

145



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION QUE EXISTE ENTRE INICIO DE VIDA SEXUAL E  
IMAGEN CORPORAL, Y CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA  
MUESTRA DE MUJERES ADOLESCENTES.

295926

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N  
**MARTINEZ BENITEZ CITLALI DONAJI**  
**SANCHEZ ORTIZ RITA MERARI**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

SINODALES: MTRA. LUCY REIDL  
DRA. MARCIA MORALES  
MTRO. JORGE PEREZ  
MTRA. LILIA JOYA

MEXICO, D.F.,

2001





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.

## INDICE

AGRADECIMIENTOS	4
RESUMEN.	7
INTRODUCCIÓN.	8
I. ADOLESCENCIA.	9
1.1 CONCEPTO.	9
1.2 MADURACION FÍSICA.	13
1.3 RELACIONES AFECTIVAS.	16
1.4 LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE.	21
1.5 VIDA AFECTIVA EN EL ADOLESCENTE.	22
II. IMAGEN CORPORAL.	26
2.1 CONCEPTO Y ANTECEDENTES.	26
2.2 IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.	31
2.3 IMAGEN CORPORAL Y SEXUALIDAD EN LA MUJER.	36
III. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SUS FACTORES DE RIESGO.	41
3.1 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.	47
3.2 ANOREXIA NERVOSA (AN).	50
3.3 BULIMIA NERVOSA.	60
IV. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.	67
4.1 ANTECEDENTES.	67
4.2 RELACIONES SEXUALES.	69
4.3 ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD.	73
4.4 EDUCACION SEXUAL.	77

V	PLAN DE INVESTIGACION.	81
5.1	OBJETIVO.	81
5.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	81
5.3	PROBLEMAS ESPECIFICOS.	81
5.4	PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.	82
5.5	DEFINICION DE VARIABLES.	82
VI.	METODO.	87
6.1	DISEÑO.	87
6.2	MUESTRA.	87
6.3	INSTRUMENTO.	88
6.4	PROCEDIMIENTO.	92
VII	RESULTADOS.	93
7.1	DESCRIPCION DE LA MUESTRA.	93
7.2	ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.	94
VIII	ANALISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS.	100
IX	DISCUSION Y CONCLUSIONES	104
	REFERENCIAS.	109
	ANEXOS.	123

## AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POR LA OPORTUNIDAD DE LUCHAR POR LA EXCELENCIA.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
POR SER LA PUERTA A UN NUEVO MUNDO.

A NUESTROS MAESTROS  
POR COMPARTIR CON NOSOTROS SU CONOCIMIENTO.

A LA DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRÉ  
POR SU APOYO EN LA DIRECCIÓN DE ESTE PROYECTO.

A LA LIC. GISELA PINEDA  
POR BRINDARNOS ASESORIA Y POR SU VALIOSA AMISTAD.

A LOS AMIGOS  
POR SER.

GRACIAS.

**GRACIAS A TODOS,  
COS A MI  
CITACI DONAJI**

**A BOBBY  
POR DESCRIBIRME EL DESEO DE SER ALGUEEN MEJOR**

**A MI TIA BLANCA Y A SUS HIJOS ROMY Y CANIA  
POR ESTAR AHI**

**A RICA MERRI  
POR SER AMIGA Y COMPARAR CONMIGO ESTA AVENTURA**

**A NANCY CRUZ Y A MIRIAM REGALADO  
POR MOSTRARME EL VALOR DE LA AMISAD**

**A MI TIO TOM  
POR ABRIR EL CAMINO**

**A MI HERMANO  
POR ENSEÑARME EL SIGNIFICADO DE VOLUNTAD Y ESFUERZO**

**A MI PADRE  
POR APOYAR EL SUEÑO**

**A MI MADRE  
POR ESTAR CONMIGO DURANTE TODO EL CAMINO**

**MIS AGRADECIMIENTOS**

## MIS AGRADECIMIENTOS.

A Dios todo poderoso, a mi Virgen amada y al Santo Niño de Atocha por darme lo mejor de la vida y por ponerme siempre en el camino indicado dándome siempre lo que he deseado y necesitado.

A mis Padres por haber hecho tantos sacrificios para cumplir esta meta, por amarme y darme siempre lo mejor sin importar si ellos no lo tenían, por creer en mí y apoyarme siempre en todo.

A mi Coso amado porque siempre estas en los momentos felices y desagradables de mi vida, por que sé que en cualquier momento cuento contigo, por hacerme la Cosa más feliz, dichosa y amada de este planeta.

A mi princesa Tita por estar siempre a mi lado, escuchándome y dándome su inmenso amor, a Angie por esos conajes que siempre me da.

A mis mejores amigas Nancy, Claudia, Jacqueline, Susanita y Ana por estar siempre cuando más las necesito con los mejores consejos, brindándome una amistad sin barreras y regalándome siempre lo mejor de ustedes.

A mis cuatro mejores amigos Carlos, Alberto, Vic Vic y Alex por darme todo su amor, apoyo, confianza y sobre todo por lo más valioso que me han dado, su amistad.

A la buena Sam por brindarme la dicha de conocer lo que una verdadera amiga hace por otra, por el gusto de trabajar con una persona brillante y llena de sencillez, por esos momentos juntos.

A mi Abuelita y a todos los que de alguna u otra manera han estado en mí, apoyándome. Por todo esto y más mil gracias a todos.

**MERARI.**

## RESUMEN.

El presente estudio forma parte de una investigación mayor y tuvo como finalidad investigar si existe relación entre la satisfacción / insatisfacción; sobreestimación / subestimación con la imagen corporal, el inicio de la vida sexual y la Conducta Alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes (14 a 19 años). El tamaño de la muestra fue de  $N=151$  ( $n_1=77$  mujeres sin vida sexual activa) ( $n_2=74$  mujeres con vida sexual activa) extraídas de una población formada por adolescentes mujeres que estudian la educación media superior en escuelas públicas del D.F. y zonas conurbanas.

Para la obtención de los datos se aplicó un Instrumento de formato mixto que explora las siguientes áreas: sociodemográfica, imagen corporal, y conducta alimentaria así mismo se realizaron mediciones antropométricas al 20% de la muestra original. Con el fin de analizar los datos se utilizaron estadísticas descriptivas e inferenciales, las primeras nos permiten definir las distribuciones de las variables y la frecuencia con que se presentan las mismas, las segundas comprobar hipótesis.

---

\* PAPIIT '00 Prevención Primaria: Autodiagnóstico de Factores de Riesgo en trastornos de la Alimentación y de la Nutrición. IN305599 a cargo de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.



## INTRODUCCION.

El creciente interés por los trastornos alimentarios, nos ha llevado a explorar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de éstos. Dichos factores han conducido a que muchos jóvenes presenten este tipo de trastornos, en especial los adolescentes, que al estar en un proceso lleno de cambios son más susceptibles de presentarlos.

En la actualidad los medios de comunicación incitan a los adolescentes a mantener una figura delgada con el fin de tener una imagen social favorable que les permita ser populares en su grupo; en ocasiones esta imagen deseada está lejos de la realidad, por lo que los adolescentes pueden llegar a presentar conductas alimentarias de riesgo. De la misma forma los medios promueven una actividad sexual temprana asociada con la imagen de los jóvenes.

Debido a que en México, la investigación es limitada, decidimos explorar con el presente estudio, la relación de la vida sexual de las adolescentes y la percepción de su imagen corporal, así como las conductas alimentarias de riesgo que pueden presentar.

## I. ADOLESCENCIA.

### 1.1 CONCEPTO.

La adolescencia es el período que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo, se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental. En nuestra cultura este período abarca gran parte de la segunda década de la vida e implica una transición lenta de la niñez a la edad adulta (Craig, 1997). En épocas pasadas, la maduración física de la pubertad ocurría mucho más tarde de lo que ocurre en la actualidad. Sin embargo la transición social del adolescente al mundo adulto es hoy día, mucho más lenta en comparación con su evolución física.

El adolescente no sólo pasa por muchos cambios físicos de gran importancia, sino que también es participe de otra serie de cambios como son los sociales y los psicológicos. Socialmente se encuentra en el momento en que ya no es niño, pero tampoco es un adulto, está en el período de transición de un estado a otro y dicha transición es gradual por lo que el adolescente está jugando un papel intermedio dentro de su comunidad: a veces se le exige madurez de adulto, pero en muchas circunstancias aún se le trata como niño (Craig, 1997).

Algunos teóricos ven el período de la adolescencia como una época de derechos y oportunidades restringidos, así como de papeles prescritos con rigidez (Farber, 1970).

Kurt Lewin (1939, citado por Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982) ha expresado esta transición refiriéndose al adolescente como al "hombre marginal", este es un término de la sociología que define a una persona cuya membresía en un grupo no es firme ni clara. Lewin señala que el adolescente

no tiene bien definidos ni sus derechos ni sus responsabilidades, es decir, ya es responsable de su propio bienestar, pero aún está sujeto a la autoridad de los adultos.

Otros autores como señalan Mckinney y cols., 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.

Psicológicamente el adolescente se está adaptando a todas las modificaciones tanto internas como externas que está viviendo: su pensamiento ha cambiado, éste ha alcanzando el nivel de operaciones formales según la teoría de Piaget (1950), y su pensamiento llegará a ser abstracto. La concepción que tenía de sí mismo empieza a transformarse tanto como su aspecto físico, por lo que inicia la búsqueda de su identidad tal como lo señala Erickson (1968) en su teoría del desarrollo. En resumen, su comportamiento de niño cambia por el de adulto joven y la adaptación a estos cambios puede ser positivamente (tranquila) o negativamente (llena de tensión e incluso dolorosa), según la situación que viva cada individuo (Mckinney y cols., 1982).

Evidentemente, las experiencias sociales y personales de los adolescentes son una función del contexto histórico y cultural en el cual viven. La adolescencia puede ser un prelude relativamente corto hacia la independencia o puede implicar una larga dependencia familiar. Elder (1980) por ejemplo, comparó las diferencias y semejanzas entre los patrones de desarrollo de los adolescentes del siglo XIX y los de los jóvenes en la actualidad, midiendo cinco tipos de acontecimientos de la vida; encontró que si bien, ambos grupos pasaron por los mismos acontecimientos, el tiempo en que lo hacían variaba. Los adolescentes del siglo XIX dejaban la escuela antes y recibían menos educación formal, realizaban una rápida transición a la condición ocupacional del adulto pero tardaban más en casarse y lograr su independencia social en comparación con los jóvenes de hoy, quienes pasan más tiempo en la escuela pero se desligan más rápido del hogar paterno.

Los factores culturales pueden ser una fuente de tensión psicológica durante la adolescencia. Keniston (1975) considera que los problemas de la mayor parte de los adolescentes surgen de una tensión entre el YO y la SOCIEDAD, de una inadecuación entre lo que son y lo que piensan que la sociedad desea de ellos. Según este autor, los adolescentes pueden sentirse ambivalentes no sólo ante el orden social sino ante sí mismos, pueden sentir que la sociedad es demasiado rígida y limitante.

La adolescencia es considerada como un período de turbulencias por muchas personas, sin embargo, no todos los humanos somos adolescentes turbulentos; en realidad si consideramos que la palabra adolescente se deriva del verbo latín "adolescere" que significa "crecer", comprenderemos que la adolescencia es sólo un proceso de crecimiento y madurez. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de raciocinio que serán definitivas para el individuo, alcanzando la masa encefálica, por ejemplo, el volumen y peso óptimo, es decir, su máximo desarrollo (Mckinney y cols., 1982).

Por consiguiente parece que la adolescencia en los humanos es un fenómeno muy peculiar, debido a que en otras especies la dispersión está asociada con la constante actividad sexual de los adultos y con la manifestación de conducta madura por parte de los jóvenes, cosa que no sucede entre los humanos. Aunque es difícil, y algunas veces inclusive peligroso hacer comparaciones entre las diversas especies, sobre todo tratándose de temas tan complejos como éste, consideramos que ha sido bastante útil el haber examinado la cuestión de la dispersión en un contexto comparativo. Aunque muchos patrones de conducta son específicos de las especies, el proceso por el que los animales se separan de sus custodios iniciales puede hacer luz sobre acontecimientos semejantes entre los humanos. Es cierto que el fenómeno de la territorialidad tiene un significado muy específico para el que estudie la conducta de los animales. No obstante, una aplicación análoga de ese concepto puede ser un instrumento teórico de cierta utilidad, tal vez nos pueda servir para comprender los esfuerzos que hacen los niños por independizarse una vez que se consideran físicamente maduros, a pesar de la resistencia de los

## 1.2 MADURACION FÍSICA.

Durante la adolescencia se presenta una gran rapidez del cambio biológico equiparable a la que se presenta durante el período fetal, pero a diferencia de los lactantes, el adolescente siente el dolor y el placer de observar el proceso entero, constantemente se compara con otros y revisa su autoimagen. Siempre se da una comparación con el ideal predominante del momento; la capacidad de conciliar las diferencias entre los dos es decisiva durante este período de transformación (Craig, 1997).

En la mujer la maduración física suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14 y se extiende hasta los 18 o 20 años, estos límites varían según los medios sociales, razas y climas que puedan determinar adaptaciones precoces o retardadas a la vida adulta.

En la adolescencia tiene lugar un aumento considerable del ritmo del crecimiento y del tamaño corporal, con frecuencia las mujeres tienen más peso y son más altas que los hombres a esta edad, sin embargo durante el lapso del crecimiento, los hombres sobrepasan a las niñas tanto en tamaño como en peso. En el caso de los varones, el crecimiento rápido empieza entre los 12 y los 15 años, en las chicas dicho crecimiento empieza dos años antes.

Tanner (1978), indica que la velocidad máxima ocurre aproximadamente a los 12 años para las niñas, y alrededor de los 14 años para los chicos, corroborando que la velocidad máxima se presenta más temprano en las mujeres, en promedio nunca alcanza en ellas la misma intensidad que en los varones.

Un aspecto fascinante del arranque del crecimiento de los adolescentes es que a través de los años, todo el proceso de crecimiento parece haber ido ocurriendo cada vez más temprano; es decir, los niños de ahora tienden a crecer y llegar a una estatura de adultos más rápidamente de lo que ocurría en niños de hace 100 o inclusive de hace 50 años. Esta tendencia hacia una maduración cada vez más temprana, se ha llamado tendencia secular o tendencia a un

cambio cada siglo. La explicación más común es la dieta, el clima y el vigor híbrido.

Un arranque muy semejante de crecimiento se advierte con respecto al peso, al tamaño de los músculos, al crecimiento de la cabeza y de la cara y en especial con respecto de los órganos reproductivos. En realidad según Tañer (1962, pág. 10; citado en Mckinney y cols., 1982), "todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo parecen participar en el arranque de crecimiento adolescente".

Los cambios físicos son controlados por las hormonas (en la adolescencia la producción de hormonas aumenta considerablemente), las hormonas tanto femeninas como masculinas están presentes en individuos de ambos sexos, pero los hombres tienen más cantidad de hormonas andróginas de las cuales la más importante es la testosterona, y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona. Cada hormona está destinada a influir en cierto grupo de receptores; por ejemplo, en el hombre la testosterona hace que el pene crezca, la espalda se ensanche y que aparezca pelo en el área genital y en la cara; de la misma manera que el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan y que las caderas se ensanchen en las mujeres (Tanner, 1978).

Las hormonas tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente. Por lo general, los cambios en la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo; algunos preadolescentes se vuelven gorditos de manera evidente en esta época. A esto le sigue al principio de la adolescencia, un gran incremento en la altura, los huesos y los músculos aumentan en tamaño, en el curso de este inusitado crecimiento, por lo general, los jóvenes pierden la grasa extra que habían acumulado, mientras que las señoritas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, aún cuando termina distribuyéndose en distintos lugares del cuerpo (Craig, 1997).

Otro cambio es el incremento de tamaño y actividad de las glándulas productoras de las glándulas sebáceas de la piel, las cuales son causantes del acné

adolescente. También se desarrolla un nuevo tipo de glándula sudorípara, provocando un olor más fuerte en el cuerpo.

Después del crecimiento el segundo cambio biológico más importante es el desarrollo del sistema reproductor. Existen variaciones individuales en cuanto al tiempo necesario para la maduración sexual. Aproximadamente se requiere de un período que va de 1 a 2 años para que ocurran los cambios preliminares que llevan del estado asexual al sexual. En este lapso tienen lugar todas las modificaciones necesarias para la maduración sexual. Una vez que los órganos han alcanzado la función reproductora, se necesitan uno o dos años más para completar su desarrollo, esto significa que en promedio se necesitan de 2 a 4 años para efectuar la transición completa (Bayley, 1965; Young, Zoll, Gallagher, 1963 citados en Hurlock, 1997).

La primera indicación de la pubertad en los hombres es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto, empieza a aparecer el vello púbico y un año más tarde se advierte un rápido crecimiento en la talla y en el pene. La primera emisión seminal ocurre entre los 11 años y los 16.

También hay un crecimiento en el tamaño del corazón y los pulmones. El cambio de voz sucede relativamente tarde en la secuencia de los cambios de la pubertad (Tanner, 1978).

En las mujeres el crecimiento de los senos suele ser la primera señal de que se ha iniciado la pubertad, al mismo tiempo se observa un crecimiento del útero y de la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales (Tanner, 1978).

La menarca o primera menstruación ocurre después de alcanzado el nivel máximo de crecimiento, entre los 9 ½ años y hasta los 16 ½ años, el promedio de edad es de 12 ½ años. Por lo general la menarca se presenta cuando una niña está cerca de alcanzar su peso adulto y cuando ha logrado almacenar una mínima cantidad de grasa en el cuerpo, por lo común cuando han alcanzado el peso de 50 kg. (Frisch, 1988). Cuando la menarca se presenta se están

efectuando en la niña cambios somáticos muy interesantes: el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios e incremento del desarrollo somático; todos los contornos están tomando las características femeninas de la mujer.

La adaptación a las transformaciones físicas es considerada a menudo como difícil, es un hecho que muchos adolescentes experimentan cierta inquietud, sin embargo las actitudes negativas en relación al cuerpo no son generales, en una encuesta realizada con 260 adolescentes indica que los sentimientos de los adolescentes respecto a su cuerpo, son en promedio más favorables que desfavorables, por otra parte, las diferencias no son significativas (Bruchon-Sweitzer, 1982).

Los cambios corporales tienen una repercusión sobre la alimentación de los individuos; pero para poder hablar de ellos es necesario tomar en cuenta las modificaciones psicológicas y sociales que ocurren durante la adolescencia. Desgraciadamente en los programas de estudio y en la secundaria la nutrición recibe muy poca atención (Casillas y Vargas, 1985).

### 1.3 RELACIONES AFECTIVAS.

#### Familia:

La familia es una institución universal, hasta la fecha no existe en el desarrollo de la humanidad institución más significativa que ésta, con sus respectivas variaciones y diferencias de nación a nación, de región y de clase social (Parrés, 1982).

Debesse, 1967, citado por Horrocks, (1986, pág. 212), señala que en la adolescencia el hogar ya no es la única influencia importante, tal como sucedía en la infancia, pero todavía es el apoyo indispensable para el desarrollo emocional del individuo. Mientras esté en contacto con su familia, el adolescente está muy influenciado por ésta, y se convierte en un importante factor determinante en su espacio psicológico personal.



La familia contemporánea tiene los siguientes propósitos:

a) Proveer comida, abrigo y otras necesidades materiales para la vida y la protección ante el peligro.

b) Proveer el contexto social para el desarrollo de los lazos afectivos en la vida familiar.

c) Propiciar el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar, lo que proporciona la integridad física y la fortaleza para enfrentarse a nuevas experiencias.

d) Fomentar los roles sexuales que preparan para la madurez sexual.

e) Preparar para la integración social y la aceptación de la responsabilidad social.

f) Cultivar el aprendizaje y el apoyo para el desarrollo de la creatividad e iniciativa.

Ninguna institución se compara con la familia en esta magnitud de responsabilidad social (Parres, 1982). Sin embargo, entre las principales funciones de la familia están no solamente el apoyo afectivo, emocional y disciplinario del adolescente, sino también el apoyo disciplinario; los padres no sólo tienen la oportunidad sino el deber de ofrecerles a sus hijos el aprendizaje y las experiencias que les permitan adaptarse al medio en el que viven (Horrocks, 1986). Este suele ser uno de los problemas más visibles durante la adolescencia; a veces el adolescente tiende a resentir la autoridad de los padres y este resentimiento se expresa en forma de rebeldía que en algunos casos llega a convertirse en una verdadera lucha por el predominio entre él y sus padres.

Muchos factores intervienen en esta lucha: el aislamiento del joven de las influencias externas, el grado de independencia al que este acostumbrado, la

consistencia de la dominación y si esta actitud proviene de uno o ambos padres.

Cuando la dominación paterna es estricta, fuera de lo común, o irregular, es probable que el adolescente muestre reacciones graves, este suele ser el caso en particular cuando la actitud de los padres es demasiado protectora o de excesivo rechazo.

En la familia surgen dificultades y malos entendimientos sobre todo cuando varios miembros de la familia no están de acuerdo entre sí, esto ocurre a menudo cuando los padres y los hijos perciben la misma situación de forma distinta; esto se complica aún más entre los padres y sus hijos adolescentes por el hecho de que un padre desarrolla ciertas ideas y expectativas basadas en el modo de cómo se ha percibido al niño en el transcurso de los años, sin contar con que los niños cambian a medida que crecen.

En México, tras una investigación en la que participaron 1369 jóvenes de ambos sexos del D.F; se encontró que la percepción que el adolescente tiene de su ambiente familiar influye en algunos rasgos de su personalidad y en conductas denominadas problemáticas (Andrade, 1988).

Estudios realizados con adolescentes y sus familias han hecho aproximaciones iniciales de las relaciones padre-hijos durante la adolescencia a partir de la teoría psicodinámica Freudiana que asumía que la relación padre-hijo se daba en la pubertad debido al resurgimiento de los instintos sexuales infantiles en combinación con las amenazadoras respuestas de excesivo control por parte de los padres (Freud, 1936 citado en Salles, 1992).

En resumen, la familia tiene una amplia influencia en la vida del adolescente tanto durante la adolescencia como para el resto de sus vidas (Noller y Callan, 1991).

### Grupos de amigos:

Los sistemas de trabajo con los compañeros de la misma edad son esenciales para el desarrollo de destrezas sociales de los adolescentes. Estos aprenden de sus amigos y compañeros los tipos de conducta que serán recompensadas socialmente, así como los papeles que más les convienen (Craig, 1997).

Horrocks (1986) señala que por lo general el adolescente tiende a atribuirles una gran importancia a las actitudes y opiniones de otras personas, en especial de las que tienen su propia edad. La adolescencia es una época de interés creciente por las personas del sexo contrario, como personas y como organismos biológicos, por lo que en los grupos de amigos se encuentran ya jóvenes de ambos sexos a diferencia de lo que ocurría en la niñez.

Dentro del grupo de amigos, los jóvenes buscan un papel socialmente adecuado y que las relaciones sociales entre ellos sean satisfactorias, para concordar con el concepto que tienen de sí mismos. Los grupos de amigos se desarrollan en una serie de etapas definidas Tuckman (1965) ha propuesto cuatro etapas: la etapa de orientación, en donde empiezan a conocerse y a encontrar características similares en la concepción de sí mismos que cada uno tiene; la siguiente etapa es la del frenesí en la que el adolescente somete sus inclinaciones en valor de las del grupo, o experimenta sentimientos de conflicto; la tercera es la de normalización donde el grupo muestra características grupales definidas y tiene reglas establecidas; y finalmente la cuarta es la del rendimiento, en esta el grupo se vuelve más flexible e incluso inicia un periodo de reestructuración. Todas estas etapas permiten mostrar la unificación que ocurre en los grupos de amigos adolescentes que buscan sobre todo pertenecer a un grupo e identificarse con sus miembros (citado por Horrocks, 1986).

Por otra parte señala el mismo autor que también influyen diversas clases de factores en la asignación del papel personal que el grupo le impone al adolescente, entre estos están por ejemplo: la dotación física y la mental; esta

asignación de papeles que tiene lugar en el grupo afecta de manera importante el autoconcepto del adolescente, la influencia de los amigos puede tener consecuencias positivas o negativas en el concepto de sí mismo que tenga el adolescente en el futuro puesto que dicho concepto continúa modificándose con los años. Produciéndose una verdadera eclosión en cuanto al número de integrantes del grupo de pares reconocidos. En edades que van de los 12 a los 14 años, y en ocasiones incluso mayores, los grupos son muy extensos, ya que pueden abarcar a diez, doce, quince o más miembros. En un principio, estos grupos son aún predominantemente del mismo sexo, pero, paulatinamente, comienza la incorporación de integrantes del sexo opuesto a medida que la maduración biológica va condicionando cambios de interés y acentuando las motivaciones heterosexuales. Surgen también las primeras amistades íntimas entre adolescentes de distinto sexo, pero esto es también fruto de un proceso evolutivo que en general tiende a darse de modo distinto en jovencitas y varones (Mckinney y cols., 1982).

El adolescente vive fundamentalmente en el grupo, y frente a la sociedad global percibe que es moldeado por los adultos en función de los intereses de éstos. El grupo da al adolescente una sensación de fuerza colectiva que en cierta manera compensa psicológicamente muchas de las situaciones de inferioridad que imagina o realmente vive. De ahí que el principal afán social de la adolescencia consista en lograr la pertenencia a un grupo, puesto que el grupo de adolescentes representa una transición necesaria entre el núcleo familiar (con el cual se siente descontento) y la vida social que aún no puede disfrutar en plenitud (Mckinney y cols., 1982).

En cuanto a la relación emocional que tiene el joven con sus amigos, se puede decir que en sus relaciones son más sensibles, discernidores e involucrados; de hecho son más tiernos con sus verdaderas amistades (Hollander, 1964).

#### 1.4 LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE.

Durante los primeros años de la adolescencia, por lo general, los jóvenes sienten una intensa presión para conformarse a las normas y expectativas de unos cuantos o de varios grupos de referencia. Su autoimagen se centra en cómo encaja él en un grupo o corresponde a las exigencias de sus compañeros, sus sistemas de valores a menudo dependen de los de los demás (Douvan y Adelson, 1966).

A medida que pasan los años este patrón cambia, y las ideas de los adolescentes provienen más de sus propios descubrimientos, en sus evaluaciones se refleja una adhesión sincera a ciertos valores, en gran parte este cambio es atribuible a la maduración de sus procesos racionales (Craig, 1997).

De acuerdo con Horrocks (1986), al llegar a la adolescencia el joven ha avanzado mucho en su camino hacia la madurez; más de lo que con frecuencia creemos. En algunos aspectos está más cerca de la madurez que en otros, muchos hábitos están ya bien establecidos y sufrirán muy pocas modificaciones en tanto que otros no lo están tanto y pueden presentar grandes modificaciones en este periodo: la intensidad de estos cambios altera la personalidad total del adolescente y futuro adulto.

Una personalidad bien integrada presenta un grado razonablemente alto de consistencia en los caracteres contrarios ante situaciones esencialmente similares. La inconsistencia de la personalidad es uno de los problemas que se observan con mayor frecuencia en los adolescentes, esta inconsistencia en la personalidad se explica porque generalmente los adolescentes no tienen la fijeza ni la firmeza suficiente en la organización de sus caracteres y estos no son estables porque aún están inmaduros, sin embargo esta inmadurez le permite tener posibilidades de desarrollar una personalidad mejor en el futuro.

A menudo el adolescente presenta muchos caracteres contradictorios, en sucesión desconcertante; puede mostrarse alegre y animado, desinteresado, afable o generoso en una ocasión, y todo lo contrario al momento siguiente,

estos caracteres de conducta dependen en gran parte de las situaciones que los despiertan, por lo que pueden ser más o menos notorios según sea el caso.

La búsqueda de la identidad es uno de los principales conflictos que el adolescente debe resolver si quiere hacer una transición completa hacia la adultez. El proceso para encontrar la identidad es muy extenso y complejo, da la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de la persona (Erikson, 1968).

Las fuentes de la identidad para el adolescente provienen ya sea de su grupo de referencia o de la o las personas importantes para el joven (Craig, 1997). Algunos autores proponen que para desarrollar una personalidad adecuada y saludable, sería apropiado que el adolescente tuviera una guía y controlador (Brooks, 1952) o un modelo a seguir (Bandura, 1964 citado por Craig, 1997); además de la libertad suficiente para usarla con prudencia, o por lo menos sin prejuicio para sí mismo y para los demás; la iniciativa, la confianza en sí mismo, la capacidad para dirigir su vida.

La personalidad que emerge al término de la adolescencia es completamente diferente de la que existía al comienzo de la maduración, porque el desarrollo implica diversas transformaciones que en muchos casos son inexplicables, pero no hay duda alguna que es una personalidad cuyas raíces presentes están muy enterradas en el pasado. Las necesidades de integración de la personalidad, identidad y autorrealización son muy fuertes durante estos años.

### *1.5 VIDA AFECTIVA EN EL ADOLESCENTE.*

La vida afectiva se desarrolla y se organiza, por dos elementos: la experiencia y el condicionamiento. Las primeras experiencias son fruto del modo de producirse las primeras relaciones; como resultado de esas experiencias, surgen las actitudes, se refuerzan y se organizan; y la vida afectiva en consecuencia se estructura.

Algunos consideran la adolescencia como un período con crisis características en el área afectiva, pero en la actualidad hay autores que opinan que la afectividad propia de esta edad, esta insertada en un ciclo cuyas características no pueden ser tan distintas de las de otras edades, por lo que no se pueden tratar de forma específica.

La vida afectiva del adolescente no sólo se desarrolla en el área familiar, sino individualmente también, la pertenencia a uno o más grupos y la obtención de un estatus social tienen un impacto cuantificable en su autoestima: los adolescentes que pertenecen a grupos de alto estatus tienden a tener una mayor autoestima (Brown y Lohr, 1987).

Entre los 12 y los 17 años los adolescentes desarrollan la capacidad de formar amistades más estrechas e íntimas. Al mismo tiempo que se incrementa la intimidad con amigos del mismo sexo, empieza a surgir la amistad con personas del sexo opuesto. Las mujeres empiezan a reportar amistad con personas del sexo opuesto a más temprana edad que los adolescentes varones (Sharabany, Gershoni y Hoffman, 1981).

Durante la etapa inicial de la adolescencia el contacto con el sexo opuesto suele tener lugar en la interacción grupal, esto les proporciona a los jóvenes la posibilidad de un período de prueba en el cual pueden recabar ideas y experiencias con las que han de moldear actitudes básicas con relación a los roles sexuales y a la conducta sexual sin involucrarse en exceso con una persona del sexo opuesto (Douvan y Adelson, 1966).

Es en la adolescencia media o en la adolescencia tardía cuando los jóvenes inician la aventura de las citas. Roscoe, Diana y Brooks (1987 pág. 61) elaboraron una lista de siete funciones que cumplen las citas para los adolescentes:

1. Diversión.
2. Socialización.
3. Estatus.

4. Elección de compañero.
5. Sexo.
6. Compañerismo.
7. Intimidación.

Roscoe y cols., también preguntaron a adolescentes de distintas edades sobre sus actitudes ante las citas. Encontró que los más jóvenes tendían a pensar en términos de una gratificación inmediata (diversión y atractivo físico en la pareja); los adolescentes de mayor edad fueron menos superficiales considerando las características de la personalidad de sus parejas y los planes personales para el futuro como aspectos importantes en las citas. Existen también diferencias importantes en cuanto a género, Roscoe y cols., encontraron que mientras para las mujeres es más importante la confianza que el sexo en la relación, para los hombres resulta más importante el sexo que la confianza en la relación. Por otra parte la tarea fundamental durante la adolescencia, según lo expresan todos los psicólogos, es la búsqueda de la identidad; dicha búsqueda lleva al adolescente a pasar por un proceso de cambio continuo siguiendo las reglas que marca la sociedad y su concepción interna. Esta identidad se ira adquiriendo en forma lenta y continua.

La identidad no es la única meta que debe alcanzar el adolescente. Otras tareas que debe cumplir son: lograr sentimientos de independencia, adquirir las actitudes sociales que le permitan ser aceptado, adaptarse a un físico que esta cambiando y a su desarrollo sexual y asimilar un conjunto de normas y valores con los que pueda guiarse (Havighurst, 1953 citado por Horrocks, 1986).

Los adolescentes por estas causas, pueden pasar por un período de tensión, pero pueden encontrar seguridad en algunos entornos o relaciones para estar mejor equipados para lidiar con las incomodidades que atraviesan en otros aspectos de sus vidas (Craig, 1997).

En síntesis, el período de la adolescencia es considerado por muchos como un período de crisis segura, la mayoría espera que el joven adolescente



explote, sin embargo se sabe que quizás las personas estén un poco sobrepuestas para dicha explosión; el Psiquiatra Offer describió el ejemplo de 73 adolescentes para quienes la transición se caracterizó más por ser "un evento gradual, que una erupción de tipo volcánico". (White y Notkin, 1980 pág. 115).

## II.- IMAGEN CORPORAL.

### 2.1 CONCEPTO Y ANTECEDENTES

Existen diferentes definiciones de imagen corporal, tantas como existen autores que tratan el tema. Para Grenacre (1953), la imagen corporal consiste en una catéxis predominantemente libidinal y bastante bien estilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas.

Pierón (citado por Rocheblave, 1978), da la siguiente definición de la imagen del cuerpo (noción introducida por el psicoanalista Schilder, en 1927: "representación que cada uno hace de su cuerpo y que le sirve de punto de referencia en el espacio; para Kolb (1976), la imagen corporal es la percepción del cuerpo por el Yo. El Yo corporal contiene preceptos, conceptos y afectos relacionados con el cuerpo. Los aspectos neurológicos, las cargas afectivas y de valor, la circunstancia histórica y social del sujeto se encuentran íntimamente entrelazadas en la forma en el que este se ve a sí mismo; otra definición es la de Bruchon Schweitzer: la cual dice que imagen corporal: "es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa" (Bruchon-Schweitzer, 1992, pág. 162).

La construcción de la imagen del cuerpo se hace a través de la coordinación de las diferentes formas de sensibilidad y por intermedio de actividades diversas, a partir de representaciones visuales, adquisiciones cinestésicas, cognoscitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como "único", diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y como "sujeto" (Bruchon-Schweitzer, 1992, pág. 163).

Desde la perspectiva neurológica Schilder (1950), señala que la imagen corporal es una representación mental que se forma del cuerpo, es decir; la forma en que éste se parece a la persona, para que esta imagen se integre, se dispone de sensaciones visuales, táctiles, de temperatura, de dolor, etc.; también hay sensaciones de los músculos y de las vísceras. Además esta la experiencia inmediata de que existe una unidad corporal, unidad a la que se le llama esquema corporal.

Según Dolto (1986), el esquema corporal especifica al individuo en cuanto a representante de la especie, independientemente del lugar, la época o las condiciones en que se vive, es decir, es él mismo para todos los individuos, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada individuo: esta ligada al sujeto y a su historia.

Schilder (1950), sostiene que la imagen corporal se trata de una simple sensación, percepción o imaginación sino que proviene de los sentidos y es una apariencia del propio cuerpo, es decir, la imagen de nuestro cuerpo que formamos en nuestras mentes. La imagen corporal se va formando desde la infancia según los mensajes que se reciben del exterior: es el resultado de la vida social.

La imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y su capacidad funcional. Cuando ocurren cambios físicos que requieren una revisión radical suele ser difícil adaptarse a la realidad física así como a los nuevos conceptos del Yo físico que implica en verdad (Caplan, 1973).

Para Gómez Pérez-Mitré, la imagen corporal se evalúa en dos diferentes aspectos:

- Ψ Satisfacción e insatisfacción.
- Ψ Distorsión (subestimación – sobrestimación).

La satisfacción / insatisfacción significara una evaluación que del propio cuerpo realiza el individuo; Cooper y Taylor (1988), la definen como los sentimientos satisfactorios o insatisfactorios experimentados hacia el propio cuerpo o partes de él, ambos en términos de tamaño y apariencia. Para Gómez Pérez-Mitré (1993), será el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo. En cuanto a la alteración de la imagen corporal, ha sido definida como la precisión para evaluar el tamaño corporal y la figura (Cooper y Taylor, 1988); y como una sobrestimación o subestimación del peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Para la evaluación de estos aspectos de la imagen corporal se emplean métodos de medición como es el Índice de Masa Corporal que fue desarrollado por Quetelet, y es considerado el indicador más confiable para diagnosticar obesidad (Braguinsky, 1987).

Diferentes conceptos se emplean en estos aspectos de la imagen corporal, se puede señalar el peso corporal que es la suma de la masa magra y el tejido adiposo y el peso ideal que hace referencia a las respuestas autoperceptivas, actitudinales y autovalorativas del individuo al estimar su propio cuerpo. Por lo regular hará una sobrestimación del tamaño del cuerpo, en esta sobrestimación la persona no tomara en cuenta el peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Si se consideran globalmente los diversos componentes de la imagen del cuerpo de los hombres y de las mujeres, la satisfacción corporal, el atractivo subjetivo, la importancia atributaría a diversas zonas del cuerpo y la accesibilidad los discrimina muy poco. Si se mira un poco más atentamente, aparecen algunas especificaciones interesantes, no por su extensión, sino por su significación común. Si los hombres parecen satisfechos de tener unas dimensiones corporales importantes (estatura, anchura del tronco superior) y tienen tendencia a sobrestimarlas, las mujeres que se creen más delgadas de lo que son, consideran deseable una cierta fragilidad (lineal, delgadez del tronco inferior). Pero unas preocupaciones nuevas comienzan a apoderarse de los hombres de hoy (peso, belleza). Unas preferencias distintas poder/fragilidad

coexisten con unas preferencias comunes (delgadez, atractivo) (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Los hombres prefieren un cuerpo fuerte, firme y robusto. Thompson (1990, citado por Abell y Richards, 1996), ha concluido que los sentimientos de los varones hacia su cuerpo influyen sobre su sentido de poder o eficiencia. Abell y Richards (1996), encontraron que las mujeres discrepan con los hombres respecto de su actitud hacia su figura, lo que sugiere una diferencia en la dirección del desagrado o insatisfacción. El nivel de desagrado general es similar en ambos sexos, pero en los varones existe menos insatisfacción con su peso.

Diversos análisis factoriales realizados sobre el conjunto de las respuestas de estudiantes de uno y otro sexo a la BCS (Body Cathexis Scale, Jourard y Secord, 1953 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992), muestran la aparición de dos factores importantes: uno concierne a la eficiencia física, el otro al atractivo físico (Tucker 1981), si se analizan separadamente las respuestas de los dos grupos, se advierte que, aunque estos dos factores aparecen tanto en los hombres como en las mujeres, el de la eficiencia aparece como el más importante (estadísticamente) para los primeros, y en las mujeres el del atractivo físico según Mahoney y Finch, 1976 (citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Otro aspecto que explica las diferencias entre sexos en la percepción de la imagen corporal es la presión que sobre la mujer ejerce la cultura de la delgadez. La prevalencia en los desórdenes alimentarios en la niñez y adolescencia se incrementó durante la década pasada. Este incremento se debe en parte a la presión social sobre la mujer a conformarse con la figura ideal femenina (Striegel - Moore, Silverstein y Rodin, 1986).

Algunos estudios estructurales (factoriales) realizados sobre la BCS de Secord y Jourard (1953) sugieren su multidimensionalidad, especialmente en lo que concierne a un cuerpo "eficiente" (Tucker 1981) y a un cuerpo además "atractivo" (Mahoney y Finch 1976). Además, la BCS sólo estudia la evaluación

del propio cuerpo (relativa satisfacción/insatisfacción), mientras que las percepciones corporales, como ya hemos visto, son muy ricas y no pueden quedarse reducidas a esta única dimensión. Por último, esta escala, aunque muy popular, hace unas preguntas tan evidentes, tan transparentes, tan cargadas emocionalmente, que hay que ser muy ingenuo para considerar las repuestas como un testimonio auténtico de las actitudes evaluativas que realmente se tienen sobre el propio cuerpo. Muy pocos autores (Pantleo, 1966) han investigado si esta escala estaba contaminada por unas respuestas de tendencias de respuesta, y han encontrado, en efecto, que la "deseabilidad social" afecta significativamente a las puntuaciones de satisfacción corporal (citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Las personas preocupadas excesivamente por su cuerpo piensan que su apariencia física influye para ser aceptado por los otros, sobre todo para llamar la atención (Jourard y Lasdman, 1987). La forma en que se ven a sí mismas las personas con trastornos alimenticios tienen mucho que ver con el modo en que se sienten y piensan que son. Aún sin la información visual las personas pueden tener la convicción de que se ven muy gordas (Lara, 1996).

Gómez Pérez-Mitré (1997), menciona que entre las variables catalogadas como factores de riesgo de los desordenes del comer que se encuentran asociadas con la imagen corporal se debe señalar la distorsión de la imagen corporal (sobrestimación / subestimación) y satisfacción / insatisfacción que se refiere al nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal. Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente autoactitudinales. Distingue alteraciones de la imagen corporal de distorsión fundamentalmente porque la distorsión se ha asociado más a casos clínicos, y los estudios realizados con poblaciones no clínicas de adolescentes han permitido observar lo que se ha denominado alteración.

Slade y Russell (1973), mostraron que los pacientes con anorexia nervosa sobrestiman enormemente el grosor de su propio cuerpo y esta tendencia a la sobrestimación decrece conforme los pacientes ganan peso. Algunos estudios

preliminares dieron razón para sospechar que la estimación del grosor corporal tal vez esta relacionado con la edad.

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

## *2.2 IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.*

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 (Maresch, 1964; Reynolds y Wines, 1951), mientras que las niñas empiezan como precoces a los 7 años y medio y como tardías a los 11 años y medio de edad (Tanner, 1972). Porque el cuerpo es el foco primario con relación a esta edad, los adolescentes son muy autoconscientes de su desarrollo (McCandless, 1970; Elkind, 1967) y están más deseosos de tener herramientas para percibir diferencias en características físicas como en sociales e intelectuales (Lerner y Karabenick, 1974).

Craig (1997) señala que los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y muestran ante él una actitud crítica; a lo largo de la adolescencia se producen transformaciones rápidas e importantes en las proporciones corporales, los caracteres sexuales primarios y secundarios, los rasgos de la cara, hasta tal punto que unas ligeras modificaciones del esquema corporal no bastan a incorporarlas.

Como dice Ausubel, (citado por Rocheblave-Spenle, 1978), la antigua imagen del cuerpo se modifica, e igualmente la importancia que se le concede. Además estos cambios se pueden verificar, o pueden no verificarse, al mismo tiempo y al mismo ritmo con que se verifican en los amigos. Una vez más, es

precisamente en el momento en que se dan esos cambios físicos cuando se ven más claramente los diferentes ritmos de maduración entre varones y mujeres.

El principio de la pubertad empieza por lo menos dos años antes en las niñas que en los niños. Nunca antes y nunca después será tan grande la diferencia en el ritmo de maduración (Mckinney y cols., 1982).

No resulta siempre fácil para el adolescente integrar todas sus modificaciones corporales, a veces el cuerpo le parece como algo extraño y ajeno (despersonalización transitoria), alguno de estos cambios son importantes sencillamente porque son el criterio por el cual los demás perciben al sujeto, o el sujeto se percibe a sí mismo.

La pubertad es caracterizada por una aceleración en el ritmo de crecimiento y un gran número de cambios físicos, estos cambios llevan al adolescente a elaborar otras representaciones de sí mismo, de su ambiente social y de sus relaciones, esta elaboración de la nueva imagen corporal es una de las tareas más importantes del adolescente (Havighurst, 1972 citados por Rodríguez - Tomé, Bariaud, Cohen Zardi, Delmas, Jeahuoine y Szylagyi, 1993)

Como masculino o femenino, por ejemplo, una niña que se desarrolla tardíamente puede preguntarse con todo derecho cuando desarrollará características femeninas. Un niño bajo de estatura y algún tanto subdesarrollado y de maduración tardía, puede sentir preocupación por su identidad sexual. Dicho de otra manera, el proceso por el que se llega a ser un hombre, no solamente significa que se ha dejado de ser un niño, sino que también implica estar seguro de que se es un varón normal (Mckinney y cols., 1982).

Las reacciones psicológicas de cara a las modificaciones físicas, dependen en gran parte de las actitudes y juicios del otro; sobre todo de los que los padres manifiestan hacia el hijo. El cuerpo representa al individuo: según Zachry, símbolo del yo, de la personalidad. No es simplemente algo que uno se representa dentro de sí, que es personal e íntimo, sino que es también la



frontera entre el Yo y el mundo; es la primera cosa nuestra que el otro ve, se quiera o no (es también lo que ve uno mismo, aunque no lo vean los otros). El cuerpo es un estímulo social, y, a partir de la adolescencia, un estímulo sexual. Por eso el adolescente concede un valor a su cuerpo también en función de la significación que posee, según él, para los otros, y en función de la mayor o menor conformidad con las normas de su grupo (Rocheblave-Spenle, 1978).

Siguiendo al mismo autor, la estructura del cuerpo determina indirectamente la identificación sexual del sujeto, y esto de dos maneras también indirectamente relacionadas. En efecto, hemos visto que el individuo considera su cuerpo como un objeto que ocupa un lugar privilegiado en su experiencia, lo reviste de ciertos valores y toma ante él una actitud determinada. Unas veces acepta la imagen de su cuerpo sexuado y trata incluso de hacer que algunos de sus rasgos sean más manifiestos (algunos rasgos son modificables directamente o mediante el vestido).

Otras veces, por el contrario, el adolescente niega las transformaciones de su cuerpo que hacen de él un hombre o una mujer. Pero la morfología determina a menudo de otra manera la aceptación del yo, chica o chico. Ya no se trata solamente de ser como los otros los que juzgan nuestro cuerpo, y estos juicios nos reflejan su valor y su significación, determinando nuestro propio juicio. De acuerdo con un estereotipo muy extendido, la morfología de un individuo está ligada estrechamente a su conducta (Rocheblave-Spenle, 1978).

En el caso del adolescente se puede observar como influyen estos factores en la percepción que de su imagen corporal tenga y como la vaya formando porque en conjunto será el producto de experiencias reales y fantasiosas que tendrán diferentes fuentes, es decir, provendrá en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros den a los atributos físicos y de la atención hacia las expectativas culturales (Shoenfeld, 1963 citado por Grinder, 1976). Así para el adolescente su figura corporal y la satisfacción de ésta será importante por los beneficios que le aportará, que pueden ser las

expectativas hacia el éxito que haya creado en sus padres o el de un estereotipo favorable (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Se ha observado en algunos estudios (Dion, 1973) que la interacción con los pares se ve favorecida cuando el niño posee atractivo físico e inclusive se le atribuyen características como de independencia o amabilidad y cuando no es atractivo se le llega a considerar como agresivo o tímido.

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 T.V. pueden constituir una fuente de ansiedad. Algunas jóvenes se someten a intensas dietas, mientras otros se lanzan a rigurosos regímenes de acondicionamiento físico. Hay muchas adolescentes médicamente saludables que se consideran obesas y desean perder peso (Craig, 1997).

El hecho de encontrar que la población adolescente presenta alto riesgo en cuanto a la probabilidad de mostrar alteraciones en la conducta alimentaria se ha explicado en algunas ocasiones como resultado de la adaptación a los cambios físicos que ocurren durante la pubertad. Por ejemplo Ohtahara, Ohzeki, Hanaki, Motozumi y Shiraki (1993), observaron que los cambios en la apariencia corporal se relacionaron con el incremento de la prevalencia en la anorexia nervosa durante la pubertad.

De acuerdo con Mckinney y cols. (1982), la preocupación por el propio atractivo físico evidentemente no se restringe a la adolescencia temprana. Sin embargo, solamente hasta entonces empieza a tener importancia la cuestión. En un estudio sobre estudiantes de bachillerato, Lerner y Karabenick (1974) encontraron elevadas correlaciones entre la estimación que los sujetos tenían del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la estima global que tenían de sí mismos. Esto fue especialmente verdadero en el caso de sujetos femeninos. (Es de suponer que la autoestima de los muchachos se relaciona más con la estima de una buena apariencia física y con la misma fuerza física).

Todos los adolescentes se interesan en sus cuerpos, las muchachas se preocupan más que los varones porque para ellas sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones en la vida, particularmente en lo referente al noviazgo y al matrimonio (Hurlock, 1997). En una investigación donde se estudió la influencia de la maduración puberal sobre la imagen corporal, los resultados mostraron que el impacto de la pubertad sobre la imagen corporal no es el mismo para ambos sexos (Rodríguez Tomé y cols. 1993). En adolescentes varones se observa más satisfacción con su apariencia física, esta relación no es positiva en el caso de las mujeres y su patrón aparece más complejo.

En una forma muy interesante, Frazier y Lisonbee (1950 citado por Mckinney y cols.1982) han estudiado algunas de las preocupaciones concretas que suelen tener los adolescentes a propósito de su desarrollo físico. Al interrogar a 580 chicos y chicas de décimo año escolar acerca de su físico, encontrando que 21% de los chicos y 16% de las chicas se describen a sí mismos como delgados, mientras que solo 13% de los jóvenes pero 30% de las jóvenes se describieron como robustos. Aproximadamente una cuarta parte de los muchachos y de las muchachas se describieron a sí mismos como bajos de estatura, y otra cuarta parte tanto de muchachas como de muchachos se describieron altos. El 19% de los muchachos y el 24% de las muchachas consideraban que se habían desarrollado demasiado temprano, el 17% de los muchachos y el 13% de las muchachas consideraban que se habían desarrollado demasiado lentamente. Con este estudio se puede corroborar como la imagen corporal, es un factor determinante del autoconcepto y de la autoestima.

Investigaciones en México han demostrado la relación existente entre la imagen corporal de los jóvenes y la percepción que tienen de sí mismos. En una investigación realizada por Gómez Peresmitré, (1998a), con 162 mujeres adolescentes se confirmó en resultados preliminares, que la autopercepción del cuerpo es el mejor predictor de satisfacción corporal, encontrando que para las adolescentes es más importante el sentirse atractivas que el serlo.

En otro estudio Gómez Pérez-Mitré, (1993a) exploró la relación entre las variables cognoscitivas y actitudinales relacionadas con la imagen corporal, en 197 jóvenes de preparatoria, licenciatura y posgrado, 49% de la muestra eran del sexo femenino, y el 51% restante eran del sexo masculino. Los resultados obtenidos mostraron que existe una relación entre la percepción del peso de los sujetos y el grado de satisfacción con la imagen corporal.

La dramática experiencia de los cambios puberales con los que los adolescentes pueden creer que el cuerpo continua siendo muy moldeable, puede dejar de serlo sin un programa efectivo de control de peso y ejercicio para controlar la talla y determinar si el aumento es hereditario (Stunkard, Foch y Hubrec, 1986). El deseo de un cuerpo perfecto puede chocar con los contrastes psicológicos (Brownell, 1991).

### 2.3 IMAGEN CORPORAL Y SEXUALIDAD EN LA MUJER.

El estándar 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 delgada recientemente. Para la anorexia nervosa, la diferencia sexual es grande, así como el 90% de todos los anoréxicos son mujeres (Druss y Herifin, 1979). Las mujeres hacen la mayoría de quienes participan en organizaciones para hacer dieta como es *Weight Watchers* (Stunkard, Levine y Fox, 1970).

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 extremadamente delgado (Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980).

Las mujeres generalmente están menos satisfechas con sus cuerpos que los hombres (Altabe y Thompson, 1993), por lo que la insatisfacción con la

imagen corporal es un área crucial de investigación al estar relacionada con la baja autoestima y la depresión (Rierdan, Koff y Stubbs, 1990).

En cada cultura las mujeres son presionadas a incorporar los patrones de estética que le permitan sentirse aceptadas, lo aceptable ahora es preocuparse por estar esbeltas incluso delgadas, lo cual las hace identificarse con una imagen juvenil (Martínez – Fornes, 1994). De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), las mujeres mexicanas, en general han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, demostrándose con esto que al contrario de los supuestos originales en los que se planteaba que los problemas asociados con imagen corporal y trastornos alimentarios eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas, son problemas que se extienden rápida e interculturalmente y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna independientemente del nivel de desarrollo en el que se encuentre.

En otro estudio con adolescentes y preadolescentes del sexo femenino la autora, encontró que la mayoría de los sujetos reportaron como figura ideal aquellas que se acercan más al prototipo de esbeltez que la sociedad promueve; el 50% acepto estar satisfecha con su figura, sin embargo, se encontró que estas chicas querían pesar menos de su peso actual (Gómez Peresmitré, 1998b).

Murrieta (1997) citado por Gómez Peresmitré(1998b), encontró que una mínima parte de las adolescentes de su muestra se sentían satisfechas con su imagen corporal y más de tres cuartas partes se sentían insatisfechas. Conforme aumenta la edad de las adolescentes se incrementa también la insatisfacción con sus cuerpos.

Stern (1991), señala que algunas niñas que han demostrado una sólida percepción de sí mismas, en la adolescencia renuncian y devalúan sus percepciones, creencias, pensamientos y sentimientos. Esta desaprobación de sí mismas ha sido vista en chicas que funcionan bien en la escuela pero que además han sido asociadas con el desarrollo de síntomas psicológicos tales como trastornos alimentarios y depresión.

Uno de los elementos de mayor relevancia teórico - práctico de la imagen corporal en el campo de los trastornos alimentarios es el de las implicaciones que conlleva una imagen corporal negativa ya que estar insatisfecha con la propia imagen, no aceptarse o autorrechazarse e inadaptación social van de la mano (Cash y Deagle, 1995; Thompson, 1990; citado por Gómez Peresmitré, 1998b).

Se ha encontrado que las mujeres con desordenes alimentarios más severos tienen mayor probabilidad de tener una imagen corporal negativa así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como son las relacionadas con la sobrevaloración y deseabilidad de delgadez (Mintz y Betz, 1988).

La mujer durante siglos ha sido motivo de discriminación teniendo como únicos argumentos su condición biológica diferente a la de los hombres y colocándola en una situación de ser inferior. Ussher (1991), señala al respecto que en la mayoría de los casos el cuerpo femenino y la reproducción son construidos bajo una luz peyorativa en la que se enfatiza el debilitamiento, lo cual tiene como resultado el que muchas mujeres tienen una imagen negativa de sí mismas.

Desde el aspecto de la sexualidad las mujeres son adiestradas para esconder y disimular su propio cuerpo, que sólo se caracterizan por su anatomía y se les impide aceptar su cuerpo como parte de sí mismas. Ussher (1991), señala que la sexualidad en la mujer se ve negada y explotada. Steiner - Adair (1991), dice al respecto que los desordenes alimentarios son el símbolo de una cultura que no tolera el desarrollo femenino y la madurez.

Las mujeres tienden a percibir sus cuerpos primariamente como elementos significativos para el atractivo de los otros, mientras que los hombres tienden a percibirlos como elementos que sirven a un funcionamiento efectivo y operativo sobre el medio externo. Tales asunciones distintas, sean conscientes o inconscientes, parecen que tienen diversas

consecuencias para la imagen corporal y el autoconcepto en chicos y chicas (Ortiz-Tallo, 1997).

Además, la relación sexual supone un grado de intimidad y de aceptación del propio cuerpo y del cuerpo del otro. "Cuando esto no ocurre y la mujer se siente insegura, escondiendo su físico o no permitiendo que le vean determinadas partes que considera feas o vergonzosas, es difícil que exista la relajación suficiente para poder empezar a "sentir" y "vivenciar" sus propias sensaciones corporales" (Ortiz-Tallo, 1997 pág. 22-23).

Se ha comprobado (Koff, 1990) que la imagen corporal está más relacionada con la autoestima en las mujeres que en los hombres. Es decir, la autoimagen es un factor determinante que tiene más importancia y más fuerza en la formación de la autoestima en mujeres (Ortiz-Tallo, 1997).

Las mujeres tienden más fuertemente a querer lograr un ideal de belleza física que se potencia, además, desde los medios de comunicación, y en donde aparecen muy resaltados en anuncios televisivos, revistas etc.

En los trastornos de la alimentación el síntoma parece conllevar la explicación de las elecciones de pareja, cuando este deseo está subyugado por el deseo de alimento y la imaginación es sumisa ante la idea colectiva de perfección, el erotismo se nulifica. La persona con anorexia nervosa tiende a evitar elegir pareja, aparentemente por considerar que nadie es suficientemente perfecto para ella y por un miedo muy grande a madurar y tomar la responsabilidad de una elección tan importante. En la bulimia nervosa, la dinámica es distinta: en ella la persona generalmente comienza una relación amorosa de manera impulsiva y rápida, idealizando al máximo a su pareja, avorazándose de ella, realmente "atascándose" de ella, para después irse al extremo contrario de la idealización: hacia la decepción y el odio, vomitando a su pareja, rompiendo la relación con todo tipo de pretextos (Holtz, 1998 págs. 44-45).

La evaluación de la insatisfacción corporal y de los comportamientos asociados se hace hoy en día indispensable, para valorar no sólo los trastornos alimentarios, sino los sentimientos, pensamientos y acciones que puedan terminar en ellos (Raich, 1996).



### III. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y SUS FACTORES DE RIESGO.

Los trastornos de la conducta alimentaria son sumamente complejos y graves, al grado que amenazan no sólo la estabilidad del individuo, sino la de la sociedad, por lo que es importante tomar en cuenta algunos de los factores de riesgo asociados al desarrollo de este trastorno. Estos se caracterizan por hábitos anormales en el consumo de los alimentos, subyaciendo factores psicológicos, psiquiátricos, sociales y médicos, alterando de manera significativa la salud física y mental del individuo, presentándose en los extremos de un continuo; ya sea la abstención o restricción de los alimentos o la ingesta desmesurada de los mismos (Chinchilla, 1995).

Constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica y básica. Dicho interés surge como necesidad de dar una respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental. No obstante dicho interés por el tema es muy reciente, ya que, aunque la enfermedad no es nueva no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas (Mateos-Parra y Solano-Pinto, 1997).

En los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia nervosa) a pesar de las diferencias intragrupalas, hay características psicológicas comunes que unen a la mayoría de las personas que sufren de los mismos, como es la baja auto estima, estados de ánimo disfóricos, locus de control externo, poner mucho énfasis en la ejecución y en el éxito, estar preocupadas por complacer a otros y típicamente experimentar una brecha entre una fachada de normalidad y un buen funcionamiento y un sentido subyacente de inadecuación y desorganización (Boskind-White y White, 1986).

La moda, la belleza y la televisión exigen día a día un cuerpo más delgado, estilizado y en ocasiones anoréxico creando lo que se llama conductas alimentarias de riesgo evitando que los alimentos y sustancias benéficas y necesarias sean consumidas o asimiladas. La etapa más vulnerable es la

adolescencia, debido a los cambios hormonales y la búsqueda de identificación provocando que los jóvenes modifiquen su calidad de comida y de vida. Las presiones sociales más importantes son las de los grupos en donde se desenvuelven, la familia y los medios de comunicación (Papalia y Wendkos, 1998).

La anorexia y bulimia nervosas son trastornos bio-psico-sociales de suma importancia, pues comprometen la salud y el destino de un gran número de adolescentes y mujeres muy jóvenes. Estos trastornos alimentarios no son un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, se vincula con complejas perturbaciones psicológicas y con distintas modalidades disfuncionales de la vida familiar. Por perturbaciones psicológicas se entienden los trastornos en la personalidad, distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión y poca tolerancia a la frustración, entre otras (Mancilla, Mercado, Manriquez, Alvarez, López y Roman, 1999).

Algunas investigaciones han referido un incremento dramático en la incidencia de los trastornos alimentarios durante las últimas dos décadas, especialmente entre jóvenes adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron y Robinson, 1986).

Mancilla y cols. (1999) encontraron que los trastornos alimentarios ya no son exclusivos de los países desarrollados como menciona (Ludewing, 1991), ya que su permanencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina necesariamente "el alto desarrollo económico", tal parece que ahora el común denominador es "la cultura de la delgadez", obteniendo una muestra de 44 casos de chicas con trastornos de la alimentación de una población de 524 universitarias, lo cual representó el 8.3% de su población.

La anorexia y la bulimia según García Morey (1999), se basan en lo común del cuadro clínico alrededor de dos ideas centrales es decir, estos trastornos compartirían dos ideas centrales:

- Ψ La preocupación por el peso.
- Ψ La idea sobrevalorada de adelgazar.

Las variaciones, de acuerdo a esta hipótesis, dependerán de la sintomatología concomitante: determinado peso, seguimiento de dietas más o menos restrictivas, conductas purgativas y la alteración en la imagen corporal. Distribuyéndose en un continuo en dependencia de la predominancia de unos u otros. De esta manera, en un extremo estaría la anorexia nervosa restrictiva seguida de la anorexia bulímica, y la bulimia nervosa tendría una posición intermedia seguida de la sobreingesta compulsiva. En el otro extremo estarían los obesos que presentan pautas de conducta alimentaria alteradas.

Las cifras estadísticas oficiales de los organismos internacionales ubican estos trastornos entre el 1% y el 5% de la población entre los 12 y los 30 años con una marcada prevalencia de los casos referidos (Silber, 1984).

Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, (1998, pág. 536) explican que existen diversos modelos explicativos sobre la anorexia y bulimia nervosas. Han sido desarrollados muchos modelos que explican el porque de los trastornos alimentarios, su etiología, desarrollo y mantenimiento. Entre las causas más importantes recogidas por la literatura sobre el tema para ambos trastornos están:

1. La presión cultural sobre la mujer para ser delgada.
2. El deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada.
3. Estados emocionales negativos, con presencia generalmente de ansiedad y depresión.

4. Estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas.

5. Hábitos alimentarios y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva.

6. Pensamientos desadaptativos sobre la nutrición, peso y apariencia física.

En los distintos modelos más actuales desarrollados hasta el momento se incluye de forma parcial o total la importancia de los diversos factores señalados para explicar la adquisición y el mantenimiento de estos trastornos alimentarios.

La anorexia y la bulimia son trastornos emocionales. La primera se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, un miedo intenso a convertirse en obeso y una alteración en la imagen corporal. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de voracidad (atracones) seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico y/o el ejercicio excesivo (DSM IV, 1995).

#### MANIFESTACIONES EN LA ESFERA COGNITIVA:

La anorexia y bulimia nervosas coinciden en un miedo obsesivo e irracional ante la posibilidad de engordar, así como una preocupación excesiva por el cuerpo, el peso y los alimentos. Las alteraciones de la imagen corporal constituyen otra variable cognitiva a tener en cuenta. La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a fallos perceptivos, sino a la repercusión de la esfera emocional (insatisfacción corporal y evaluación negativa), en percepción alterada, (Gardner y Bokenkamp, 1996; Raich, 1994; Toro, 1990). Datos extraídos de observaciones clínicas y experimentales apoyan

la existencia de alteraciones interoceptivas en la anorexia nervosa, principalmente relacionados con el hambre y la saciedad.

#### MANIFESTACIONES EN LA ESFERA VOLITIVA - EMOCIONAL:

Sentimientos de falta de control de sí mismos y dominio e independencia de la enfermedad, (Mora y Raich, 1993). Incapacidad para controlar sus impulsos. Cambios en el patrón normal de la ingesta. Restricción de alimentos altamente calóricos con frecuente generalización a los lípidos o grasas y finalmente las proteínas. Puede extenderse al consumo de agua, con el consiguiente peligro de deshidratación. Falta de crítica ante los cambios de conducta y respuestas evasivas sobre la adopción de dietas, ejercicios excesivos o sobrevaloración de la satisfacción personal a través del regodeo en la elaboración de los alimentos.

Engaños y mentiras relacionados con los horarios de comida. Suelen evitar cualquier situación social que implique el comer o el beber, por lo que suelen presentar deterioro en las relaciones sociales. Preocupación obsesiva por conocer el contenido calórico exacto de cada alimento. Suelen ir vestidas con ropas amplias cuya función es disimular los supuestos defectos físicos, (caderas anchas, abdomen, glúteos) y alejar de sí las miradas del sexo opuesto (Williams, Wagner y Callam, 1992).

Con mayor frecuencia en la anorexia, la búsqueda de la pérdida de peso, se busca mediante el incremento del consumo energético por encima del ingreso calórico, (realizan ejercicios físicos de forma compulsiva, comen de pie, duermen poco). Asociación de conductas adictivas (exceso de bebida, de comida, y juego compulsivo), como vía rápida de alejar sentimientos negativos y búsqueda de placer a corto plazo con un carácter marcadamente compulsivo (Das, 1990).

## MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS.

Las principales manifestaciones de la anorexia nervosa son: las uñas se vuelven quebradizas y se produce la caída del cabello y un aspecto pajizo del mismo (Toro y Vilar del, 1987). El peso extremadamente bajo da lugar a que la piel presente una apariencia seca y agrietada, en ocasiones recubiertas de lanugo especialmente en mejillas, cuello, espalda, antebrazos y muslos (Schwabe, Lippe, Chang, Pops y Yager, 1981).

### Algunas definiciones de la anorexia y bulimia nervosas son:

<p><b>Anorexia.</b> Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos normales para una determinada edad y talla. Miedo intenso a ganar peso o/a convertirse en una persona obesa, aún cuando se este por debajo del peso considerado normal. Alteración de la imagen corporal. Se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta corporal. Suele acompañarse de síntomas fisiológicos como pueden ser: amenorrea (en las mujeres), falta de apetito sexual, (en los hombres), u daños visibles en la piel y el cabello. Especificar subtipos: Subtipo bulímico: Durante el período de anorexia, la persona presenta episodios recurrentes de sobreingesta. Subtipo restrictivo: Durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobre ingesta.</p>	<p><b>Bulimia.</b> Galeno la describió como "Kynos orexia" o hambre canina, Chinchilla(1995), considerándola como un estado de ánimo normal. Episodios recurrentes de hiperfagia, (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo). Dichos episodios pueden estar acompañados de conductas compensatorias inapropiadas. Percepción de falta de control sobre la ingesta durante los episodios de voracidad. Vómito provocado, empleo de fármacos laxantes, diuréticos, dietas estrictas o ayuno, o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso. Preocupación persistente por la silueta y el peso. Para establecer el diagnóstico, la persona debe haber presentado un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana durante un periodo de por lo menos tres meses. Especificar subtipos: Tipo purgativo: Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes o enemas en exceso. Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nervosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos.</p>
--	---

### 3.1 CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

Para Gómez Pérez-Mitré (1993b), la conducta alimentaria representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo, así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes de comer.

En el orden biológico el común denominador que subyace a la anorexia y bulimia nervosas, es el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y es precisamente en el manejo de dicho balance en donde puede encontrarse la confluencia y la interrelación de los diferentes factores, pues, aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez Pérez-Mitré, 1997)

Algunos autores (Garner, 1978; Garner y Garfinkel, 1980; Garner, Olmsted y Polivy, 1983; Joseph, Wood y Goldberg, 1982, citados por Unikel y Gómez Peresmitré, 1999), sugieren que la propensión psicológica que tienen algunas personas hacia la anorexia nervosa, se exagera con las demandas del medio social, desarrollando la expresión clínica de la enfermedad. No obstante la evidencia general indica que se trata de un desorden multicausal, cuyos factores potenciales predisponentes incluyen características de personalidad, trastorno perceptivo conductuales, tendencia a engordar, patrones familiares patológicos de interacción, determinadas características de personalidad de los padres y actitudes de éstos hacia el peso y figura de los hijos, así como la presión del medio ambiente.

El peso corporal es un factor de riesgo importante relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, que ha sido reportado en la literatura nacional (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996), e internacional (Brooks-Gunn, Warren y Halmiton, 1986; Calabrese, Kirkendall y Floyd, 1983; Frisch, Wyshak y Vincent, 1980; Garner y Garfinkel, 1980; Garner y cols., 1983, citado por Unikel y Gómez Peresmitré, 1999).

Aunque el proceso de investigación de los trastornos de la conducta alimentaria llevado a cabo de manera formal y sistemática, tiene un origen muy reciente en México, han dado cuenta de la presencia de conductas alimentarias de riesgo como son la práctica indiscriminada de dietas y el uso de métodos de purga para bajar de peso, en porcentajes importantes en mujeres adolescentes y adultas, e inclusive en pre-adolescentes de 10 años que no pertenecen a los sectores poblacionales típicamente descritos por la literatura internacional (Alvarez, Román, Manríquez y Mancilla, 1996, 1997; Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1995, 1997; Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996 citados por Unikel y Gómez Peresmitré, 1999).

Unikel y Gómez Peresmitré (1999), encontraron que existen características actitudinales y conductuales hacia la figura, el peso y el comer comunes a todas las mujeres, o normativas dentro de nuestro contexto sociocultural, como es el uso de dietas para bajar de peso, la insatisfacción con la figura y el peso, y el deseo de pesar menos.

Los trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres jóvenes representan actualmente preocupación clínica. Es sabido que los síndromes más graves de estos trastornos (anorexia y bulimia nervosa) se presentan en bajas proporciones, pero en estudios realizados en la comunidad, las expresiones parciales o subclínicas se encuentran mucho más extendidas. La preocupación por el comer y la práctica de dietas son conductas ampliamente difundidas en la población femenina, por lo que es muy posible que éstas representen un espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual tiene importantes implicaciones en la previsión de los mismos (Shisslak, Crago y Estes, 1995).

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré y Unikel (1999), con el objetivo de conocer el grado de sobreestimación del peso corporal, la insatisfacción y la preocupación por la figura así como la práctica de conductas alimentarias de riesgo (tipo restrictivo/tipo purgativo), en una muestra de mujeres provenientes de diversas poblaciones: general, de riesgo y clínica. Las autoras esperaban encontrar que los grupos con menor riesgo de trastornos de conducta alimentaria fueran las mujeres adolescentes de escuela pública y



privada (muestra general), y las mujeres adultas no bailarinas (muestra de riesgo); en un punto intermedio las adolescentes estudiantes de ballet y las bailarinas profesionales, y en el extremo de mayor patología, las mujeres clínicamente diagnosticadas (muestra clínica).

Los resultados en función del número de indicadores clínicos mostraron que efectivamente la distribución del continuo se presentaba de la manera planteada por las autoras, con la salvedad de que estudiantes de escuela privada mostraron mayor promedio de indicadores clínicos que las profesionales no bailarinas. No obstante, el grupo de estudiantes de ballet resultó estadísticamente diferente del grupo de bailarinas profesionales; al observar los análisis de cada una de las variables estudiadas por separado, encontraron que este grupo muestra características propias de los trastornos de la conducta alimentaria, como son la preocupación por el peso y la figura y la sobreestimación del peso corporal, así como puntuaciones más elevadas en las conductas alimentarias de riesgo, en comparación con los grupos de estudiantes de escuela pública y privada y profesionales no bailarinas. Concluyendo que existen prácticas comunes entre las mujeres que son socialmente aceptadas, en la búsqueda de una figura corporal idealmente delgada y fuertemente fomentada por los medios de comunicación social.

En otro estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1993b), encontró que para la muestra estudiada, existía un mínimo conocimiento sobre algunos de los conceptos relacionados con anomalías de la conducta alimentaria, dando por ejemplo, que sólo una quinta parte de los estudiantes de la muestra conocía lo que era bulimia y anorexia, en cambio una gran mayoría sabía lo que era una dieta balanceada y lo que define a la obesidad, aunque desconocían que esta fuera una enfermedad.

### 3.2 ANOREXIA NERVOSA (AN):

La Anorexia Nervosa (AN) es un padecimiento que se conoce desde hace mucho tiempo, pero probablemente los primeros reportes claros datan de 1500 del médico genovés Simone Porta o Portis. En 1689 Richard Morton hace una descripción de la enfermedad que no ha sido superada. Hace un retrato hablado de la sintomatología de una paciente, su conducta bizarra y repetitiva, la desnutrición extrema que termina con la muerte. Gull en Inglaterra confirma en sus pacientes las observaciones de Morton en los años de 1868 a 1873, y es el primero en utilizar la expresión "anorexia nervosa" en una conferencia pronunciada en Oxford.

De modo casi simultáneo se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Lasegue en Francia al reportar casos de anorexia. Lasegue calificó el padecimiento como una inanición histérica y la consideró al igual que Gull una enfermedad psicogénica (Toro, 1996). Para 1894 otro médico Sultmann niega la etiología orgánica del padecimiento, el problema no está en el estómago, el cerebro es la fuente del padecimiento, y se sugiere la nomenclatura de "cerebrale neurose". El pediatra Kissel observa en 1896 que los padecimientos se inicia en pacientes femeninas poco después de haberse presentado la menarca. En Francia de 1883 Huchard y su alumno Deniau creen poder distinguir dos grupos de pacientes: Uno que diagnostican como anorexie gastrique y el otro como anorexie mentale.

Es a partir de los años 50 y después de que se reconoce plenamente la anorexia como una enfermedad psicósomática y con los trabajos de Hilde Bruch, S. Minuchin, Rosman y la Escuela de Milán de M. S. Palazzoli que se reconoce el papel patogénico de la familia y se propone un abordaje psicoterapéutico (Brugman, 1999).

La anorexia nervosa (AN) implica la reducción de la toma de alimento (voluntariamente) es facilitada en el curso de la enfermedad por una clara disminución de las sensaciones de hambre. La pérdida total del apetito (anorexia) sólo se constata en la fase final. Otro síntoma primario es la

amenorrea, ligada a la pérdida de la libido. El carácter sintomático primario de la amenorrea se pone de manifiesto en su aparición temprana en dos tercios de las pacientes, antes del adelgazamiento. La importancia de la amenorrea como síntoma no disminuye por su lógica ausencia en muchachos o en la prepubertad. También el estreñimiento, el tercer síntoma primario, suele ser un síntoma precoz. Tanto la amenorrea como el estreñimiento son sin, embargo, síntomas eventuales y pueden faltar en estados avanzados de enfermedad, si bien es raro esto último (Battegay, Glatzel, Poldinger y Ranchfleisch, 1987).

El cuadro somático, como secuela del adelgazamiento, se caracteriza además por alteraciones cutáneas (sequedad caída del cabello y del vello), alteraciones endocrinológicas leves, trastornos circulatorios (bradicardia, hipotermia, centralización con acrocianosis), reducción del metabolismo basal y cambios neurovegetativos en forma de agotamiento simpático (Battegay y cols., 1987).

La anorexia nervosa (AN) se caracteriza por presentarse una pérdida de peso ponderal autoimpuesto que tiene como objeto la evitación sostenida de una estructura corporal madura. No existe una causa orgánica que lo justifique ni puede ser directamente atribuible a otras causas psiquiátricas identificables, como caquexia o imposición externa de la reducción de la ingesta. Existe un terror mórbido a la grasa.

Se establece una conducta ritual obsesiva, repetitiva, irracional con respecto a la ingesta de la comida. Hay un rechazo de cierto tipo de alimentos, ricos en calorías y por tanto una predilección de alimentos ricos en fibras y bajos en calorías, lo que va haciendo la alimentación poco variada reduciéndose en ocasiones a dos o tres alimentos. Si puede, la paciente evita ingerir sus alimentos con la familia, si lo hace, invierte mucho tiempo en cortar los alimentos, cambia los trozos de lugar en el plato sin llevarlos a la boca, la masticación es lenta y exagerada, y no siempre deglute el bocado, a veces lo deposita discretamente en la servilleta. Al terminar de comer ha desplazado la comida hacia las orillas del plato dejando el centro libre, pero en realidad ha consumido muy poco (Brugman, 1999)

Además de la reducción de la ingesta, en la anorexia nervosa (AN), se manipula el peso ponderal a través de vomito provocado, abuso de laxantes, diuréticos y ejercicio excesivo. El término anorexia está mal empleado pues no es cierto que no sientan hambre. La paradoja estriba en que teniendo hambre, deben controlarla y no ceder, pero al mismo tiempo se angustian ante el temor de no tener que comer (Brugman, 1999).

#### EPIDEMIOLOGÍA DE ACUERDO CON CHINCHILLA, (1995).

Chinchilla, (1995) afirma que los desordenes del comer afectan a millares de personas en todo el mundo, la anorexia es un desorden creciente en nuestra sociedad; la incidencia de esta enfermedad (que no debe olvidarse que es de las pocas psiquiátricas que pueden llegar a la muerte por inanición o suicidio), parece que está en aumento en nuestros días. La posible mayor incidencia (por otra parte no demostrable) puede ser debida a varias causas:

Por un mejor diagnóstico, por error diagnóstico con otros cuadros, mayor tendencia en la adolescencia por dietas, rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones asociado con frecuencia con su autoconciencia, necesidades y distingos sociales, problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial, distintos al de generaciones pasadas, falta de rigor diagnóstico tomando como AN enfermas que no lo son.

Hay un aumento de la incidencia de la AN en las culturas occidentales, una prevalencia de .7% que varia según el grupo estudiado y el criterio diagnóstico usado. Se estima que por 100,000 habitantes, de 30 a 40 mujeres comprendidas entre 15 a 25 años la van a padecer de forma típica (Chinchilla, 1995).

Debe destacarse que es la mujer, la adolescente o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres los hombres por la presión social y consecuentemente se ha encontrado que las mujeres más que los hombres se

someten a dieta, desarrollan desórdenes del comer, y todavía más, las mujeres se someten en mayor medida que los hombres a intervenciones quirúrgicas, como cirugías plásticas (Agras, 1988)

#### ETIOPATOGENÍA DE ACUERDO CON CHINCHILLA, (1995).

De acuerdo con Chinchilla, (1995). La AN se instauraría a través de la integración patogénica de factores psicobiológicos individuales, familiares y socioculturales. Una vulnerabilidad biológica predisponente mixta, heredada prenatalmente y adquirida por un mal desarrollo psicobiológico, desde el punto de vista de la familia habría una cierta disarmonía conyugal, tendencia a la sobreprotección y rigidez a su vez ante la paciente, dificultando su autonomía; existencia de temas conflictivos no resueltos entre ellos; ambición en cuanto a aspiraciones, y frecuentes frustraciones de no haber llegado más lejos, frecuentemente involucran al paciente en sus conflictos porque no existe un consenso verbalizado en intereses, altas exigencias sociales y de normas externas así como de apariencias, las madres proyectan en las hijas grandes expectativas de objetivos socioprofesionales, y con frecuencia elevada trabajan y están poco en casa.

Garner y Garfinkel (1980 pág. 490) diseñaron un cuadro para explicar los factores que intervienen en los trastornos de la alimentación:

<b>I Factores predisponentes.</b> Socioculturales.  Familiares. Individuales.	<b>II Factores precipitantes.</b> Estresores. Actitudes anormales con peso y figura corporal. Dietas extremas y pérdida de peso.	<b>III Factores perpetuantes.</b> Atracones y purgas.  Secuelas fisiológicas y psicológicas
---	---	--

En la actualidad las altas cifras de incidencia y prevalencia podrían estar condicionadas socioculturalmente por factores como la liberación de la mujer, el culto a la belleza y delgadez como signo de éxito, el bombardeo de los medios de comunicación sobre ideales estéticos y físicos de intereses mercantilistas (industria de la moda, alimentación, etc.), los cambios en los roles de liberaciones sexuales. Otro factor importante es la combinación ganancia de peso y cambios sociales de los adolescentes, si están a disgusto con su físico, conducen hacia la delgadez con dietas. La insatisfacción de la imagen corporal como distingo, apariencia y competencia, conducen a la dieta (Chinchilla, 1995).

### SINTOMATOLOGÍA.

El cuadro de la AN no suele ser de instauración brusca, sino lenta. Al principio lo más llamativo es la anorexia voluntaria para adelgazar (pseudanorexia) y la conducta alimentaria (control, selección, restricción) que poco a poco va alterándose cada vez más con la consiguiente pérdida de peso y eventualmente caquexia según a los extremos en que llegue la pérdida (Chinchilla, 1995).

Para García Morey (1999, pág. 40).

En el 50% de los casos aparecen referencias de trastornos concomitantes de adicciones (alcohol, sedantes, anfetaminas, drogas)

Ψ Personalidad borderline, ansiedad, trastornos afectivos mayores, fobias sociales o síntomas obsesivo compulsivos.

Ψ Distorsión y preocupación por la imagen corporal.

Ψ Disminución de la autoestima.

Ψ Conductas obsesivas relacionadas con el conteo calórico de los alimentos.

Ψ Amenorrea.

Ψ Intenso e irracional temor a ser gordo.

Ψ Uso de conductas purgativas.

Junto a los trastornos somáticos y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión y obsesivo compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adiestramiento en una situación cada vez más estresante provocan tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc. (Toro, 1996)

Jovencitas, de nivel socioeconómico medio alto, que tienen por lo general residencia urbana previamente adaptadas en apariencia, con buenos rendimientos escolares, con necesidad de afecto y aceptación social, inseguras en el terreno afectivo, con dificultad de contacto en el seno familiar, con miedo al rechazo social, con preocupaciones alimentarias previas a temporadas, con cierta preocupación por dietas y revistas relacionadas con nutrición, calorías, recetas, estética (Chinchilla, 1995).

#### CURSO DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CHINCHILLA (1995).

De acuerdo con Chinchilla, (1995) en 3-6 meses la enfermedad suele ser ya autónoma e independiente de la voluntad de la paciente, a la que domina apareciendo los signos externos físicos de delgadez y los rituales y manipulaciones alimentarias que ponen en la pista a la familia o amigos.

Posteriormente, o durante ese tiempo, hay un deterioro y búsquedas variadas de aumento de control del peso y tendencia a la delgadez.

Hay una progresiva disminución de los campos de interés social y siguen funcionando en sus estudios, aunque van perdiendo las amistades por el progresivo aislamiento, su conducta va siendo preocupante para la familia que se ve afectada e intenta corregir la situación, primero aconsejando que coman más, o bien que sean vistas por los médicos. A esto responde la paciente con conductas de rechazo, histerismos, victimismos, llantos, chantajes, etc. Además ante este celo familiar la patología alimentaria anoréxica se agrava, cronificándose el cuadro y empeorando la clínica. Si en un principio les importaba la apariencia física para sí y para los demás cuando el cuadro está bien establecido ya es sólo el peso lo que les importa, buscando por ello casi a diario su medición o ante la mínima sospecha de aumento.

Las víctimas de la AN no parecen percatarse del efecto sobre su cuerpo de la reducción dietética. Hay una perturbación de la imagen corporal manifiesta en la percepción equivocada de la dimensión actual del cuerpo y de las funciones corporales afectadas. La conducta alimentaria es muy específica en estas enfermas. Rechazo, selección y control de los alimentos a partir del conflicto o vivenciación anímica ante comentarios sobre el físico. De forma paulatina van disminuyendo la ingesta de alimentos fundamentalmente grasos, carnes, pescados, sólidos en general, así como líquidos. Llegan a límites extremos pasándose el día prácticamente sin tomar bocado. Lo que comen, por otra parte lo hacen de forma muy lenta, triturando o raspando alimentos. Es frecuente que sobre esa actitud voluntaria de restricción para la alimentación a veces esté favorecido por anoréxicos como anfetaminas o similares. Suelen matar el hambre con chucherías, dulces o chicles. Están obsesionadas con querer ser delgadas, incluso satisfechas de ello. Les gusta mirar escaparates de comida, e incluso son muy dadas a preparar la comida de los demás, gustándoles y preocupándose porque coman bien



## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ALTERACIONES DE LA ANOREXIA NERVOSA (AN).

Las complicaciones médicas que acompañan a la anorexia nervosa son de índole fisiológicas y aparecen como consecuencia del estado de semi-inanición a que se someten los pacientes. Las que se producen con mayor frecuencia están relacionadas con distintos sistemas del organismo o distintas áreas de salud. En estas pacientes se dan alteraciones metabólicas, como hipoglucemia; gastrointestinales, como dilatación gástrica, dolores abdominales y estreñimiento, resultado de la escasa ingesta de alimentos; cardiovasculares, como hipotensión, arritmias y bradicardia; renales, como hiperazotemia y formación de cálculos; hematológicas, como anemia; endocrinas, amenorrea; dentales, como caries y descalcificación, etc. muchas anoréxicas experimentan frío, incluso en días calurosos (Palmero y Fernández, 1998).

En relación con la imagen corporal, las anoréxicas presentan una alteración de su imagen corporal, siendo muy sensibles a pequeñas oscilaciones de peso, lo que las conduce a verse gordas aun estando manifiestamente delgadas y demacradas, así mismo, tienden a sobrestimar y estar insatisfechas con el tamaño de su cuerpo, y a equiparar la apariencia corporal con éxito social y personal. La distorsión perceptiva y cognitiva les genera unos sentimientos muy agudizados de inadecuación social y les conduce a autoimponerse dietas todavía más restrictivas y ayunos más prolongados, lo que hace que se agraven sus síntomas, y alcancen pérdidas de peso peligrosas para su vida (Palmero y Fernández, 1998).

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Anorexia nervosa.

Para el Diccionario de Psiquiatría (Battegay y cols., 1987, pág. 41) el Diagnóstico general es:

Ψ Reducción de la toma de alimentos con pérdida de peso de más del 20% referido al peso medio ideal, acompañada de inquietud motora.

Ψ Psicopatología característica, en forma de falta de conciencia total o parcial de la enfermedad, aislamiento social y emocional, trastornos de la imagen del propio cuerpo, "ambición de rendimientos" y una adaptación acompañada de inhibición de la agresividad, y huida hacia situaciones claramente estructuradas en un orden jerárquico.

Como síntomas eventuales o facultativos hay que mencionar la amenorrea con pérdida de libido y el estreñimiento

En el CIE-10 (págs. 145-146), se señala que:

El diagnóstico de la anorexia debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

A. Pérdida de peso, o falta de ganancia de peso en los niños, que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.

B. La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos "que engordan".

C. Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobre valorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad, de tal manera que el enfermo se impone un dintel de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo - hipófisis - adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo

terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la gama de píldoras contraceptivas).

E. No cumple los criterios A y B de Bulimia Nervosa.

Comentarios:

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico pero no son elementos necesarios: vómitos autoinducidos, ingesta de laxantes, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Si el comienzo del trastorno es prepuberal, se retrasa o incluso detiene la secuencia de acontecimientos que constituyen la pubertad (se detiene el crecimiento; en las chicas no se desarrollan las mamas y existe amenorrea primaria. En los chicos los genitales permanecen infantiles). Con la remisión del trastorno, suele completarse la pubertad de forma normal, aunque la menarca sea tardía.

En el DSM IV (págs. 558-559) se señala que existe:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior del 15% del esperado, o fracaso para conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 15% del peso esperado).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos)

- Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
- Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

### 3.3 BULIMIA NERVOSA.

De acuerdo con Chinchilla (1995), Galeno describió ya la "Kynosorexia" o hambre canina como sinónimo de la bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVII Y XIX como curiosidad médica, a finales de los años 70 fue descrita y traducida como síndrome de purga y atracones o bulimarexia. Russell introdujo en 1979 el término bulimia nervosa, describiendo una categoría de pacientes con una tendencia a comer en exceso y que mitigaban los efectos engordadores de la comida a través de vómito autoinducido o del abuso de laxantes.

En el DSM-III (1980) la anorexia y la bulimia nervosas fueron reconocidas por primera vez como condiciones psicopatológicas. Según el DSM IV (1995), la prevalencia de la bulimia nervosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

La Bulimia nervosa se trata de un cuadro psicológico de origen multifactorial donde, los factores fisiológicos y socioculturales, pueden tener diferentes efectos para desarrollar este trastorno. Existe un ciclo repetitivo de ataque de voracidad/conducta purgativa, cuyo objetivo es el mantenimiento del peso corporal, no presentan problemas de peso que sean un riesgo para su vida, un número importante de las mismas tienen un peso corporal normal. Al igual que en la anorexia, la bulimia conlleva distintos tipos de alteraciones físicas, psicológicas, conductuales y sociales, bien debidas al seguimiento de dietas de forma crónica, bien como consecuencia de conductas purgativas abusivas (Palmero y Fernández, 1998).

Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan los pacientes con bulimia nervosa están relacionados con las fluctuaciones de peso debidas a los ciclos repetidos de restricción alimentaria/ataques de voracidad, la ingesta de grandes cantidades de alimentos (atracones), el abuso de laxantes, diuréticos y la autoinducción del vómito. Las fluctuaciones de peso, aunque no son tan marcadas como en la anorexia nervosa, pueden alterar la composición corporal y el ritmo metabólico, y producir irregularidades en la menstruación e incrementar la probabilidad de ganar peso (Palmero y Fernández, 1998).

#### EPIDEMIOLOGÍA SEGÚN TORO (1996).

Se estima que su prevalencia se sitúa alrededor del 2-3% de la población femenina adolescente y juvenil, incrementándose alarmantemente en los últimos años. Según el DSM IV (A.P.A., 1995), la prevalencia de la bulimia nervosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%, siendo entre los varones diez veces menor.

## ETIOPATOGENÍA.

Diferentes aproximaciones ha tenido la bulimia nervosa desde el punto de vista patogénico. De una u otra forma sí parece que hay una cierta asociación entre bulimia y depresión y que los síntomas depresivos son frecuentes en los desórdenes alimentarios, así como que después del tratamiento de la BN los síntomas depresivos se dan con frecuencia en el seguimiento del paciente (Chinchilla, 1995).

Existe evidencia de que la obesidad en la adolescencia predispone al desarrollo del trastorno en la edad adulta, tendencia a la búsqueda de satisfacción personal y baja autoestima (García Morey, 1999).

Los estudios familiares y de concordancia gemelar apoyan la existencia de factores genéticos que funcionarían cuando menos como agentes de predisposición. Las alteraciones del hambre y la saciedad supuestamente, han llevado a postular la existencia de disfunciones en los mecanismos biológicos de su regulación. También parece estar relacionada la existencia de hipofuncionalismo noradrenérgico y serotonérgico. Los factores socioculturales juegan un papel altamente significativo tanto en la aparición como en el mantenimiento del trastorno (Toro, 1996).

Las alteraciones perceptuales de la imagen corporal son similares a las que se presentan en la anorexia nervosa, en este caso sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal.

## SINTOMATOLOGÍA.

El cuadro se suele iniciar en adolescentes tardías o adultas jóvenes, habitualmente a partir de los 20 años. Previamente al inicio del atracón las pacientes casi siempre están ansiosas, estresadas, tensas; se desencadenan por ese estado de ansiedad previo como gatillos o por tener sensaciones de hambre, el

deseo de comer cosas prohibidas, ansiedad, enojos, decepciones por causas varias, el aburrimiento, la soledad, el tedio, etc. (Chinchilla, 1995).

Para García Morey (1999 pág. 40):

Ψ- Peso: Algunos pueden situarse ligeramente por debajo del peso ideal y otros presentar exceso.

Ψ- Con frecuencia se observa un estado de ánimo deprimido.

Ψ- En algunas personas con este trastorno hay abuso o dependencia con sustancias psicoactivas; los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína y el alcohol.

Ψ- Erosión dentaria, recurrente del vómito.

Ψ- Desequilibrios hidroelectricos y deshidratación, que dan lugar a complicaciones físicas serias, como arritmias cardíacas y muerte súbita ocasional.

Ψ- Las complicaciones más raras incluyen desgarros esofágicos y roturas gástricas.

Ψ- A menudo, estas personas se dan cuenta de que sus vidas están dominadas por conflictos relacionados con la ingesta de comida.

Cuando los atracones ya están establecidos, suelen precipitarse por distintas circunstancias. Los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales. El bulímico típico suele experimentar dificultades en el control de sus impulsos, es decir, no solamente en los relativos al área alimentaria (Toro, 1996).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

## Bulimia nervosa

En el CIE-10 (pág. 146), se señala que:

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nervosa, deben estar presentes todas las alteraciones que se refieran a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse variaciones, tal y como se indica.

A. Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses) en el que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en períodos grandes de tiempo.

B. Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o sentimiento de compulsión al comer.

C. El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones mediante uno o más de los síntomas siguientes:

- Vómitos autoprovocados.
- Abuso de laxantes.
- Períodos de ayuno.
- Consumo de fármacos tales como supresores del apetito (anorexígenos), extractos tiroideos o diuréticos. Si la bulimia se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

D. Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas intrusivas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso).

La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenían



antes de la enfermedad o el de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este período precoz puede manifestarse de forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea. Incluye bulimia sin especificar. Hiperorexia nervosa.

En el DSM IV (págs. 563–564) se señala que existe:

A. Presencia de atracones recurrentes.

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos 2 veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

- Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o abusa de laxantes, diuréticos y enemas.

- Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea el ayuno o el ejercicio físico como conductas compensatorias, pero no emplea el vómito, ni abusa de laxantes o diuréticos.

#### IV. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

##### 4.1 ANTECEDENTES.

Este aspecto de la personalidad fue ya tenido en cuenta antes del Psicoanálisis. Pese a las reticencias y reparos imperantes, la sexualidad aparecía ya como un fenómeno importante del desarrollo del adolescente, mas aún cuando la Psicología Clásica no aceptaba la existencia de una sexualidad infantil, colocando entonces la aparición de la sexualidad en la etapa adolescente. Lo nuevo y dominante de la adolescencia según algunos autores era el nacimiento de la sexualidad en términos tanto físicos como psicológicos. Para el Psicoanálisis en cambio, la pubertad es sólo la continuación o el final de la evolución sexual (Rocheblave - Spenle, 1978).

La maduración física del ser humano en la etapa adolescente, inicia un periodo de cambios en el ámbito biológico y psicológico de importancia considerable; tanto en hombres como en mujeres el desarrollo del cuerpo y de los caracteres sexuales se conjugan con la búsqueda de la identidad, el inicio de las relaciones interpersonales y la planeación del futuro; la sexualidad en esta etapa no sólo implica relacionarse con otros, sino también, tener la oportunidad de conocer a fondo el propio cuerpo (Rocheblave - Spenle, 1978).

Fue con la Teoría Psicosexual de Sigmund Freud, (1917) cuando se puso de relieve la actividad sexual en el desarrollo humano. La etapa que consideró como propia de la adolescencia fue la llamada: etapa genital; es en esta fase cuando maduran los órganos genitales y hay un surgimiento de los deseos sexuales y agresivos, el impulso sexual que antes era autoerótico, es redirigido para buscar satisfacción en una interacción genuina con los demás. La sexualidad del adolescente ha sido considerada desde múltiples perspectivas; desde descripciones de la vida amorosa del joven, hasta la concepción psicoanalista ya mencionada, que resalta la evolución sexual (Rocheblave - Spenle, 1978).

Schwarz, (1952) considera la evolución de la sexualidad desde un ángulo finalista. Para alcanzar su desarrollo, la sexualidad tiene que sacar al individuo de sí mismo y hacerse creadora en un sentido amplio; la sexualidad es una maduración progresiva que se hace por etapas sucesivas y alcanza su meta después de superar un periodo de ensayos y errores, lo cual es característico no sólo de la sexualidad sino también del desarrollo social, profesional e incluso espiritual que tiene lugar durante la adolescencia. Las etapas que Schwarz (1952) describe, tienen que llevar al individuo al amor característico de la madurez, no hay que considerarlas como el ideal de la evolución pero sí como el camino más común del adolescente actual (Rocheblave-Spenle, 1978).

En la época actual hemos sido testigos de la cantidad de cambios ocurridos en las actitudes sexuales de la población occidental, las llamadas revoluciones sexuales de los años 70's, los notorios cambios en la concepción moralista; etc., han dado como resultado que hoy en día exista una libertad clara de expresión tanto de la preferencia sexual, como de la información relacionada con el sexo. Los adolescentes no han escapado a estas transformaciones del medio. Para los humanos, la sexualidad está íntimamente ligada a la moral y las creencias religiosas de la cultura, con su sistema legal y prácticas de crianza infantil, al igual que con las actitudes que la gente tiene hacia los demás y hacia sí misma (McKinney y cols., 1982). Por consiguiente no es de sorprender la cantidad de actitudes diferentes que los jóvenes presentan ante los retos de la sexualidad.

Reiss(1966) en su obra *The Sexual Renaissance in America*, afirma que existe la persuasión muy general de que ha habido un cambio en la conducta premarital durante los últimos 20 o 25 años; sin embargo la evidencia resultante de los principales estudios, indica que aún cuando las actitudes han cambiado considerablemente durante este periodo, las muy diversas áreas de conducta sexual, como por ejemplo, la frecuencia de relaciones premaritales, no ha cambiado substancialmente.

En las últimas dos décadas, ha habido un apogeo de investigaciones alrededor del tópic, la mayoría de éstas han sido realizadas con sujetos del sexo masculino, sólo en ocasiones se ha considerado la sexualidad femenina.

Se encontró que el número de individuos que confesaban tener coito premarital difería en función del sexo, religiosidad, estado socioeconómico y edad, lo que indica la diversidad de condiciones que los adolescentes deben considerar importantes al presentarse su primera experiencia sexual. Uno de los primeros estudios sobre el tema de la conducta sexual que incluyó al sexo femenino, se basó en las historias de caso de 5,940 mujeres blancas (McKinney y cols., 1982).

De esta manera el desarrollo de la conciencia sexual es diferente en los hombres que en las mujeres, mientras los primeros probablemente usen la masturbación para compensar sus impulsos sexuales, las últimas pasan más tiempo fantaseando acerca del romance. Sin embargo tanto la fantasía como la masturbación son comunes en ambos sexos (Craig, 1997)

#### 4.2 RELACIONES SEXUALES.

Se conoce como sexo a las características físicas (genéticas, hormonales, gonadales y anatómicas), sociales (roles sexuales) y emocionales (identidad de género) que definen a un hombre y a una mujer como tales; lo que hace que el sexo sea inherente al individuo y tanto su personalidad como su estilo de vida se vean influenciados y definidos por el tipo de comportamiento social y afectivo, de acuerdo al sexo biológico que se tenga, así como, a la sociedad y a la cultura a la que se pertenezca (Echeverría, 1990).

Sin embargo a la sexualidad la han definido como "el conjunto de fenómenos de comportamiento determinados idiosincrática y culturalmente, a través de los cuales se manifiesta y satisface el impulso sexual de cada individuo" (Giraldo, 1985, pág. 12) otros autores la definen de una manera más amplia: "La

sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales. Ninguna de estas dimensiones tomada aisladamente, tiene validez universal" (Masters, Johnson y Kolodny, 1987, pág. 31)

También la sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo en su formación y desarrollo, lo que participa de manera determinante en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que establecen los individuos (CONAPO, 1982).

La vida sexual activa se refiere a las relaciones sexuales de los seres humanos, relaciones en las cuales intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que tienen influencia en la percepción de sí mismo y de los demás; implica la adaptación emocional y física del individuo con relación a su mundo se reconoce como la experiencia más íntima entre dos personas en las que comparten su personalidad y su ser (Shulz y Williams, 1975).

Durante la adolescencia, el crecimiento, el conocimiento y la maduración sexual se dan en mayor medida, la personalidad es frágil y vulnerable, se encuentra mayor confort, compañía y sentimientos de pertenencia e identificación entre los compañeros de la misma edad, lo cual también les ayuda a conseguir la independencia con los padres y otras figuras de autoridad (Echeverría, 1990; Masters y cols., 1987).

Desde el punto de vista de los padres respecto a la sexualidad de sus hijos, creen que al relacionarse y hacer amistad o enamorarse van a terminar irremediablemente en una relación coital, lo cual en la mayoría de las ocasiones no pasa debido a que lo más importante para el adolescente es explorar el mundo que le rodea, buscar respuestas a sus interrogantes, adquirir experiencia, mejorar la comunicación con las personas con las que convive y se identifica, estar a tono con ellas, lograr terminar con presiones, sentirse libre para investigar los misterios de la relación de pareja, siendo el placer físico lo menos importante para ellos (Papalia & Wendkos, 1998).

Para Conger (1980), el impulso sexual entre las jovencitas está más relacionado con la necesidad de amor, autoestima, confianza y afecto que con la búsqueda de placer. En algunos jóvenes puede estar presente la preocupación por el desahogo en la actividad sexual ya sea como una expresión natural o como una expresión de rebelión o resentimiento hacia los que quieren reprimirlos.

Los adolescentes se enfrentan a conflictos, sufrimiento y desconcierto por no saber cómo dirigir sus sentimientos sexuales y su actividad sexual, como enfrentar la antagonía de querer libertad y tener que hacer lo que su grupo de amigos imponga y como identificar el amor y la responsabilidad que éste conlleva en una relación de pareja. Pudiendo influir todos estos aspectos para que los adolescentes utilicen la sexualidad como un medio de independencia porque les permite tomar decisiones como: tener o no relaciones sexuales, usar o no anticonceptivos, embarazarse o no, abortar o no e inclusive en la mayoría de las ocasiones elegir a su pareja. Estas decisiones aunque pretenden ser originales y propias están plagadas de la influencia de sus padres, amigos y/o medios de comunicación (Masters y cols., 1987).

La edad en la cual empiezan los adolescentes a tener relaciones sexuales, varía según el género, el grupo racial y la cultura. Entre los blancos, el 60% de los jóvenes han tenido relaciones sexuales a los 18 años; el 60% de las mujeres las ha tenido a los 19 años. Los jóvenes empiezan a tener sexo más pronto y tienden a tener una actitud diferente de las muchachas; es más probable que su iniciación sexual sea con una pareja fortuita y la pérdida de la virginidad sea más aceptada en los hombres que en las mujeres (Zelnick y Kanter, 1977). También se ha demostrado que los hombres sexualmente experimentados tienen una autoestima más alta, mientras que las mujeres con experiencia sexual tienden a tener una autoestima más baja.

En un estudio realizado en México con 200 jóvenes adolescentes, se reporta que el 25% de las jóvenes de 15 años tienen una vida sexual activa; este porcentaje aumenta a 26% en las jóvenes de 18 años, lo que indica la vida sexual

esta relacionada con la edad de las adolescentes, de forma que a menor edad, menos actividad sexual, y a mayor edad, mayor vida sexual (Navarro, 1999).

Chilman, (1979) señala que los jóvenes alcanzan la madurez sexual cerca de dos años después que las mujeres, pero pierden la virginidad casi dos años antes. No deben ignorarse las influencias culturales sobre la manifestación de la sexualidad. Así, mientras algunas culturas imponen conductas restrictivas, otras son totalmente permisivas. Las familias modernas actúan cada vez menos como soportes afectivos, lo que induce muchas veces a los adolescentes a buscar apoyo en pares antes que en sus familias, a lo cual hay que añadir el que en muchos casos los adultos son incapaces de impartir normas de conducta claras e inequívocas a los adolescentes. La sexualidad es un tema que obsesiona tanto a los jóvenes como a las muchachas. Ambos quieren saber que papel va a jugar el sexo en sus vidas, y como llegar a tener relaciones sexuales gratificantes, sin complejo de culpabilidad y sin temores a embarazarse o contraer enfermedades de transmisión sexual. Lamentablemente sus demandas de información no siempre son resueltas por una sociedad adulta que en muchos casos no ha llegado a una definición clara de estas pautas. Es conveniente señalar entonces, que aún cuando se han hecho avances importantes en algunos países, la mayoría de ellos carecen de programas adecuados de educación sexual, hecho que puede tener graves consecuencias sobre la conducta sexual de los adolescentes y los jóvenes. La sexualidad no comienza entonces en la adolescencia como solían decir algunas teorías, es una continuación de los fenómenos que se manifiestan desde la niñez; las necesidades y deseos de los adolescentes y los cuidados a los que se deben someter quedaron expresados claramente por el pediatra francés Jean Pierre Deschamps cuando dijo; *Difícil es la adolescencia cuando la naturaleza autoriza lo que la sociedad prohíbe* (Brooks-Gunn y Furstenberg, 1989).



### 4.3 ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD.

Las creencias religiosas, la moral, el sistema legal, la educación de una cultura y las actitudes de las personas hacia los otros y hacia sí mismos, afectan de manera determinante la sexualidad de los individuos. Las actitudes que se tengan dentro de la sexualidad, determinan la posición de los individuos para comportarse de tal o cual forma basándose en su posición social, intelectual y afectiva. La adquisición de actitudes sexuales por parte de los adolescentes tiene que ver con la fuente de información a la que tienen acceso, que pueden ser los padres y los amigos entre otras fuentes, es decir, tiene que ver con las personas que conviven, tienen relaciones afectivas y/o representan una autoridad y guía para ellos. Se dice que los padres tienen gran influencia sobre las actitudes de los adolescentes, sin embargo, los compañeros y amigos también influyen de manera importante dependiendo del sexo del adolescente y la edad (Gibson y Kempf, 1990).

Se habla más tiempo y en un ambiente de mayor confianza con los amigos que con los padres, no obstante los adolescentes la mayoría de las veces prefieren hablar con estos sobre el tema y desean que ellos sean su principal fuente de información (Guivaudan, Weiss, Pick de Weiss, Álvarez, Rao Gupta y Collado, 1993).

Como individuos tenemos nuestros propios sentimientos y creencias acerca de lo que es apropiado hacer, o lo que debemos hacer y nuestras propias actitudes acerca de las diversas conductas sexuales. Un mismo acto sexual, en el mismo momento, puede ser vivido de manera enteramente diferente por los dos participantes. Su experiencia no se basa en el acto mismo sino en sus actitudes hacia el acto, las emociones tales como el miedo, la ansiedad, la culpa, la turbación, la depresión y los conflictos de orden convivencial repercuten sobre la sexualidad.

Para Barquera (1994, pág. 58), los factores que influyen las actitudes sexuales en los seres humanos son:

- a) La familia; que es el primer grupo de pertenencia por medio del cual es transmitido el prototipo cultural o clase a la que pertenece.
- b) La cultura del grupo.
- c) La posición social de la familia.
- d) El grado de participación del individuo en este grupo que determina la influencia que este ejerce sobre sus actitudes.
- e) Las películas, revistas y otros medios de comunicación.

Los conocimientos sobre sexualidad que tenga la persona, sean o no reales, su comportamiento y la carga afectiva existente a favor o en contra del objeto de amor sexual, también tienen influencia sobre las actitudes sexuales; comúnmente estas actitudes están negativamente influenciadas socialmente, ya que aún en nuestros días la sexualidad continua rodeada por una serie de mitos y tabúes que la hacen verse como algo *malo, sucio, pecaminoso y prohibido*, que por lo mismo crea incertidumbre y actitudes negativas, que no permiten al individuo dar respuestas reales y claras a todas sus dudas pues prefiere callar a ser castigado; esta falta de información es errónea, pues hace que se presenten actitudes inadecuadas, o que se piense de una forma y se actúe de otra (Barquera, 1994).

En 1975, Saucedá, realizó un estudio en escuelas oficiales de la Delegación Coyoacán, en México D.F., su trabajo tenía por objetivo realizar una evaluación de las actitudes sobre el comportamiento sexual en adolescentes que realizaban estudios de secundaria y preparatoria en esta zona. Se contestaron 300 cuestionarios donde se obtuvieron algunas de las siguientes conclusiones:

Ψ Las actitudes hacia la sexualidad de los adolescentes varones son la resultante de las actitudes de los padres y del medio social en el cual se desenvuelven.

Ψ La práctica de la masturbación lleva consigo grandes sentimientos de culpa creyendo que produce tantos daños físicos como mentales.

Ψ Consideran la homosexualidad como una enfermedad tanto de origen físico como psicológico.

Ψ Los adolescentes poseen conocimientos muy ilimitados de la anatomía genital femenina.

Ψ Los adolescentes prefieren hablar sobre temas sexuales con compañeros de su misma edad y sexo.

Ψ Los adolescentes investigados siguen manteniendo en su mayoría las normas parentales previamente establecida con relación a la conducta sexual (pág. 83).

Por otra parte Montoya (1980), realizó un estudio en donde encontró que el área de educación sexual en muchachos de preparatoria entre 17 y 21 años es deficiente, pudiendo esto perjudicar el sano desarrollo de la actividad sexual, provocando temor. Encontró también que los hombres han cambiado de actitudes pero no de conductas y que las mujeres se niegan a hablar de todo lo que tenga connotación sexual.

Por otro lado Jaurena y Sánchez (1981), realizaron un estudio con estudiantes de Psicología, Física y Medicina, encontrándose que estos últimos tenían un mayor conocimiento anatomofisiológico de los aparatos reproductores, pero con actitudes conservadoras sobre la sexualidad, siendo más liberales los estudiantes de Psicología, teniendo que ver con esta actitud el medio ambiente en que los estudiantes se desarrollan.

Con todo esto podemos darnos cuenta de lo importante que es que nuestros adolescentes tengan una educación veraz, en donde se aborden todo tipo de temas que puedan ser parte de sus actitudes de una manera más amplia y concreta, en donde todos estos aspectos que envuelven a la sexualidad no les causen tantos conflictos.

Para Vázquez (1997, pág. 95), existen diversas condiciones y factores que afectan y modifican las actitudes hacia la sexualidad, las más relevantes son:

1) *Clase de información sexual.* Los adolescentes que reciben información franca y adecuada de sus padres o de la escuela, manifiestan por lo general actitudes favorables hacia el sexo. La denominación "conspiración del silencio", o el énfasis exagerado en las prohibiciones, dan lugar a actitudes desfavorables. La información basada en lecturas obscenas o en la pornografía también estimula las actitudes negativas.

2) *Actitudes de personas importantes.* Las actitudes desarrolladas durante los primeros años de formación reflejan las de los progenitores. Aún cuando se amplíen los contactos sociales, las actitudes básicas estructuradas en el hogar siguen siendo dominantes.

3) *Primeras experiencias.* Los adolescentes tendrán actitudes desfavorables hacia el sexo y hacia miembros del sexo opuesto sí, cuando eran niños, sus padres y sus instructores escolares manifestaron favoritismo por el sexo masculino y si fueron presionados para evitar la compañía de individuos del otro sexo o si fueron víctimas o victimarios de una conducta antisocial fundada en su sexo (molestia, provocación y comentarios rudos o despectivos). En estas circunstancias, los varones desarrollarán actitudes de superioridad, en tanto que las adolescentes se sienten resentidas e inadecuadas.

Estas tres conclusiones no son la clave para transformar las actitudes hacia la sexualidad, puesto que existen diversos factores que intervienen de una manera encubierta, sólo señalan que son poderosos influyentes que impiden la

transformación. Sin embargo, es necesario tomar todos los elementos posibles para hacer que el cambio se presente.

#### 4.4 EDUCACION SEXUAL.

Los adolescentes suelen tener ideas confusas en cuanto a sexualidad se refiere, por ello es importante impulsar los programas de Educación sexual entre ellos que son la población más vulnerable al bombardeo de información de tipo sexual.

Una encuesta reciente realizada por el Consejo Nacional de Población (INEGI, 1997) revela que un elevado porcentaje de adolescentes en México empieza a tener relaciones sexuales a una edad temprana (a los 16 años las muchachas y entre los 14 y 15 años los varones). Con un porcentaje en los hombres del 23.16%, en cuanto a las mujeres en un 20 %, por lo que dentro de la población total el 37.27% lo integran estos jóvenes.

Una encuesta similar de la Secretaría de Gobernación, informó que de el 17% de los nacidos en México los padres eran adolescentes de 15 a 19 años de edad. En la Ciudad de México el 13.09% de los adolescentes sexualmente activos habían usado algún tipo de anticonceptivo y entre las adolescentes que habían quedado embarazadas, menos del 15% los había utilizado.

La educación sexual para adolescentes, promueve con mayor eficacia la explotación de la información existente en cuanto a educación de la salud y vida familiar; no influye en la iniciación o continuación de la actividad sexual de los adolescentes como se cree en algunos niveles de la población. La información entonces debe estar a disposición de los jóvenes antes que inicien su vida sexual activa (CONAPO, 1982).

Esta educación sexual se puede considerar en dos ámbitos, uno que sería la información por la cual se enseña y aprende acerca del sexo y de la sexualidad de una forma en la cual no se dan cuenta y deriva las actitudes diarias de la

convivencia con otros, es decir la educación de la sexualidad informal es la primera con la que se tiene contacto en la casa, vecindario, trabajo, etc., y ha sido la que durante largas etapas en la historia de la humanidad fue y tal vez sea, aún en nuestros días, la de mayor influencia y en ocasiones la única que existe. La otra es la llamada formal y que ha sido definida como la planeación de los procesos de aprendizaje en lo referente al sexo y a la sexualidad a través de clases, pláticas, conferencias, libros y películas con información dirigida a grupos especialmente formados y sistematizados a lo largo de la etapa escolar (Monroy, 1990).

En la educación de la sexualidad intervienen la convivencia con los padres, la escuela, la relación con maestros y compañeros, los juegos y charlas con los amigos que se eligen, con los cuales se comparten experiencias, se resuelven dudas y se ayudan entre ambos a conformar la escala de valores, además todos los anuncios de radio, televisión, cine, las leyes que reconocen la unión con la pareja por el matrimonio, etc., que de alguna manera brindan mensajes que influyen en la conducta. También pueden ayudar a comprender la satisfacción resultante de unas relaciones humanas sanas en la vida individual, familiar y social con elementos para la toma de decisiones adecuadas en asuntos de la sexualidad. Estos datos permiten a cada individuo el ejercicio respetuoso y responsable de la sexualidad como esposa(o) madre (padre) o como simple miembro de la comunidad y por último, no por esto menos importante, para poder decidir el número y el momento más adecuado para la llegada de los hijos, gracias a un conocimiento responsable de los métodos anticonceptivos de acuerdo a las capacidades emocionales, culturales y económicas de la pareja. Aprender acerca de la sexualidad no es solamente manejar información sobre los órganos genitales, el orgasmo y el coito sino también un tipo de conocimiento personal acerca de uno mismo y del rol sexual propio, por lo que la sexualidad debe incluir un enfoque que refleje y tome en consideración la experiencia, conocimientos, convicciones y valores propios (Monroy, 1990).

Cuando se emiten mensajes que inculcan culpa hacia la desnudez, las sensaciones sexuales, la masturbación y otras conductas naturales, estas

impiden desarrollar una adaptación sexual óptima. De manera similar lo adolescentes que son alentados a tener su primera experiencia sexual con prostitutas probablemente aprenden que la relación genital es una práctica fría, pasajera y sin afecto (Echeverría, 1990).

Por otra parte se ha encontrado que las fuentes de información sobre temas de sexualidad, como eyaculación, anticonceptivos, intercambio sexual y noviazgo provienen de compañeros, los padres y las revistas (Papalia y cols., 1998; Rozema, 1986).

Existen padres que al hablar con sus hijas(os) toman una postura liberal en cuanto al sexo, mencionándoles la importancia del uso de anticonceptivos e incluso los invitan a usarlos; hay otros que no les hablan sobre sexualidad, pero están de acuerdo en que se les hable a sus hijas e hijos de estos temas en las escuelas y se les prepare para que estén educados e informados, para que sean conscientes y responsables de sus actos, vivan mejor su desarrollo e interactúen de manera óptima con su familia y sociedad. Incluso aceptan que un curso de sexualidad en su adolescencia les habría ayudado para su desarrollo porque estarían educados y preparados para no cometer errores y educar mejor a sus hijas(os) (Pick de Weiss, Hernandez, Alvarez y Vernon, 1992).

Afortunadamente los adolescentes algunas veces son conscientes de las lagunas de conocimiento que poseen y por eso muestran interés en el significado de los términos sexuales vulgares, en la fisiología reproductiva, en el intercambio sexual, en anticonceptivos, aborto, riesgos para la salud, así como en la comunicación sobre sexualidad (Campbell & Campbell, 1986; Eisen, Gottlieb y Opitz, 1985).

En un estudio realizado en México con adolescentes de segundo de secundaria a los que se les impartió la materia de *Adolescencia y desarrollo* que trataba temas de sexualidad y planeación de la vida, se encontró que la mayoría de los adolescentes el 77.3% recomendaba a la SEP impartir la materia en todas las secundarias del país; el 98.7% reconocía que les había sido útil en su vida y el 87.7% que les había facilitado hablar de estos temas con sus padres, el 94.5% se

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

sentían seguros de sí mismos, el 95.6% sintieron ayudaba para su vida futura, el 96.5% aprendieron como ser más responsables. Por otro lado el 96.6% se manifestó en contra de la idea de que este tipo de educación les da pretextos para el libertinaje sexual (Pick de Weiss y cols. , 1992).

Sapire (1988), plantea que la educación formal debería proporcionar información verídica, clara y objetiva a los adolescentes para reducir el abuso sexual, el embarazo no deseado y la transmisión de enfermedades sexualmente transmitibles. Investigaciones recientes muestran que los adolescentes que han tenido educación sexual están menos propensos a involucrarse en relaciones sexuales y los que así lo han hecho tienen más posibilidades de tener embarazos fuera del matrimonio. El no usar anticonceptivos se relaciona con la ignorancia, la falta de conciencia sobre las consecuencias de tener actividad sexual y la inaccesibilidad a servicios adecuados de salud. Por lo que existe la necesidad de que los adolescentes sepan de los riesgos de embarazos no deseados y acudan a una consejería antes de que sean sexualmente activados.

Muchos adolescentes son desilusionados en su primera relación sexual, la cual puede haber ocurrido en circunstancias no favorables o quizás no cubrió las expectativas creadas por películas, revistas o historias, y si se añade un inadecuado conocimiento y educación sexual, es mayor la desilusión (Arballo, 1990). Esta puede darse también cuando se enfrentan a diversos problemas como, por ejemplo, el aborto, la maternidad sin pareja, los matrimonios forzados o las enfermedades de transmisión sexual. Estos ocasionados por la dificultad para tener acceso a la información y uso de anticonceptivos y la falta de aceptación de las prácticas sexuales de los adolescentes por parte de los padres, maestros y la sociedad (García, 1991).

Así una educación sexual realmente significativa tiene que ver con los aspectos emocionales, intelectuales y sociales de cada individuo además de los físicos.



## V. PLAN DE INVESTIGACIÓN.

### 5.1 OBJETIVO.

El objetivo del presente estudio fue conocer la imagen corporal que hoy en día buscan los jóvenes y determinar si ésta se asocia o no con el inicio de la vida sexual de las adolescentes. También se consideró importante explorar las conductas alimentarias de riesgo que los adolescentes en esta época son más susceptibles de presentar, con el fin de transmitir a estudios posteriores, la inquietud de seguir investigando la relación entre imagen corporal, conducta alimentaria y vida sexual.

### 5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿La relación imagen corporal y conducta alimentaria se asocia con relaciones sexuales (si/no) en una muestra de mujeres adolescentes?

### 5.3 PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

Investigar la relación entre conductas alimentarias de riesgo y vida sexual (si/no).

Investigar la relación entre imagen corporal (satisfacción e insatisfacción) y vida sexual (si/no).

Investigar la relación en la alteración (subestimación y sobreestimación) de la imagen corporal y vida sexual (si/no).

Investigar la relación entre imagen corporal (satisfacción e insatisfacción) y tipo de escuela (pública o privada).

Investigar la relación en la alteración (subestimación y sobreestimación) de la imagen corporal y tipo de escuela (pública o privada).

#### 5.4 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria de riesgo entre el grupo 1 (adolescentes que no han iniciado vida sexual) y el grupo 2 (adolescentes que ya han iniciado vida sexual).

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal (satisfacción e insatisfacción) entre el grupo 1 (adolescentes que no han iniciado vida sexual) y el grupo 2 (adolescentes que ya han iniciado vida sexual).

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la alteración (subestimación y sobreestimación) de la imagen corporal entre el grupo 1 (adolescentes que no han iniciado vida sexual) y el grupo 2 (adolescentes que ya han iniciado vida sexual).

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal (satisfacción e insatisfacción) entre el grupo 1 (escuelas públicas) y el grupo 2 (escuelas privadas).

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la alteración (subestimación y sobreestimación) de la imagen corporal entre el grupo 1 (escuelas públicas) y el grupo 2 (escuelas privadas).

#### 5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

##### Variable Independiente.

##### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Vida sexual activa.

La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo en su formación y desarrollo, lo que participa de

manera determinante en la estructuración de la personalidad y en las diversas relaciones que establecen los individuos (CONAPO, 1982).

La vida sexual activa se refiere a las relaciones sexuales de los seres humanos, relaciones en las cuales intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que tienen influencia en la percepción de sí mismo y de los demás; implica la adaptación emocional y física del individuo con relación a su mundo, se reconoce como la experiencia más íntima entre dos personas en las que comparten su personalidad y su ser (Shulz y Williams, 1975).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL.

La variable vida sexual activa se medirá tomando en cuenta las respuestas afirmativas o negativas de los sujetos a la pregunta: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?.

#### Variable Dependiente:

Imagen Corporal (satisfacción e insatisfacción / sobreestimación y subestimación).

Conducta alimentaria de riesgo.

#### DEFINICIONES CONCEPTUALES.

Imagen Corporal.

La imagen corporal 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 evolutiva. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio.

En lo que se refiere a la satisfacción e insatisfacción corporal, las cuales tienen un carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, ya

que interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, por otro lado, es actitudinal en cuanto a que se refiere a la expresión de afecto y a una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

La distorsión de la imagen corporal, se evalúa en términos de sobreestimación y subestimación, se refieren al mayor o menor alejamiento entre el peso real y el peso imaginario; tomando en cuenta la autopercepción del peso y el índice de masa corporal IMC. (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

#### Conducta alimentaria de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo son los patrones distorsionados de consumo de alimentos entre las que se incluyen: atracones o episodios de ingesta voraz, seguimiento anormal de dietas restrictivas, seguimiento de dietas en forma crónica, abuso de laxantes, diuréticos y anfetaminas, exceso de ejercicio, vomito autoinducido, masticar y escupir comida y saltarse comidas. (Unikel, 1998)

#### DEFINICIONES OPERACIONALES.

##### Imagen corporal.

##### - *Satisfacción - Insatisfacción.*

El grado de satisfacción - insatisfacción con la imagen corporal, se define operacionalmente de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997) como la diferencia existente entre la figura actual y la figura ideal. Cuando la diferencia entre la elección de la figura actual y la figura ideal sea igual a cero ( $\text{Figura actual} - \text{Figura ideal} = 0$ ), se tomará como indicador de la satisfacción corporal. Si resulta una diferencia positiva o negativa, se tomará como insatisfacción con la imagen corporal; de tal manera que a mayor diferencia, mayor será la insatisfacción. Una diferencia positiva indica que los sujetos están insatisfechos porque desean ser más delgados, mientras

que una diferencia negativa, indica que los sujetos están insatisfechos porque desean ser más gruesos (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

- *Alteración: Sobreestimación - Subestimación.*

La alteración, sobreestimación - subestimación de la imagen corporal se define de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997) como la diferencia que existe entre la autopercepción del peso corporal, menos el índice de masa corporal real (IMC). La sobreestimación es una diferencia positiva y la subestimación es una diferencia negativa.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la relación entre el peso corporal en Kg. y la estatura en cm. elevada al cuadrado (peso corporal/talla<sup>2</sup>).

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2$$

A continuación se presentan los puntos de corte del IMC validados para adolescentes mexicanas (Gómez Peremitré, y Saucedo, 1997).

Categoría	Punto de corte
Emaciación	IMC < 15
Bajo peso	IMC 15 - 18.9
Normal	IMC 19 - 22.9
Sobrepeso	IMC 23 - 27
Obesidad I	IMC 27 - 31
Obesidad II	IMC > 31

### Conductas alimentarias de riesgo.

Las conductas alimentarias de riesgo se medirán basándose en las respuestas dadas a los reactivos de las secciones E y F del Cuestionario de Alimentación y Salud; estas secciones forman la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Pérez Mitre, 1993,1995,1996, 1998).

## VI. MÉTODO.

### 6.1 DISEÑO.

El presente estudio es transversal, porque midió a los sujetos en una sola ocasión y sin explorar su evolución futura. De tipo exploratorio, ya que no se han realizado estudios que incluyan conductas alimentarias de riesgo, imagen corporal y vida sexual activa. Por otra parte el diseño de la investigación es de dos grupos con observaciones independientes.

### 6.2 MUESTRA.

Se trabajó con una muestra no probabilística de N=151 mujeres adolescentes estudiantes de Nivel Medio Superior con un rango de edad de 14 a 19 años.

La muestra se dividió en dos grupos:

n1=77: Mujeres adolescentes sin vida sexual activa.

n2=74: Mujeres adolescentes con vida sexual activa.

La muestra fue extraída de una población compuesta de adolescentes que asistían a escuelas públicas y privadas del D.F.

Se obtuvo con el método de selección sistemática al azar una submuestra del 20% del tamaño de la muestra original para la obtención del IMC.

Características de los sujetos:

Mujeres adolescentes que se encuentren en un rango de edad de 14 a 19 años, estudiantes de nivel medio superior.

Criterios de inclusión:

Adolescentes, estudiantes, sin problemas físicos graves, que no tengan compromiso laboral.

### 6.3 INSTRUMENTO.

Para los fines de la investigación se utilizó el " Cuestionario de Alimentación y Salud" (Gómez Pérez Mitre, 1993,1995,1996, 1998), de formato XX con el cual se exploran las siguientes áreas:

#### 1. Area Sociodemográfica. (Sección A).

Explora ingreso socioeconómico, años de estudio del padre y de la madre, ocupación de estos, tipo de escuela, trabaja (sí/no), tiene vida sexual (sí/no), la edad del adolescente, el lugar que ocupa entre sus hermanos, tiene hijos (sí/no).

#### 2. Imagen corporal. (Sección C y G).

La variable satisfacción / insatisfacción se mide por medio de dos escalas visuales, cada una con nueve siluetas femeninas.

Cada serie de siluetas se distribuyen al azar y aparecen en lugares separados del cuestionario. Está compuesto por nueve siluetas que cubren un continuo de peso corporal que van desde muy delgadas hasta muy gruesas u obesas.

Con estas siluetas se pide a las adolescentes: 1.- Que escojan la figura que más se parezca o más se aproxime a su cuerpo en el momento de la encuesta (figura actual); 2.-Que escojan la figura que más les gustaría tener (figura ideal).

La alteración de la Imagen Corporal se mide con el reactivo 31 de la sección A que dice: De acuerdo con la siguiente escala, tu te consideras: a) Obesa, b) Con sobrepeso, c) Peso normal, d) Delgada, e) Muy delgada. Y con el IMC que se obtiene con el peso y talla de los sujetos.



### 3. Conductas alimentarias. (Sección E y F).

Se exploran con una escala que explora conductas alimentarias normales y anómalas denominado: Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), que está compuesta por los siguientes factores. :

1. Conducta Alimentaria Compulsiva
2. Preocupación por el peso y la comida
3. Conducta Alimentaria Normal
4. Atribución de Control Alimentario Externo
5. Conductas Alimentarias de Compensación Psicológica
6. Dieta crónica y restrictiva
7. Atribución de Control Alimentario Interno

En las siguientes tablas se presentan los reactivos que comprenden estos factores, así como sus respectivas cargas factoriales.

<b>Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva</b>		
<b>E16</b>	Paso por periodos en los que como en exceso.	.43929
<b>E31</b>	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
<b>F1</b>	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
<b>F2</b>	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
<b>F3</b>	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.74727
<b>F4</b>	No soy consciente de cuanto como.	.66033
<b>F5</b>	Siento que no puedo parar de comer.	.80983
<b>F6</b>	Como sin medida.	.79753
<b>F7</b>	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
<b>F8</b>	Difícilmente pierdo el apetito.	.40022
<b>F14</b>	Soy de los que se hartan(se llenan de comida).	.52215
<b>F20</b>	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
<b>F21</b>	Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
<b>F23</b>	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa.	.45587

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

<b>Factor 2 Preocupación por el peso y la comida</b>		
<b>E11</b>	Comer me provoca sentimientos de culpa.	.5780
<b>E13</b>	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
<b>E14</b>	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64573
<b>E23</b>	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
<b>E25</b>	Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
<b>E26</b>	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
<b>E30</b>	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
<b>F18</b>	Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
<b>F22</b>	Me deprimio cuando como de más.	.48531

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

<b>Factor 3 Conducta alimentaria normal</b>		
<b>E5</b>	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462
<b>E15</b>	Como lo que es bueno para mi salud.	.73346
<b>E17</b>	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196
<b>E20</b>	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420
<b>E21</b>	Como con moderación.	.45378
<b>E28</b>	Procuro comer verduras.	.71369
<b>E29</b>	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685

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

<b>Factor 4 Atribución de control Alimentario Externo</b>		
<b>F32</b>	Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura".	.74154
<b>F33</b>	Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer.	.62385
<b>F34</b>	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	.69921
<b>F35</b>	No sé por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón, aunque lo fajen".	.81261
<b>F36</b>	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	.68785
<b>F39</b>	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	.55393

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

<b>Factor 5 Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica</b>		
<b>E3</b>	Cuando estoy aburrido me da por comer.	.58951
<b>E4</b>	Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	.53921
<b>E6</b>	Siento que la comida me tranquiliza.	.67344
<b>E8</b>	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	.70703
<b>E18</b>	Me sorprende pensando en comida.	.43349

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

<b>Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva</b>		
<b>E10</b>	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".	.57328
<b>F9</b>	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.48691
<b>F11</b>	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.46423
<b>F12</b>	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
<b>F15</b>	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
<b>F16</b>	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.62004
<b>F17</b>	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55259
<b>F19</b>	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.46706

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

<b>Factor 7 Atribución de Control alimentario Interno</b>		
<b>F27</b>	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto.	.75354
<b>F28</b>	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida.	.73452
<b>F29</b>	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas.	.62623
<b>F30</b>	Admiro a las personas que pueden comer con medida.	.71698
<b>F31</b>	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema "todo con exceso, nada con medida".	.49569

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

En el criterio de calificación se consideran los valores más altos con las respuestas que implican mayor problema.

Aparatos:

Se utilizó una báscula pesa personas, eléctrica, portátil, marca Exell 150/300 Kg; con precisión de 10/50grs. además de un estadiómetro de madera para medir estatura.

#### 6.4 PROCEDIMIENTO.

Se solicitó la autorización a los directivos de escuelas preparatorias públicas y privadas del D.F., para la aplicación del instrumento, esta fue de manera colectiva dando la siguiente información: " La Facultad de Psicología de la UNAM está llevando a cabo una investigación con el propósito de conocer los hábitos alimentarios de las mujeres adolescentes. El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu sentido de cooperación, la información es confidencial, gracias."

De la muestra total  $N=151$  se formó una submuestra del 20% en la que se realizó una medición de tipo antropométrico (peso y talla). En la aplicación del instrumento con la primera muestra no se llevó más de treinta minutos y con la segunda, no más de 10 minutos. Finalmente se agradeció la colaboración de estudiantes, maestros y directivos, a quienes posteriormente se les informará los resultados de la investigación de ser requeridos para su conocimiento.

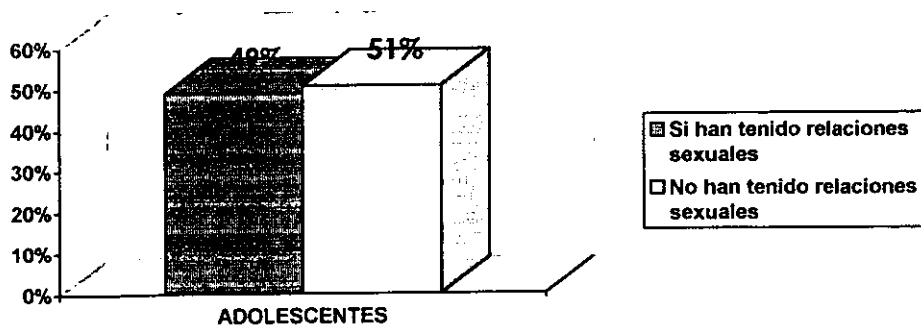
## VII. RESULTADOS:

El propósito de este estudio fue aportar resultados acerca de la relación entre la satisfacción / insatisfacción; sobreestimación / subestimación con la imagen corporal, el inicio de la vida sexual y la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes. Para la realización de la presente investigación se utilizó el "Cuestionario de Alimentación y Salud" (Gómez Pérez Mitre, 1993, 1995, 1996, 1998), de formato mixto. Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 8.1; los resultados se presentan a continuación.

### 7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Para la realización del estudio se seleccionó una muestra no probabilística de (N= 151), de adolescentes mujeres. De las cuales n1 = 77 son adolescentes mujeres que no han tenido relaciones sexuales y n2 = 74 son adolescentes mujeres que ya han tenido relaciones sexuales.

Gráfica 1. Porcentajes de la muestra de acuerdo con la variable de clasificación (vida sexual activa (sí/no)).



Ψ Edad.

Tomando la muestra total, el rango de edad de las mujeres fue de 14 años como mínimo y de 19 años como máximo, con un promedio de 17 años y una desviación estándar de 1.33 (ver tabla 1).

Tabla 1. Media, desviación estándar y rango de edad.

	X	S	Edad mínima	Edad máxima
NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL	17.41	1.37	15	19
SÍ HAN INICIADO VIDA SEXUAL	17.58	2.28	14	19
<b>Total</b>	<b>17.58</b>	<b>1.33</b>	<b>14</b>	<b>19</b>

## 7.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

### Ψ PREOCUPACIÓN POR EL PESO.

De acuerdo con la variable inicio de vida sexual (sí/no), se encontró en un porcentaje mayor (56%) que las adolescentes que aún no han tenido vida sexual; no se preocupan nada por su peso corporal, mientras que en las adolescentes que sí han tenido vida sexual el porcentaje es ligeramente menor (47%). Estos datos se observan en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal con relación al inicio de vida sexual.

PREOCUPACIÓN.	NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL	SÍ HAN INICIADO VIDA SEXUAL
NADA.	56.2%	47.2%
POCO.	24.6%	25.7%
REGULAR.	12.3%	22.8%
MUCHO.	1.4%	2.9%
DEMASIADO.	5.5%	1.4%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

### Ψ DIETA PARA CONTROLAR EL PESO.

En la tabla 3 se observa el porcentaje de respuestas dadas a la pregunta "¿Hiciste dieta para controlar tu peso?".

Los porcentajes más altos fueron para nunca he hecho dieta para el control de peso independientemente de si se habían iniciado vida sexual (78%) o no (83%); mientras que sólo un 17% de las que no habían iniciado su vida sexual respondieron haber hecho dieta en comparación de un 21% de las que si habían iniciado su vida sexual.

Tabla 3. Distribución porcentual por grupo de la variable seguimiento de dieta restrictiva.

<b>HICISTE DIETA PARA CONTROLAR TU PESO.</b>	<b>NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL</b>	<b>SÍ HAN INICIADO VIDA SEXUAL</b>
NUNCA.	83.4%	78.5%
A VECES.	4.2%	7.3%
FRECUENTEMENTE.	7.0%	8.5%
MUY FRECUENTEMENTE.	2.8%	-
SIEMPRE.	2.6%	5.7%
TOTAL DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS	16.6%	21.5%
TOTAL DE LA MUESTRA.	100%	100%

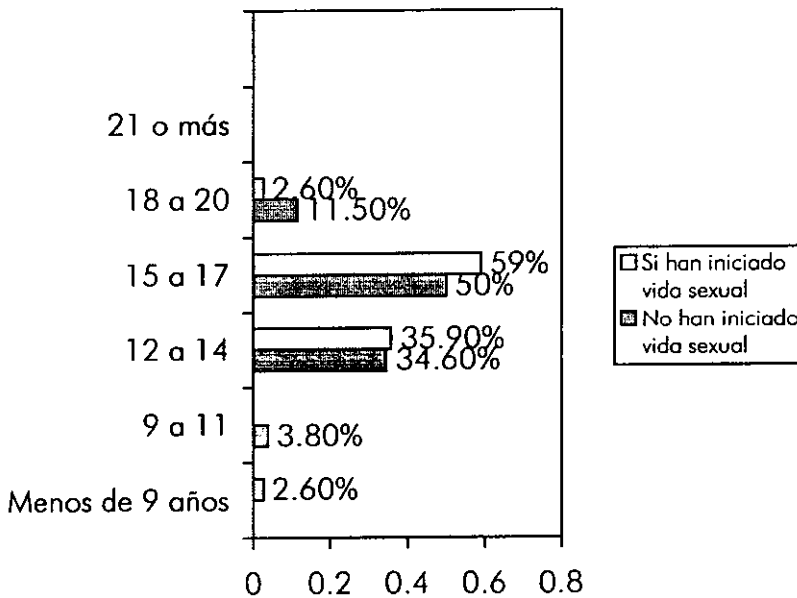
### Ψ EDAD DE LA PRIMERA DIETA.

La edad de la primera dieta de las adolescentes en referencia al inicio de vida sexual se distribuyó de la siguiente manera: de las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales el 4% comenzaron hacer su primera dieta entre los 9 y 11 años, el 35% entre los 12 y 14 años, el 50% entre los 15 y 17 años y el 11% entre los 18 y 20 años, mientras que de las adolescentes que ya han comenzado su vida sexual el 3% iniciaron su primera dieta entre los 9 años o menos, el 36% entre los 12 y 14 años, el 59% entre los 15 y 17 años y el 3% entre los 18 y 20 años. (Observar en la gráfica 2).

Cabe mencionar la diferencia entre la edad de inicio de dieta entre ambos grupos, mientras que las adolescentes que no han iniciado su vida

sexual comienzan a hacer dieta de los 9 a los 11 años, las adolescentes que ya iniciaron su vida sexual, inician la práctica de dietas antes de los 9 años. Poco más de la mitad de las adolescentes de los dos grupos inician la primera dieta entre los 15 y los 17 años.

Gráfica 2. Distribución porcentual por grupo de la variable edad en que se realizó la primera dieta.



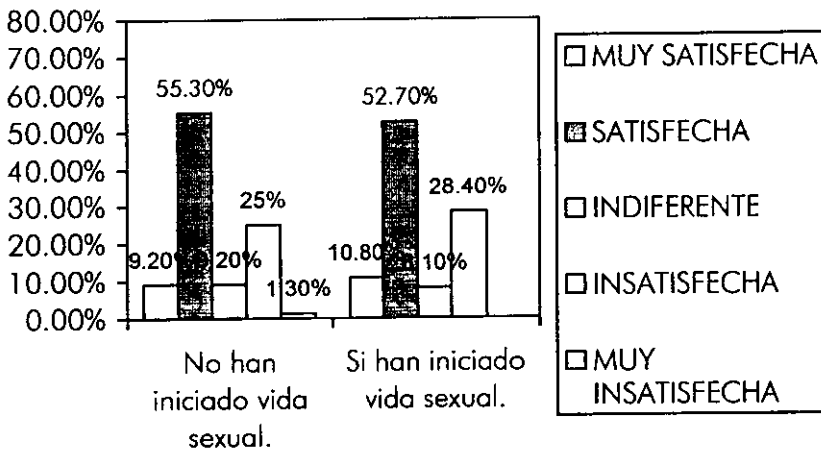
Ψ SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL (medición directa).

La medición directa se obtiene tomando las respuesta de las adolescentes a la pregunta "¿Cómo te sientes con tu figura?" teniendo como opciones de respuesta las siguientes: a) Muy satisfecha; b) Satisfecha; c) Indiferente; d) Insatisfecha; e) Muy insatisfecha.



Los resultados se pueden observar en la gráfica 3. En ambos grupos (con y sin vida sexual activa) los porcentajes más altos (más del 50%) respondieron estar satisfechas con su figura corporal, así mismo, un poco más del 25% de las adolescentes de los dos grupos dijeron estar insatisfechas. Es importante señalar que los resultados son muy similares independientemente de si han iniciado o no su vida sexual.

Gráfica 3. Porcentaje de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal (medición directa) según el inicio de vida sexual.



### Ψ SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL (medición indirecta)

La medición indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se realiza a través de las escalas con siluetas en las que las adolescentes seleccionan su figura actual e ideal y se califica mediante la fórmula (Figura actual - Figura ideal).

Los datos se agruparon de la siguiente forma: el 56% de las que ya han iniciado vida sexual presentan "insatisfacción positiva" mientras que en

las que no han iniciado vida sexual el porcentaje es ligeramente menor (50%); es decir que las jóvenes están insatisfechas porque desean estar más delgadas.

Por otra parte el 22% de las adolescentes que no han tenido vida sexual se encuentran satisfechas con su figura en relación con el 16% de las que sí han tenido vida sexual; lo que significa que hay más adolescentes satisfechas con su figura en el grupo de las que no han tenido vida sexual. Se puede observar en la tabla 4 que los porcentajes de ambos grupos son muy similares.

Tabla 4. Porcentaje de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal (medición indirecta) según el inicio de vida sexual.

<b>SATISFACCIÓN.</b>	<b>NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL</b>	<b>SÍ HAN INICIADO VIDA SEXUAL</b>
"INSATISFACCIÓN" (-)	27.8%	27.9%
"SATISFACCIÓN" (0)	22.2%	16.2%
"INSATISFACCIÓN" (+)	50.0%	55.9%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
X	.42	.43
S	1.40	1.33

#### Ψ ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL

El 67%, de las adolescentes que no han tenido vida sexual y el 63% de las que ya han iniciado vida sexual no presentan alteración alguna en la imagen corporal mientras que el 16 % de las que no han iniciado vida sexual y el 23% de las que ya la han iniciado presentan subestimación, es decir, que se perciben a sí mismas más delgadas de lo que en realidad son.

Por otra parte el 17% que no han tenido vida sexual y el 14% de las que sí la han tenido presentan sobrestimación, lo que significa que se perciben más llenitas de lo que son. (ver Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de alteración de la imagen corporal según el inicio de vida sexual.

ALTERACIÓN.	NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL	SÍ HAN INICIADO VIDA SEXUAL
"SUBESTIMACIÓN" (-)	15.6%	22.6%
"NO HAY ALTERACIÓN" (0)	67.2%	62.9%
"SOBRESTIMACIÓN" (+)	17.2%	14.5%
TOTAL	100%	100%
X	.0156	-.081
S	.58	.61

## VIII. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS.

Con el propósito de indagar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables relacionadas con conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal teniendo como variable de clasificación el inicio de la vida sexual, se aplicó la prueba "t" de Student para muestras independientes, los resultados arrojados se presentan enseguida.

## IV CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

Con el fin de confirmar o no la hipótesis de trabajo No.1 se llevó a análisis estadístico encontrando que de acuerdo a los resultados de la tabla 1, podemos observar que no existen diferencias significativas cuando se comparan las medias en ambos grupos en los factores medidos con la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), salvo en el factor 6 (F6 Dieta Crónica y Restrictiva); donde vemos que  $t(147) = -1.979$ ,  $p = .050$  por lo que se acepta la hipótesis alterna que dice que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos; por lo que puede concluirse que se confirma la hipótesis de trabajo.

Tabla 1. Resultados de la Prueba t (muestras independientes) EFRATA con la V.I. (inicio de vida sexual).

FACTORES	t	gl	P
F1	1.384	149	.168
F2	-.674	148	.501
F3	.572	145	.569
F4	-.303	146	.762
F5	.436	148	.663
<b>F6</b>	<b>-1.979</b>	<b>147</b>	<b>.050</b>
F7	.359	148	.720

Tabla 2. Medias y desviaciones estándares por grupo del factor "Dieta crónica y restrictiva".

<b>F6 DIETA CRONICA Y RESTRICTIVA</b>	<b>X</b>	<b>S</b>
NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL	<b>.9092</b>	<b>.3555</b>
SI HAN INICIADO VIDA SEXUAL	<b>1.0274</b>	<b>.3627</b>
Ho : X1 igual a X2 igual a 0	<b>SE RECHAZA</b>	
H1 : X1 desigual a X2 desigual a 0	<b>SE ACEPTA</b>	
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO SE CONFIRMA.</b>		

De acuerdo con las medias puede apreciarse en la tabla 2 que las adolescentes que aún no han iniciado su vida sexual presentan menor incidencia ( $X = .9092$ ,  $S = .3555$ ) que las que ya han iniciado su vida sexual ( $X = 1.0274$ ,  $S = .3627$ ), con respecto a la variable seguimiento de dieta crónica y restrictiva la cual se compone por los siguientes reactivos:

<b>E10</b>	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".
<b>F9</b>	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.
<b>F11</b>	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.
<b>F12</b>	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.
<b>F15</b>	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.
<b>F16</b>	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.
<b>F17</b>	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).
<b>F19</b>	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.

## Ψ SATISFACCIÓN Y ALTERACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Se aplicó una prueba t para el análisis estadístico. Con el fin de poner a prueba las hipótesis de trabajo No. 2 y 3. Se encontró lo siguiente:

Alteración con la imagen corporal  $t(124) = .911, p = .364$

Satisfacción con la imagen corporal  $t(138) = -.042, p = .966$

Los resultados muestran que debido a que Alteración  $p=.364$  y Satisfacción  $p=.966$  se acepta para ambos casos la hipótesis nula concluyendo que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la alteración y la satisfacción con su imagen corporal según el inicio de vida sexual. Tal como se puede observar en la tabla 3.

Tabla 3. Prueba t (muestras independientes) Alteración y satisfacción con la Imagen corporal.

	t	gl	P
<b>ALTERACIÓN</b>	.911	124	.364
<b>SATISFACCIÓN</b>	-.042	138	.966
Ho : X1 igual a X2 igual a 0		<b>SE ACEPTA</b>	
H1 : X1 desigual a X2 desigual a 0		<b>SE RECHAZA</b>	
<b>NO SE CONFIRMA HIPOTESIS DE TRABAJO.</b>			

De la misma manera, tras el análisis estadístico en la comparación entre escuelas públicas y privadas, para confirmar o no la hipótesis de trabajo No 4 y 5 se encontró lo siguiente:

Alteración con la imagen corporal:  $t(124) = .422, p = .674$

Satisfacción con la imagen corporal:  $t(138) = .691, p = .491$

Los resultados muestran que debido a que Alteración  $p=.674$  y Satisfacción  $p=.491$  se acepta para ambos casos la hipótesis nula concluyendo que no existen diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la alteración y la satisfacción con su imagen corporal según el tipo de escuela a la que las jóvenes asisten. Estos resultados se observan en la tabla 4.

Tabla 4. Resultados de la Prueba t (muestras independientes) Imagen corporal por tipo de escuela (pública y privada).

	t	gl	P
<b>ALTERACIÓN</b>	.422	124	.674
<b>SATISFACCIÓN</b>	.691	138	.491
Ho : X1 igual a X2 igual a 0	<b>SE ACEPTA</b>		
H1 : X1 desigual a X2 desigual a 0	<b>SE RECHAZA</b>		
<b>NO SE CONFIRMA HIPOTESIS DE TRABAJO.</b>			

## IX. DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En la actualidad una de las principales preocupaciones en el área de la salud es el aumento notorio de los trastornos alimentarios, algunas investigaciones han referido un incremento dramático en la incidencia de estos durante las últimas dos décadas, especialmente entre adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor, Maron y Robinson, 1986). Los trastornos alimentarios ya no son exclusivos de países desarrollados, ahora el común denominador de los países desarrollados y en desarrollo es la cultura de la delgadez (Gómez Pérez mitré, 1995). La moda, la belleza y la televisión exigen un cuerpo más delgado, estilizado y en ocasiones anoréxico creando lo que se llama conductas alimentarias de riesgo evitando que los alimentos necesarios sean consumidos (Papalia y Wendkos, 1998).

La presente investigación tuvo por objetivo determinar la existencia o no de relaciones entre las variables de la Imagen Corporal (satisfacción / insatisfacción y alteración), Conducta Alimentaria e Inicio de vida sexual en mujeres adolescentes. Para tales fines se aplicó la prueba t con el objetivo de confirmar o no las hipótesis de trabajo planteadas.

Debido a que la sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo en su formación y desarrollo, (CONAPO, 1982) decidimos tomar la variable vida sexual como nuestra variable independiente o de clasificación. Del porcentaje total de la muestra, el 51% de las adolescentes no habían iniciado vida sexual activa mientras que el 49% restante sí lo habían hecho. La vida sexual está relacionada con la edad de las adolescentes; en una investigación precedente a esta el rango de edad de las jóvenes iba de 15 a 19 años (Navarro, 1999), mientras que el rango de edad de las adolescentes de la muestra total de nuestro estudio fue de 14 años como mínimo y de 19 años como máximo, con un promedio de 17 años.



Igualmente importante la decisión de trabajar con una muestra de adolescentes porque este periodo de la vida es uno de los más susceptibles para padecer tanto alteraciones de la imagen corporal como conductas alimentarias de riesgo que pueden derivar en trastornos alimentarios. Craig (1997) indica que los adolescentes suelen ser muy sensibles respecto a su apariencia física; algunas jóvenes se someten a intensas dietas, mientras otros se lanzan a rigurosos regímenes de acondicionamiento físico. Hay muchas adolescentes médicamente saludables que se consideran obesas y desean perder peso.

A este respecto se encontró en el presente estudio que en efecto las adolescentes suelen preocuparse por su peso. Las adolescentes que no han iniciado su vida sexual se preocupan un poco menos por su peso que las que ya la han iniciado. Las jóvenes que no habían iniciado su vida sexual respondieron haber hecho dieta en un porcentaje menor en comparación de las que sí habían iniciado su vida sexual.

La mayoría de las adolescentes de la muestra reportó haber iniciado la práctica de dietas restrictivas entre los 12 y los 17 años siendo las jóvenes que sí han tenido vida sexual quienes inician la dieta mayormente en dicho rango de edad a comparación de las que no han iniciado vida sexual; y también son las que inician más tempranamente las dietas, alrededor de los 9 años o menos indicando que probablemente las adolescentes se encuentren ligeramente más preocupadas por su peso y por su imagen corporal a más temprana edad que las que inician su vida sexual más tardíamente. Lo cual es coincidente con datos reportados por Navarro (1999) acerca de la presencia de conductas alimentarias de riesgo como son la práctica indiscriminada de dietas para bajar de peso, en porcentajes importantes en mujeres adolescentes y adultas, e inclusive en pre-adolescentes de 10 años.

La imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal

(Caplan, 1973). Se evalúa en dos diferentes aspectos: Satisfacción e insatisfacción y Alteración (subestimación - sobrestimación).

En nuestra investigación no encontramos diferencias significativas en la satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal y la alteración de la misma en relación con el inicio de vida sexual entre las adolescentes, ni tampoco según el tipo de escuela a la que asisten (pública o privada).

Es importante señalar que no se confirmó ninguna de las hipótesis investigadas relacionadas con la Imagen corporal; parece ser que el estar satisfecha o insatisfecha, o bien, sobreestimar o subestimar el peso corporal es independiente de tener o no vida sexual activa. Sin embargo el comportamiento estadístico de esta variable fue el mismo que el que se ha reportado en diferentes estudios previos; por ejemplo los porcentajes más pequeños se encuentran en la respuesta de satisfacción con la Imagen corporal confirmando resultados reportados por Murrieta (1997) quien encontró que una mínima parte de las adolescentes de su muestra se sentían satisfechas con su imagen corporal.

Así mismo los porcentajes más altos se encontraron en las adolescentes que se mostraban insatisfechas porque querían estar más delgadas (insatisfacción positiva) tal y como lo reportan Gómez Peresmitré (1998b) y Rivera (1997) ya que encontraron que más de la mitad de las chicas de sus muestras querían pesar menos de su peso actual.

Otro dato de especial importancia se relaciona con lo que se ha venido considerando una respuesta de carácter cultural que contrasta con lo reportado en muestras de adolescentes norteamericanas. Las preadolescentes y adolescentes mexicanas responden estar satisfechas y muy satisfechas cuando se les pregunta directamente, mientras que cuando se hace de manera indirecta y las jóvenes no saben qué se está averiguando; dichos porcentajes de satisfacción se convierten en porcentajes de insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel; 2001). Así, en el presente estudio se encontró que la satisfacción con la imagen corporal

que reportan las adolescentes (60%) en la medición directa se vuelve insatisfacción en la medición indirecta (70%) en ambos grupos.

Por otra parte nuestros resultados muestran que se confirma una de las hipótesis de trabajo relacionada con la conducta alimentaria (dieta crónica y restrictiva) en el sentido de que sí existen diferencias en la práctica de dietas entre los grupos según el inicio de vida sexual. Encontrándose que el grupo de adolescentes que ya han iniciado vida sexual activa presenta mayor incidencia con respecto a las adolescentes que aún no la han iniciado. Los reactivos contenidos en el factor que resultó significativamente diferente entre los grupos con vida sexual y sin vida sexual son los siguientes: tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"; disfruto/ me gusta sentir el estómago vacío; prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno; siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar; me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas; "pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas; suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho); si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. Como puede verse, el contenido de estos reactivos hace referencia a las prácticas y experiencias relacionadas con el control del peso corporal. Probablemente en las adolescentes que ya tengan vida sexual las conduce a preocuparse más por su figura, llevándolas así a prácticas relacionadas con el control de peso.

Por último debe señalarse la importancia de investigar más en relación con la sexualidad de las adolescentes; en un estudio simultáneo a este en el que además de investigar si se tenía o no vida sexual activa, se preguntaba si esta primera relación sexual fue voluntaria o no, se encontraron datos que señalan que las adolescentes que fueron forzadas sexualmente presentan mayor problemática que las chicas que voluntariamente decidieron iniciar su vida sexual.

En cada cultura las mujeres son presionadas a incorporar los patrones de estética que les permitan sentirse aceptadas, lo aceptable ahora es

preocuparse por estar esbeltas incluso delgadas (Martínez - Fornes, 1994). Existen datos que confirman que las mujeres mexicanas, en general han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Creemos que evaluar la alteración y la satisfacción o insatisfacción de la imagen corporal, así como los factores alimentarios de riesgo y las conductas psicológicas de los jóvenes asociados a estos temas es indispensable para tratar los trastornos alimentarios, y sobre todo para tomar conciencia de la importancia de difundir la información necesaria para prevenirlos o detectarlos a tiempo en un México donde hoy día la ignorancia es el peor enemigo.

Los hallazgos encontrados tras la realización de este trabajo de Tesis, nos hacen ver la importancia de realizar investigaciones posteriores con el objetivo de conocer más acerca de las conductas alimentarias de riesgo para padecer trastornos alimentarios tanto en las adolescentes como en otros grupos de la población mexicana.

## REFERENCIAS.

- Abeell, S & Richards, M. (1996). The relations between body shape satisfaction and self-esteem. An investigation of gender and class differences. Journal of Youth and Adolescence, 25, (5), 691-703.
- Agras, W. S. (1998). Eating disorders: Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon.
- Andrade, P. (1988). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Doctorado en Psicología Social.
- Arballo, A. M. A.(1990). Las relaciones del adolescente. Emisor demográfico. Vol. 4 (6); 11-15.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1980). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-III. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales. DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Altabe, M. & Thompson, J.K. (1993). Body image changes during adulthood. International Journal of Eating Disorders, 13, 323-328.
- Barquera N. E. M. (1994). Sexualidad en el adolescente hipoacusico: Conocimiento, actitudes, necesidades y relaciones emocionales. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Battegay, R., Glatzel, J., Poldinger, J., Ranchfleisch, J (1987). Diccionario de Psiquiatría. España : Herder.

- Boskind-White, M., & White, W. C. (1986). Bulimarexia : A historical-Sociocultural perspective. En K. Brownell & J. Foreyt (Eds.) Handbook of eating disorders. 353-366. New York: Basic Books.
- Braguinsky, S. (1987). Obesidad, patogénica clínica y tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.
- Brooks, D. F. (1952). Psicología de la adolescencia. Argentina: Kapelusz.
- Brooks-Gunn & Furstenberg (1989). Sexual behavior of adolescent. Journal American Psychologist, 44, 249-257.
- Brown, B. B. & Lohr, M. J. (1987). Afiliación al grupo de compañeros y la autoestima del adolescente: una integración de las teorías de la identidad del ego y la interacción simbólica. Journal of personality and social psychology, 52, 47-55.
- Brownell, K. D. (1991). Dieteing and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. Behavioral Therapy, 22, 1-2.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Biblioteca de Psicología. Barcelona: Herder.
- Brugman G. A. (1999). Anorexia nervosa. En Morales F. M. (Compiladora). La Psicología en México a fines del siglo XX. Tomo II, 25-32.
- Campbell, T. A. & Campbell, D. E. (1986). Adolescent interest in human sexuality: The questions kids ask. Journal of sex edacation and therapy, 12(2); 47 - 50
- Caplan, G. (1973). Psicología social de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Casillas, C. L & Vargas, L. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de Nutrición, 3, 17-32.

- Chilman, C. (1979). Adolescent sexuality in changing. American Society. Washington: Government prentice office.
- Chinchilla, M. (1995). Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergón.
- CONAPO. (1982). La educación de la sexualidad humana. México: Consejo Nacional de Población.
- Conger J. (1980). Adolescencia: generación presionada. La psicología y tu. México: Harla.
- Cooper, P. & Taylor, M. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 153; 32-36.
- Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Das, A. K. (1990). Counselling people with addictive behavior. XIII th International Round table for the Advancement of Counseling: Changing world changing people, counselling and global health concern (1988, Calgary, Canadá). International Journal for the advancement of Counselling, 13 (2), 169-177.
- Dion, K. (1973). Young children's stereotyping of facial attractiveness, Developmental Psychology, 9, 183-188.
- Dolto, T. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Paidós.
- Douvan, E. & Adelson, J. B. (1966). The adolescent experience. Nueva York : Wiley.
- Druss, V. & Herifin, M. S. (1979). Why are so many anorexic women?. In Hubbard R. & Herifin M.S. (Eds), Women looking at biology looking at women: A collection of feminist critiques. Cambrige: Schenkman.

- Echeverría, O. R. (1990). Today's youth and sexuality as always (La sexualidad de siempre). Asociación pro-bienestar de la familia de Guatemala, APROFAM: Ciudad de Guatemala.
- Eisen, M. Gottlieb, N. H. & Opitz, W. (1985). Agreement, concordance and predictability of parent-child responses to sex and family planning issues in a national survey sample. Austin, Texas, University of Texas at Austin, population research center. 12 (6) 12.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child development 38, 1025-1034
- Elder, G. H. (1980). La adolescencia desde una perspectiva histórica. Nueva York: Wiley.
- Erikson E. H. (1968). Identity, youth and crisis. Nueva York: Norton.
- Farber, J. (1970). The student as nigger. Nueva York: Pocket Books.
- Frisch, R. E. (1988). Obesidad y fertilidad . Scientific American. 88-95.
- García, F. J. L. (1991). El embarazo no deseado en adolescentes. Una propuesta de intervención. Revista de Enfermería. 14 (158); 37-42.
- García Morey, A. (1999). Acerca de la anorexia, bulimia, otros trastornos alimentarios y la trampa de la imagen impuesta. En Morales F. M. (Compiladora). La Psicología en México a fines del siglo XX. Tomo II. 33 - 54
- Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. (1996). The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. Journal of clinical Psychology, 52(1), 3-15.



- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.
- Gibson, J. W.; Kempf, J. (1990). Attitudinal predictors of sexual activity in hispanic adolescent females. Journal of adolescent Research, 5(4); 414-430.
- Giraldo, N. O. (1985). Explorando las sexualidades humanas. México: Trillas.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993a). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1)17 - 27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12, 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 19, (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G., & Saucedo, M. T. (1997). Validez Diagnostica del IMC (Índice de masa corporal). En una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1)19-27.
- Gómez Peresmitré, G. (1998a). Imagen corporal: ¿ Que es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. Revista de Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-33.

- Gómez Peresmitré, G. (1998b). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La Psicología Social de México, 7, 277-282.
- Gómez Perez-Mitré, G., Saucedo, M.T. & Unikel, S. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. La Psicología Social en el campo de la salud. En Calleja & Gómez Peresmitré (Compiladoras). Psicología social. Investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Grenacre, P. (1953). Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image. The Psychoanalytic Study of The Child, 8, 79-98.
- Grinder, R. (1976). Adolescencia. México: Limusa.
- Guivaudan, M.; Weiss, E.; Pick de Weiss, S.; Alvarez, M.; Rao Gupta, G. & Collado M. E. (1993). "Strengthening inter-generational communication within the family: An STD/AIDS prevention strategy for adolescents". Final Report, Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP) and International Center for Research on Women (ICRW) México, D.F.
- Hollander E. P. (1964). Individuality and social identity. Final report to the National Institute of Child Health and human Development. New York.
- Holtz, V. (1998). Pareja, sexualidad y trastornos de la alimentación. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 44 - 49.
- Horrocks, E. J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock. (1997). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

- INEGI. (1997). Estados Unidos Mexicanos resultados definitivos tabulados básicos. México: Instituto Nacional de Estadística de Geografía e Informática
- Jaurena, R. & Sánchez, O. (1981). Correlación de actitudes y conocimientos frente al sexo de tres sectores universitarios. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Jourard, S. M. & Landsman, T. (1987). La personalidad saludable: El punto de vista de la psicología humanista. México: Trillas.
- Keniston, K. (1975). La juventud como una etapa de la vida. En R. J. Havighurst y P.H. Dreyer (compiladores), Youth : The 74<sup>th</sup> yearbook of NSSE. Chicago : University of Chicago Press.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Telch, M. J., Saylor, K. E., Maron, D. J. & Robinson, T. N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome? Journal of the American Medical Association, 255, 1447-1449.
- King, A. A. (1989). La comunicación sexual y las actitudes y valores de los adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, (6)2; 179-187.
- Koff (1990). Gender, body image and self concept in early adolescence. Journal of early adolescence, 10 (1), 56-68.
- Kolb (1976). Psiquiatría clínica moderna. México: Prensa Mexicana.
- Lara, S. M. (1996). El papel de la imagen corporal en el desarrollo de la bulimia nerviosa. México, D.F., tesina de la Universidad Iberoamericana.

- Leitenberg, H., Rosen, J., Gross, J., Nudelman, S., & Vara, L. S. (1998). Exposure plus response - prevention treatment of bulimia nervosa. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 535 - 541.
- Lerner, R. M., & Karabenick, S. A. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. Journal of youth and adolescence, 3, 307-316.
- Ludewing, K. (1991). La entidad nosológica de la bulimia nerviosa. Enfoque sistémico del problema psicossomático, ejemplificando en la anorexia nerviosa juvenil. Estudios psicológicos, 11 - 21.
- Mancilla, J. M., Mercado G. L., Manriquez, R. E., Alvarez, R. L., López A. X. & Roman, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología 16 (1), 37 - 46.
- Maresch, M. M. (1964). Variations and patterns of linear growth and skeletal maturation. Journal of the American Physical Therapy Association, 44, 881-890.
- Martínez- Fornes, S. (1994). La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. España: Espasa Calpe.
- Masters, W. H.; Johnson, V. E. & Kolodny, R. C. (1987). La sexualidad humana. Barcelona España: Grijalbo.
- Mateos-Parra, A., & Solano-Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nervosas. Revista Electrónica de Psicología 1 (1) 1 - 27.
- Mc Candless, B. R. (1970). Adolescents. Hinsdale, IL: Dryden.
- Mckinney, P. J., Fitzgerald, H. E., & Strommen E. A. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual moderno.

- Meerman, R. & Vandereycken, W. (1988). The psychobiology of bulimia nervosa. Alemania: Springer-Verlag.
- Mintz, L. B. & Betz N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disorders behavior among undergrate women. Journal of Couseling Psychology, 35, 463-471.
- Monroy, A. (1990). Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud a los adolescentes. México: Pax
- Montoya, N. (1980). Actitudes y conducta sexual en una muestra de estudiantes de preparatoria oficial. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Mora, M., & Raich, R. M. (1993). Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Análisis y modificación de la conducta, 19, 66.
- Murrieta, C. M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Navarro C. (1999). Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal (satisfacción/insatisfacción, sobreestimación/subestimación) México: Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Noller, P. & Callan, V. (1991). The adolescent in the family. Londres: Routledge.
- Ohtahara, H., Ohzeki, T., Hanaki, K., Motozumi, H. & Shiraki, K. (1993). Abnormal perception of body image in children and its relationship to body weight. Acta Psychiatry Scand, 87, 218-222.

- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: Meditor.
- Ortiz-Tallo, A. M. (1997). La sexualidad femenina. Reflexiones y experiencias. Málaga : Aljibe.
- Palmero, F. & Fernández Abascal, E. (1998). Emociones y adaptación. España: Ariel.
- Papalia, D. E., & Wendkos, S. (1998). Psicología. México: McGraw Hill.
- Parrés, R. (1982). La familia de hoy. En: El niño y la familia. Compendio del XI Congreso de la Federación Internacional para la Educación de los padres. México: Asociación Científica de Profesionales para el Estudio Integral del niño A: C.
- Piaget, J. (1950). The psychology of intelligence. Nueva York : Hartcourt Brace.
- Pick de Weiss, S.; Hernandez, J. C.; Álvarez M. & Vernon (1992). An operational test to institutionalize family life education in secondary schools in México. Reporte final técnico, Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) y The Population Council. México D.F.
- Raich, R. (1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (1996). Definición, evolución del concepto y evaluación del Trastorno de la imagen corporal. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1),15-25.
- Reiss, I. L. (1966). The sexual renaissance in America. Journal of social issues, 22,123-137.

- Reynolds, E. L. & Wines, J. V. (1951). Physical changes associated with Adolescence in boys. American Journal of Diseases of Children, 82, 529-547.
- 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. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Rocheblave-Spenle, A. M. (1978). El adolescente y su mundo. Barcelona : Herder.
- Rodriguez-Tomé, H., Bariaud, F., Cohen Zardi, M. F., Delmas, C., Jeanvoine, B. & Szylagyi, P. (1993). The effects of puberal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. Journal of Adolescence, 16, 421-438.
- Roscoe, B., Diana, M. S. y Brooks, R. H. (1987). Puntos de vista de los adolescentes en su primera, intermedia y última etapa acerca de las citas y factores que influyen en la elección de un compañero. Adolescence, 12, 59-68.
- Rozema, H. J. (1986). Defensive communication climate as a barrier to sex education in the home. Family relations, 35 (4), 5531-5537.
- Salles, M. (1992). Manual de psicoanálisis y psicoterapia en niños y adolescentes. México: Nociones.
- Sapire, K. E. (1988). Education for sexuality. Nursing RSA, 3(3), 19-21, 40.

- Sauceda, F. (1975). Actitudes de un grupo de adolescentes urbanos de la ciudad de México frente al sexo. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. E.U.: International Universities Press, Inc.
- Schwabe, A. D., Lippe, B. M., Chang, J., Pops, M. A., & Yager, J. (1981). Anorexia nervosa. UCLA Conference. Annual International Medicine, 24, 371-381.
- Schwarz, O. (1952). Psicología sexual. París.
- Sharabany, R., Gershoni, R., y Hoffman, J.E. (1981). Novio, novia: edad y diferencias sexuales en la amistad íntima. Developmental Psychology, 17, 800-808.
- Shisslak, C. M., Crago, M. & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. International Journal Of Eating Disorders, 18, 209-219.
- Shulz, D. E., & S. R. Williams. (1975). Programación de objetivos en la educación sexual. México: Pax.
- Silber, T. (1984). Anorexia nervosa, morbidity and mortality. Pediatrics annual 13, 851 - 859.
- Slade, P. D. & Russell, G. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. Psychological Medicine, 3.
- Steiner-Adair, C. (1991). When the body speaks: Girls, eating disorders and psychotherapy. In Gillian, C., Roger, A.G. & Tolmal, D.L. (Eds), Women, girls and psychotherapy: Reframing resistance. New York: Harrinton Park Press.



- Stern, L. (1991). Disavowing the self in female adolescent . In Gillian, C., Roger, A.G. & Tolman, D.L. (Eds) Women, Girls y Psychotherapy: Reframing Resistance. New York: Harrinton Park Press.
- Striegel-Moore, R., Silverstein, L. & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
- Stunkard, A. J., Levine, H. & Fox, S. (1970). The managment of obesity: Patient self- help and medical treatment. Archives of internal Medicine, 125, 1367-1373.
- Stunkard, A. J., Foch, T. T. & Hubrec, Z. (1986). A twin study of human obesity. Journal of American Medical Association, 256, 51-54.
- Tanner, J. M. (1972). Sequence, tempo and individual variation in growth and development of boys and girls aged 12 to 16. Twelve to sixteen. New York: Norton.
- Tanner, J. M. (1978). Foetus into man: Physical growth from conception to maturity. Canmbridge : Harvard University Press.
- Toro, J. & Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez.
- Toro, J. (1990). Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Monografías de Psiquiatría II (4), 10/16.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Martínez Roca.
- Unikel, C. (1998) Desórdenes alimetarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. México: Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Maestría.

- Unikel, C. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16, 121-126.
- Unikel, C. & Gómez Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. Psicología Conductual, 7 (3), 417-429.
- Ussher, J. (1991). La psicología del cuerpo femenino. Londres: Aria Montano.
- Vázquez M. M. (1997). Estudio de actitudes hacia la sexualidad en adolescentes. México. Facultad de Psicología de la UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Williams, H. J., Wagner, H. L. & Calam, R. M. (1992). Eating attitudes in survivors of unwanted sexual experiences. British Journal of Clinical Psychology, 31, 203-206.
- White, S., & Notkin, W. B. (1980). Niñez. Caminos de descubrimiento. México: Harla.
- Zelnick, M., & Kanter, J. (1977). Experiencia sexual y contraceptiva de las mujeres jóvenes solteras en E.U en 1976 y 1971. Family planning perspectives, 9, 55-71.

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD**

XX (P)

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

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: 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**

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré  
Facultad de Psicología, UNAM*

## SECCIÓN

### A

#### INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

## 4 - SECCIÓN A

**1. ¿Qué estás estudiando?**

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

**2. ¿Trabajas?**

- A) Sí.
- B) No

**3. Actualmente vives con:**

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amigo(a)

**4. Lugar que ocupas entre tus hermanos**

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

**5. Edad de tu primera menstruación**

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

**6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?**

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

**7. ¿Tienes hijos?**

- A) Sí
- B) No

**8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

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

**9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?**

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

**10. Años de estudio de tu padre:**

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más

**11. Años de estudio de tu madre:**

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

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



SECCIÓN B-7

**SECCIÓN**

**B**

**8 - SECCIÓN B**

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde sí en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

En los últimos quince días :

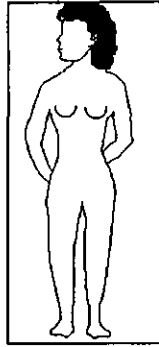
	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupada por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupada por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sentiste que sudabas en exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**SECCIÓN**

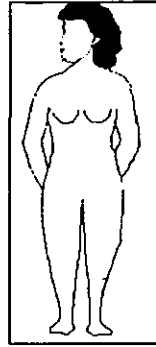
**C**

10 - SECCIÓN C

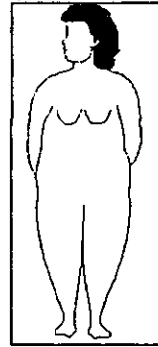
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



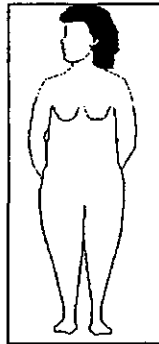
(A)



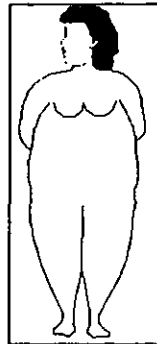
(B)



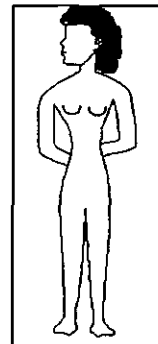
(C)



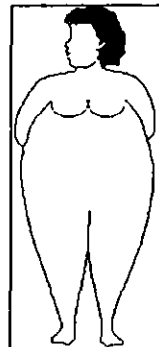
(D)



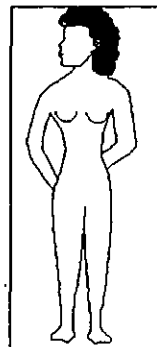
(E)



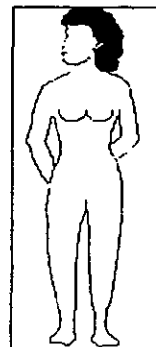
(F)



(G)



(H)



(I)

**SECCIÓN**

**D**

**12 - SECCIÓN D**

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A = No me describe nada**
- B = Me describe un poco**
- C = Me describe regular**
- D = Me describe bien**
- E = Me describe exactamente**

Soy una persona:

Me Describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Independiente	A	B	C	D	E
2. Triste	A	B	C	D	E
3. Insegura	A	B	C	D	E
4. Agresiva	A	B	C	D	E
5. Atractiva	A	B	C	D	E
6. Controlada	A	B	C	D	E
7. Dominante	A	B	C	D	E
8. Ágil	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Agradable	A	B	C	D	E
11. Incompetente	A	B	C	D	E
12. Rígida	A	B	C	D	E
13. Comprensiva	A	B	C	D	E
14. Eficiente	A	B	C	D	E
15. Sociable	A	B	C	D	E
16. Fuerte	A	B	C	D	E
17. Pesimista	A	B	C	D	E
18. Desconfiada	A	B	C	D	E
19. Trabajadora	A	B	C	D	E
20. Falsa	A	B	C	D	E
21. Triunfadora	A	B	C	D	E
22. Torpe	A	B	C	D	E
23. Exitosa	A	B	C	D	E
24. Inteligente	A	B	C	D	E
25. Estudiosa	A	B	C	D	E
26. Optimista	A	B	C	D	E
27. Fracasada	A	B	C	D	E
28. Ansiosa	A	B	C	D	E

Soy una persona:

Me Describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
<b>29. Inestable</b>	A	B	C	D	E
<b>30. Productiva</b>	A	B	C	D	E

**1. En el último año :**

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

**2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :**

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

**4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?**

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

**5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?**

- A) No
- B) Sí

**6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?**

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

**7. El problema consiste en que:**

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



16 - SECCIÓN E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

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

- |  |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.                           | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Procuero comer verduras.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.                          | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Me avergüenza comer tanto.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Como lo que es bueno para mi salud.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.        | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios..  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.                | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.                      | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.       | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre	
22.Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24.Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25.Procuro estar el día sobre lo que debe se ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26.Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27.Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28.No soy consciente de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29.Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30.Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31.Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32.Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33.Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34.Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35.Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36.Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)..	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39.Como a escondidas					
40.Dusfruto cuando como con otras personas					
41.Cuando estoy aburrida me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43.Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**18 - SECCIÓN E**

44. Paso por periodos en los que siento que podría (A) (B) (C) (D) (E)  
comer sin parar.
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Dificilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. No tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

**SECCIÓN**

**F**

**20 - SECCIÓN F**

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No h  
respuestas buenas ni malas) :

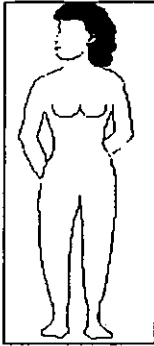
A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C Indecisa	D En desacuerdo	E Muy en desacuerdo
------------------------	-----------------	---------------	--------------------	---------------------------

1. Poco se puede esperar de alguien que no tiene control (A) (B) (C) (D) (E)  
sobre su apetito.
2. Las personas que comen con mesura (con medida)son (A) (B) (C) (D) (E)  
dignas de respeto.
3. Creo que las personas con problemas de control sobre (A) (B) (C) (D) (E)  
su forma de comer no deberían preocuparse ya que  
"genio y figura hasta la sepultura".
4. Admiro a las personas que pueden comer con medida (A) (B) (C) (D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se (A) (B) (C) (D) (E)  
guian por el lema "todo con exceso nada con medida".
6. No se por qué se preocupa la gente por su sobrepeso, ya (A) (B) (C) (D) (E)  
que, la obesidad es hereditaria.
7. Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria (A) (B) (C) (D) (E)  
también controla otros aspectos de su vida.
8. Es muy difícil mantener control sobre la ingesta (A) (B) (C) (D) (E)  
alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a  
comer.
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es (A) (B) (C) (D) (E)  
como querer mantener la respiración por mucho  
tiempo.
10. Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar". (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos con la comida (A) (B) (C) (D) (E)  
también puede excederse en otras conductas.
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera (A) (B) (C) (D) (E)  
del control racional.
13. Creo que soy insegura. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigas (os). (A) (B) (C) (D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)

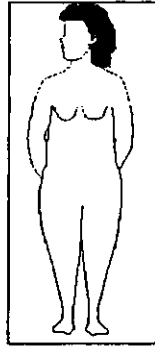
- 20.No tengo confianza en los demás (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos (A) (B) (C) (D) (E)  
me controlan.

23 - SECCIÓN G

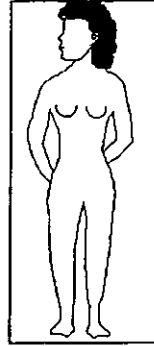
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



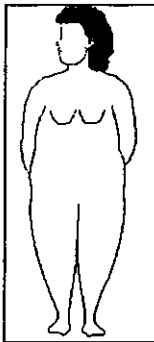
(A)



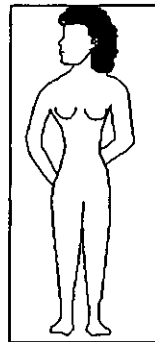
(B)



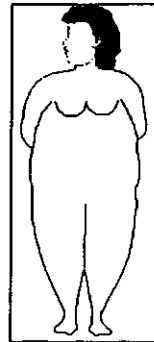
(C)



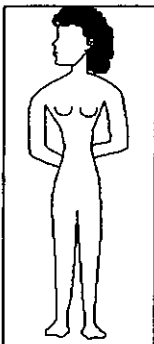
(D)



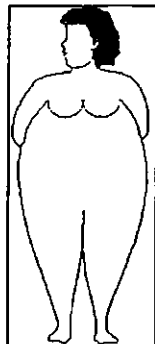
(E)



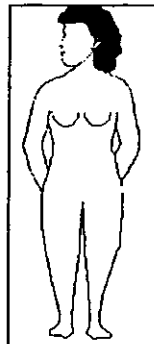
(F)



(G)



(H)



(I)

1. ¿Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea)
  - A) Ninguna
  - B) Una o Dos
  - C) Tres a cinco
  - D) Más de cinco
  
2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?
  - A) Ninguna
  - B) Una o Dos
  - C) Tres a cinco
  - D) Más de cinco
  
3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigas y/o amigos con los que mantienes una buena amistad?
  - A) No
  - B) Sí
  
4. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?
  - A) Muy malas
  - B) Malas
  - C) Regulares
  - D) Buenas
  - E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)



**26 - SECCIÓN H**

**10. En tu familia ( padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos) , hay o ha habido :**

- A) Sobre peso
- B) Tabaquismo
- C) Obesidad
- D) Alcoholismo
- C) Delgadez extrema
- D) Ninguno de los anteriores
- E) Todos los anteriores

**11. En tu familia ( padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :**

- A) Actitud negativa hacia la obesidad
- B) Preocupación por el peso corporal
- C) Preocupación por la forma de comer
- D) Preocupación por la apariencia física
- E) Insatisfacción con la figura

**12. En tu familia ( padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :**

- A) Dietas para control de peso
- B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana

**SECCIÓN**

**I**

**28 - SECCIÓN J**

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular ( más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí misma	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Cuando tengo un problema ruego para que se solucione.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**SECCIÓN**

**J**

**30 - SECCIÓN J**

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada**
- B= La describe un poco**
- C= La describe regular (mas o menos)**
- D= La describe bien**
- E.= La describe exactamente.**

**Mi madre:**

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada  
 B= La describe un poco  
 C= La describe regular (mas o menos)  
 D= La describe bien  
 E.= La describe exactamente.

Mi madre:

La describe

Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
------	------	---------	------	-------------

- |   |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero                      | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Es autoritaria.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me parece emocionalmente fría.                                  | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Me premia   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera                     | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Es indiferente.   | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.             | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Tiende a consentirme como si fuera bebé                         | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Me compara favorablemente con los demás.                        | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada.                 | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariciencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

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

10. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

11. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

12. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

13. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo



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 dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	_____X_____	_____	_____	_____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son **grandes** contestarás la letra **A**, si piensas que son **pequeñas** marcarás la letra **E**. Si opinas que son **algo grandes** elegirás la letra **B** (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son **algo pequeñas** elegirás la letra **D**. Finalmente, si tus manos no son **ni grandes ni pequeñas** responderás en la letra **C**.

Mi cuerpo es:

		A	B	C	D	E	
1.	Agil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2.	Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3.	Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5.	Bofo	_____	_____	_____	_____	_____	Atlético
6.	Mal Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formado
7.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
8.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mi cara es:

		A	B	C	D	E	
6.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
7.	Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
8.	Bofa	_____	_____	_____	_____	_____	Atlética
9.	Mal Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
10.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
11.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
12.	Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
13.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

**36 - SECCIÓN L**

**Mi cintura es:**

		A	B	C	D	E	
14.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
15.	Dura	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
16.	Delgada	_____	_____	_____	_____	_____	Gruesa
17.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
18.	Bofa	_____	_____	_____	_____	_____	Atlética
19.	Mal Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
20.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
21.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
22.	Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
23.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

**Mi busto es:**

		A	B	C	D	E	
24.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
25.	Duro	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
26.	Delgado	_____	_____	_____	_____	_____	Grueso
27.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
28.	Bofo	_____	_____	_____	_____	_____	Atlético
29.	Mal Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formado
30.	Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
31.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
32.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
33.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

**Mis muslos son:**

		A	B	C	D	E	
41.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
42.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
43.	Bofos	_____	_____	_____	_____	_____	Atléticos
44.	Mal Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formados
45.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
46.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

Mis gluteos son:

		A	B	C	D	E	
51.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
52.	Duras	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidas
53.	Delgadas	_____	_____	_____	_____	_____	Gruesas
54.	Bofas	_____	_____	_____	_____	_____	Atléticas
55.	Mal Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formadas
56.	Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
57.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
58.	Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
59.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

Mi estómago es:

		A	B	C	D	E	
60.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
61.	Duro	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
62.	Delgado	_____	_____	_____	_____	_____	Grueso
63.	Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
64.	Bofo	_____	_____	_____	_____	_____	Atlético
65.	Mal Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formado
66.	Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
67.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
68.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
69.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mis brazos son:

		A	B	C	D	E	
70.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
71.	Duros	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
72.	Bofos	_____	_____	_____	_____	_____	Atléticos
73.	Mal Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formados
74.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
75.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados