., & Marsland, L. (1990). Adolescent concerns about weight and eating: A social developmental perspective. Journal of Psychosomatic Research, 34, 377-391.

Werlinger, K., King, T.K., Clark, M.M., Pera, V., & Wincze, J.P. (1997). Perceived changes in Sexual Functioning and Body Image Following Weight Loss in an Obese Female Population: A Pilot Study. Journal of Sex & Marital Therapy, 23, 1, 74-78.

Whitaker, A., Davies, M., Schaffer, D., Johnson, J., Abrahms, S., Walsh, B.T., & Kalikow, K.(1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a nonreferred adolescent population. Psychological Medicine, 19, 143-163.

White, J.R., Case, D.A.,McWhiter, D.,& Mattison, A. M. (1990). Enhanced sexual behavior in exercising men. Archives of Sexual Behavior, 19, 193-209.

Williams, J.E., Best, D.L., Haque, A., Pandey,J., & Kumar,V.R. (1982). Sex-trait stereotypes in India and Pakistan.The Journal of Psychology, III, 167-181.

Wilson, G.D.(1981). Cross-generational stability of gender differences in sexuality. Personality and Individual Differences, 2, 254-257.

Winstead, B.A., & Cash, T.F. (1984). Reliability and validity of the Body-Self Relations Questionnaire: A new measure of body image. Paper presented at the Southeastern Psychological Association Convention, Nueva Orleans.

Wishak, G. (1983). Secular changes in age at menarche in a sample of U.S. women. Annals of human biobiology, 10, 75.

Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations for thinness in women: An update. International Journal of Eating Disorders, 11, 85-89.

Wooley, O.W., & Wooley, S.C. (1982). The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1, 57-69.

Yinon, Y., Bizman, A., Gohen, S., & Segev, A. (1976). Effects of guilt-arousal communications on volunteering to the civil guard: A field experiment. Bulletin of the Psychonomic Society, 7, 493-494.

Zanardi, C. (1990). Essential papers on the psychology of women, Nueva York: University Press.

Zelnik, M., & Kantner, J.F. (1977). Sexual and contraceptive experience of young unmarried women in the United States, 1976 and 1971. Family Planning Perspectives, 9, 55-71.

Zelnik, M., & Kantner, J.F. (1980). Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-teenagers: 1971-1979. Family Planning Perspectives, 12, 230-237.

Zelnik, M., & Shah, F.K. (1983). First intercourse among young Americans. Family Planning Perspectives, 15, 64-70.

Zussman, J.U. (1975). Demographic factors influencing parental discipline techniques. Paper presented at the American Psychological Association Meeting: Chicago.

Zussman, J. U. (1978). Relationship of demographic factors to parental discipline techniques. Developmental Psychology, 14, 685-686.

ANEXO.

Estudio sobre alimentación y salud (XX)

Sección A.

Instrucciones Generales:

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

Utiliza lápiz.

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

1.- ¿ Qué estás estudiando?

Secundaria

Carrera técnica

Carrera comercial

Prepa, Bachillerato, Vocacional

Licenciatura

Posgrado

2.- ¿ Trabajas ?

Sí

No

3.- Actualmente vives con :

Familia nuclear (padres y hermanos)

Padre o Madre

Hermano (a)

Esposo (a) y/o pareja

Solo

Amigo (a)

4.- Lugar que ocupas entre tus hermanos (as) :

Soy hijo único

Soy el mayor

Ocupo un lugar intermedio

Soy el más chico

5.- Edad de tu primera emisión nocturna :

Menos de 9 años

9 a 11 años

12 a 14 años

15 a 17 años

18 a 20 años

21 o más

6.- ¿ Tienes o has tenido vida sexual activa ?

No. Pasar a la pregunta 8

Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7.- ¿ Tienes hijos ?

Sí

No

8.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de :

\$ 2000 o MENOS

\$ 2001 a 4000

\$ 4001 a 6000

\$ 6001 a 8000

\$ 8001 a 10000

\$ 10001 o más

9.- ¿ Quién o quienes aportan al ingreso mensual familiar ?

Padres (uno o los dos)

Tú y/o padre o madre

Tú

Tú y tu pareja

Tú, hermanos y/o padres

Esposo (a) y/o pareja

10.- Años de estudio de tu padre :

Menos de 6 años

De 6 a 8 años

De 9 a 11 años

De 12 a 14 años

De 15 a 17 años

De 18 o más

11.- Años de estudio de tu madre :

Menos de 6 años

De 6 a 8 años

De 9 a 11 años

De 12 a 14 años

De 15 a 17 años

De 18 o más

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

No. Pasa a la pregunta 14

Sí. Pasa a la siguiente pregunta

13.- Tu problema es o era :

Sobrepeso

Falta de Peso

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

No. Pasa a la pregunta 17

Sí. Pasa a la siguiente pregunta

15.- ¿ Qué edad tenias cuando hiciste tu primer dieta ?

Menos de 9 años

9 a 11 años

12 a 14 años

15 a 17 años

18 a 20 años

21 o más

16.- ¿ En los últimos 6 mese has hecho dieta ?

No

Sí

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

No. Pasa a la pregunta 19

SÍ. Pasa a la siguiente pregunta

18.- El problema consiste en que :

Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad.

Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil.

Comes hasta que te duele el estomago

Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas

Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

19.- ¿ Que peso te gustaría tener ?

Mucho menor del que actualmente tengo

Menor del que actualmente tengo

El mismo que tengo

Más alto de que el que actualmente tengo

Mucho más alto del que actualmente engo

20.- ¿ Cómo te sientes con tu figura ?

Muy satisfecho

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

Muy insatisfecho

21.- Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal , dirías que te encuentras :

- Muy por debajo de él
- Por debajo de él
- Estás en tu peso ideal
- Por arriba de él
- Muy por arriba de él

22.- ¿ Qué tan importante crees que sea la propia figura para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida ?

- 23.- Con el sexo opuesto A) Muy importante
- 24.-Entre los amigos (as) B) Importante
- 25.-Para encontrar pareja C) Regular
- 26.-Para encontrar trabajo
- 27.-En las fiestas D) Poco importante
- 28.- En los estudios E) Muy poco importante
- 29.- En el trabajo
- 30.- En la familia
- 31.- Con uno mismo

32.- De acuerdo con la siguiente escala tu te consideras :

- | | |
|-------------------------------|---------------------|
| Obeso | Muy Gordo |
| Con sobrepeso | Gordo |
| Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| Peso por abajo del normal | Delgado |
| Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |

33.- ¿Cuál es la ocupación de tu padre ?

Obrero

Comerciante

Empleado

Profesionista

Empresario

25.- ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

Ama de casa

Empleada doméstica

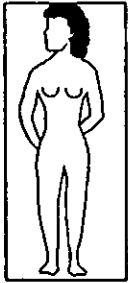
Obrera

Comerciante

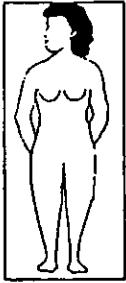
Profesionista

Sección C.

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



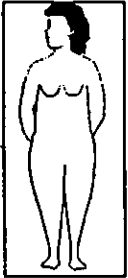
(A)



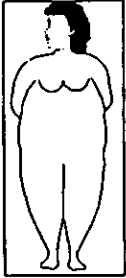
(B)



(C)



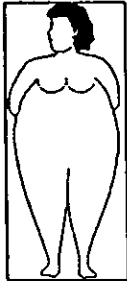
(D)



(E)



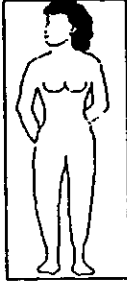
(F)



(G)



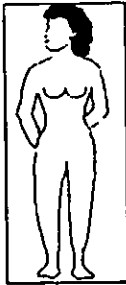
(H)



(I)

Sección H .

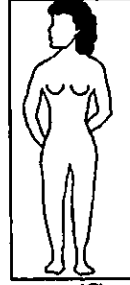
1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



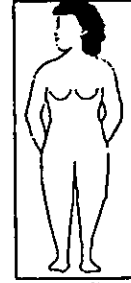
(F)



(G)



(H)



(I)

FALTA PAGINA

No.

782

Sección L.

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata y después te presentamos parejas de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas características se aproxima más tu cuerpo.

Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E
1.- Bonito					Feo
2.- Rígido					Flexible
3.- Grueso					Delgado
4.- Débil					Fuerte
5.- Atlético					Bofo
6.- Bien formado					Mal formado
7.- Chico					Grande
8.- Atractivo					No atractivo
9.- Gordo					Flaco
10.-Proporcionado					Desproporcionado

Mi cara :

11.- Bonita					Fea
12.- Rígida					Flexible
13.- Gruesa					Delgada
14.- Débil					Fuerte
15.- Atlético					Bofa
16.- Bien formada					Mal formada
17.- Chica					Grande
18.- Atractiva					No atractiva
19.- Gorda					Flaca
20.-Proporcionada					Desproporcionada

Mi espalda :	A	B	C	D	E
21.- Bonita					Fea
22.- Rígida					Flexible
23.- Gruesa					Delgada
24.- Débil					Fuerte
25.- Atlético					Bofa
26.- Bien formada					Mal formada
27.- Chica					Grande
28.- Atractiva					No atractiva
29.- Gorda					Flaca
30.-Proporcionada					Desproporcionada

Mi tórax es:	A	B	C	D	E
31.- Bonito					Feo
32.- Rígido					Flexible
33.- Grueso					Delgado
34.- Débil					Fuerte
35.- Atlético					Bofo
36.- Bien formado					Mal formado
37.- Chico					Grande
38.- Atractivo					No atractivo
39.- Gordo					Flaco
40.-Proporcionado					Desproporcionado

Mis piernas son :

- 41.- Bonitas
- 42.- Rígidas
- 43.- Gruesas
- 44.- Débiles
- 45.- Atléticoas
- 46.- Bien formadas
- 47.- Chicas
- 48.- Atractivas
- 49.- Gordas
- 50.-Proporcionadas

- Feas
- Flexibles
- Delgadas
- Fuertes
- Bofas
- Mal formadas
- Grandes
- No atractivas
- Flacas
- Desproporcionadas

Mis glúteos :

- 51.- Bonitos
- 52.- Rígidos
- 53.- Gruesos
- 34.- Débiles
- 55.- Atléticoas
- 56.- Bien formados
- 57.- Chicos
- 58.- Atractivos
- 59.- Gordos
- 60.-Proporcionados

- Feos
- Flexibles
- Delgados
- Fuertes
- Bofos
- Mal formados
- Grandes
- No atractivos
- Flacos
- Desproporcionados

Mi estomago es :

- 61.- Bonito
- 62.- Rígido
- 63.- Grueso
- 64.- Débil
- 65.- Atlético
- 66.- Bien formado
- 67.- Chico
- 68.- Atractivo
- 69.- Gordo
- 70.-Proporcionado

- Feo
- Flexible
- Delgado
- Fuerte
- Bofa
- Mal formado
- Grande
- No atractivo
- Flaco
- Desproporcionado

Mis brazos son :

- 71.- Bonitos
- 72.- Rígidos
- 73.- Gruesos
- 74.- Débiles
- 75.- Atlético
- 76.- Bien formados
- 77.- Chicos
- 78.- Atractivos
- 79.- Gordos
- 80.-Proporcionados

- Feos
- Flexibles
- Delgados
- Fuertes
- Bofos
- Mal formados
- Grandes
- No atractivos
- Flacos
- Desproporcionados