

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

“Impacto de la madurez sexual en la imagen corporal de mujeres y
hombres preadolescentes”

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CLAUDIA CHÁVEZ RIVADENEYRA

ASESORA: Dra. Gilda Gómez Pérez—Mitre



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.

AGRADEZCO A:

A mi Mamá, por siempre estar en cualquier momento y principalmente por tu apoyo incondicional tanto en los errores como en los aciertos y también por ser un gran ejemplo de lucha, dedicación y amor incondicional con tu familia.

A mi Padre, eres mi ejemplo, gracias por tus logros y dedicación que has tenido y por los buenos consejos que me has dado.

GRACIAS PADRES por su apoyo incondicional y el no dejar que claudicara en éste ciclo que he finalizado. Esta tesis es nuestro logro. Gracias por brindarme, como siempre, lo mejor de ustedes.

LOS AMO, su hija Claudia.

Mi agradecimiento a todas aquellas profesores que contribuyeron en mi formación y por hacer posible dar este primer paso en mi carrera profesional.

A GISELA por su tiempo, paciencia y recomendaciones.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por aceptar y dirigir ésta investigación.

A la Secundaria Técnica 40 por haber permitido realizar ésta investigación.

A la Dra. Lucy Reidl Martínez, Mtra. Olga Bustos, Dra. Corina Cuevas y al Mtro. Jorge Pérez por ser mis sinodales y haber leído mi trabajo.

GRACIAS por haber contribuido con su orientación en este trabajo.

Esta tesis ha sido de muchas ganas, aguante y coraje pero finalmente lo logré!!! La dedico a las personas que en cierta forma han estado en la terminación de éste ciclo.

A MI ABUELA: Siempre has estado ahí incondicionalmente y con tu gran ejemplo. Gracias por existir, Te Amo!!!!

A MIS TIAS: Que siempre han visto por mí, gracias por el apoyo incondicional y por el ejemplo de lucha, disciplina y dedicación. Las Quiero!!!!

A MIS HERMANOS: Gracias por su cariño, apoyo y por estar en cualquier momento, los quiero!!!

A MI TIQUI TIQUI: Chiquilla, Te amo!!!

A MARU: Por ser mi amiga de tantos años y por siempre estar en los momentos que he necesitado de una amiga y por ser positiva ante la vida.

A DANU: Amiga, lo logramos!!! Gracias por tus consejos, por tu ejemplo y por estar en esos momentos y por haber compartido experiencias y las que faltan!!!!

A ARIEL: Amigo, gracias por compartir tus secretos y tus momentos conmigo incondicionalmente.

Y a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, la mejor universidad y enseñanza, GGOOOYAAA!!!!!!!

Sin olvidar a: Jorge García, Mauricio González, Arlette, Claudia, Laura y Karina (Las pelonas), Mariana Estrada, Lorena Pavón, Nelson Tapia, Inna Suid, Sugey e Israel.

A TODOS GRACIAS
Claudia Chávez Rivadeneyra

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN.....	II
CAPÍTULO I. TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	1
1.1 Trastornos Alimentarios.....	1
1.1.1. Anorexia Nerviosa.....	2
1.1.2 Bulimia Nerviosa.....	3
1.2 Anorexia y Bulimia Nerviosa: Una revisión histórica.....	5
1.3 Factores de Riesgo.....	7
1.3.1 Insatisfacción y Alteración de la Imagen Corporal como factor de riesgo en conductas alimentarias.....	8
CAPÍTULO II. PUBERTAD.....	10
2.1 Concepto de Pubertad.....	10
2.1.1 Endocrinología.....	11
2.1.2 Influencias en el comienzo de la pubertad	11
2.1.3 Alimentación y Aumento Corporal	12
2.1.4 Desarrollo Cognoscitivo.....	14
2.1.5 Identidad.....	15
2.1.6 Familia.....	16
2.1.7 El cuerpo de los hombres y el cuerpo de las mujeres.....	17
2.2 Madurez Sexual.....	18
2.2.1 Características sexuales primarias femeninas.....	20
2.2.2 Características sexuales secundarias femeninas.....	20
2.2.3 Características sexuales primarias masculinas.....	20
2.2.4 Características sexuales secundarias masculinas.....	21
2.2.5 Menarquía.....	21
2.2.6 Espermarquía.....	21
2.3 Reacciones a la Madurez Sexual.....	22
2.3.1 Efectos de la Menarquía.....	22
2.3.2 Efectos de la Espermarquía.....	23
2.3.3 Efectos de la Madurez sexual en Hombres y Mujeres.....	23

CAPÍTULO III. IMAGEN CORPORAL.....	27
3.1 Concepto de Imagen Corporal.....	27
3.2 Importancia de la Imagen Corporal en los adolescentes.....	28
3.3 Medios de Comunicación e Imagen Corporal.....	30
3.4 Satisfacción / Insatisfacción y Alteración con la Imagen Corporal.....	31
3.5 Estudios realizados	33
CAPÍTULO IV. MÉTODO.....	37
4.1 Objetivo General.....	37
4.2 Preguntas de Investigación	37
4.3 Hipótesis de Trabajo	37
4.4 Variables.....	37
4.5 Diseño.....	42
4.6 Participantes.....	42
4.7 Tipo de Muestreo.....	43
4.8 Instrumentos.....	43
4.9 Procedimiento.....	43
CAPÍTULO V. RESULTADOS	44
5.1 Descripción de resultados	44
5.2 Prueba para la comprobación de hipótesis.....	54
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS.....	61
ANEXO 1.....	66
ANEXO 2.....	75

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. La pubertad se refiere a los años en los que tienen lugar los cambios relativos a la maduración sexual; aquellos años durante los cuales se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias maduras. El crecimiento físico y el desarrollo del cuerpo durante la pubertad conllevan a la madurez sexual; que en las mujeres implica la menarquía, es decir, la primera menstruación y en los hombres, la espermarquía que es la primera eyaculación. Sin embargo, algunos adolescentes de la misma edad pueden haber completado estos cambios antes que otros sin haberlos iniciado. A medida que las chicas y los chicos van madurando sexualmente, ponen especial atención a sus rasgos corporales o imagen corporal. Las reacciones emocionales del adolescente son tan importantes como los cambios en sí mismo, por eso, la imagen de su cuerpo es producto de su aprecio respecto a su constitución física, peso y desarrollo con relación a los estándares de la sociedad (Dulanto, 2000).

De acuerdo con Rice (2000), los adolescentes se preocupan por su imagen corporal: el atractivo físico, el cuerpo ideal, el peso, etc., todos estos cambios que se tienen en la pubertad implicando una consecuencia en su personalidad, familia, ambiente social, etc.

En un estudio realizado por Duncan, (1985, citado por Rodríguez-Tomé, 1993) señala que los niños se sienten más satisfechos con su apariencia física a mayor desarrollo puberal o mientras más temprano se produce éste. En cambio, entre las niñas, el desarrollo temprano se asocia con una insatisfacción corporal.

En las últimas décadas, los trastornos alimentarios han tenido un avance progresivo. En diversos estudios se ha comprobado que la internalización de valores socioculturales que enaltecen la delgadez como sinónimo de belleza, está íntimamente ligada a la insatisfacción con la imagen corporal, ambos factores son importantes en los trastornos alimentarios. Los factores, como la preocupación excesiva por el peso corporal y la comida que se ingiere, el miedo a engordar y el deseo de estar delgada, están íntimamente ligados a los trastornos alimentarios (Ghaderi, 2001). Con base a lo anterior se consideró de especial relevancia la relación entre el desarrollo de la maduración sexual en la imagen corporal.

Para tal efecto, en la parte teórica de éste trabajo, se procedió a describir en el primer capítulo los antecedentes históricos de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, así como los factores de riesgo, haciendo énfasis a la insatisfacción y alteración de la imagen corporal que pueden desencadenar estos trastornos alimentarios.

En el segundo capítulo, se revisa el concepto de Pubertad, el comienzo de ésta, así como los cambios y reacciones que conlleva la maduración sexual en los preadolescentes tanto a su cuerpo como a su entorno.

En el capítulo tres se aborda el concepto de Imagen Corporal, la importancia que tiene en los adolescentes, así como el papel que juegan los medios de comunicación y finalmente estudios realizados con la imagen corporal y madurez sexual.

En el capítulo cuatro se presenta la metodología seguida para el presente estudio.

En el capítulo cinco se presentan los resultados del cuestionario aplicado, mientras que la discusión de los resultados, conclusiones, limitaciones y sugerencias, se encuentran en el sexto capítulo.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio* fue determinar si existe relación entre la satisfacción / insatisfacción y sobrestimación / subestimación con la imagen corporal y el tipo de madurez sexual en preadolescentes hombres y mujeres. Se trabajó con una muestra de 121 preadolescentes, los cuales eran 53% hombres y 47% mujeres, subdividida en 39% primera eyaculación y 61% espermarquía promedio en hombres; y en mujeres 44% primera menstruación y 61% menarquía promedio. El diseño de investigación de este estudio fue transversal, confirmatorio y de campo. Se utilizó un instrumento de formato mixto que exploró áreas sociodemográficas e imagen corporal. Entre los principales resultados se encontró, que la insatisfacción de la imagen corporal, se puede explicar a partir de la interacción de la madurez sexual (temprana, promedio) y el sexo (hombres y mujeres preadolescentes). Además se encontró que los preadolescentes hombres y mujeres con madurez promedio se sienten más insatisfechos con su imagen corporal que aquellos con madurez temprana.

* PAPIIT IN 301501, "Desarrollo de estrategias para la intervención en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria".

CAPÍTULO 1 Trastornos Alimentarios

➤ 1.1 Concepto de Trastornos Alimentarios

Los trastornos alimentarios son síndromes que se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria (American Psychiatric Association APA, 1994). La anorexia y la bulimia nervosa son los trastornos alimentarios más conocidos y pueden generar serias complicaciones médicas (Ghaderi, 2001). Estos padecimientos están íntimamente ligados con la preocupación excesiva por la imagen corporal y el peso (Duker y Slade, 1995; Toro, 1996).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, han alcanzado proporciones alarmantes entre la población de los llamados países desarrollados, principalmente entre mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Ressler, 1998).

Parece ser que hay un efecto de retroalimentación entre las demandas culturales y/o personales de tener determinado tipo de cuerpo, el sentido que la persona le atribuye al logro de tal meta o a la dificultad de conseguirla y las soluciones que pone en práctica para lograrlo. Mucha gente queda atrapada en la búsqueda de un objetivo que, por el modo en que está definido, se vuelve inalcanzable. Por ejemplo, evitar que el cuerpo se desarrolle en la adolescencia, evitar pensar en comida una vez que el problema de alimentación se ha instalado o pretender hacer una dieta sin salirse nunca.

El estudio y tratamiento de lo que se ha dado en llamar “trastornos de la alimentación” esto es; anorexia nerviosa, bulimia nervosas y obsesiones con el exceso de peso y/ o dietas, ha despertado en los últimos años un considerable interés en el campo de la salud mental, ya que la demanda de atención relacionado con estos trastornos es cada vez más frecuente.

Si bien la anorexia y la bulimia no son desórdenes nuevos, hay factores socioculturales que han incidido fuertemente en su crecimiento. El contexto social determina que el ideal de peso corporal atractivo haya adelgazado en los últimos 25 años; un ejemplo son los modelos femeninos como Marilyn Monroe en comparación con Julia Roberts. En efecto, la sociedad que pide al hombre que sea fuerte (y no importa si esto implica tener unos kilitos de más), exige a la mujer que sea flaca. Seguramente esto es lo que determina que un 95% de las consultas por anorexia o bulimia las realizan mujeres y sólo un 5% hombres (Crispo, 1994).

Yates, Shislak, Allender, Crago y Leeney (1992) han señalado que las dietas y el ejercicio son actividades que van de la mano en relación con la etiología de los trastornos alimentarios y que la inversión de tiempo considerable en una de ellas suele acompañarse de la preocupación por la otra. Por tal razón los trastornos alimentarios empiezan a ser estudiados con mayor profundidad durante las dos últimas décadas. Sin embargo, el anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central en nuestra cultura.

1.1.2 Anorexia Nerviosa

Trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de diuréticos (CIE-10, 2004). En la anorexia nerviosa, el miedo patológico a ser (o a convertirse en) obeso conduce a menudo a un bajo peso, que puede ser realmente muy peligroso (APA, 1994). Los criterios dados en el DSM-IV (APA, 2003) para diagnosticar este trastorno son:

Criterio A) Mantenimiento del peso corporal por debajo del nivel mínimo normal, considerando la edad y la talla (inferior al 85% del esperado).

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

Criterio C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal

Criterio D) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (pag. 989).

El 50% de las anoréxicas logran perder peso induciéndose el vómito, usando laxantes o una combinación de ambos, acompañado de un exceso de ejercicio; y todas a expensas de una limitación en la ingesta total de comida, con disminución desproporcionada en las comidas de alto contenido en carbohidratos y grasas (Crispo, 1994). Generalmente, las personas que padecen de anorexia niegan su enfermedad y no la viven como un problema; el estar delgado y perder peso es la única forma en que estos pacientes experimentan algún tipo de bienestar (Duker y Slade, 1995; Polovy y Herman, 2002).

De acuerdo con el CIE -10 (2004), la **anorexia nerviosa atípica**, es un trastorno que cumple con algunas de las características de la anorexia nerviosa, pero cuyo cuadro clínico completo no justifica ese diagnóstico. Uno de los síntomas clave es la amenorrea o un pavor marcado a estar gordo, puede faltar la presencia de pérdida de peso y conductas de adelgazamiento.

1.1.3 Bulimia Nerviosa

Es un trastorno alimentario caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación excesiva por el peso corporal, que conducen a un patrón de atracones seguidos de vómitos o uso de purgantes. Este trastorno comparte muchas características psicológicas con la anorexia nerviosa, incluyendo la preocupación excesiva por el peso y la figura corporal. A menudo, pero no siempre, hay antecedentes de un episodio temprano de anorexia nerviosa, con un intervalo comprendido entre meses y varios años (CIE-10, 2000). Los criterios dados en el DSM-IV (APA, 2003) para la bulimia son:

Criterio A) Presencia de atracones recurrentes.

Criterio B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso.

Criterio C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

Criterio D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal (pag. 990).

Los individuos que padecen bulimia nerviosa tienen un peso normal o superior al normal. Presentan ciclos en que se alternan los atracones con métodos poco apropiados para contrarrestar los efectos de su ingesta calórica excesiva, por ejemplo, vómito autoinducido, mal uso de laxantes, ayuno o ejercicio excesivo (APA, 2003).

La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos de calorías durante un período de tiempo variable, de unos minutos a horas, durante el cual el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose imposibilitado para parar de comer durante esos episodios de voracidad. Sin embargo, con el tiempo no pueden controlar los deseos irrefrenables de comer en forma de atracones. Los ciclos de atracones y de vómitos son muy frecuentes, siendo el paciente consciente de la anormalidad de su conducta alimentaria, lo que frecuentemente le genera sentimientos depresivos (Chinchilla, 2003).

Aunque clínicamente, los criterios que definan a cada uno de los trastornos anteriormente descritos están claramente delimitados, entre la anorexia y la bulimia, presentan combinaciones de síntomas asociados en ambos padecimientos (Stierlin y Weber, 1990).

Según el CIE-10 (2004), la **bulimia nerviosa atípica** sigue algunas de las características de la bulimia nerviosa, pero el cuadro clínico no justifica el diagnóstico. Puede haber episodios repetidos de ingesta excesiva y uso de purgantes sin cambios significativos de peso, o puede estar ausente la preocupación excesiva por la figura corporal y el peso. Existen otros padecimientos también relacionados con la conducta alimentaria en la bulimia, llamada **Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos**, esto es debido a acontecimientos estresantes, tales como duelos, accidentes, partos, etc. **Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos** que se producen en los trastornos disociativos y el trastorno hipocondríaco, también puede haber vómitos excesivos en embarazos y cuando predominen factores emocionales en la causa de la náuseas y vómitos durante el embarazo. Así también existe el **Pica en adultos** y **Pérdida del apetito** y **Trastornos de la conducta alimentaria sin especificación**.

En términos generales, quien padece anorexia, controla su forma de comer, quien padece bulimia, está a merced de sus compulsiones alimenticias (Stierlin & Weber, 1990). A diferencia de las personas anorécticas en las que el peso que se ha perdido es más del 25% del peso original, las bulímicas suelen mantener el peso corporal esperado (Crispo, 1994). Tanto las bulímicas como las anorécticas se preocupan obsesivamente por el peso; pero mientras las anorécticas se abstienen de comer, las bulímicas ceden a su impulso de comer en exceso y luego sobrecogidas por la depresión, la culpa y la vergüenza se culpan ellas mismas y viene el vómito (Papalia, 1992).

Aquellas personas cuya **preocupación por las dietas y el peso corporal** interfieren seriamente con el desarrollo de sus vidas. Pueden ser tanto gente que no está gorda pero experimenta un alto grado de angustia en relación a su peso corporal. Se controlan en cada una de sus ingestas, midiendo cada caloría y haciendo la cantidad exacta de ejercicio prescrita, de modo tal de sentir que están en el camino correcto de acuerdo con lo determinado por el asesor de turno. Pero con el mismo extremismo, ante el menor desvío de este estricto plan, sucumben bajo la idea de que han fracasado, refuerzan su presunción de que son incurables, se autocondenan moralmente, bajan los brazos y los gana la sensación de que son absolutamente incapaces de sostener una dieta y no vale la pena intentar ya nada. Entonces sólo queda comer, comer incluso más de lo habitual y de este modo recuperar el peso perdido (Crispo, 1994).

➤ 1.2 Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa: Una Revisión Histórica

Anorexia Nerviosa

La influencia de las culturas ancestrales ha aportado datos de interés en un intento de comprensión de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. El fomento del ayuno para preservarse del mal y estar en estados más puros, por ejemplo, los antiguos egipcios ayunaban antes de entrar en los templos, que purificación y penitencia en forma de ayuno tienen un antiquísimo trasfondo religioso en la idea de la finitud física (la debilidad de la carne, lo pecaminoso) y la prevalencia del espíritu, los ideales estaban centrados en el ayuno y en el alejamiento de las necesidades físicas. Los motivos no siempre eran la negativa a estar gordas o rechazar la comida, sino más bien un rechazo del cuerpo como instrumento de pecado. Desde ascetismo medieval y renacentista hasta el puritanismo de la época victoriana, el ayuno tuvo connotaciones religiosas o morales (Chinchilla, 2003).

Antes del siglo XXI, las anoréxicas también tenían miedo a engordar, al igual que padecían distorsiones de la corporalidad, lo que quizás minimizaban u ocultaban por miedo a ser tachadas de inmorales por su culto al cuerpo, aunque éste no fuera por estética y sí por necesidad de mantenerlo ligero. La hiperactividad y lo vómitos también fueron descritos en siglos pasados. El origen a la valoración histórica de la delgadez en las jóvenes y en los medios más fáciles o usuales para conseguirlos, como son la dieta o purgas, todo ello, naturalmente, facilitado por la presión social publicitaria o costumbrista de trasfondo estético, de salud, de competencia o, lo más frecuente mercantilista. Cada época conlleva un significado tanto para la alimentación como para el tipo de corporalidad. Desde las santas medievales, el puritanismo victoriano, al auge del destape en sus diferentes facetas (publicidad, playa, etc.), la delgadez, la moda, la funcionalidad desde la delgadez, etc., hasta nuestros días, la influencia sociocultural y sanitaria, han modelado o configurado patológicamente el valor del cuerpo en los trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo con Chinchilla (2003), las pocas descripciones de siglos pasados hablan más, de la no tan importante influencia sociocultural, pues la prevalencia e incidencia eran bajas, posiblemente porque no se diagnosticaba, se ocultaba o se les daba otro diagnóstico o etiquetas sociales. Es fundamental en el siglo XX cuando se hace más énfasis en el miedo a la obesidad presente o futura y en el deseo de adelgazar junto a una pérdida de peso importante.

En las últimas décadas, la cultura de la delgadez ha presionado a jóvenes vulnerables, sobre todo escolares, en las que las dietas están a la orden de día, bombardeadas por el radio, televisión, revistas o moda, etc., que las van a conducir hacia trastornos alimentarios severos en algunos casos.

Según las épocas ha habido un mayor interés social por la delgadez como estética o como factor de salud, promovándose fundamentalmente las dietas restrictivas y el culto social al cuerpo (Chinchilla, 2003).

Bulimia Nerviosa

La bulimia nerviosa, antes de 1979, apenas había tenido atención o interés médico. Sin embargo, en la década de los ochenta empezó a dispararse el número de publicaciones y el interés médico y social por el tema, si bien podía significar un síntoma o conducta no específico, sí era más frecuente en las culturas occidentalizadas y en las que disponían de más cantidad de comida. En la antigua Grecia, las autopurgas eran frecuentes por motivos religiosos o sociales. El culto a los dioses solía incluir conductas anoréxicas, bulímicas, etc. Las clases medias y bajas romanas instauraron e institucionalizaron la bulimia como ritual social y doméstico. Extendieron las costumbres de sus banquetes a otros por medio de cursos formativos en lugares para comer donde a su vez había de todo, fuentes, flores, vomitorios, etc. En la edad media aparecen los vómitos y purgas, usados por penitentes religiosas como rituales para lavar sus pecados o también para afilar sus ingenio y reducir los deseos sexuales, sobre todo en jóvenes monjes. También era frecuente en mujeres de clase noble para mantener el tipo (Giannini, 1993 citado en Chinchilla, 2003).

La palabra bulimia fue usada por primera vez en 1938 por Trevisa (citado en Chinchilla 2003), refiriéndose a un apetito inmoderado, sin usar otros términos específicos. La glotonería, junto con los vómitos en las grandes bacanales de nobles y señores de la alta sociedad en épocas feudales, era muy frecuente. Con el advenimiento del protestantismo se pasó a una época de mayor restricción, lo que junto a las reformas católicas, el aumento del tiempo para el ocio, la expansión de la clase media, así como el desarrollo de diversiones diferentes a los banquetes, redujo el interés por los aspectos alimentarios exagerados de tipo bulímico.

Aunque los atracones y vómitos estaban citados en siglos anteriores, los atracones de bulimia para controlar el peso no fueron comunicados hasta la década de 1930, como los atracones y ayunos y el desagrado del cuerpo. Las culturas adictivas al uso de vinagre, hormonas tiroideas y laxantes para el control del peso son muy antiguas, así como las de atracones para disminuir el libido. Hoy es muy frecuente que, en colegios de clase alta, las escolares adolescentes con peso normal controlen la ingesta y vomiten. Sobre todo en las culturas occidentales. Pero esto no sólo pasa en épocas actuales, sino también en otras en que, con peso normal, las personas podían vomitar como hábito preventivo de posible ganancia de peso (Chinchilla, 2003).

➤ 1.3 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud de los sujetos, contribuyen a que se vuelvan vulnerables, incrementando la probabilidad de que manifiesten alguna enfermedad (Gómez Pérez-Mitré, 2000), en este caso la anorexia o la bulimia nerviosa.

A partir de múltiples investigaciones empíricas, se han identificado factores relacionados con la anorexia y bulimia nerviosa. Dentro de éstos podemos mencionar los siguientes: desórdenes psicopatológicos, como la depresión; rasgos de personalidad, como el obsesivo-compulsivo, el perfeccionismo, la baja autoestima; la estructura familiar estricta, sobre protectora y poco cohesionada; las normas y valores relacionados con la valoración excesiva de la delgadez; factores relacionados con la imagen corporal; conductas alimentarias como la dieta restrictiva, ayunos; y experiencias traumáticas o estresantes, como el abuso sexual (Ghaderi, 2001; Gómez Pérez-Mitré, 2001; Lemos, 2002; Polivy y Herman, 2002; Rosen, 1997).

Gómez Pérez-Mitré (1997) menciona que entre las variables catalogadas como factores de riesgo de los desórdenes del comer que se encuentran asociadas con la imagen corporal se debe señalar la distorsión de la imagen corporal (sobreestimación / 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 preceptuales, evaluativos y prácticamente autoactitudinales. Esta autora distingue alteración de la imagen corporal de distorsión de la misma, fundamentalmente debido a que la distorsión se ha encontrado frecuentemente asociada con casos clínicos y debido a que en congruencia con lo anterior los estudios realizados previamente con adolescentes de poblaciones no clínicas han permitido observar precisamente lo que se ha denominado alteración.

Los factores de riesgo son el resultado de la interacción de **condiciones sociales externas**, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; con **variables individuales** más o menos objetivas peso o tamaño y forma real; con **comportamientos alimentarios**, grupos de pertenencia y clase social; y con **variables psicosociales subjetivas** como autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Las conductas alimentarias anómalas, constituyen factores de alto riesgo para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios, de los cuales, la dieta restrictiva es la práctica de mayor recurrencia y la que conlleva mayores consecuencias para la salud (Gómez Pérez-Mitré, 2001). Las conductas alimentarias pueden convertirse en conductas de riesgo y, llegar a desencadenar trastornos alimentarios. Entre ellas están: el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, conducta alimentaria compulsiva, el evitar los alimentos considerados de alto contenido calórico, etc. (Gómez Pérez-Mitré, 2001; Unikel y Saucedo, 2001).

Las dietas para bajar de peso consisten en la restricción de calorías por debajo de lo que el cuerpo requiere para funcionar sanamente. La dieta restrictiva ocasiona apetito y la necesidad de ingerir alimentos que contengan azúcar y carbohidratos; por esto, las dietas recurrentes y el miedo a engordar, constituyen la antesala de los trastornos alimentarios (Crispo, et al., 1994).

Los medios de difusión, con publicidad cada vez más agresivas hacia el ideal de la delgadez, tienen una gran influencia favoreciendo centrar los intereses personales de los jóvenes adolescentes en la imagen corporal y la competitividad, ridiculizando a los obesos, preconizando en plan rutinario las dietas adecuadas y, naturalmente, importándoles muy poco la madurez psicológica, física y emocional de estas personal (Chinchilla, 2003). Para los fines del presente trabajo, se hace énfasis a los factores con la insatisfacción y alteración de la imagen corporal.

1.3.1 Insatisfacción y Alteración de la Imagen Corporal como factor de riesgo en conductas alimentarias

Cuando se habla de alteración generalmente se hace referencia a la estimación poco acertada del tamaño del propio cuerpo. La sobreestimación se da cuando las personas calculan el tamaño de las partes o de todo su cuerpo, más grandes de lo que realmente son. La subestimación se da cuando se calculan las dimensiones del propio cuerpo, por debajo de lo que realmente miden. En estudios realizados con pacientes que padecían trastornos alimentarios y con población normal, se encontró que ambos tenían dificultades para estimar correctamente el tamaño corporal, independientemente de la técnica utilizada para medirla; pero en los pacientes que padecían algún trastorno de la conducta, la sobreestimación de las dimensiones de la figura corporal era mucho mayor que en las personas que no presentaban ese tipo de padecimientos (Garfinkel, et al., 1978; Haln, et al. 1997).

La insatisfacción con la imagen corporal es uno de los factores que más apoyo empírico ha recibido como precursor de estos padecimientos. La mayoría de los modelos, que tratan de explicar la etiología de los trastornos alimentarios, le asignan a la insatisfacción corporal un papel preponderante (Polivy y Herman, 2002), ya que se cree que es el factor de mayor relevancia y el antecedente inmediato de este tipo de padecimientos (Rodin, 1997).

En una investigación realizada con adolescentes franceses (Rodríguez tomé, et al. 1993), usando el status puberal como variable dependiente, encontraron que las mujeres presentan insatisfacción con su imagen corporal; en tanto, los varones presentan un incremento en la satisfacción con su apariencia en relación con el avance de su maduración física, encontrándose a sí mismos más atractivos.

Se llevó a cabo con mujeres mexicanas, una investigación, teniendo una muestra de 960 prepúberes y preadolescentes de edades entre los 9 y 13 años. Los sujetos debían escoger la silueta que más se parecía a su cuerpo (figura actual), y aquella que más les gustaría tener (figura ideal). El 44% de las participantes, se mostraron insatisfechas con su figura corporal; éstos resultados nos indican que, desde edades tempranas, las niñas y preadolescentes se sienten insatisfechas con su figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

En una investigación realizada por Pineda (2000), buscó determinar la relación entre la imagen corporal (distorsión y satisfacción / insatisfacción) y la edad de la menarca así como la relación de esta última y el seguimiento de dietas, en una muestra conformada por 280 estudiantes mujeres, subdividida en 115 mujeres con menarca temprana, 139 mujeres con menarca normal y 26 mujeres con menarca tardía. Encontró que la insatisfacción con la imagen corporal se puede explicar a partir de la interacción de la edad de la primera menstruación con el seguimiento de dietas para el control de peso, también que las chicas con menarca temprana presentaron mayor grado de alteración de la imagen corporal, mientras que las tardías manifestaron mayor autoatribución positiva.

Los cambios físicos que se dan en la pubertad, obliga a los adolescentes a fijar la atención en su cuerpo (Toro, 1996). Estos cambios son cruciales para la construcción de la identidad (Caparrós y Sanfeliú, 1997). El papel de la imagen corporal es muy importante en este proceso (Osterrieth, 1973) en especial para las adolescentes. Algunas de ellas, pasan de la preocupación normal por el cuerpo a tener una grave obsesión por el peso y la figura corporal. Debido a lo anterior, no es de extrañarse que, la prevalencia de trastornos alimentarios sea mayor en las mujeres que en los hombres (Striegel y Moore, 1997 citado en Polivy y Herman, 2002).

CAPÍTULO 2 Pubertad

➤ 2.1 Concepto de Pubertad

El periodo en que se desarrolla el sistema de la reproducción suele recibir el nombre de pubertad. La pubertad, de pubes (vello) fue considerada por los antiguos como aquel período de la vida cuando la región genital se cubría de vello espeso y áspero. La pubertad, con referencia a los muchachos, a veces implica la consecución de toda la capacidad reproductiva, como la producción de gametos o espermatozoides; la nubilidad viene a indicar la posibilidad de ovular, de quedar embarazadas, llevar el feto hasta el último momento y parir, en las muchachas (Grinder, 1987).

La pubertad puede definirse como el proceso de llegar a ser física y sexualmente maduro y desarrollar las características del género del individuo –masculino o femenino-, como la estructura física, los genitales o el vello corporal (Kimmel, 2001). Se considera que en las mujeres comienza a los 12 años y en los hombres a los 14 años, éstos tienden a llegar a la pubertad dos años después que las mujeres (Stone, 1970).

Para Stone (1970), pubertad, es el momento de la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual, caracterizada en las niñas por el primer flujo menstrual, o menarquía, y en los varones por diversos signos, entre los cuales tal vez sea el más confiable la presencia de espermatozoides en la orina.

A la pubertad se le puede definir como aquella época del ciclo de vida cuando los órganos reproductores obtienen la madurez funcional y el individuo es capaz, en potencia de la reproducción. Es uno de los acontecimientos fisiológicos, conductuales más importantes de la adolescencia, y que representa un punto principal de demarcación en el estudio del crecimiento durante los primeros 20 años de la vida, es el fenómeno de la madurez sexual (Horrocks, 2001).

Es el periodo durante el cual una persona alcanza la madurez sexual y es capaz de reproducirse, la pubertad se refiere a los años en los cuales se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias (Rice, 2000).

De acuerdo con Shaffer (2000), el inicio de la adolescencia es anunciado por dos cambios significativos en el desarrollo físico. Primero, los niños cambian en forma notable de tamaño y forma a medida que entran al crecimiento acelerado de la adolescencia. También alcanzan la pubertad (de la palabra en latín pubertas, que significa “crecimiento del vello”), el punto en la vida en que el individuo alcanza la madurez sexual y puede engendrar un hijo.

Para Dulanto (2000), la pubertad es un proceso de crecimiento y maduración biológica que requiere la presencia de diversos factores, entre ellos: códigos genéticos; condiciones de salud personal y ambiental; nutrición y diferentes estímulos psíquicos y sociales que con calidad y constancia estimulen el desarrollo biológico, psicológico y social.

2.1.1 ENDOCRINOLOGÍA

La pubertad está asociada estrechamente con el crecimiento y la actividad de las glándulas de secreción interna, que tienden a estimular el crecimiento, ejercen influencias sobre las actividades metabólicas, y regulan la metamorfosis física de los adolescentes. La glándula pituitaria anterior desempeña el papel más importante, al promover la madurez física de un individuo. Así, bajo la estimulación de la hormona gonadotrópica, las gónadas (ovarios en las mujeres, testículos en los varones) aceleran su crecimiento y el individuo obtiene la madurez sexual; en este punto las gónadas producen esperma y óvulos maduros, así como hormonas sexuales estrógenas (femeninas) y andrógenas (masculinas), las cuales son responsables de la aparición de las características sexuales primarias y secundarias (Horrocks, 2001).

Los cambios de la adolescencia afectan tanto el tamaño como las pautas fisiológicas y están gobernados por el aumento de la actividad de la glándula “maestra” pituitaria, que produce diversas hormonas. Las secreciones de la pituitaria regulan otras glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (testículos y ovarios) (Stone, 1970).

2.1.2 INFLUENCIAS EN EL COMIENZO DE LA PUBERTAD

La pubertad requiere de la presencia de diversos factores, su comienzo parece ser influido por la herencia y factores externos como el peso corporal, el ejercicio, la nutrición y factores ambientales.

Herencia

Se cree que las características heredadas que influyen en el ritmo de la pubertad proceden tanto de genes del padre como de los de la madre, igual que con la herencia de otras características físicas. Las hermanas gemelas idénticas empiezan a menstruar aproximadamente al mismo tiempo, con un promedio de dos meses de diferencia; por contraste, las gemelas no idénticas presentan un promedio de 10 meses de diferencia en sus reglas (Harrison, Weiner, Tanner y Barnicot, citados en Kimmel, 2001).

Peso Corporal y Ejercicio

Una serie de estudios llevados a cabo por Frisch, 1981 (citado en Kimmel, 2001), llegaron a la conclusión de que la actividad física intensa demora la menarquía, pero no está claro si esto resulta de una proporción inferior de grasa respecto al peso corporal o de la tensión y el estrés del entrenamiento y la competición. Sí advirtieron que la reducción de la intensidad del entrenamiento o el aumento de la nutrición pueden inducir los ciclos menstruales en aquellas mujeres cuyos ciclos se han detenido.

Warren, 1980 (citado en Kimmel, 2001), llegó a la conclusión de que la gran cantidad de energía requerida por el entrenamiento de una bailarina, combinada con la baja cantidad de grasa corporal promedio, pudiera ser la responsable de la ausencia de ciclos menstruales (amenorrea).

Nutrición

La nutrición se relaciona con la pubertad porque a través de ella es posible, desde el inicio del desarrollo humano, lograr un equilibrio adecuado que permita a los tejidos crecer en armonía y de manera oportuna de acuerdo con los tiempos señalados en cada etapa (Dulanto, 2000).

Tanner, 1971 (citado en Kimmel, 2001), sostenía que la tendencia secular hacia una madurez más temprana se debe en gran parte a la mejora de la nutrición desde la concepción hasta la pubertad. Advirtió que existen marcadas variaciones entre países que son paralelas a las diferencias nutricionales.

Factores ambientales

Todo proceso de carácter económico, cultural o psicológico que incide como fuerza limitante del desarrollo, humano en una persona, familia o grupo social, influye en aspectos biológicos o psíquicos o en ambos de manera que altera la oportunidad de la aparición y secuencia correctas de la pubertad (Dulanto, 2000).

2.1.3 ALIMENTACIÓN Y AUMENTO CORPORAL

En la adolescencia empieza un crecimiento repentino que se manifiesta en el aumento de la estatura y el fortalecimiento de los huesos y músculos. Este crecimiento rápido se puede presentar en cualquier momento entre los 12 y 19 años; origina necesidades calóricas excepcionalmente elevadas, mayores que las del adulto (Fisher & Bender 1972).

Entre los principales cambios que sufre el púber está el aumento rápido en la estatura y en el peso. El inicio del crecimiento acelerado se presenta en las niñas aproximadamente a los diez años y medio, mientras que en los niños se manifiesta dos años después. El aumento en la estatura está determinado por varios factores: genéticos, nutricionales, sociales y la edad de la maduración sexual.

Para Creff (1988), la adolescencia se caracteriza por importantes modificaciones morfológicas y notables cambios psicológicos, con grandes variaciones individuales. De un adolescente a otro de la misma edad, se aprecian diferencias considerables en el peso, la talla, el morfotipo y los comportamientos. Sin embargo, la adolescencia es la época del apetito. Es la época en la que el sujeto empieza a percibir el valor simbólico del alimento. Comer es bastante más que nutrirse, es buscar también compensaciones, afirmar una personalidad que nace: nutrición y afecto son dos aspectos fundamentales que si bien están bien equilibrados en la mayoría de los adolescentes, pueden, en algunos de ellos, ser confundidas y adulteradas. El resultado son arranques, perturbaciones de las conductas, de las apetencias o de las inapetencias alimenticias, que no son demasiado graves, si son pasajeras, pero que pueden serlo si persisten.

La edad de la maduración sexual influye de manera singular en el peso y en la estatura, los adolescentes que maduran tempranamente, por lo general son más altos y pesados que sus coetáneos con maduración normal y tardía, pero al completarse el desarrollo, éstos últimos alcanzan estaturas más altas que los adolescentes con maduración temprana (Hurlock, 1980).

Para Larrañaga, Carballo, Rodríguez y Fernández (1997), la adolescencia es una etapa de gran crecimiento y maduración, se produce un incremento en los depósitos de grasa, más acentuada en las chicas, junto a un aumento de la masa muscular, en este caso más acentuado en los chicos, en los que se produce también un aumento en el volumen sanguíneo.

Mahan y Arlín (1995), indica que los deseos del adolescente por cambiar el índice de crecimiento a las proporciones corporales pueden conducirlo a manipulaciones dietéticas que quizá tengan consecuencias negativas y están sujetos a la explotación de intereses comerciales. El aumento rápido de peso que acompaña al desarrollo de las características sexuales secundarias pueden originar que muchas mujeres jóvenes restrinjan innecesariamente la cantidad de alimento que ingieren. Los varones jóvenes tienden a utilizar suplementos nutricionales, con la esperanza de lograr el aspecto muscular de los adultos.

2.1.4 DESARROLLO COGNOSCITIVO

Al abordar el desarrollo cognoscitivo de los adolescentes, se tratan los procesos para adquirir conocimiento. La palabra cognición significa literalmente “el acto de conocer o percibir”, es la habilidad para comprender, pensar, percibir y resolver los problemas prácticos cotidianos, a través de diferentes etapas evolutivas (Rice, 2000).

Piaget (Rice, 2000), dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas fundamentales de acuerdo con el tipo de operación que un individuo es capaz de utilizar:

1. La Etapa Sensoriomotora, abarca desde el nacimiento hasta los 2 años. El niño pasa de un mundo centrado en sí mismo, a un mundo centrado en el objeto en la medida en que los sentidos de la visión, tacto, gusto, oído y olfato le ponen en contacto con cosas que tienen propiedades. El pensamiento ocurre como estímulo-respuesta, éste periodo marca una transición hacia el juego simbólico, la imitación y la representación de objetos.
2. La Etapa Preoperacional, abarca desde los 2 hasta los 7 años. Adquiere el lenguaje, de forma que los niños pueden manejar el mundo manipulando los símbolos.
3. La Etapa Operacional Concreta, abarca desde los 7 hasta los 11 ó 12 años. Los niños muestran una mayor capacidad de razonamiento lógico, pero a un nivel concreto. Mejoran su dominio sobre las clases, las relaciones y las cantidades.
4. La Etapa Operacional Formal, comienza a partir de los 11 ó 12 años. Implica cuatro aspectos fundamentales: la introspección (pensar acerca del pensamiento), el pensamiento abstracto (ir más allá de lo real hacia lo que es posible), el pensamiento lógico (ser capaz de considerar todos los hechos e ideas importantes y formar conclusiones correctas, tales como la capacidad para determinar causa y efecto), y el razonamiento hipotético (formular hipótesis y examinar la evidencia para ello) (Rice 2000, pag. 131).

El pensamiento de las operaciones formales exige la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis. Requiere manipular no sólo lo conocido y verificable, sino también las cosas contrarias a los hechos. Los adolescentes muestran asimismo una capacidad cada día mayor para planear y prever.

En esta etapa se incluyen tres cualidades del pensamiento adolescente:

- I. La capacidad de combinar variables relevantes para hallar solución de un problema.
- II. La capacidad de proponer conjeturas sobre el efecto que una variable tendrá en otra.
- III. La capacidad de combinar y separar las variables en forma hipotético-deductiva (“Si se presenta X, ocurrirá Y”) (Gallagher, 1973 citado en Craig, 2001)

2.1.5 IDENTIDAD

La identidad es la sensación de ser uno mismo, es lo que nos permite diferenciarnos de los demás y reconocernos como una persona única. Los adolescentes tienen que construir un concepto de sí mismos que les permita reconocerse en la sucesión de cambios que están experimentando, y también crear una imagen que les ayude a pensar en la persona en que desea convertirse. Para descubrir a ese ser dentro de sí y encontrar las características y posibilidades que lo hacen único e irreplicable, es natural que el chico se vuelve más reflexivo y penetra a una forma nueva de intimidad.

El crecimiento y la construcción de sí mismo obligan al adolescente a replantear profundamente la situación frente a los otros, especialmente a su familia. El adolescente va conformando su identidad a base de reflexiones, de contacto con los demás y de interactuar con su medio. Es común que confronte constantemente, ideas, reglas y valores de la familia, que pruebe conceptos nuevos y ensaye diferentes lenguajes, actividades, aficiones o vestimentas (Wittig, 1992).

Para Stone (1970), la identidad es el llegar a saber quién es uno mismo, cuáles son sus creencias y sus valores, qué es lo que quiere realizar en la vida y obtener de ella. El adolescente tiene que habituarse a un cuerpo renovado, con nuevas capacidades para la sensación y la acción, y tiene que alterar su imagen de sí mismo en consonancia con ello. El joven trata de independizarse en nuevos aspectos de su vida, como las creencias religiosas o las salidas con miembros del sexo opuesto, quiere más privilegios, más libertad de la supervisión, se preocupa por su posición respecto de sus compañeros inmediatos, se esfuerza por parecerse a ellos todo lo posible, quizá porque no se siente en armonía con ellos. Se está individualizando cada vez más, tiene ideas y valores que tal vez discrepen con su ambiente social. El adolescente más joven se preocupa por saber quién es y qué es, mientras que el adolescente mayor debe preocuparse, además, por lo que va a hacer durante el resto de su vida.

La identidad implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Esa identidad es el resultado de un concepto de sí mismo o autoconcepto, el cuál es un conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales (Delval, 1994).

La identidad tiene muchos componentes relacionados con las características físicas, sexuales, sociales, vocacionales, morales, ideológicas y psicológicas, que constituyen el yo global. Así los individuos pueden identificarse por su apariencia física o sus rasgos, su género y las funciones asociadas a él, sus relaciones sociales y la pertenencia a grupos, sus vocaciones y su trabajo, sus creencias religiosas e ideologías políticas, su adecuación psicológica y su personalidad (Rice, 2000).

2.1.6 FAMILIA

Los jóvenes tienden a rechazar a la familia; pueden ver a sus padres como anticuados y viejos. A menudo adoptan una actitud crítica ante la familia, las disputas familiares suelen intensificarse ya sea por los quehaceres domésticos, los útiles, la escuela, amistades y / o la comida. La idealización de los padres que existe en la infancia, es sustituida por una visión más crítica llegándose a presentar un distanciamiento entre padres e hijos. Por ello la adolescencia es un periodo difícil, no sólo para los jóvenes, sino también para los padres de aquí que se necesita el apoyo y comprensión de la familia para superar la adolescencia (Delval, 1994).

Los padres para el adolescente representan un punto importante y es con ellos que transcurre parte de lo afectivo. Hasta ese momento, durante la infancia la creencia es que los padres podían todo. Luego se dan cuenta de que no y esto es difícil de soportar. Es un período de desprendimiento que cuesta a ambas partes porque rompe con formas de funcionamiento anteriores. Es frecuente que movidos por la intensidad que viven se quiera pasar rápidamente del todo a la nada, que toleren mal la espera y el acomodamiento que implica esta etapa. Creen que ya no los necesitan para nada, porque ya para muchas cosas no los precisan para todo como cuando eran niños. Muchas veces este “querer hacer todo solos”, los deja con el sentimiento de desamparo. Es una época de cuestionamientos y de desprendimientos por eso es sufriente y dichoso a la vez (Wittig, 1992).

A partir de la pubertad, los adolescentes empiezan a sentir nuevas necesidades de independencia, y como consecuencia de esto desean realizar actividades sin el continuo control paterno; les molestan las ocupaciones caseras, las preguntas de los padres sobre lo que ellos consideran “su vida privada” (amigos, lugares de encuentro, etc.). El salto generacional que existe entre padres e hijos, y las nuevas necesidades de autonomía de los adolescentes, provoca ciertas

tensiones familiares, pero el hecho de que existan algunos conflictos inevitables no quiere decir que las relaciones entre padres e hijos estén continuamente deterioradas. Existen investigaciones que demuestran que un comportamiento paternal de orientación igualitaria, democrática y liberal favorece que no aparezcan conflictos graves, contribuyendo al diálogo y la comunicación familiar, y pacificando las relaciones con los hijos (Bobadilla, Florenzano, 1991, citado en Horrocks 2001).

2.1.7 EL CUERPO DE LOS HOMBRES Y EL CUERPO DE LAS MUJERES

Frente a las transformaciones experimentadas, el adolescente debe elaborar una nueva imagen de su propio cuerpo, el cual adquiere una nueva significación. La configuración y el funcionamiento del cuerpo afectan la personalidad y la forma en que el adolescente se relaciona. Los adolescentes se crea una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. Los medios de comunicación ponen énfasis en valores y normas poco realistas, glorifican el cuerpo ideal y descalifican el que se aparta de él (Shonfeld, 1973). En esta etapa las y los adolescentes comparan su imagen corporal con la del modelo estético corporal vigente y anhelan que su cuerpo recién estrenado, se aproxime a éste (Toro, 1996).

La maduración física acerca a los chicos al cuerpo musculoso y masculino, el aumento de grasa corporal, en el cuerpo de las chicas, genera preocupación, ya que existe el miedo de que se este aumentando de tejido adiposo, las aleje del cuerpo delgado y femenino, actualmente considerado en nuestra sociedad como el ideal (Rodríguez, 2000). Estas diferencias biológicas en la constitución del cuerpo entre hombres y mujeres no explican porque las chicas con peso normal se consideran obesas y porque los chicos sólo se consideran con sobrepeso sí realmente lo padecen (Martínez-Fornés, 1994); las normas y los valores estéticos que enaltecen la delgadez, sí.

Generalmente las mujeres, de esta etapa en adelante, describen al cuerpo en términos de su atractivo físico, mientras que los hombres lo hacen en función de su efectividad (Caparrós & Sanfeliú, 1997): la preocupación por el cuerpo se desarrolla en ambos sexos pero por motivos distintos; el hombre se preocupa por lo que puede hacer su cuerpo y la mujer, por el cómo se ve.

➤ 2.2 Madurez Sexual

La maduración sexual en la pubertad incluye no sólo el desarrollo de los órganos reproductores, sino también el de las características sexuales secundarias, esto incluye la aparición del vello corporal, cambio de voz, desarrollo del contorno corporal, etc. ocurriendo numerosos cambios en los órganos sexuales en ambos sexos.

Los chicos y las chicas crecen de diferente manera durante la adolescencia. El varón viene a ser más grande en conjunto, sus hombros son más anchos, sus piernas son más largas relativamente con su tronco y sus antebrazos más largos relativamente tanto con los brazos como con su estatura. La pelvis de la niña se vuelve más ancha durante la adolescencia formándose capas de grasa bajo la piel (Craig, 2001).

A continuación se presentan los cambios físicos:

CAMBIOS EN LAS NIÑAS	CAMBIOS EN LOS NIÑOS
- Crecimiento de los senos	- Crecimiento de los testículos y del saco escrotal
- Crecimiento del vello púbico	- Crecimiento del vello púbico
- Crecimiento del vello en las axilas	- Crecimiento del vello de rostro y axilas
- Crecimiento corporal	- Crecimiento corporal
- Menarquía	- Crecimiento del pene
- Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	- Primera eyaculación de semen
	- Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

Fuente: Craig (2001, pag. 352).

Tanner y Marshall (citados en Dulanto, 2000), señalan que la pubertad comprende los siguientes cambios básicos:

1. Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y en gran parte de los órganos internos.
2. Modificación de la composición corporal que comprende el crecimiento del esqueleto y los músculos, y la cantidad y distribución de grasa.

3. Desarrollo de los sistemas cardiovascular y respiratorio con aumento de la fuerza y resistencia, en particular en el sexo masculino.
4. Desarrollo de las gónadas, los órganos reproductores y los caracteres sexuales secundarios (pag. 8).

De acuerdo con Craig (2001), en la pubertad hay dos tipos generales de cambio en el sistema reproductivo. En primer lugar están las características sexuales primarias y en segundo lugar las características sexuales secundarias.

Las *características sexuales primarias* son las que están más directamente relacionadas con la reproducción, específicamente los órganos sexuales, incluyendo los ovarios de la mujer, el útero, la vagina y los testículos del hombre, la glándula próstata, el pene y las vesículas seminales, el aumento es gradual de estas partes del cuerpo. Las *características sexuales secundarias* son atribuciones fisiológicas de los dos sexos, que son signos de maduración sexual, pero que no intervienen directamente en los órganos sexuales. Estos incluyen los senos en las mujeres, el aumento de la amplitud torácica en los varones, crecimiento de vello en el área púbica, en la cara, en las axilas y en el cuerpo. El ritmo de estos signos es variable, pero la secuencia es consistente (Craig, 2001).

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS: ÓRGANOS SEXUALES

HOMBRES	MUJERES
Testículos	Ovarios
Pene	Trompas de Falopio
Escroto	Útero
Vesículas seminales	Vagina
Glándula prostática	

Fuente: Papalia (1992, p. 506).

CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

HOMBRES	MUJERES
Vello púbico	Senos
Vello axilar (debajo del brazo)	Vello púbico
Vello facial	Vello axilar (debajo del brazo)
Cambios en la voz	Aumento en la anchura y la profundidad de la pelvis
Cambios en la piel	Cambios en la voz
Ampliación de los hombros	Cambios en la piel

Fuente: Papalia (1992, p. 507).

2.2.1 CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS FEMENINAS

La **vagina** madura en la pubertad, aumenta el tamaño y las mucosas se hacen más gruesas, más elásticas y toman un color más intenso. Las **Glándulas de Bartholin** comienzan a secretar sus fluidos, y las propias paredes de la vagina cambian su secreción de la reacción alcalina de la niñez a la reacción ácida de la adolescencia.

Los **labios mayores**, se agrandan enormemente, así como también los **labios menores** y el **clítoris**. El **monte de venus** se hace más prominente. El **útero**, aumenta su tamaño al doble también los **ovarios** aumentan su tamaño y peso (Rice, 2000).

2.2.2 CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS FEMENINAS

El desarrollo del vello púbico comienza a crecer primero en los labios, después haciéndose más abundante y enortijado, extendiéndose sobre el monte en un patrón triangular inverso.

El vello facial aparece al principio de forma débil sobre el labio superior, después se extiende en la parte superior de las mejillas y finalmente a los lados y bajo la barbilla. El vello axilar es más grueso y oscuro. El vello corporal en los brazos y piernas, es el último en aparecer.

Uno de los cambios más aparentes es el desarrollo del pecho. Las caderas se hacen más amplias y redondeadas por el ensanchamiento de la pelvis y el aumento adiposo de grasa (Rice, 2000).

2.2.3 CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS MASCULINAS

Así los testículos, el escroto, el epidídimo, las vesículas seminales, la próstata, las glándulas de Cowper, el pene, los conductos deferentes y la uretra producen cambios en los varones. El desarrollo de los **testículos** y del **escroto**, se acelera, aumentando dos veces y medio su tamaño y unas ocho veces y medio su peso. El **epidídimo** es un sistema de conductos, que corren desde los testículos a los conductos deferentes, donde el esperma madura y es almacenado. La **espermatoogénesis** es el cambio más importante en los testículos es el desarrollo de células de esperma maduras. El **pene** duplica su longitud y su diámetro. Las **Glándulas de Cowper**, que también maduran durante la adolescencia, secretan un fluido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra de forma que el semen pase de forma fácil y segura (Rice, 2000).

2.2.4 CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS MASCULINAS

En segundo lugar, se dan modificaciones corporales. El inicio del desarrollo del vello púbico comienza con un escaso vello liso en la base del pene. Después el vello se hace gradualmente más profuso y rizado, formando un triángulo inverso y extendiéndose hacia el ombligo. El vello axilar, aparece generalmente unos dos años después de la aparición del vello púbico, con el crecimiento de la barba, que aparece cerca del final de la secuencia total, marcándose la línea del crecimiento del cabello hacia el final de proceso. Continúa el desarrollo muscular, el ensanchamiento de los hombros y del pecho. Los cambios de voz son debido al rápido desarrollo de la laringe, las cuerdas vocales casi duplican su tamaño y el volumen aumenta. Aumenta el peso y altura (Rice, 2000).

2.2.5 MENARQUÍA

La menarquía, es el signo más evidente y simbólico de la transición a la madurez sexual de la mujer, es el primer derramamiento mensual del tejido que reviste la matriz. La menstruación produce “cólicos” menstruales en casi la mitad de las adolescentes (Wildholm, 1985 citado en Craig, 2001). La tensión premenstrual es frecuente y muchas veces se observan irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad en los senos.

En promedio, la adolescente comienza su ciclo menstrual a los 12 o 13 años. La menarquía es el comienzo de la menstruación, no sucede generalmente hasta que se han conseguido unas tasas de desarrollo máximo en altura y peso. Otros factores que pueden adelantar o retrasar la menarquía son la alimentación, status económico, cultura, país, clima y genética (Levine citado en Horrocks 2001).

Durante uno o dos años inmediatamente después de la menarquía son frecuentes los ciclos menstruales sin ovulación. Sin embargo, es probable que algunos de los ciclos menstruales tempranos impliquen ovulación y otros no. Por tanto, es importante señalar que la fertilidad es posible e imprevisible incluso antes de que se establezca un ciclo menstrual regular (Peterson y Taylor, citado en Kimmel, 2001).

2.2.6 ESPERMARQUÍA

La primera producción de esperma en los chicos se conoce como espermarquía. La primera eyaculación de semen, el fluido que transporta los espermatozoides, puede ocurrir durante el sueño y se le denomina “sueño húmedo, poluciones nocturnas”, no obstante, no todos los chicos experimentan sueños húmedos. También es posible que la primera eyaculación tenga lugar por

medio de la masturbación o del contacto sexual, que incluye diversas formas de juego sexual (caricias) (Kimmel, 2001).

Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948 (citado en Horrocks, 2001) establece el tiempo de la aparición de la pubertad en los varones como la fecha de la primera eyaculación, aunque la estimulación suficiente puede producirla antes de lo usual.

➤ **2.3 REACCIONES A LA MADUREZ SEXUAL**

Son muy importantes las actitudes y los estados de ánimo ante la madurez sexual en la mujer (menarquía) y en el hombre (espermarquía), hay muchos estudios dedicados a estos cambios vitales en la vida del ser humano.

Los cambios corporales en esta etapa obligan a fijar atención sobre el propio cuerpo e integrarlo a la imagen ideal que presentan factores socioculturales. Aquí el adolescente compara su cuerpo con el modelo estético vigente en su medio social, procurando que se aproxime a aquél. Las diferencias que se tienen entre su propio cuerpo y el modelo a seguir suelen interpretarse en contra del propio cuerpo, lo cual genera modificar el cuerpo para poder llegar a ese cuerpo ideal.

Estudios centrados en la adolescencia indican que a esta edad es cuando se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física, especialmente por parte de las mujeres, formulándose evaluaciones negativas de dicha apariencia (Pruzinsky y Cash, citado en Rice, 2000).

En un estudio comparativo de adolescentes de ambos sexos, se encontró que: Al advenimiento de la pubertad en las mujeres parece ser un fenómeno relativamente abrupto, que requiere de ajustes emocionales inmediatos. Para los varones hay significativamente menos coordinación de la pubertad con los cambios en la actitud emocional. Para ellos éste parece ser un proceso bastante indefinido en comparación con las mujeres (More 1953, citado en Horrocks 2001).

2.3.1 EFECTOS DE LA MENARQUÍA

Estudios sobre la menarquía indican que es un acontecimiento significativo y memorable, que la experiencia es bastante diferente de una mujer a otra, y que existen un cierto número de influencias que afectan a la naturaleza de la reacción de la chica ante el hecho.

En un estudio realizado con 639 mujeres estudiantes, encontraron una gran diversidad de reacciones a la menarquía: “molesta, emocionante, sorprendidas”. Además, cuando se entrevistó por teléfono a una muestra de 120 chicas de secundaria poco después de haber experimentado la menarquía, sólo el 19% declararon haber tenido reacciones positivas (felicidad, emoción) y sólo el 18% mencionaron sensaciones negativas (miedo, preocupación, disgusto). En comparación, el 64% no tuvieron reacciones positivas ni negativas, pero dijeron cosas como “ me sentí igual” o “lo encontré divertido”, incluyendo un 36% que afirmaban no haber tenido ningún miedo ni disgusto y un 19% que expresaban sentimientos contradictorios (Ruble 1982, citado en Kimmel, 2001).

2.3.2 EFECTOS DE LA ESPERMARQUÍA

La primera eyaculación puede ser una sorpresa y provocar cierta inquietud si el chico no sabe lo que es. En una investigación realizada por Gaddis en 1958 (citado en Kimmel, 2001), encontraron que la primera eyaculación provocaba generalmente reacciones positivas, pero a menudo hacía que los chicos se sintieron algo asustados, el 60% no estaban preparados para la experiencia, en términos generales la reacción no fue muy negativa.

2.3.3 EFECTOS DE LA MADUREZ SEXUAL EN HOMBRES Y MUJERES

Algunos chicos o chicas pueden completar su desarrollo puberal antes que otros del mismo género y edad, la herencia, la nutrición, el ejercicio físico y el estrés afectan las edades en que ocurren estos cambios. Varios estudios han intentado determinar la edad de la aparición de la pubertad en hombre y mujeres. El problema es difícil ya que se carece de una línea de demarcación bien definida que proporcione la primera menstruación en las mujeres y la primera eyaculación en los hombres ya que además las diversas características físicas, ambientales y fisiológicas afectan el desarrollo en diferentes edades.

Algunos adolescentes maduran antes o después que el promedio, con un efecto diferencial. Quienes maduran con lentitud o con rapidez se enfrentan con complejos problemas de adaptación. Cuanto más rápida es la transformación, tanto más trastornos físicos y psicológicos ocasiona al niño. No sólo ocurre que quien madura aceleradamente es más grande y mejor desarrollado que sus compañeros sino que sus intereses se apartan de los de éstos. La torpeza que normalmente acompaña a la transformación física resulta a menudo tan acentuada en el individuo de maduración rápida que ésta prefiere alejarse de las relaciones sociales para evitar la turbación. Al demorado le son ajenos muchos de estos problemas porque cuenta con más tiempo para adaptarse a los cambios corporales. En el siguiente cuadro se detallan las consecuencias de la maduración sexual precoz y tardía en ambos sexos:

EFFECTOS GENERALES DE LA ALTERACIÓN EN EL TIEMPO DE LA MADURACIÓN SEXUAL

MADURACIÓN PRECOZ

- **HOMBRES**

- Reputación favorable fundada en una capacidad atlética superior
- Frecuente elección para cumplir roles dirigentes
- Popularidad con las muchachas a causa de intereses sociales, aptitudes y sofisticación.
- Confianza en sí mismo y autoconcepto favorable en razón de un trato social propicio.

- **MUJERES**

- Reputación desfavorable de “estúpida” o “alocadas” a causa de un gran desarrollo físico y de intereses sociales prematuros.
- Sujeción a la envidia de otras chicas por su apariencia y su vestimenta adultas.
- Frecuente agresividad con los muchachos debido a un interés temprano en citas.
- Posibilidad de que las expectativas sociales sean demasiado pretenciosas debido a la apariencia madura.

MADURACIÓN TARDÍA

- **HOMBRES**

- Elección poco frecuente para cumplir roles dirigentes.
- Turbación, apocamiento y timidez causados por un físico poco desarrollado.
- Rechazo por las muchachas en las actividades sociales por falta de sofisticación.
- Autorrechazo debido a las actitudes sociales poco favorables.

- **MUJERES**

- Popularidad entre sus pares y frecuente elección para desempeñarse como líderes.
- Resentimiento debido a que son tratadas como niñas.
- Reputación de ser “agradables” en razón de su falta de agresividad social y sexual.
- Desarrollo paralelo al de los muchachos de su propia edad, que les permite no ser sometidas a un exceso de crítica y al ridículo.
- Dudas continuas respecto de su condición normal.

Fuente: Hurlock (1980, p. 74).

En investigaciones citadas por Craig (2001), los efectos que tienen los *hombres por la maduración temprana* son; buen estado de ánimo, más relajados, más equilibrados, más populares entre los compañeros, tienen más tendencias a ser líderes en la escuela y menos impulsivos. Obtienen los beneficios de un alta autoestima, de tener una ventaja en deportes y en citas con las chicas, pero pueden tener desventaja en tener que llenar las expectativas de los otros, que deben actuar más maduramente a su edad y tienen menos tiempo para prepararse para los cambios repentinos de la adolescencia.

En cambio los *chicos que maduran más tarde*, se preocupan más por ser populares, son más cautelosos, más ligados a reglas y rutinas, se sienten más desadaptados, rechazados y dominados, son más dependientes, agresivos e inseguros y se revelan más contra sus padres, pero se pueden beneficiar por un periodo más largo de infancia y pueden llegar a ser más flexibles mientras se adaptan a los problemas de ser más pequeños.

En un estudio sobre *chicas que maduran tempranamente* (Alsaker 1992 citado en Rice, 2000) existe una relación entre tener una imagen corporal pobre y autoevaluaciones negativas. Tiene un efecto negativo durante la educación primaria así como en la secundaria ya que están desfasadas con respecto a la mayoría de sus compañeras. Por esta razón, disfrutan de menos prestigio, son envidiadas por sus compañeras, comienzan a atraer la atención de chicos mayores y a tener citas a edad más temprana. Esto hace que los padres se preocupen por el interés precoz, limitando deseos y actividades sociales. Las *chicas que maduran tardíamente* tienen una desventaja social ya que parecen niñas y resienten de ser tratadas como tales, se les ignora para las fiestas, pueden tener envidia de sus compañeras que están mejor desarrolladas y evitan los grupos grandes y mezclados de chicas y chicos perdiendo estatus social debido a su relativa inmadurez física.

CAPÍTULO 3 IMAGEN CORPORAL

➤ IMAGEN CORPORAL

Cuando se habla de imagen corporal, la mayoría de las personas, de inmediato, la relaciona con apariencia física, atractivo y belleza. Sin embargo, es mucho más que eso. Es una fotografía mental que cada individuo tiene sobre la apariencia del cuerpo unida a actitudes y sentimientos con respecto a esa imagen. Además desempeña un papel importante en el concepto de sí mismo que, a su vez, se forma por una compleja estructura que comprende papeles sociales (roles), relaciones interpersonales y posesiones materiales, etc. (Dulanto, 2000).

Vivimos en una sociedad que tiende a considerar “dieta sana” a una alimentación baja en calorías y “cuerpo sano” al carente de panículo adiposo. Ciertos fenómenos socioeconómicos se encuentran en la base de los cambios del comportamiento alimentario y de la actitud hacia el cuerpo en Occidente: de un lado el crecimiento y diversificación de la industria alimentaria, de otro el auge del comercio del adelgazamiento. El margen de libertad que la cultura de final de siglo considere a la mujer se estrecha en una etapa como la pubertad en la que las adolescentes deben adaptarse a una serie de cambios corporales especialmente bruscos y contrarios a las rígidas normas estéticas actuales, al mismo tiempo que sufren la presión de un contexto social que les demanda el sometimiento a los valores adultos. La reducción de la ingesta alimentaria que se produce en las adolescentes es un fenómeno espontáneo, como lo es el aumento de grasa corporal (León, 1998).

La belleza puede ser una promesa de completa satisfacción, ya que la belleza y la fealdad no sólo figuran en la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, sino también en la que los demás se forman de nosotros. La imagen corporal es el resultado de la vida social, la belleza y la fealdad, no son fenómenos que se den en el individuo aislado, sino que son esencialmente sociales. Así, dicha imagen no es completamente rígida: los individuos construyen y reconstruyen esa imagen e influyen en la de los demás. Estos intercambios se dan por medio de la socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1989).

➤ 3.1 CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se refiere a la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente, es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich 1999).

Rosenbaum (1979, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997), se refiere a la imagen corporal como la sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. De la misma forma, señala que el cambio físico que sufren las adolescentes durante la pubertad modifica la imagen corporal previa. En suma, Rosenbaum enfatiza la gran importancia que adquiere la apariencia física en la adolescencia.

Señala Grinder (1987), en ciencias sociales se considera que la Imagen Corporal surge de la interacción social, parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen de su propio desarrollo físico del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

Bruchon-Schweitzer (1992), concibe a la imagen del cuerpo como una configuración global o como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas de belleza, normas de rol y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. Estos autores definen dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial) y se denomina imagen *espacial*. La segunda engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo subjetivo, identidad corporal percibida..), es decir, a una imagen *afectiva* del cuerpo. Por Imagen del cuerpo humano, Schilder (1989) entiende a aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos parece.

Para Gómez Pérez-Mitré (1995), la Imagen Corporal se refiere a una representación psicosocial, es una especie de “fotografía” dinámica, en movimiento y producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

De acuerdo con Rosen (citado en Raich, 2000), la imagen corporal, se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socio culturales. Los factores comunes más frecuentemente señalados son: naturaleza objetiva (autoperceptiva o autoevaluativa), actitudinal (cognoscitiva, afectiva o emocional) y experiencial (cambios físicos, dolor y placer, etc.) (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Para Cash y Pruzinsky (citados en Raich, 2000) la imagen corporal implica:

- a) Perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo.
- b) Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.
- c) Emocionalmente, involucra experiencias de placer / displacer, satisfacción / insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa.

En general estos autores entienden a la Imagen Corporal como la manera en que uno percibe, imagina y actúa con su propio cuerpo. Tener una buena o mala imagen corporal influirá decididamente en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas. Estas actitudes, sentimientos, valoraciones, etc. que las personas construyen con respecto a su cuerpo a través de experiencias y a lo largo de su existencia son cambiantes y tienen como referentes normas de belleza, valores relacionados con los roles sociales y los cambios físicos y biológicos por dolor, enfermedad y placer, que sufre el cuerpo (Gómez Pères-Mitré, Unikel, et al., 2001).

➤ 3.2 IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES

A medida que las chicas y los chicos van madurando sexualmente, ponen especial atención a sus rasgos corporales o imagen corporal. Las reacciones emocionales del adolescente son tan importantes como los cambios en sí mismo. La imagen de su cuerpo es producto de su aprecio respecto a su constitución física, peso y desarrollo con relación a los estándares de la sociedad.

La imagen corporal es fundamental para tener conciencia de quién se es. Sin embargo, la preocupación del individuo por su cuerpo lo atrapa en una sociedad en la que este último ha adquirido demasiada importancia y donde el aspecto se ha convertido en algo especial. De esta manera se introduce en una doble trampa. Los cuerpos importan y es necesario cuidarlos pero la preocupación obsesiva por los mismos, una reacción al principio normal, se lleva al extremo en una sociedad donde se ha enfatizado en demasía el aspecto físico (Dulanto, 2000).

Una de las principales tareas del adolescente es precisamente la asimilación y aceptación del torrente de cambios físicos. El adolescente se encuentra en la necesidad de elaborar una “nueva imagen corporal”, en donde resulta necesario integrar los cambios que se operan en él (Havighurst, 1972, citado por Rodríguez-Tomé, 1993).

Los cambios físicos son muy importantes porque además de ser un elemento que los adolescentes tienen que integrar en su identidad, se han observado también, una serie de fenómenos muy interesantes relacionados con la transformación corporal durante la pubertad (Pineda, 2000):

- El concepto de los adolescentes está íntimamente ligado con el grado de percepción de la atractividad física.
- Al entrar a la pubertad, la mayoría de los adolescentes se interesan especialmente por sus cuerpos.
- En general, las chicas se preocupan más por su figura y se sienten más insatisfechas con sus cuerpos (Papalia & Wendkos, 1985).
- La sensibilidad a los elogios o críticas que dispensan los demás sobre el cuerpo del adolescente es tal, que la actitud que muestren las personas significativas del entorno determinará directamente la imagen corporal de los adolescentes, es decir, la valoración o desvalorización de su persona (Aguirre, 1996).

La importancia otorgada a los atributos físicos, el ajuste o no a los modelos culturales del cuerpo, el resultado de las comparaciones establecidas con el grupo de pares, las actitudes de otros hacia el adolescente, la seguridad obtenida o resultante de las experiencias afectivas tempranas, y la imagen corporal que se ha ido conformando desde los primeros años, determinarán en gran medida la aceptación o rechazo del propio cuerpo (Aguirre, 1996).

➤ 3.3 MEDIOS DE COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORAL

El interés por el cuerpo y la apariencia física han estado presentes siempre en la historia de la humanidad. Las artes plásticas, en la cultura actual, se han reemplazado por la televisión, las películas y las revistas que venden productos atractivos. Los valores estéticos, han ido cambiando con el tiempo pero no ha disminuido la preocupación de los individuos para ajustarse a los modelos culturales y a los estereotipos estéticos vigentes en su época.

Los medios de comunicación juegan un papel importante en la difusión y promoción de una figura delgada y su mensaje se centra en torno a la idea que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo sexual y es así cómo, entre otras cosas, se refuerza la actitud hacia la apariencia corporal de moda en la que se estigmatiza, aún sobrepesos moderados (Rodin, Sillberstein & Striegel-Moore, 1985).

Hoy en día los medios de difusión presentan a toda la población sólo un modelo de cómo debería ser el aspecto correcto, y la industria de la belleza promete que se podrá alcanzar tal ideal si se compran suficientes cosméticos o se recurre a la cirugía plástica. Esta nueva “glamorización” de la disciplina, de quemar cada gramo de grasa y de desarrollar músculo reflejan la necesidad por lograr el control del que se siente carecer en otras áreas de la vida (Dulanto, 2000).

Los medios de comunicación asumen una función manipuladora en el sentido de crear una conciencia falsa. La más mínima imperfección en nuestros cuerpos siempre es motivo de una íntima ansiedad y profundo miedo. Estas supuestas imperfecciones siempre lo son en relación al modelo que la moda y la publicidad imponen en cada época (Bustos, 1986).

Los chicos, en la actualidad, a través del deporte, se esfuerzan por modelar sus cuerpos y ajustarse a los cánones estético-corporales establecidos. El modelo cultural al que aspiran las adolescentes de la sociedad occidental es la delgadez, siendo las mujeres las más susceptibles a esta presión social. Prueba de ello es que más del 50% de las jóvenes, en respuesta a la gran publicidad, han empezado en alguna ocasión algún tipo de dieta adelgazante. Se sienten, por lo general, acomplejadas y con manías respecto a sus dimensiones y formas corporales, y preocupadas por una apariencia poco agraciada en el momento del cambio (Aguirre, 1996).

➤ 3.4 SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN Y ALTERACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La cultura en la que se desarrolla el individuo le ha enseñado el concepto de lo qué es bello y feo. A lo largo de la historia, estos conceptos son diferentes e incluso contradictorios. En la cultura actual, uno de los factores de más influencia ha sido la presión cultural hacia la esbeltez y obesidad mal vista (Raich, 2000).

Los ideales físicos de la infancia reciben su alimento de los medios de comunicación de masas, de la familia, de los compañeros y de actitudes culturales generales; cuando el adolescente compara su cuerpo con el ideal imaginado, por lo general tiene motivos sobrados para preocuparse.

Los estudios de las fuentes de preocupación muestran que el adolescente se siente molesto por una característica física que, en su opinión, es basta o desproporcionada, o inadecuada para su sexo, o que no concuerda con los estándares de la sociedad. También puede preocuparse porque le desagrada personalmente un rasgo que se aparta del ideal de su infancia. La preocupación intensa y persistente por el cambio corporal se hace evidente cuando los adolescentes toman medidas para conformar sus cuerpos a sus ideales y al estereotipo cultural de lo que es apropiado a su sexo (Navarro, 1999).

Stake y Laver (1987), investigaron como la percepción de tener sobrepeso, podía ser manipulada por la exposición de revistas de moda. Su resultado fue que la percepción del sobrepeso aceptado o no aceptado, fue asociado con una gran insatisfacción con la imagen corporal entre las mujeres.

La alteración del componente perceptual de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma, son resultado de varios factores (Gómez Pérez-Mitré, 1997):

- A) Condiciones Sociales Externas, como son la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen, estereotipos, valores, normas de belleza y de salud en el marco de la cultura de delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- B) Variables individuales más objetivas, como peso y la forma real del cuerpo.
- C) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

D) Variables psicosociales subjetivas como, autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras (pag. 32).

La **satisfacción – insatisfacción** constituye la dimensión evaluativa predominante, ya que modula las relaciones entre cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros, y las realidades internas como son la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1993). La **satisfacción corporal** contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestima favorable, así como el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992). La **insatisfacción corporal**, tiene un origen de carácter psicosocial y cognoscitivo, en que interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de otros procesos –percepción, aprendizaje y pensamiento- y, por otro lado tiene un origen actitudinal, ya que además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. De esta manera, la insatisfacción de la imagen corporal involucra conocimientos, creencias, valores, expectativas y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como parte de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La **alteración de la imagen corporal** es el nombre central que se ha dado a lo que se puede considerarse con el factor central y común de los desórdenes alimentarios y que agrupa, entre otras, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo, deseo de tener un peso ideal por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas estas, a las que subyace un temor, con diferentes grados de intensidad, de subir de peso y una preocupación también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo, su forma y tamaño y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

En estudios con muestras mexicanas de población general, independientemente del tipo de medición utilizada, la **alteración de la imagen corporal**, representa el grado de desviación que un sujeto experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación real. Entre ellas, es la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice Nutricional o Índice de la Masa Corporal del sujeto. Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobrestimación o bien, como subestimación de la imagen real del sujeto (Gómez Pérez-Mitré, 1995). La diferencia positiva corresponde al efecto de sobrestimación y la negativa al de subestimación; si no hay diferencia no hay alteración (Gómez Peresmitré, Unikel, & Saucedo, 2001). En estas investigaciones se encontró que las adolescentes y preadolescentes tienden a sobrestimar las dimensiones de su cuerpo (Gómez Peresmitré, Unikel, & Saucedo, 2001).

➤ 3.5 ESTUDIOS REALIZADOS

Los profundos cambios biológicos vinculados con la pubertad convierten al cuerpo en el punto más importante del creciente sentido de sí mismo. Los adolescentes están influidos profundamente por las imágenes del cuerpo ideal que muestra su cultura. La mayoría de las adolescentes preferiría tener un cuerpo atlético (cuerpo anguloso, fuerte, musculoso, con extremidades de longitud media y amplios hombros). El peso y su distribución en el cuerpo de la mujer ejercen un poderoso efecto sobre la evaluación de las mujeres sobre su cuerpo (Orgundari, citado en Rice, 2000).

La mayoría de los adolescentes se preocupan mucho por la imagen corporal: atractivo físico, constitución física, peso, etc., teniendo una relación importante con la autoevaluación positiva y aceptación de sus iguales. Se piensa que el adolescente atractivo parece tener una autoestima más alta y atributos de personalidad más saludables, están mejor adaptados socialmente y poseen una más amplia variedad de habilidades interpersonales (Jovanovic, Lerner, & Lerner, 1989).

La imagen corporal de un adolescente está estrechamente relacionada con su peso. Muchos adolescentes se preocupan por el sobrepeso. Un estudio en tres institutos de secundaria sugiere que muchas chicas adolescentes están preocupadas por el peso y la dieta, y esta preocupación la muestran desde la educación primaria. Más del 25% de las chicas dijeron que habían intentado ponerse a dieta a la edad de 12 a incluso antes; el 27% estaba a dieta en el momento de la evaluación. Además, un número significativo de chicas dijo experimentar sentimientos de depresión después de haber comido demasiado y estar radicalmente a dieta como una forma de controlar su peso. Algunas comentaron estar experimentando lo que podría considerarse como una manifestación temprana de problemas de alimentación (Moreno & Thelen, 1995).

La imagen corporal en general es de importancia más crítica para las mujeres que para el hombre adolescente, ya que la sociedad da más relevancia a la forma femenina que a la masculina. La sociedad espera que la mujer haga resaltar su atractivo sexual a través de ropa entallada y joyas, mientras que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Grinder, 1987).

Dado que el tamaño físico y la coordinación motora juegan tan importante papel en la aceptación social, los *chicos que maduran tarde* desarrollan autoconceptos y autopercepciones negativos. Ellos se caracterizan por ser menos atractivos y menos populares; más inquietos, autoritarios y rebeldes contra sus padres, teniendo también sentimientos de insuficiencia, rechazo y dependencia. A menudo se avergüenzan por su situación y se aíslan un tanto debido a su rechazo social (Rice, 2000).

En un estudio realizado por Alsaker (1992), encontró que los *chicos que maduran pronto*, disfrutaban de considerables ventajas sociales, participan con mayor frecuencia en actividades extraescolares, son elegidos como líderes, muestran más interés por las chicas y son populares entre ellas debido a su apariencia superior y habilidades sociales así como el tener una autoevaluación positiva. La maduración temprana les empuja a relaciones heterosexuales a una edad temprana. También ésta investigación observó a *chicas que maduran tempranamente*, aquí las chicas tienen un efecto negativo durante los años de educación primaria. Una chica que ya es madura físicamente en la primera etapa de secundaria tiene una desventaja porque está desfasada con respecto a la mayoría de sus compañeras de clase. Es más alta, se desarrolla sexualmente, y tiene a sentirse desgarbada y a preocuparse por ser diferente. Por esta razón, disfruta menos prestigio a esta edad que sus amigas que todavía no maduran sexualmente.

Las *chicas que maduran tardíamente* tienen una desventaja social diferente en secundaria. Parecen niñas pequeñas y se resisten de ser tratadas como tales. Se les ignora en gran medida en invitaciones a fiestas de pareja y a eventos sociales. Las chicas que tienen la menarquía entre los 14 y 18 años tienen citas bastante tarde. Como consecuencia, las chicas que maduran tardíamente pueden tener envidia de sus amigas que está mejor desarrolladas. Evitan los grupos grandes y mezclados de chicas y chicos, y sus actividades reflejan los intereses de grupos de edad más joven con los que pasa su tiempo. El inconveniente principal parece ser la pérdida temporal de estatus social debido a su relativa inmadurez física (Rice, 2000).

En un estudio realizado por Duncan, (1985, citado por Rodríguez-Tomé, 1993) señala que los niños se sienten más satisfechos de su apariencia física a mayor desarrollo puberal o más temprano se produce éste. En cambio, entre las niñas, el desarrollo temprano se asocia con insatisfacción corporal.

Gómez Pérez-Mitré (1995), en un estudio sobre imagen corporal, propone las categorías de peso real y peso imaginario para facilitar el entendimiento y manejo operativo de la variable distorsión de la imagen corporal. Obteniendo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas. Los hallazgos más importantes desde un punto de vista teórico y práctico es el efecto de distorsión de la imagen corporal que se desarrolla de las prácticas riesgosas asociadas con desórdenes de comer.

En una investigación de Gómez Pérez-Mitré (1997), aplicó un cuestionario en una muestra preadolescente (N=200), constituida por niñas (n=90) y niños (n=110), cursando 5º y 6º de primaria en escuelas públicas (n=100) y privadas (n=100). El propósito fue conocer si entre los preadolescentes se presentaban o no problemas con la imagen corporal. Los resultados fueron la presencia de indicadores de riesgo similares en muestras de adolescentes, por ejemplo, distorsión e insatisfacción con la imagen corporal, así como una fuerte motivación y disposición hacia la delgadez con pesos muy bajos y la elección de una figura ideal anoréctica.

Murrieta (1997), encontró que más de la mitad de las adolescentes (de una muestra con una N=200), querían pesar menos de lo que pesaban, siendo que dieron respuestas de sentirse muy satisfechas con su imagen corporal. Estas preadolescentes se percibieron por arriba del peso ideal. Además se encontró que entre más insatisfacción tenían con su figura ideal, se autopercebían con mayor inseguridad y entre más satisfechas se sentían con su imagen corporal, mayor se autopercebieron con más atributos de habilidad social.

Muchas jovencitas se sienten desesperadas por el aumento de grasa corporal relacionado con su desarrollo sexual normal. Mientras que la maduración física lleva a los varones jóvenes más cerca del ideal masculino, para la mayoría de las chicas significa un desarrollo que las aleja de lo que, en la actualidad, se considera como un cuerpo femenino bello. Dado el ideal corporal de belleza, aspecto delgado prepubescente para las mujeres y alto y musculoso para los varones, no es de sorprender que las chicas adolescentes manifiestan menor autoestima y mayor insatisfacción con su peso corporal que los chicos (Dulanto, 2000).

Las importantes transformaciones físicas ocasionan un cambio en la propia imagen corporal. Obviamente la aceptación o no del propio cuerpo en un momento dado de la vida en el que se producen cambios significativos en el mismo va a estar condicionado por los valores estéticos predominantes en su grupo de iguales y por la percepción que la persona tiene sobre las evaluaciones que los otros hacen de su físico.

En una investigación donde se ha estudiado la influencia de la maduración puberal sobre la imagen corporal, los resultados muestran que el impacto de la pubertad sobre la imagen corporal no es el mismo para ambos sexos (Crockett & Petersen, 1987; Nottelmann, Susman, Info.-Germain, Cutler, Loriaux & Chrousos, 1987; Rodríguez-Tomé, 1989; citados por Rodríguez-Tomé, 1993). En los preadolescentes varones se observa más satisfacción con su apariencia física, ésta relación no fue positiva en el caso de las mujeres, resultaron más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres.

CAPÍTULO IV MÉTODO

4.1 OBJETIVO GENERAL:

El presente estudio tiene como propósito conocer el impacto de la madurez sexual en la Imagen Corporal de hombres y mujeres preadolescentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar si existe relación entre la madurez sexual de los preadolescentes (hombres y mujeres) con la satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal.
- Determinar si existe relación entre la madurez sexual de los preadolescentes (hombres y mujeres) con la subestimación / sobrestimación de la imagen corporal.

4.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

1. Las mujeres con madurez sexual promedio tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal que aquellas con madurez temprana.
2. Los hombres con madurez sexual temprana tienen mayor satisfacción con su imagen corporal que aquellos con madurez promedio.
3. Las mujeres con menarca temprana manifiestan mayor alteración de la imagen corporal que aquellas de menarca promedio.
4. Los hombres con espermarquía temprana manifiestan mayor alteración de la imagen corporal que aquellos de espermarquía promedio.

4.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Madurez Sexual

Definición Conceptual: Para Stone (1970), es el momento de la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual, ésta se caracteriza en las niñas por el primer flujo menstrual, o menarquía, y en los varones por diversos signos, entre los cuales tal vez sea el más confiable la presencia de espermatozoides en la orina.

Definición Operacional: Se estimó con las respuestas dadas a los reactivos en los que se pregunta. “¿Ya estás menstruando?” y “¿Edad en la que tuviste tu primera menstruación?” , “¿Ya tuviste tu primera eyaculación?” y “¿Edad en la que tuviste tu primera eyaculación?”; con el fin de clasificar a los sujetos en madurez temprana, normal y tardía.

Se tomó la clasificación que hace Dulanto (2000) respecto a la madurez sexual en hombres y mujeres preadolescentes. Para las mujeres, la menarquía precoz o temprana puede ocurrir entre los 8 y 11 años, de los 12 a 14 años menarquía promedio o normal y de 15 a 16 años menarquía tardía. En los hombres la primera eyaculación (precoz o temprana) puede ocurrir entre los 9 y 12 años de edad, espermarquía promedio ó normal de los 13 a 15 años y la espermarquía tardía de los 16 a 17 años.

Forma de calificación: La respuesta a la pregunta “¿Ya estás menstruando?” (en mujeres) y “¿ya tuviste tu primera eyaculación?” (en hombres), se codificó de la siguientes manera:

Sí = 1,

No = 2

Mientras que la respuesta a “¿Edad en la que tuviste tu primera menstruación?” y “¿Edad en la que tuviste tu primera eyaculación?”, se codificó la edad dada y como fue reportada.

VARIABLE DEPENDIENTE: Satisfacción / insatisfacción de la Imagen Corporal.

Definición Conceptual: La satisfacción / insatisfacción constituye la dimensión evaluativa predominante, ya que modula las relaciones entre cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros, y las realidades internas como son la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución (Gómez Pérez-Mitré, 1993). Así la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, se refiere al grado en el que la percepción de tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo.

Definición Operacional: La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se estimó con la selección de la figura actual y la figura ideal, a través de dos escalas visuales con 6 siluetas cada una. En ambas escalas se dio la siguiente instrucción: “Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras y escoge aquella que más se aparezca o más se aproxime a tu figura corporal”. Las siluetas se distribuyen dentro de un rango que va desde Muy delgada hasta sobrepeso. A cada una de las siluetas se le asigna un valor, las figuras más delgadas tienen un valor más bajo (igual a 1) y las figuras obesas tienen un valor más grande (igual a 6) (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Forma de calificación:

FIGURA IDEAL

OPCIONES	PUNTAJE	FIGURA CORPORAL
A	1	Muy Delgada
B	5	Obesidad
C	2	Delgada
D	6	Obesidad
E	4	Sobrepeso
F	3	Atlética, peso Normal

FIGURA REAL

OPCIONES	PUNTAJE	FIGURA CORPORAL
A	2	Muy delgada
B	4	Obesidad
C	5	Delgada
D	1	Obesidad
E	6	Sobrepeso
F	3	Atlética, Peso normal

Para conocer el grado de satisfacción / insatisfacción se obtuvo la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal. Si el resultado es positivo o negativo **insatisfacción**, y si es igual a 0 indica que hay **satisfacción**. A menor diferencia mayor satisfacción; y por el contrario, a mayor diferencia más insatisfacción con la imagen corporal existe (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Diferencias negativas = Insatisfacción

No diferencias = Satisfacción

Diferencias positivas = Insatisfacción

VARIABLE DEPENDIENTE: Alteración de la Imagen Corporal

Definición Conceptual: Representa el grado de desviación que un sujeto experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación real. Entre ellas, es la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice Nutricional o Índice de la Masa Corporal del sujeto. Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobrestimación o bien, como subestimación de la imagen real del sujeto (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Definición Operacional:

La sobrestimación de la imagen corporal se define como:

Autopercepción - IN = (+) ó Autopercepción - IMC = (+) es decir, *Autopercepción del peso corporal menos Índice Nutricional o Autopercepción menos el Índice de Masa Corporal igual a una diferencia positiva.*

La subestimación de la imagen corporal se define como:

Autopercepción - IN = (-) ó Autopercepción - IMC = (-) es decir, *Autopercepción del peso corporal menos Índice Nutricional o Autopercepción menos el Índice de Masa Corporal igual a una diferencia negativa.*

El valor de la autopercepción del peso se obtendrá con el reactivo que dice:

“Creo que estoy”:

Muy gordo (a)

Gordo (a)

Ni gordo (a) ni delgado (a)

Delgado (a)

Muy Delgado (a)

El Índice Nutricional (IN) y el Índice de Masa Corporal (IMC) permitirán clasificar a los sujetos dependiendo de sus mediciones antropométricas. Las fórmulas para la determinación del IN y el IMC son las siguientes:

$$\text{ÍNDICE NUTRICIONAL} = \frac{\text{Peso actual en kg / talla actual en m}}{\text{Peso en kg (percentil 50) / talla media en m (percentil 50)}} \times 100$$

$$\text{ÍNDICE DE MASA CORPORAL} = \frac{\text{Peso en kg}}{(\text{Talla en m})^2}$$

El valor que se obtendrá con estos índices permitirá diferenciar cinco situaciones respecto al estado nutricional de los sujetos. Se utilizará la categorización propuesta por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997 y 1998). La tabla de clasificación es la siguiente:

CATEGORÍA	PUNTOS DE CORTE	
	Índice Nutricional	Índice de Masa corporal
Muy bajo de peso	Menor a 77.51	Menor a 15
Bajo de Peso	Entre 77.51 y 83.5	Entre 15 y 18.9
Peso Normal	Entre 83.51 y 119.5	Entre 19 y 22.9
Sobrepeso	Entre 119.51 y 136.5	Entre 23 y 27
Obesidad	Mayor a 136.5	Mayor a 27

Forma de calificación: Para la obtención del peso y talla real de los sujetos (Índice Nutricional (IN) y el Índice de Masa Corporal (IMC) necesarios para estimar el grado de distorsión de la imagen corporal), se utilizó una báscula peso-persona marca "Torino" de 140 kg. y un estadímetro de madera.

Los puntajes asignados a la escala de autopercepción son los siguientes:

En el reactivo "Creo que estoy":

El puntaje es:

- Muy Gordo (a) 5
- Gordo (a) 4
- Ni gordo (a) ni delgado (a) 1
- Delgado (a) 2
- Muy delgado (a) 3

En lo referente a la obtención del Índice Nutricional (IN) y el Índice de Masa Corporal (IMC) la codificación de los datos será:

Si el valor del IN ó **El puntaje es**

IMC obtenido:

- Muy bajo de peso 3
- Bajo peso 2
- Peso normal 1
- Sobrepeso 4
- Obesidad 5

La puntuación anterior permitirá estimar la alteración de la imagen corporal, por ejemplo, si una preadolescente menor de 12 años se percibe como “delgada” se otorgará un puntaje de 2 y si obtuvo un IN entre 77.51 y 83.5, indicará que tiene bajo peso y por lo tanto, se codificará con un valor de 2. Al sustituir estos valores en la fórmula para obtener la alteración, señala que dicha persona sabe o conoce como es en realidad su cuerpo, debido a esto no se sobrestima pero tampoco se subestima, es decir, no tiene alteración de la imagen corporal.

Ejemplo: Autopercepción – IN = alteración de la imagen corporal

Sustitución ----- $2 - 2 = 0$

Mientras que, si se obtuvo una diferencia positiva indica sobrestimación, el sujeto se ve más pesado o gordo de lo que en realidad es:

Autopercepción – IN = (+)

Por el contrario, si se obtuvo una diferencia negativa señala subestimación, la persona se ve más delgada o ligera de lo que realmente es:

Autopercepción – IN = (-)

A mayor diferencia positiva o negativa mayor es el grado de alteración, según sea el caso.

4.5 DISEÑO:

Se trabajó con un diseño de cuatro muestras independientes, ya que los grupos se definieron a partir de la madurez sexual a la que pertenecían: madurez sexual temprana o madurez sexual promedio y el sexo de los participantes.

4.6 PARTICIPANTES

En este estudio participaron 121 preadolescentes, de los cuales el 47% son mujeres y el 53% hombres, estudiantes de 2º. año de secundaria.

4.7 TIPO DE MUESTREO

Para los fines del presente trabajo se utilizó una muestra no probabilística o intencional, con N = 121 participantes, los cuales fueron tomados de una población formada por n1 = 64 hombres y n2 = 57 mujeres estudiantes de secundaria.

4.8 INSTRUMENTOS

Se aplicó el instrumento "Estudio sobre alimentación y salud preadolescente Forma XX (mujeres) y XY (hombres)" (Gómez Pérez-Mitré, 2003), con formato mixto (reactivos abiertos y cerrados) que explora las siguientes áreas:

- a) **SOCIODEMOGRAFICA:** Compuesta por 9 reactivos que indagan aspectos relacionados a la edad, sexo, ocupación de los padres, nivel escolar de los padres, etc. (Anexo A)
- b) **IMAGEN CORPORAL:** Compuesta por dos escalas visuales conformadas por 6 siluetas cada una, que forman un continuo de peso corporal, que va desde una silueta muy delgada a una muy obesa (gruesa), pasando por un punto medio (peso normal). (Anexo A)
- c) **ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:** Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobrestimación o bien, como subestimación de la imagen real del sujeto (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Compuesta (Sección F - Autopercepción del peso) por 5 preguntas con cinco opciones de respuesta cada una (Anexo A).

4.9 PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización a los directivos de una escuela secundaria, para llevar a cabo la aplicación del instrumento. Éste se aplicó en los salones de clase de manera colectiva y con la participación voluntaria de los adolescentes. Se señaló que la Facultad de Psicología de la UNAM, esta llevando a cabo una investigación para conocer los hábitos de alimentación entre los adolescentes y así poder contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida. También se dijo que los datos que se pedían eran totalmente confidenciales y que se requería de su cooperación para llevar a cabo dicha investigación.

CAPÍTULO V RESULTADOS

El tratamiento estadístico de los datos obtenidos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 11.00 Windows. El principal objetivo de ésta investigación es explorar la relación que existe entre Madurez Sexual e Imagen Corporal de hombres y mujeres preadolescentes. Los resultados se presentan a continuación.

5.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra del presente estudio se conformó con N=121 adolescentes, las cuales eran, 47% mujeres y 53% hombres, todos estudiantes de segundo año de secundaria, con un promedio de edad de 15 años en cada grupo (Figura 1). El 39% de los hombres tuvo una madurez sexual temprana y el 61% de los hombres una madurez sexual promedio, mientras que en las mujeres el 44% tuvo una madurez sexual temprana y el 56% una madurez sexual promedio. (Tabla 1 y Figura 2).



Figura 1. Distribución porcentual del tamaño de la muestra por sexo.

TIPO DE MADURACIÓN	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
Temprana	25	39%	25	44%	50	41%
Promedio	39	61%	32	56%	71	59%
TOTAL	64	53%	57	47%	121	100%

Tabla 1. Distribución porcentual del Tipo de Maduración Sexual por sexo.

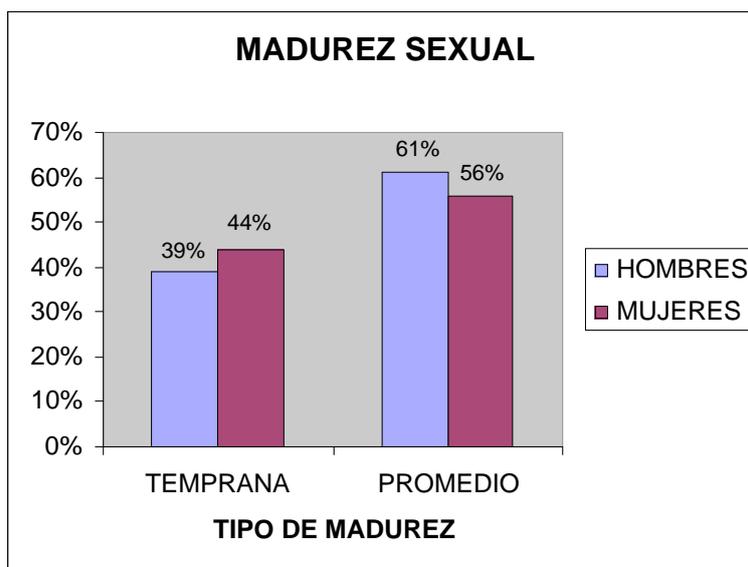


Figura 2. Distribución porcentual de la variable Tipo de Maduración por sexo.

Así la media de edad entre los hombres con espermarquía temprana fue de 15.8 y una desviación estándar de 0.70, en los hombres con una espermarquía promedio la media de edad fue de 15.4 y una desviación estándar 0.68. En las mujeres con menarquía temprana, la media edad promedio fue de 15.6 con una desviación estándar de 0.70 y en las mujeres con una menarquía promedio la media de edad fue de 15.4 con una desviación estándar de 0.61 (Tabla 2).

SEXO	TIPO DE MADUREZ	MEDIA EDAD	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
HOMBRES	Temprana	15.8	.70
	Promedio	15.4	.68
MUJERES	Temprana	15.6	.70
	Promedio	15.4	.61

Tabla 2. Media y desviación estándar de la variable edad por tipo de maduración sexual.

ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL

En cuanto a la elección visual de la figura ideal en los hombres con una espermarquía temprana, el 92% escogió una figura atlética así como sólo el 79% de los hombres con espermarquía promedio escogió la misma silueta, esto significa que los hombres que maduraron a temprana edad, prefieren en mayor medida una figura atlética que los de maduración promedio (Tabla 3).

FIGURA IDEAL "HOMBRES"

MADUREZ TEMPRANA		MADUREZ PROMEDIO	
FIGURA	PORCENTAJE	FIGURA	PORCENTAJE
"A" Muy Delgada	4%	"A" Muy Delgada	-----
"B" Obesidad	-----	"B" Obesidad	-----
"C" Delgada	-----	"C" Delgada	5.1%
"D" Obesidad	-----	"D" Obesidad	-----
"E" Sobrepeso	-----	"E" Sobrepeso	12.8%
"F" Atlética, Peso Normal	92%	"F" Atlética, Peso Normal	79.5%
"G" Silueta	4%	"G" Silueta	2.6%

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable figura ideal por madurez sexual.

Los resultados señalan que el 72% de las mujeres con menarca temprana y el 28% de las mujeres con menarca promedio, eligieron como figura ideal una silueta F (peso normal). Así mismo, el 16% de las mujeres con menarca temprana y el 72% de las mujeres con menarca promedio, eligieron una silueta delgada. Estas fueron las dos siluetas que más frecuentemente eligieron las chicas (Tabla 4).

FIGURA IDEAL "MUJERES"

MADUREZ TEMPRANA		MADUREZ PROMEDIO	
FIGURA	PORCENTAJE	FIGURA	PORCENTAJE
"A" Muy Delgada	4%	"A" Muy Delgada	----
"B" Obesidad	8%	"B" Obesidad	----
"C" Delgada	16%	"C" Delgada	71.9%
"D" Obesidad	----	"D" Obesidad	----
"E" Sobrepeso	----	"E" Sobrepeso	----
"F" Atlética, Peso Normal	72%	"F" Atlética, Peso Normal	28.1%
"G" Silueta	----	"G" Silueta	----

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable figura ideal por madurez sexual.

CAMBIOS EN ALIMENTACIÓN

Referente a los cambios de alimentación, se encontró un alto porcentaje de chicos con espermarquía temprana y promedio, que sí realizaron cambios en su alimentación.

En las mujeres se encontró que a las chicas con menarca temprana y con menarca promedio hicieron cambios en su alimentación, aunque en mayor medida entre las mujeres con menarca promedio (Tabla 5).

CAMBIOS DE ALIMENTACIÓN

MADURACIÓN	MASCULINO		FEMENINO	
	Sí cambios	No cambios	Sí cambios	No cambios
Temprana	64%	36%	52%	48%

Promedio	66.7%	33.3%	65.6%	34.4%
-----------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Tabla 5. Distribución Porcentual en la variable cambios de alimentación por sexo.

Los cambios que hicieron en su alimentación tanto los hombres con madurez temprana como los de madurez promedio fueron para subir de peso, con una variación del 6% (mayor para los de madurez temprana). En las mujeres se observó que estos cambios fueron para bajar de peso tanto en menarca temprana como las chicas de menarca promedio. (Tabla 6).

“HOMBRES”

MADURACIÓN	ORDEN MEDICA	SUBIR DE PESO	BAJAR DE PESO
Temprana	8%	68%	24%
Promedio	15.4%	61.5%	23.1%

“MUJERES”

MADURACIÓN	ORDEN MEDICA	SUBIR DE PESO	BAJAR DE PESO
Temprana	8%	12%	80%
Promedio	6.3%	3.1%	90.6%

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable razones del cambio de alimentación por sexo.

AUTOPERCEPCIÓN

En cuanto a la percepción de la figura corporal, los resultados indican que la mayoría de los chicos tanto con espermarquía temprana y promedio, se perciben con peso normal, la siguiente figura que escogieron ambos grupos de chicos fue la de delgadez. (Tabla 7).

	ESPERMARQUÍA TEMPRANA	ESPERMARQUÍA PROMEDIO
Muy Gordo	-----	-----
Gordo	-----	7.7%
Ni Gordo ni Delgado	56%	53.8%
Delgado	36%	33.3%
Muy Delgado	8%	5.1%

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable autopercepción corporal por madurez sexual en hombres.

También en las mujeres tanto de madurez temprana y promedio se observa que se percibieron con peso normal con mayor porcentaje las de menarquía temprana que las promedio (tabla 8).

	MENARQUÍA TEMPRANA	MENARQUÍA PROMEDIO
Muy Gorda	16%	6.3%
Gorda	8%	34.4%
Ni Gorda ni Delgada	56%	37.5%
Delgada	20%	21.9%
Muy Delgada	-----	-----

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable autopercepción corporal por madurez sexual en mujeres.

INSATISFACCIÓN / SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

En cuanto al grado de satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, los resultados muestran que los hombres adolescentes con madurez sexual temprana y promedio, presentan insatisfacción negativa, lo cual quiere decir que quieren tener un cuerpo más grueso que el que tienen en el momento de la encuesta (Tabla 9).

TIPO DE MADUREZ SEXUAL	INSATISFACCIÓN - GRUESOS	SATISFACCIÓN 0	INSATISFACCIÓN + DELGADOS
TEMPRANA	37.5%	29.2%	33.3%
PROMEDIO	42.1%	18.4%	39.5%

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable Satisfacción / Insatisfacción corporal en hombres.

El 39% de los hombres con espermarquía promedio y el 33% de los hombres con espermarquía temprana, presentan insatisfacción positiva, lo cual quiere decir que quieren tener un cuerpo más delgado que el que tienen actualmente; mientras que el 42% de los

hombres con espermarquía promedio y el 37% de los hombres con espermarquía temprana, quieren ser más gruesos (Figura 3). Llama la atención que los porcentajes de satisfacción sean tan pequeños en comparación con los de insatisfacción.

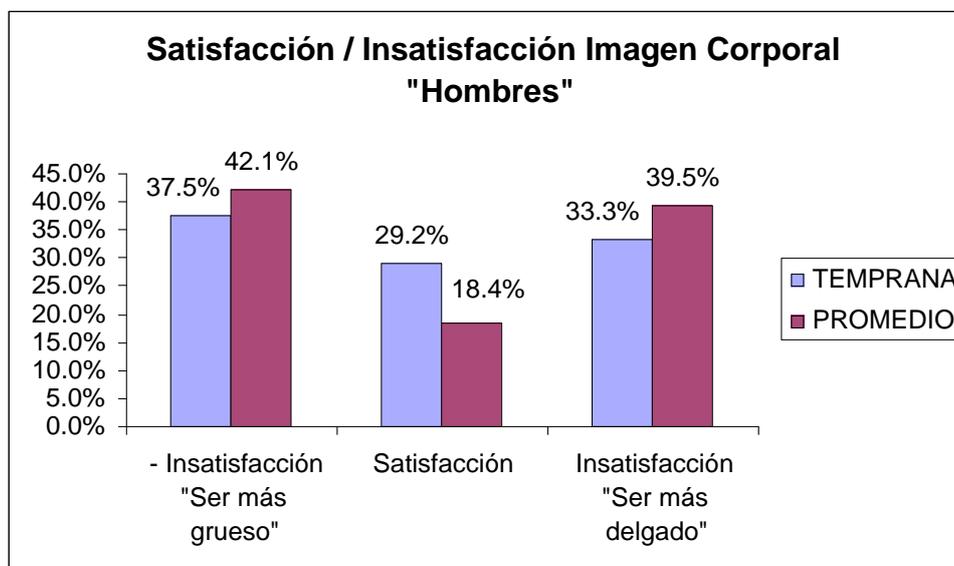


Figura 3. Distribución porcentual de la variable Satisfacción / Insatisfacción por madurez sexual en hombres.

En cuanto al grado de satisfacción / insatisfacción con imagen corporal en las mujeres con madurez sexual (menarca) temprana y promedio, ambas presentan una insatisfacción positiva con su imagen corporal, es decir, que quieren tener un cuerpo más delgado (Tabla 10).

TIPO DE MADUREZ SEXUAL	INSATISFACCIÓN - GRUESAS	SATISFACCIÓN 0	INSATISFACCIÓN + DELGADAS
TEMPRANA	24%	28%	48%
PROMEDIO	6.3%	18.8%	75%

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable madurez sexual y satisfacción / insatisfacción corporal en las mujeres.

La investigación muestra que las adolescentes prefieren estar más delgadas que gruesas, independientemente del tipo de madurez. El 48% de las chicas con menarca temprana prefieren estar más delgadas y el 24% prefieren estar más gruesas; en cambio el

75% de las chicas con menarca promedio, prefieren un cuerpo más delgado y sólo el 6% un cuerpo más grueso (Figura 4). Nuevamente hay más chicas insatisfechas que satisfechas con su imagen corporal.

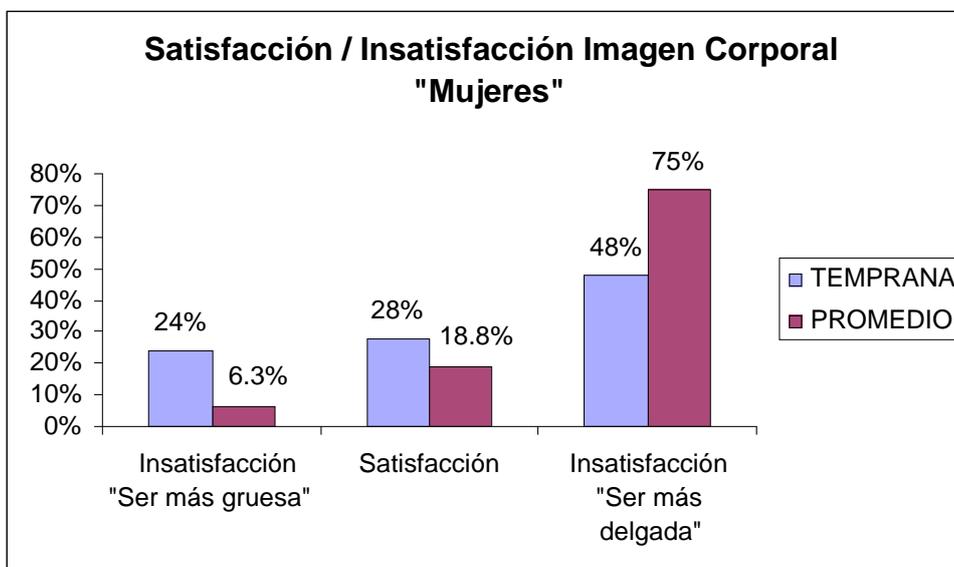


Figura 4. Distribución porcentual para mujeres en satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal y madurez sexual para mujeres.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Los resultados indican que el 45% de la muestra total de los hombres se ven como son, no existiendo alteraciones, el 39% de la muestra total, se subestiman, se ven más delgados de lo que son y el 16% de la muestra total, se sobreestiman, se ven más gruesos de lo que son (Figura 4).

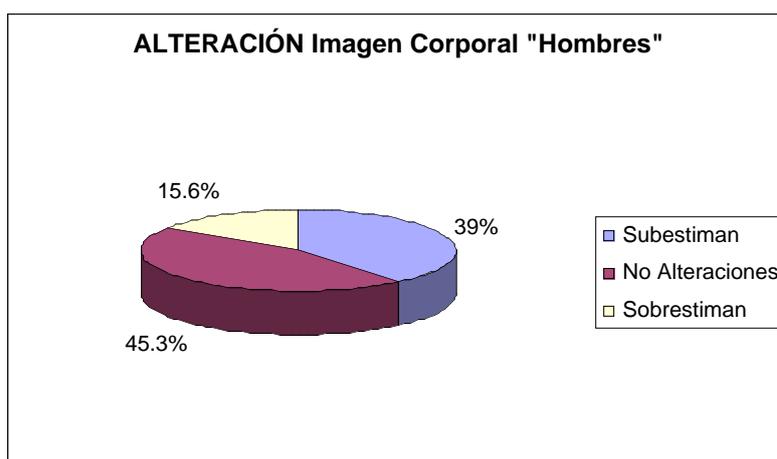


Figura 4. Distribución porcentual de la variable Alteración en Hombres (Muestra Total).

La tabla 9 indica que la mayoría de los hombres tanto con espermarquía temprana y promedio no presentaron alteración del componente perceptual de la imagen corporal. Mientras que los de maduración temprana fueron los que menos presentaron sobrestimación de su imagen corporal.

ESPERMARQUÍA	ALTERACIÓN - SUBESTIMACIÓN	SIN ALTERACIÓN 0	ALTERACIÓN + SOBRESTIMACIÓN
TEMPRANA	40%	48%	12%
PROMEDIO	38.5%	43.6%	17.9%

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal por edad de espermarquía.

En la muestra total de las mujeres, los resultados muestran que el 47% de las chicas, no manifestó alteración de la imagen corporal pero más de la mitad de las mujeres presentó alteración del componente perceptual de la imagen corporal (Figura 5).

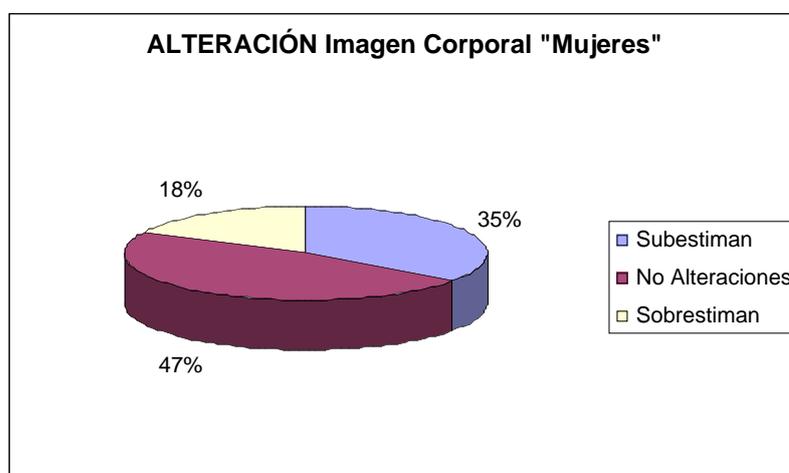


Figura 5. Distribución porcentual de la variable Alteración en Mujeres (Muestra Total).

Los resultados de la tabla 10 indica que la mayoría de las chicas no presenta alteración de su imagen corporal, en tanto las chicas con menarquía temprana y promedio manifestaron subestimación de su figura (se perciben más delgadas de lo que en realidad son); siendo mayor la subestimación entre las chicas de madurez temprana.

MENARQUÍA	ALTERACIÓN - SUBESTIMACIÓN	SIN ALTERACIÓN 0	ALTERACIÓN + SOBRESTIMACIÓN
TEMPRANA	40%	48%	12%
PROMEDIO	31.3%	46.9%	21.9%

Tabla 10. Distribución porcentual de la variable Alteración de la imagen corporal por edad de Madurez Sexual.

5.2 PRUEBA PARA LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Con el propósito de investigar si se confirman o no las hipótesis de trabajo, se aplicó a las variables teniendo como variables dependientes, insatisfacción y alteración de la imagen corporal un ANOVA (factorial simple) y como variables independientes el sexo y la madurez sexual. Los resultados se presentan enseguida:

Como se observa en la Tabla 11, los resultados del Anova indicaron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en el efecto principal sexo y en la interacción sexo por edad de la madurez ($F(118)=4.431$, y $P=.037$).

SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

FUENTE DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	SIG.
Sexo	31.471	1	31.471	20.677	.000
Edad Maduración	3.890	1	3.890	2.556	.113
Sexo * Edad Maduración	6.744	1	6.744	4.431	.037
ERROR	175.038	115	1.522		
TOTAL	239.000	119			
TOTAL CORREGIDO	217.143	118			

Ho, = $X_1 = X_2$ se rechaza

H1, = $X_1 > X_2$ se acepta

Se confirman las hipótesis de trabajo 1 y 2

Tabla 11. ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) en la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal por sexo y edad de maduración.

Las medias graficadas en la Figura 6, indican que la interacción fue no ordinal, así mismo se muestra que los hombres con una madurez promedio, prefieren estar más gruesos, con más masa muscular que los hombres de una madurez temprana, en dónde éstos muestran satisfacción con su cuerpo. En las mujeres con una menarca promedio, quieren ser más delgadas que las mujeres con menarca temprana. Las mujeres tanto de madurez sexual temprana y promedio están insatisfechas con su cuerpo, queriendo ser más delgadas.

En suma, los preadolescentes tanto hombres como mujeres que maduraron a una edad promedio, se encuentran más insatisfechos con su imagen corporal que los de maduración temprana, este comportamiento se observa en mayor grado entre las mujeres. Estos resultados permitieron rechazar las hipótesis de nulidad y confirmar las hipótesis de trabajo 1 y 2 que señalan:

- 1.- Las mujeres con madurez sexual promedio tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal que aquellas con madurez temprana.
- 2.- Los hombres con madurez sexual temprana tienen mayor satisfacción con su imagen corporal que aquellos con madurez promedio.

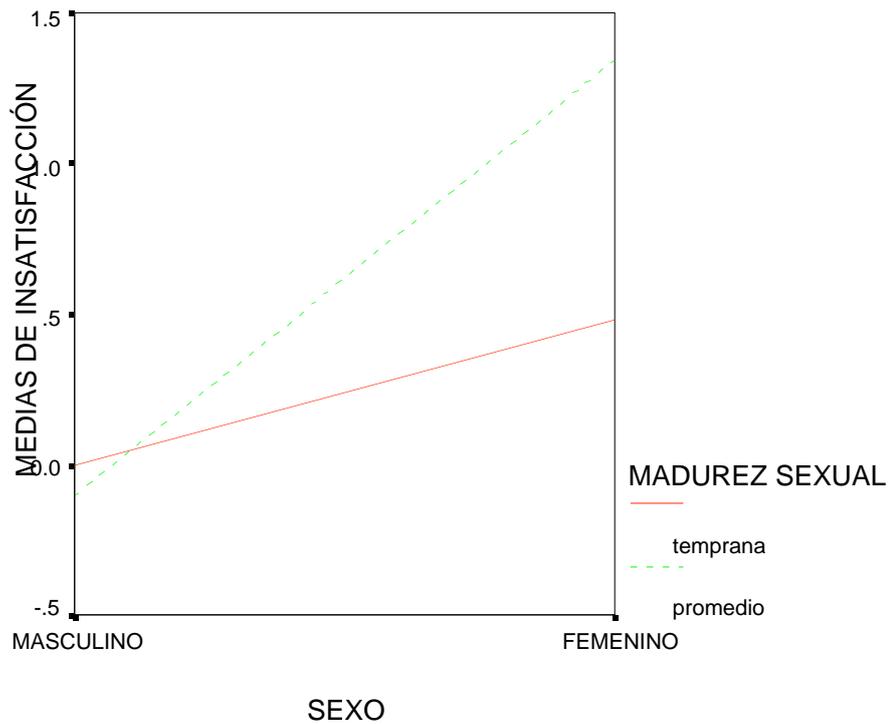


Figura 6. Interacción significativa de la variable satisfacción / insatisfacción corporal por madurez sexual y por sexo.

La Tabla 12, muestra los resultados del ANOVA, indicando que no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable subestimación / sobrestimación con la imagen corporal en el efecto principal sexo y en la interacción sexo por madurez ($F(120)=.000$, y $P=.991$). Estos datos permiten aceptar las hipótesis nulas y no se confirman las hipótesis de trabajo 3 y 4 que dicen:

3.- Las mujeres con menarca temprana manifiestan mayor alteración de la imagen corporal que aquellas de menarca promedio.

4.- Los hombres con espermarquía temprana manifiestan mayor alteración de la imagen corporal que aquellos de espermarquía promedio.

ALTERACIÓN SUBESTIMACIÓN / SOBRESTIMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

FUENTE DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	MEDIA CUADRADA	F	SIG.
Sexo	4.252E-02	1	4.252E-02	.069	.794
Edad Maduración	.241	1	.241	.391	.533
Sexo * Edad Maduración	7.808E-05	1	7.808E-05	.000	.991
ERROR	72.278	117	.618		
TOTAL	80.000	121			
TOTAL CORREGIDO	72.562	120			

Ho, = $X_1 = X_2 = X_3$, se acepta

H1, = $X_1 > X_2 = X_3$, se rechaza

No se confirman la hipótesis

Tabla 12. ANOVA (FACTORIAL SIMPLE) en la subestimación / sobrestimación con la imagen corporal por madurez sexual y por sexo.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre la variable madurez sexual (temprana y promedio) y la imagen corporal (satisfacción / insatisfacción, subestimación / sobrestimación) en hombres y mujeres preadolescentes.

Para fines de esta investigación, la insatisfacción con la imagen corporal fue definida operacionalmente como el nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal. En tanto la alteración de la imagen corporal fue entendida como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el índice de masa corporal real.

En los participantes de la muestra, no se observaron diferencias significativas entre la información proporcionada por ellos y la medición objetiva relacionada a su peso. En el análisis descriptivo, se detectaron diferencias relacionadas a la alteración de la imagen corporal:

En la muestra total de los hombres, poco menos de la mitad, no presentaron alteración alguna, se ven tal como son. En cambio, el 40% de los hombres con espermarquía temprana (primera eyaculación), subestimaron su cuerpo, pues se ven más delgados de lo que están. De la misma forma, el 38% de los varones con espermarquía promedio también subestimaron su cuerpo, aunque en menor porcentaje; esto quiere decir que los hombres de la muestra, presentaron la misma actitud.

En cambio, en las representantes del sexo femenino, se encontró que casi la mitad de ellas no presentaron alteración alguna, se ven tal como son. Sin embargo, el 40% de las chicas con menarca temprana, subestimaron su cuerpo, pues se ven más delgadas de lo que están. En menor proporción, el 31% de las mujeres con menarca promedio también subestimaron su cuerpo. Esto es, tanto los hombres como las mujeres de la muestra, se ven más delgados de lo que están, subestiman su cuerpo. Cabe señalar que los mayores porcentajes se presentaron en los hombres y mujeres con madurez sexual temprana y en menor porcentaje en los de madurez sexual promedio.

En las investigaciones donde se ha estudiado la influencia de la maduración puberal sobre la imagen corporal, los resultados muestran que el impacto de la pubertad sobre la imagen corporal no es el mismo para ambos sexos, pues en los adolescentes varones se observa más satisfacción con su apariencia física, a diferencia del caso de las mujeres, cuyo patrón es más complejo. (Crockett & Petersen, 1987; citados por Rodríguez-Tomé, et al. 1993).

En un estudio realizado por Papalia y Wendkos (1985), se encontró que las mujeres se preocupan más por su figura y se sienten más insatisfechas con sus cuerpos; lo que concuerda los resultados obtenidos en este trabajo, ya que las mujeres de la muestra total, se sienten más insatisfechas con su imagen corporal, siendo la única diferencia, el tipo de madurez, ya que las mujeres con menarca promedio están más insatisfechas que las mujeres con menarca temprana, lo cual se esperaría que fuera al revés. En cambio los hombres se sienten más satisfechos con su imagen corporal que las mujeres, pero los hombres con madurez promedio, quieren tener un cuerpo atlético; en cambio los hombres con madurez temprana se sienten satisfechos con su cuerpo.

En un estudio realizado por Duncan (citados por Rodríguez-Tomé, 1993), señala que mientras más temprano sea su desarrollo puberal, los hombres se sienten más satisfechos con su apariencia física. Éstos resultados se confirman ya que los datos arrojan que los hombres con madurez sexual temprana se sienten satisfechos con su imagen corporal que los de madurez promedio.

Las mujeres con menarca temprana resultaron ser las más satisfechas con su imagen corporal, esto coincide también con los resultados de Pineda (2000), indicando que las mujeres con menarquía temprana, se encontraban más satisfechas con su imagen corporal que las mujeres con menarca promedio.

Pineda (2000), encontró que mientras más tarde se presentaba la edad de la menstruación, mayor insatisfacción se manifestaba y mayor era el seguimiento de dietas. Esto se comprueba con los resultados obtenidos, resaltando que las mujeres con menarca promedio, son las que en un mayor porcentaje, hicieron cambios en su alimentación para bajar de peso.

Estudios centrales en la adolescencia, indican que a esta edad es cuando se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física (Mahan, 1995), el aumento rápido de peso puede originar que muchas mujeres jóvenes restrinjan la cantidad de alimento al hacer dietas y los hombres tienden a utilizar suplementos nutricionales para lograr mayor masa muscular. Con los resultados obtenidos, tanto hombres como mujeres, independientemente del tipo de madurez, realizaron cambios en su alimentación: en los hombres, fue para aumentar de peso (incrementar su masa muscular); en cambio, en las mujeres fue para disminuir su peso. La diferencia y los cambios hechos en su alimentación, fueron mayores en los hombres y mujeres de madurez promedio que los que maduraron tempranamente.

Las elecciones de la figura ideal reflejan una importante diferencia entre sexos, pues en tanto los hombres eligen una figura más gruesa, las mujeres eligen una figura más delgada. La mayoría de los adolescentes hombres, prefieren tener un cuerpo atlético, fuerte y musculoso (Rice, 2000); lo que queda demostrado con los resultados de esta investigación, ya que la gran mayoría de los hombres de la muestra escogieron como figura ideal una silueta atlética (peso normal), en donde los hombres con espermarquía temprana, prefieren más una figura atlética que los hombres con madurez promedio. En cambio, las mujeres prefieren una figura delgada; esto puede ser porque tanto los hombres y mujeres, escogen un modelo cultural al que aspiran los adolescentes de esta sociedad (Aguirre, 1996).

Con base en el análisis de los resultados presentados, se concluye que:

- Existen diferencias significativas en la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en el efecto principal sexo y en la interacción sexo por edad de la madurez.

- La insatisfacción con la imagen corporal en las mujeres de la muestra, es mayor que en los hombres de la muestra.

- Las mujeres con menarca promedio, se sienten más insatisfechas con su imagen corporal que aquellas con menarca temprana.

- En general los hombres prefieren tener un cuerpo más grueso y las mujeres prefieren tener un cuerpo más delgado.

- No existen diferencias significativas en la variable subestimación / sobrestimación con la imagen corporal por sexo y edad de la madurez.

- También se confirmó que la presencia de dietas relacionada con el control de peso, en las mujeres, fue para bajar de peso y en los hombres para aumentarlo.

Cabe señalar que a partir de lo anterior, la insatisfacción física y el seguimiento de dietas sin control, tienen una relación muy estrecha; lo cual puede aumentar la vulnerabilidad entre los adolescentes que se encuentran en plenos cambios generados por la madurez sexual (pubertad). Lo anterior, sumado al poder "estético" ejercido por los medios de comunicación, algunos familiares y amigos, que erróneamente marcan la necesidad de tener un buen cuerpo o bonita figura, lo que ocasiona factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- Se sugiere utilizar muestras probabilísticas para que los resultados puedan generalizarse a la población mexicana preadolescente.
- Analizar a la población adolescente de ambos sexos para detectar insatisfacción con partes corporales que complementen el conocimiento obtenido, así como los comentarios negativos sobre su cuerpo como factor de riesgo.
- Crear programas preventivos y correctivos en las escuelas dirigidos tanto a estudiantes como a los padres de familia.
- Analizar la influencia que tienen los medios masivos de comunicación así como la familia y amigos en la autoestima y la imagen corporal que pueden tener los adolescentes en la pubertad.

Llevar a cabo un estudio para determinar las reacciones positivas o negativas que provoca la llegada de la menarquía o espermarquía en los preadolescentes hacia su cuerpo.

REFERENCIAS

- Aguirre, B. A. (1996). *Psicología de la adolescencia*. México: Alfaomega.
- Alsaker, F.D. (1992). Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of early adolescence*, 12, 396-419.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM IV*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2003). *Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Barcelona, España; Edit. Ars Medica.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bustos Romero, O. L. (1986). Algunas consideraciones acerca de los papeles y estereotipos femeninos proyectados en los medios de comunicación masivos. *Revista Universidad*. Número 31-32, enero/junio, 3-9.
- Caparrós, N. & Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia, la locura del cuerpo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chinchilla Moreno, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona, España: Edit. Masson.
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (2004). *CIE-10* Madrid, España: Médica Panamericana.
- Craig, G.J. (2001). *Desarrollo psicológico*. 8ª. Ed. México: Prentice Hall.
- Creff, A. F. (1988). *La dietética*. 2ª. Edición. España: Paidotribo.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1994). *Trastornos del comer*. Barcelona: Biblioteca de Psicología.
- Delval, J. (1994). *El Desarrollo humano*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Duker, M. & Slade, R. (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia*. México:Limusa.
- Dulanto, G. E. (2000). *El adolescente*. México: Mc Graw-Hill.
- Fisher, P. (1972). *Valor nutritivo de los alimentos*. México: Limusa-Wiley
- Garfinkel, P. Garner, D. & Cocina, D. (1978). Body awareness in anorexia nervosa; disturbances in "body image" and "satiety". *Psychosomatic Medicina*, 40,6.
- Ghaderi, A. (2001). Review of risk factors for eating disorders: Implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal of Behavioural Therapy*, 30, (2), 57-74.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes de comer: Problemas de peso *Investigación Psicológica*, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 12 (2), 185-196.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14 (1), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). *Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria*. México: UNAM
- Gómez Pérez-Mitré, G., Unikel, S., & Saucedo. M. (2001). La psicología de la salud; imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En Gómez Perez-Mitré, G. y Calleja, B., N. (Comps.). *La psicología social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Grinder, R. E. (1987). *Adolescencia*. 10ª. Reimpresión. Edit. Limusa.
- Grinder, Robert E. (1987). *Adolescencia*. 10ª. Reimpresión. Edit. Limusa.
- Haln, K. Goldberg, S. & Cunningham, S. (1997). Perceptual distortion of body image in adolescent girls. Distortion of body image in adolescence. *Psychological Medicine* 7, 253-257.
- Horrocks J. E. (2001). *Psicología de la adolescencia*. 8ª. Reimpresión. México:Trillas.
- Hurlock, E.B. (1980). *Psicología de la adolescencia*. 4ª. Reimpresión, México:Paidós.

Jovanovic, J., Leerner, R., & Lerner, J. V. (1989). *Objective and subjective attractiveness and early adolescent adjustment. Journal of adolescent*, 12, 225-229.

Kimmel, D. C. (2001). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Buenos Aires: Ariel.

Larrañaga, C. I. , Carballo, F. .M., Rodríguez, T. M. & Fernández, S. J. (1997). *Dietética y dietoterapia*. España: McGraw-Hill / Interamericana.

Lemos, M. (2002). Eating disorders: a bond between medicine, culture and psicoanálisis. *International Forum of psychoanalysis*_11, 135-140.

León, H. (1998). *Aspectos médicos en el abordaje de los trastornos del comportamiento alimentario. Psiquiatria*, Madrid: Salvat.

Mahan, L. K., & Arlín, M. T. (1995). *Nutrición y dietoterapia*. México: McGraw-Hill.

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

Murrieta, M. (1997). *Relación entre la distorsión de imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Navarro C, M., (1999). *Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal (satisfacción / insatisfacción, sobrestimación / subestimación)*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Osterrieth, P. (1973). *Algunos aspectos psicológicos de la adolescencia*. En G. Caplan y S.

Lebovici (Comps.) *Psicología social de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Papalia, D. E. & Wendkos, O. S. (1985). *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill.

Papalia, E.D. (1992). 5ª. Edición. *Psicología del desarrollo*. México: McGraw-Hill.

Pineda, G., G. (2000). *Imagen corporal, asociada a la edad menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Polivy, J. & Herman P. (2002). Cause of eating disorder. Annual Reviews. Psychology 53,-187-213.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. México: Pirámide.
- Ressler A. (1998). A body to die for: eating disorders and body-image distortion in women. *Int J Fertil Womens Med* 43 (3): 133-138.
- Rice P. F. (2000). *Adolescencia*. 9ª reimpresión. Madrid, Printice Hall.
- Rodin, J., Silberstein, L. R. & Striegel-Moore, R. H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed). *Nebraska Symposium on motivation: Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska press.
- Rodríguez Tomé, F. (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the oppsite sex in adolescents. *Journal of Adolescence*, 16, 421-438.
- Rosen, J. C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. En D. M. Garner y P. E. Garfinkel (Comps). *Handbook of treatment for eating disorders* (2ª. Ed.) New Cork: The Guilford Press.
- Schilder, P. (1989). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre la estrategia de la psique*. Buenos Aires: Paidós.
- Shaffer, D. R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. 5ª. Edición. México: Thomson.
- Stake, J., & Laver, M. L. (1987). *The consequences of being averweight: A controlled study of gender differences*. *Sex Roles*, 17,13-47.
- Stierlin H. & Weber, G. (1990). *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: Gedisa.
- Stone, L.J. (1970). *El adolescente de 13 a 20 años*. Buenos Aires: Paidós.
- Tobin-Richards, M., Boxer, A. M. & Petersen, A. C. (1983). The pychological significance of pubertal change: Sex differences in perceptions of self during early adolescence. En J. Brooks-Gunn y A. Petersen (Eds.). *Girls and puberty: biological and pychological perspectives*. New York: Plenum.

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. *Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Wittig, A. F. (1992). *Introducción a la psicología*. México:McGraw-Hill.

Yates, A. Shisslak, C.M. Allender, J. Crago, M. & Leeney, K. (1992). Comparing obligatori and non obligatory runners. *Psychosomatics*, 33, 180-189.

ANEXO 1

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XY
Versión 2003**

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: *que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.*

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre: _____

1. Grado que cursas: _____
2. Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
3. ¿Cuánto pesas? _____ kg. Si no sabes con exactitud ¿cuánto crees que pesas? _____ kg.
4. ¿Cuánto mides? _____ kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees medir? _____ kg.
5. ¿En que trabaja tu Papá?
 - No tiene trabajo ()
 - Obrero ()
 - Empleado ()
 - Vendedor Ambulante ()
 - Comerciante Establecido()
 - Profesionista ()
 - Empresario ()
 - Jubilado ()
 - Otra cosa _____ ()

6. ¿A qué se dedica tu Mamá?
- Ama de casa ()
 - Empleada doméstica ()
 - Empleada (comercio u oficina) ()
 - Vendedora Ambulante ()
 - Comerciante Establecido ()
 - Profesionista ()
 - Empresaria ()
 - Jubilada ()
 - Otra cosa _____ ()

7. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?
- Eres hijo único ()
 - Eres el más chico ()
 - Ocupas un lugar intermedio ()
 - Eres el mayor ()

8. ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?
- NO () Pasa a la pregunta 10
 - SI () Pasa a la pregunta siguiente

9. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas: _____

10. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:
- A) \$2,000 o menos
 - B) \$2,001 a \$4,000
 - C) \$4,001 a \$6,000
 - D) \$6,001 a \$8,000
 - E) \$8,001 a \$10,000
 - F) \$10,001 a \$12,000
 - G) \$12,001 o más

11. ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros, ¿Quién o quienes?

12. 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
- G) Sin Estudios

13. Años de estudios 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
- H) Sin Estudios

14. ¿En el último mes, hiciste cambios en tu alimentación?

- A) Sí
- B) No

15. Estos cambios, fueron por:

- A) Por orden del médico
- B) Para subir de peso
- C) Para bajar de peso

SECCION E

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(si no hay una figura que te guste, dibújala)

SECCIÓN F

1. Marca con una X el paréntesis que consideres característico de tu físico

1. Creo que estoy:

Muy gordo ()

Gordo ()

Ni gordo ni delgado ... ()

Delgado ()

Muy delgado ... ()

2. Creo que mis padres o tutores me ven:

Muy gordo ()

Gordo ()

Ni gordo ni delgado ... ()

Delgado ()

Muy delgado ... ()

3. Según yo, un niño atractivo es:

Muy gordo ()

Gordo ()

Ni gordo ni delgado ... ()

Delgado ()

Muy delgado ... ()

4. Creo que mis amigos y amigas me ven:

Muy gordo ()

Gordo ()

Ni gordo ni delgado ... ()

Delgado ()

Muy delgado ... ()

5. Me gustaría pesar:

Mucho más de lo que peso actualmente ()

Un poco más de lo que peso actualmente ... ()

Lo mismo que peso actualmente ()

Un poco menos de lo que peso actualmente ()

Mucho menos de lo que peso actualmente .. ()

6. Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1	Critican tu estatura						
2	Critican tu peso corporal						
3	Comparan tu peso con el de tus amigos						
4	Te molestan porque quieren que estés más delgado						
5	Te molestan porque quieren que subas de peso						
6	Se burlan de ti porque estas gordito						
7	Se burlan de ti porque estas flaquito						
8	Se burlan de ti porque estás chaparrito						
9	Critican tu cuerpo delante de los demás						

SECCIÓN G

1. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCION I

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

(si no hay una figura que te guste, dibújala)

ANEXO 2

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX
Versión 2003**

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: *que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.*

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre: _____

2. Grado que cursas: _____

2. Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3. ¿Cuánto pesas? _____ kg. Si no sabes con exactitud ¿cuánto crees que pesas? _____ kg.

4. ¿Cuánto mides? _____ kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees medir? _____ kg.

5. ¿En que trabaja tu Papá?

- No tiene trabajo ()
- Obrero ()
- Empleado ()
- Vendedor Ambulante ()
- Comerciante Establecido()
- Profesionista ()
- Empresario ()
- Jubilado ()
- Otra cosa _____ ()

6. ¿A qué se dedica tu Mamá?

- Ama de casa
- Empleada doméstica
- Empleada (comercio u oficina)
- Vendedora Ambulante
- Comerciante Establecido
- Profesionista
- Empresaria
- Jubilada
- Otra cosa _____

7. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- Eres hija única
- Eres la más chica
- Ocupas un lugar intermedio
- Eres la mayor

8. ¿Ya estás menstruando?

- NO Pasa a la pregunta 11
- SI Pasa a la pregunta siguiente

9. Edad en que tuviste tu primera menstruación: _____

10. Tu menstruación se presenta:

- regularmente (todos los meses)
- irregularmente (unos meses sí, otros no)

11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- H) \$2,000 o menos
- I) \$2,001 a \$4,000
- J) \$4,001 a \$6,000
- K) \$6,001 a \$8,000
- L) \$8,001 a \$10,000
- M) \$10,001 a \$12,000
- N) \$12,001 o más

12. ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar?

- I) Padres (uno o los dos)
- J) Tú y padre y/o madre
- K) Tú
- L) Tú, Hermanos y/o padres
- M) Hermanos y/o padres
- N) Abuelos
- O) Otros, ¿Quién o quienes?

13. Años de estudio de tu Padre

- H) Menos de 6 años
- I) De 6 a 8 años
- J) De 9 a 11 años
- K) De 12 a 14 años
- L) De 15 a 17 años
- M) De 18 o más
- N) Sin Estudios

14. Años de estudios 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
- P) Sin Estudios

14. ¿En el último mes, hiciste cambios en tu alimentación?

- A) Sí
- B) No

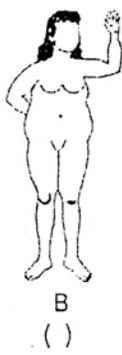
15. Estos cambios, fueron por:

- A) Por orden del médico
- B) Para subir de peso
- C) Para bajar de peso

SECCION E

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



G
()

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)

SECCIÓN F

1. Marca con una X el paréntesis que consideres característico de tu físico

1. Creo que estoy:
Muy gorda ()
Gorda ()
Ni gorda ni delgada ... ()
Delgada ()
Muy delgada ... ()

2. Creo que mis padres o tutores me ven:
Muy gorda ()
Gorda ()
Ni gorda ni delgada ... ()
Delgada ()
Muy delgada ... ()

3. Según yo, una niña atractiva es:
Muy gorda ()
Gorda ()
Ni gorda ni delgada ... ()
Delgada ()
Muy delgada ... ()

4. Creo que mis amigos y amigas me ven:
Muy gorda ()
Gorda ()
Ni gorda ni delgada ... ()
Delgada ()
Muy delgada ... ()

5. Me gustaría pesar:
Mucho más de lo que peso actualmente ()
Un poco más de lo que peso actualmente ... ()
Lo mismo que peso actualmente ()
Un poco menos de lo que peso actualmente ()
Mucho menos de lo que peso actualmente .. ()

6. Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMA
1	Critican tu estatura						
2	Critican tu peso corporal						
3	Comparan tu peso con el de tus amigos						
4	Te molestan porque quieren que estés más delgado						
5	Te molestan porque quieren que subas de peso						
6	Se burlan de ti porque estas gordita						
7	Se burlan de ti porque estas flaquita						
8	Se burlan de ti porque estás chaparrita						
9	Critican tu cuerpo delante de los demás						

SECCIÓN G

2. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5

	NADA	POCO	REGULAR	MUCH O	DEMASIAD O
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplida	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCIÓN I

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G
()

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)