



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

RELEVANCIA DE LA AUTOATRIBUCIÓN, IMAGEN CORPORAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO INDICADORES DE FACTORES DE RIESGO EN ESTUDIANTES DE PREPARATORIA.

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

PARDO GÓMEZ LIZBETH



DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

REVISORA: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

CIUDAD UNIVERSITARIA

2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES



Por darme la vida, el amor y la sabiduría. Por abrirme las puertas hacia el éxito y siempre fomentar la disciplina. Por amarme y motivarme, por triunfar conmigo en todas las etapas de mi vida. Por sus desvelos, dedicación y compromiso para formarme como persona.

GRACIAS POR SER MIS MAESTROS DE VIDA.

AL GUAPO DE GABRIEL

Por llegar en el momento indicado a mi vida. Por tus aprendizajes y todo tú cariño para conmigo. Por caminar conmigo en todos mis obstáculos y logros. Por hacer que la vida sea de nuevo bienvenida. Por hacer nuestro pequeño infinito. Por existir.



¡Te amo!

A MIS HERMANOS

Por sus momentos de compañía a lo largo de mi vida. Por sus aprendizajes y risas que hacen que la vida sea más amena. Por fomentar motivación, por quererme.

¡Los quiero!



A GERARDO CHAPARRO

Por ser una luz en mí camino y enseñarme a mirar la vida de otra manera. Por enseñarme que el amor y la vida es el recurso más valioso del ser humano. Por darme una lección de vida en los momentos difíciles.

¡Gracias maestro!



A MAHARBA ANNEL GONZÁLEZ

Porque dejó huella en mi etapa de estudiante, tanto, que moldeó mi comportamiento y la manera de ver la vida. Por esos valores que fomentó y por los elogios que permitieron continuar adelante. Por su colaboración para este proyecto y por ser un ejemplo de vida.

¡Gracias!



A LA DRA. SILVIA PLATAS Y AL DR. RODRIGO LEÓN

Por abrirme las puertas en la investigación, por su colaboración en tiempo y espacio, por sus observaciones y por el compromiso para con el proyecto.

¡Gracias!

A LA DRA. GILDA GÓMEZ

Por guiarme a lo largo de este proceso, por sus conocimientos compartidos, por las observaciones y el compromiso para mi trabajo.

Por darme un espacio en la investigación.

¡Gracias!

A LA DRA. CORINA CUEVAS

Por su compromiso y colaboración para este trabajo. Por darme un espacio para escucharme.

¡Gracias!

A LA DRA. LUCY REIDL. AL DR. ROGELIO FLORES Y A LA DRA. ANJA ELLER

Por darle un espacio de su tiempo a mí trabajo. Por guiarme para mejorarlo.

¡Gracias!

A LA UNAM

Por hacerme universitaria y por cobijarme a lo largo de estos años académicos; por sus oportunidades y compromiso para que mi educación fuera de calidad y formarme como profesional.

¡GOYA!

A NANCY CHÁVEZ

Por abrir su corazón para que lo habitara. Por ese primer día de clases en que se fundó nuestra amistad y cuidarla hasta nuestros días. Por quererme y acompañarme fielmente en mis pasos.

¡Gracias amiga!

A LOS ALUMNOS DE CCH VALLEJO

Por su participación y colaboración en la realización de este proyecto, de no ser por ustedes esto, no sería posible.

¡Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO UNO	
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
1.1. Definición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	5
1.2. Antecedentes históricos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	6
1.3. Modelos teóricos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria	8
1.4. Clasificación de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	15
1.5. Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	24
CAPÍTULO DOS	
FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
2.1. ¿Qué es un factor de riesgo?	26
2.2. Factores de riesgo asociados a la imagen Corporal	29
2.3. Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria	33
2.4. Factores de riesgo asociados con las prácticas compensatorias	37
2.5. Factores de riesgo asociados con el desarrollo puberal/madurativo	39
2.6. Factores socioculturales	40
CAPÍTULO TRES	
ADOLESCENCIA	
3.1. El concepto de adolescencia	44
3.2. La adolescencia como construcción social	45
3.3. El proceso de adolescencia	47
3.4. Desarrollo físico	48
3.5. El papel de las diferentes hormonas en la pubertad	50
3.6. Desarrollo cognoscitivo	51
3.7. Razonamiento moral	54
3.8. Desarrollo psicosocial	55
3.9. Adolescencia y salud	57
CAPÍTULO CUATRO	
AUTOCONCEPTO	
4.1. Definición de Autoconcepto y autoestima y diferencias de género	60
4.2. El Autoconcepto: una relación con la satisfacción corporal	65

CAPÍTULO CINCO

IMAGEN CORPORAL

5.1. El cuerpo: una construcción simbólica	70
5.2. Conceptualizando la Imagen corporal	72
5.3. Imagen corporal e Índice de Masa Corporal	76
5.4. Evaluación de la imagen corporal	82
5.5. Consecuencias de la Imagen corporal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria	83

CAPÍTULO SEIS

MÉTODO

Objetivo General	86
Objetivo Específico	86
Preguntas de investigación.	86
Hipótesis	87
Definición de variables	88
Tipo de estudio	90
Muestra	90
Procedimiento	90
Aparatos e Instrumentos	91

RESULTADOS	93
-------------------	----

PRUEBA DE HIPÓTESIS	98
----------------------------	----

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	105
---------------------------------	-----

REFERENCIAS	
--------------------	--

ANEXOS	
---------------	--

RESUMEN

En los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) influyen variables de carácter biológico, psicológico y social, por ello, es complejo identificar las causas de estos padecimientos, ya que están multideterminados. En esta investigación se ofrece una perspectiva distinta encaminada a detectar la forma en que la Autoatribución, la imagen corporal y el Índice de Masa Corporal influyen como factores de riesgo en el desarrollo de estos trastornos. El objetivo de la presente investigación* fue determinar la relación entre variables relacionadas con Imagen Corporal, Autoatribución e Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes hombres y mujeres de preparatoria.

Se trabajó con una muestra no probabilística (N=181); 91 mujeres adolescentes y 90 hombres adolescentes provenientes de una escuela pública nivel bachillerato del Distrito Federal entre 14 y 18 años de edad. Se aplicó una Escala Visual de Siluetas y una Escala de Autoatribución; se midió y pesó a los participantes con la finalidad de obtener su Índice de Masa Corporal. La investigación fue de tipo pre-experimental y el estudio de tipo transversal, observacional y comparativo.

Los resultados destacados muestran una diferencia marginal al comparar mujeres y hombres en relación a atributos positivos, esto es, se observa una tendencia a que las mujeres se autoatribuyen más calificativos positivos en comparación con los hombres, así también, en el grupo de mujeres se observa una relación entre atributos negativos e insatisfacción corporal. Los resultados permitieron concluir que la autoatribución está asociada directamente con la insatisfacción de la imagen corporal.

Palabras Clave: *Trastornos de la Conducta Alimentaria, Autoatribución, Imagen Corporal.*

*El presente proyecto forma parte de una investigación mayor denominada “Autocuidado de la salud; autoeficacia en niños escolares. Una estrategia en la prevención de la obesidad”, que se llevó a cabo gracias al programa de apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica PAPIIT IN302913.

INTRODUCCIÓN

La cultura de la imagen y el culto al cuerpo son factores que han cobrado importancia a lo largo de los últimos años. Estos valores centrados en el cuerpo y unidos a las creencias de los beneficios del cuerpo perfecto conllevan a nuevas necesidades dirigidas a la consecución de ideales estéticos socialmente establecidos. En el caso de las mujeres, la obtención de esa imagen repercute de manera dañina, por ejemplo, en el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la Anorexia y la Bulimia (Contreras y González, 2010).

Los TCA se caracterizan por la presencia de alteraciones en la conducta alimentaria acompañadas por un gran temor a engordar y una excesiva preocupación por la comida, el peso, y la imagen corporal. Se han convertido en un problema de salud debido a su naturaleza multifactorial y al aumento en su incidencia en los últimos años. Exacerbados por diversos factores como la influencia cultural, hábitos familiares y situación económica, los TCA, afectan grupos poblacionales como son los adolescentes, produciendo anormalidades en sus patrones de crecimiento y desarrollo, lo que genera un deterioro en su calidad de vida (Contreras et al., 2010).

La prevalencia de los TCA a nivel mundial se calcula entre 0.3 y 2.2 por ciento para Anorexia Nervosa (AN) y 1-1.5 por ciento de Bulimia Nervosa (BN). La incidencia se estima entre 8 y 12 por cada 100,000 habitantes; con una tendencia ascendente en la AN a partir de los años setenta, el mayor incremento se ha dado en las mujeres que tienen entre 15 y 24 años de edad (Unikel et al., 2010).

Diversas son las dimensiones que se han estudiado en torno a los TCA, entre ellas, la mejor documentada es la imagen corporal (satisfacción-insatisfacción; alteración-

sobreestimación/subestimación). Asimismo, la preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real e ideal; peso deseado; atractivo ligado a la delgadez, entre otros, toman relevancia en el estudio ya que por evidencia empírica son predictores de los TCA (Gómez Peresmitré, 1999; Gómez Peresmitré, 2001).

La importancia de explorar factores de riesgo tales como Autoatribución, imagen corporal e Índice de Masa Corporal presentes en los TCA se puntualizan de la siguiente forma: 1) la manera en que la cultura de la delgadez impacta gravemente en la población adolescente; 2) la percepción que los adolescentes tienen de su imagen corporal; 3) porque de acuerdo a su percepción corporal, los adolescentes se atribuyen características positivas o negativas y 4) porque estas influencias se adquieren como estilos de vida con sus componentes físicos, psicológicos y sociales.

Debido a esta importancia y con la finalidad de ampliar el conocimiento acerca de este problema de salud en México se desarrolla la presente investigación. Se considera relevante conocer cómo variables tales como la imagen corporal, el Índice de Masa Corporal y la Autoatribución influyen en estos trastornos. Si bien es cierto, la literatura ha reportado datos al respecto, sin embargo, se considera que la presente investigación proporciona información valiosa y novedosa respecto a la dimensión Autoatribución y su relación con la imagen corporal así como con el Índice de Masa Corporal. Es menester averiguar lo que sucede con esta dimensión puesto que existe muy poca información al respecto. En comparación con otros estudios, esta investigación explora dicha dimensión con el único fin de aportar información relevante y contribuir de manera objetiva a la investigación en dicho tema.

Los principales propósitos de la misma están encaminados a determinar la relación que existe entre variables relacionadas con Imagen Corporal, Autoatribución e Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes hombres y mujeres de preparatoria. Está compuesta por seis capítulos. En el primero de ellos, se describe la definición, etiología, epidemiología y los modelos explicativos de los TCA en México. En el segundo apartado, se explica lo que es un factor de riesgo para posteriormente, mencionar los factores de riesgo asociados a los TCA. En el tercer apartado, se hablará de la adolescencia ofreciendo posturas teóricas que consideran a esta etapa una de las más cruciales en el desarrollo humano, por ello se describe su importancia y vinculación con los TCA.

En el cuarto capítulo, se desarrollan los términos de autoconcepto y autoestima haciendo énfasis en sus diferencias y su relación con la imagen corporal en la etapa adolescente. En el penúltimo capítulo, se desarrolla brevemente el concepto de imagen corporal con los diferentes enfoques en los cuales ha sido estudiada y se pone énfasis en la relación que existe con el Índice de Masa Corporal y su participación en los TCA. Finalmente, en el sexto capítulo se ofrece la metodología empleada para el presente estudio, los resultados obtenidos y conclusiones.

CAPÍTULO UNO

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En los últimos años se ha escrito profusamente sobre las características biológicas, psicológicas y sociales de los trastornos alimentarios, pero aún resulta difícil identificar las causas de estos trastornos ya que los mismos están multideterminados (Rivarola, 2003). Debido a esto, la atención del psicólogo se ha focalizado en comprender la alta incidencia en la cronicidad y comorbilidad, el difícil pronóstico, la alta tasa de recaídas así como los efectos no reversibles de las secuelas graves ocasionadas por estos padecimientos, además, del gran riesgo de muerte (Rodríguez, 2008).

El objetivo principal de este capítulo es describir los principales aspectos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), es decir, su etiología, epidemiología, características, la relación entre los diferentes factores causales y el impacto que existe en la etapa de la adolescencia.

1.1 DEFINICIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son entidades potencialmente fatales que los niños mayores y los adolescentes, especialmente mujeres, experimentan con creciente frecuencia. Perpiñá (1994) señala que los trastornos de alimentación son aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que las pacientes hacen para controlar su cuerpo y su peso corporal. Los TCA son enfermedades de salud mental complejas y multicausales, representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5 por ciento. Aunque es un trastorno cuya aparición es más frecuente entre

las mujeres, los hombres se ven afectados por estos en una proporción de 1:10 (López y Treasure, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) ha colocado a los TCA entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes dados los riesgos para la salud que implican. Además, los TCA se definen como desviaciones en los hábitos alimentarios con características muy específicas y se clasifican de acuerdo al cumplimiento de criterios de diagnóstico en relación a las conductas que presentan los individuos y las consecuencias que producen a nivel físico, emocional y/ social (American Dietetic Association, 2006; Casanueva & Morales, 2001; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Por ende, los TCA abarcan factores físicos, psicológicos y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento y comparten síntomas vitales tales como la insatisfacción corporal o una influencia anormal de ésta en la valoración personal, preocupación persistente por la comida, peso y/o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o perder peso que traen como consecuencia un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes lo padecen (López y Treasure, 2011).

1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

A lo largo de la historia de la humanidad, se encuentran datos relacionados con la restricción alimentaria, asociada a aspectos religiosos, obediencia, castidad y pulcritud (Garrote & Palomares, 2001). Fernández, Velasco, Martínez, Carrasco y González (2002) señalan que el vómito autoimpuesto ha existido desde siglos, aunque se reconoce que estas

acciones voluntarias de autorechazo variaron a lo largo de los diferentes periodos de la historia, lo cual sugiere que combinaciones de elementos sociales y económicos pueden facilitar o inhibir la expresión de este comportamiento psicopatológico. Así, estudios antropológicos demuestran marcadas diferencias en la tasa de Anorexia Nervosa (AN) en las diferentes culturas. Por ejemplo, en la época de la Europa Greco-Romana, con la llegada del conocimiento de las religiones del Este Asiático, se incorpora la dicotomía cuerpo-alma, donde se visualiza al cuerpo como una parte negativa y el alma como algo positivo, con el consiguiente desprecio del cuerpo. Esta idea no sólo incorpora a varones autorrecluidos, sino incluso a movimientos espirituales donde lograban arrastrar a un grupo de mujeres de elevada clase social en Roma, hacia la vida ascética y el ayuno. Alguna de estas seguidoras llegó a ayunar hasta la muerte, en el año 383, lo que constituirá el primer caso de Anorexia con resultado de muerte conocido. Posteriormente, con la caída del Imperio Romano y la llegada de la Edad Media, disminuyeron drásticamente los comportamientos de ayuno autoinducido debido a las hambrunas, plagas y guerras en general.

Durante los siglos del Medievo, sólo se han relatado tres casos de Anorexia, dos de ellos considerados posesiones satánicas y curadas por medio del exorcismo. El tercer caso fue el de una joven doncella que, prometida por su padre a un rey de Silicia, y deseando servir a Cristo, decidió hacerse tan poco atractiva para que su pretendiente desistiera su empeño. El padre tuvo que sacrificarla por ello y la convirtió en santa (Fernández et al., 2002).

En el Renacimiento Europeo, Catalina de Siena, con 26 años decidió dedicar su vida a Dios no comiendo y consiguiendo ingresar a la orden dominicana pero con la mitad de su peso. El prestigio de Catalina de Siena se extendió rápidamente y tras su muerte a los 28

años, contaba con muchas seguidoras religiosas. El ayuno era un medio para que el espíritu triunfara sobre la carne. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta Anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se le llamó “Anorexia Santa” (Fernández et al., 2002).

Ya en el siglo XIX, el médico Sir William Gull, describe el primer caso de la historia de la medicina descrito como, Anorexia Nervosa. Hasta finales del siglo XIX, una mujer corpulenta y no alta era símbolo de la prosperidad de una familia, pero a partir de la Revolución Industrial ya no se vincula a la mujer con la fuerza del trabajo y emerge la figura frágil y estilizada para demostrar que no se necesita el trabajo físico para el éxito económico. Desde finales del siglo XIX hasta nuestros días la historia de la Anorexia es bien conocida, ya que el incremento del ayuno autoimpuesto no ha cesado (Fernández et al., 2002).

Por otro lado, la Bulimia Nervosa (BN), comenzó hace siglos, pues los atracones se han practicado desde hace cientos de años. De acuerdo con Garrote y Palomares (2011) los romanos se autoinducían el vómito tras copiosos banquetes. Durante el siglo X, Aurelianus describió un apetito feroz, con deglución en ausencia de masticación, seguido del vómito autoprovocado, llamándolo *hambre mórbido*.

1.3 MODELOS TEÓRICOS EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Desde la perspectiva de la neurobiología, el desarrollo de los TCA, arroja la posibilidad de alteraciones en la actividad neuroendocrina que podrían implicar factores de vulnerabilidad biológica para el desarrollo de estos trastornos y también se pueden explicar

algunos rasgos clínicos. Así, se propone que la vulnerabilidad biológica neural crea una contribución sustancial en la patogénesis de AN y BN. Se plantea que existen anomalías en las vías relacionadas en la modulación del comportamiento alimentario del ánimo, del temperamento y del control de impulso que influyen en la autopercepción corporal y crean distorsiones importantes en la autoimagen (Jurado et al., 2009). Los resultados más importantes en esta área de investigación con respecto a los TCA es que se han evidenciado cambios en la interrelación compleja entre los sistemas periféricos (incluyendo la estimulación gustatoria y respuestas vagales aferentes) y aquellos neuropéptidos o monoaminas del Sistema Nervioso Central (SNC); esto quiere decir, que los sistemas monoaminérgicos de serotonina, dopamina y norepinefrina son vías nerviosas complejas implicadas en la génesis del trastorno. Las anomalías dadas por la serotonina pueden contribuir al desequilibrio en la regulación del apetito, la ansiedad y los comportamientos obsesivos, además de extrema dificultad en el control de impulsos. Asimismo, se ha encontrado que la secreción alterada de dopamina en el cuerpo estriado puede contribuir a los síntomas de AN, que se manifiestan en alteraciones de la sensación de afecto y recompensa, en la capacidad de tomar decisiones adecuadamente, así como en el control ejecutivo, el discernimiento y la actividad motora, lo que implica cambios en el patrón de ingesta alimentaria adecuado (Jurado et al., 2009).

En la perspectiva cognitiva, la literatura señala un síndrome cognitivo conductual asociado a los TCA. En el caso de la AN, se atribuye un aprendizaje vicario o por imitación, al cual se agrega la fobia al aumento de peso. El esfuerzo hacia lograr la pérdida de peso progresivo produce un auto-reforzamiento de dominio y competencia que va perpetuando la práctica de dieta restringida. Incluso la dieta restringida exige un cambio de

la confianza en el control fisiológico al control cognoscitivo sobre las conductas alimentarias, lo cual deja al dietante vulnerable ante la conducta de comer desinhibido cuando estos procesos se ven afectados (Polivy y Herman, 1985). De acuerdo con este enfoque, las pacientes con AN tienden a ser perfeccionistas, rigurosas, meticulosas y dependientes, así como, a tener comportamientos obsesivos e inhibición social, relacionadas con comorbilidades como la depresión y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). En cuanto a la BN, las pacientes tienen poco control de impulsos (“*acting out*”), excesiva necesidad de aprobación, déficits de autoestima y rasgos de personalidad limítrofe (Rodríguez, 2008).

Estos modelos cognitivos asumen que las cogniciones juegan un rol fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. En la literatura, las disfunciones cognitivas de las pacientes bulímicas se organizan en dos clases de acuerdo al contenido. El primer tipo corresponde a las cogniciones referidas al peso, el cuerpo y la alimentación. Este tipo de contenido cognitivo es específico de los TCA y lo diferencia de otros tipos de trastornos mentales. Las cogniciones específicas incluyen la percepción del peso y la alimentación como base de la aprobación de los otros, la creencia que un autocontrol rígido es fundamental para su autoestima y un excesivo énfasis en una regulación rígida del peso (Góngora & Martina, 2008). El segundo tipo de cogniciones que se manifiestan en los TCA se refieren a las creencias personales definidas como generalizaciones cognitivas sobre el sí mismo que organizan y guían el procesamiento de la información referida a la persona. En los modelos cognitivos se destaca la importancia de las creencias personales en el mantenimiento de la bulimia. Cooper, Wells y Todd (2004) Fairburn, Cooper y Shafran (2003) y Góngora y Martina (2008) consideran que la visión negativa de sí mismo es

responsable de la insatisfacción permanente con la propia apariencia y el peso. Esto alentaría la búsqueda constante de la delgadez y la pérdida de peso. Estas creencias personales se caracterizan por ser absolutas y duraderas, pues han desarrollado a través de las experiencias disfuncionales con las personas significativas en la temprana infancia e incluyen contenidos referidos a las relaciones interpersonales propias. Asimismo, poseen mecanismos de autopropagación, por lo cual resultan más difíciles de modificar que las creencias subyacentes.

Rodríguez (2008) señala que los trastornos alimentarios representan la conjunción de errores cognoscitivos al sobrevalorar el peso, la figura, la apariencia y anomalías en el comportamiento relacionado con la regulación dietaria. Además, la sobrevaloración del peso y la figura son una respuesta compensatoria a sentimientos de baja autoestima, creyendo que al alcanzar el ideal corporal, esto hará que aumente su valía.

Ahora bien, en una perspectiva dinámica, Bruch (1985) menciona que la presencia de la AN se remonta a la etapa del desarrollo del yo en la infancia, cuando la madre interfiere en el desarrollo de la concepción corporal, de manera que obstaculiza que el niño aprenda a reaccionar ante estímulos internos, produciéndose entonces sentimientos de incapacidad e ineficacia. También, señala que la estructura familiar aparenta armonía, pero encubre una gran desilusión, donde se observa rivalidad secreta de los padres, es decir, se simula la unión familiar (Rodríguez, 2008).

Desde otro punto de vista, la teoría de sistemas menciona que la presencia de AN en uno de los miembros de la familia es considerada un síntoma de disfunción familiar, en donde hay una organización familiar rígida, gran interdependencia mutua y gran evitación

del conflicto; en el caso de los pacientes con BN, en la familia hay mayor hostilidad y desorganización (Rodríguez, 2008). Okon, Greene y Smith (2003) mencionan que dentro del contexto de un ambiente familiar disfuncional percibido, los problemas familiares pueden predecir síntomas bulímicos en mujeres adolescentes.

En oposición a lo anterior, la influencia sociocultural del modelo de la delgadez menciona que los agentes culturales (por ejemplo, medios de comunicación, publicidad, grupo de pares) transmiten el mensaje de que la delgadez corporal es sinónimo de belleza y éxito (Alvarado y Sancho, 2011; Franco, Mancilla, Vázquez, Álvarez y López 2011; Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001; Vázquez, et al., 2005; Vázquez, Toledo, Baéz, Álvarez y Mancilla, 2002). Además de considerar que el incremento en la incidencia de la AN es resultado de la importancia actual que se le da al atractivo físico, la tendencia hacia la perfección y el control, en donde ser atractiva es sinónimo de ser delgada y ser anoréxica puede incluso proporcionar cierto glamour (Alvarado y Sancho, 2011; Franco, et al., 2011; Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda 2001; Gómez Peresmitré, et al., 2001; Rodríguez, 2008; Vázquez et al., 2005; Vázquez et al., 2002).

Otro de los modelos explicativos respecto a los TCA es de la restricción alimentaria. Según este modelo, los trastornos alimentarios comienzan con la interiorización del ideal de belleza delgado promovido en las culturas occidentales. La interiorización da lugar a la insatisfacción con la imagen corporal debido a que el ideal de belleza es irreal. La insatisfacción corporal, a su vez, conduce a la restricción alimentaria, que si se cronifica, facilita la aparición de la BN (Rodríguez, 2008).

El modelo del camino doble menciona que los mensajes que promueven comportamientos no saludables, difundidos en los medios de comunicación, proporcionan una base para la bulimia nervosa cuando los familiares y amigos refuerzan dichas ideas, y al mismo tiempo, el receptor tiene una autoestima baja, un concepto de sí mismo inestable y desorganizado y además cree tener sobrepeso (Rodríguez, 2008).

Quiles y Terol (2008) señalan en cuanto al origen de estos trastornos, que el 76 por ciento de los casos el inicio de la AN o BN está precedido por un acontecimiento estresante. Aquí se incluirían situaciones o acontecimientos vitales que requieren de una respuesta de adaptación por parte del individuo de la que muchas veces no dispone; produciéndose un nivel de tensión y que en el caso de los trastornos alimentarios, puede conducir al inicio del trastorno. En este caso se incluirían: las separaciones o pérdidas (fallecimiento de algún familiar, separación de los padres y el conflicto entre ellos), la experimentación de contactos sexuales, fracaso personal (académico, profesional, relaciones interpersonales), un incremento rápido de peso, el comentario crítico de familiares, amigos o persona significativas respecto al cuerpo, alguna enfermedad somática, sufrir algún accidente automovilístico con graves traumatismos o modificaciones corporales, así como la realización de ejercicio físico en exceso.

En el modelo de las transiciones evolutivas Smolak y Levine (1994) hacen hincapié en que las predisposiciones de la infancia se desarrollan y mantienen a causa de las burlas acerca del peso y la silueta y del ejemplo ofrecido por parte de la familia y los pares sobre la preocupación por el peso. Así, el significado y la organización de las consecuencias de los factores de riesgo individuales y sociales se modifican durante la adolescencia temprana conforme la chica enfrenta las transformaciones de su cuerpo, sus sentimientos (incluyendo

la sexualidad), sus capacidades cognitivas, las expectativas de género, las relaciones con otros chicos(as) y con su madre y/o padre. De acuerdo al modelo, alrededor del 10 al 15 por ciento de las chicas responderán a los trastornos alimentarios como una respuesta a las exigencias de la transición de la adolescencia temprana y como una forma de adaptación a ella. La problemática de la comida en este grupo minoritario es resultado de una transacción entre vulnerabilidades (por ejemplo, tener creencias esquemáticas en la importancia de la delgadez) y los cambios adolescentes simultáneos. Estos cambios transicionales hacia una alimentación impropia se forman y adquieren fuerza dentro de un contexto caracterizado por poderosos mensajes provenientes de la familia, los padres, los medios, los educadores, etc. Los autores también mencionan que los mensajes culturalmente normativos pero patógenos son: “la delgadez es muy deseable e importante”, “las dietas restrictivas en calorías son un camino viable hacia la delgadez y una prueba de autocontrol” y “el peso y la silueta de una mujer son el objeto legítimo de la crítica y el acoso público” (Smolak y Levine, 1994).

Finalmente, Striegel-Moore (1993) comenta que el desarrollo normal de las mujeres adolescentes involucra retos que incluyen: a) ajustarse a los cambios biológicos de la pubertad (cambios hormonales, de estado de ánimo y físicos), b) crear relaciones heterosexuales, c) afrontar las expectativas que se tienen de ellas, por ejemplo, sobre su nivel académico, d) establecer metas para el futuro, como tener una carrera o formar una nueva familia (tanto en el papel de madres como en el de esposas) y, al mismo tiempo conservar su belleza y figura además, de desarrollar un funcionamiento autónomo. Cuando no llegan a cumplir dichos retos, las mujeres adolescentes se refugian en la apariencia física y tienden a desarrollar algún TCA.

1.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo a las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y TCA no especificados (TANE). Son considerados desórdenes psiquiátricos caracterizados por conductas anormales y por distorsiones cognitivas relacionadas con los alimentos, el peso y la figura corporal. Todos ellos estimados como entidades clínicas con resonancia sociosanitaria, debido a su gravedad, su creciente incidencia y los altos costos para su tratamiento (López y Treasure, 2011).

La AN y BN son las principales categorías diagnósticas con claros y minuciosos criterios de inclusión, curso y pronóstico, los TANE corresponden a una categoría residual, pero no menos importante, que incluye la gran mayoría de los TCA que no cumplen los criterios para AN y BN, pero que dan lugar a un importante deterioro funcional (López & Treasure, 2011).

ANOREXIA NERVOSA

La AN es un trastorno psiquiátrico, grave y complejo caracterizado por el rechazo voluntario a mantener el peso en los valores mínimos normales. Está presente una alteración de la forma y el peso corporal. La pérdida de peso es intencional, va acompañada por el temor a ser gordo y del deseo de perfeccionarse a sí mismo a través del propio cuerpo. Las personas que padecen este tipo de trastorno experimentan una gran preocupación por la comida, se someten a medios peligrosos que dañan su salud, tales

como el ejercicio compulsivo, la restricción de los alimentos consumidos y/o las conductas purgativas (López & Treasure, 2011; Rodríguez, 2008).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV (APA, 2002, pp. 249-250), para AN son:

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres post-puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

TIPO RESTRICTIVO: durante el episodio de AN, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO: durante el episodio de AN, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Como en cualquier otro trastorno, la prevención secundaria de los TCA supone reconocer señales de alarma que conduzcan a sospechar su existencia. La detección de señales de alarma implica la aparición de cambios. Éstos son los más importantes en la AN:

CAMBIOS BIOLÓGICOS

La pérdida de peso es el más evidente, por supuesto en ausencia de enfermedad o disfunción orgánica que lo justifique. La aparición de amenorrea es el otro gran dato que se debe tener en cuenta. Además, pueden observarse otras alteraciones como son la caída del cabello y deshidratación dérmica. Son otras tantas consecuencias de la malnutrición que ha empezado a instaurarse, habitualmente coincidiendo con la pérdida de peso de alrededor del 15 por ciento (Toro, 2006).

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Suele iniciarse un estado disfórico con frecuencia manifestado por irritabilidad, susceptibilidad y emotividad elevadas, y cambios bruscos de humor. Estas manifestaciones suelen verse en el ámbito familiar, en principio asociadas a la presión que los familiares suelen ejercer en el aumento de la ingesta de alimentos. Aparece también, sintomatología depresiva y tensión ansiosa, consecuencia de las circunstancias estresantes que la persona está empezando a vivir y de las alteraciones serotoninérgicas provocadas, o presentes, previamente pero que se potencializan con la malnutrición (Toro, 2006).

CAMBIOS COMPORTAMENTALES

Toro (2006), menciona que en relación con la comida, puede descubrirse que la persona esconde los alimentos o los tira, desmenuza los que encuentra en su plato, se salta algunas comidas, preferentemente el desayuno. Puede haber un incremento en la actividad física.

CAMBIOS SOCIALES

La AN suele acompañarse de retraimiento social manifestado por una reducción de las relaciones con amigas y amigos. En esta fase incipiente, el cambio puede ser muy sutil, y a veces puede quedar justificado por una mayor necesidad de estudiar. Las razones suelen ser variadas: aparición de sentimientos depresivos, temor a que las salidas impliquen comidas, ansiedad anticipatoria ante la comparación de su cuerpo con el de otras chicas (Toro, 2006).

BULIMIA NERVOSA

Etimológicamente el término “Bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey”. Esto refiere a una de las principales características diagnósticas de este trastorno: la presencia de los llamados “atracones” (López y Treasure, 2011). La BN es la presentación más común de los TCA considerando todos los grupos etáreos, después de los TANE. López y Treasure (2011), señalan que su prevalencia se ha estimado entre el 1 y 2 por ciento en mujeres jóvenes y su edad de aparición suele ser entre los 15 y 18 años. El cuadro nosológico de la BN se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes que van seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, tales como el vómito autoinducido, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, etc. Una de las principales diferencias con la AN

es que las adolescentes que presentan BN frecuentemente mantienen su peso sin cambios, dada la ineffectividad de los métodos purgativos. Los autores mencionan que la mayoría de las pacientes con BN está muy afectada y avergonzada por la pérdida de control sobre su ingesta, haciendo más fácil que se motiven a recibir ayuda. No obstante, el tiempo entre la aparición de los síntomas y la consulta es largo debido, a la posibilidad de mantener el trastorno en secreto y no provocar signos visibles para los otros.

De manera similar que en la AN, también se encuentra alterada la percepción de la forma y el peso corporales; la ingestión alimentaria excesiva va acompañada por la sensación de pérdida de control. Asimismo, la BN está caracterizada por un desorden persistente, asociado con complicaciones médicas y psicopatología comórbida, incluyendo desórdenes afectivos, desorden de ansiedad y abuso de sustancias (Rodríguez, 2008).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA BULIMIA NERVOSA

Los criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 2002, pp.250-251), para la BN son:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

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

*sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimentos (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se esté ingiriendo).

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

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

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

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nervosa.

TIPO PURGATIVO: Durante el episodio de BN, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

TIPO NO PURGATIVO: Durante el episodio de BN, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

El diagnóstico temprano o incluso el tardío de la BN puede resultar imposible. En efecto, atracones y vómitos, las manifestaciones más típicas, son siempre conductas privadas. Por consiguiente, o se sorprende a la persona practicando alguna de esas conductas o confiesa su existencia. Si no es así, la persona puede pasar mucho tiempo sufriendo un trastorno bulímico sin que tengan noción de ello incluso personas con las que convive diaria e íntimamente. Las alteraciones emocionales y conductuales que sufre con frecuencia el bulímico son muy inespecíficas y, por sí solas, no permiten ninguna aproximación diagnóstica (Toro, 2006, p.31).

SIGNOS BIOLÓGICOS

Según Toro (2006, p. 31), existen algunos cambios biológicos que se presentan en la BN y que sirven de pista en la existencia del trastorno. Pero los casos incipientes y de gravedad moderada pueden aparecer sin ninguno de esos signos. En los casos graves y de larga duración pueden observarse diferentes manifestaciones:

ALTERACIONES ORALES

Los vómitos dan lugar a problemas dentales frecuentes. El esmalte de la cara lingual suele erosionarse, lo que puede acompañarse de gingivitis. A veces, se observa alteración de las glándulas salivares en las mejillas.

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

Los vómitos crónicos pueden provocar disfunciones del cardias y esofagitis. El uso de laxantes altera el funcionamiento intestinal. Irónicamente, los laxantes no reducen calorías, puesto que la absorción se produce antes de que el alimento llegue al tramo del colón, en el que actúan los laxantes.

ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS

Los vómitos dan lugar a una pérdida importante de potasio, sodio y otros electrolitos. El riesgo aumenta con el consumo de laxantes y diuréticos. Un valor bajo de potasio puede producir debilidad muscular, pero también puede resultar asintomático. En tal caso, hay riesgo de padecer arritmias cardíacas o paro respiratorio, así como el riesgo de muerte súbita.

TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS (TANE)

Los TANE se ubican en una categoría residual que incluye los TCA que no cumplen todos los criterios para AN o BN. Estos trastornos forman los TCA más comunes entre las adolescentes. Su prevalencia estimada es de 3.06 por ciento entre las mujeres jóvenes. A diferencia de la AN o BN, los TANE reportan una creciente prevalencia en la última década. Las chicas que sufren este tipo de trastorno permanecen con ciclos menstruales regulares o en peso normal, algunos casos cumplen todos los criterios para la BN, pero la frecuencia de los atracones y/o purgas es menor dos veces a la semana. Este tipo de trastorno también incluye los casos en que las purgas o conductas compensatorias ocurren después de haber ingerido sólo una cantidad mínima de alimentos en una persona con peso normal; los casos en los que se mastica y devuelve gran parte de alimentos, y los casos que deben incurrir regularmente en atracones, pero sin utilizar conductas compensatorias inadecuadas (Trastorno por Atracón) (López y Treasure, 2011).

A manera de resumen, en este tipo de trastornos multidimensionales interactúan factores fisiológicos o biológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales (Barrote y Palomares, 2011; Kaplan y Sadock, 2001). Entre los factores causales más importantes se encuentran: la presión cultural hacia la mujer para mantener una figura esbelta; el deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto que compense la baja autoestima y el miedo a ser rechazada; estados emocionales negativos con presencia generalmente de ansiedad y depresión; estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; hábitos de alimentación y control de peso pobres impulsados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva; pensamientos

desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS NO ESPECIFICADOS (TANE)

La categoría de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. De acuerdo al DSM IV (APA, 2002, p. 564), algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

Los episodios de ingestión voraz se asocian con tres o más de los siguientes:

- Comer más rápido de lo normal.
- Comer hasta sentirse incómodamente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre.
- Comer a solas porque se siente vergüenza por la gran cantidad de comida ingerida.
- Sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o culpable, después de comer.
- Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
- El episodio ocurre por lo menos dos veces a la semana durante 6 meses.
- El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas y/o ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia o bulimia (Unikel y Caballero, 2010, p. 19).

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los estudios epidemiológicos de cualquier enfermedad no sólo permiten recoger información acerca de posibles factores etiológicos o de riesgo, sino también recopilar datos imprescindibles para la programación de una asistencia médica racional y eficaz. Los TCA, AN y BN, y cuadros afines o no especificados han alcanzado en los últimos 30 años una especial relevancia, constituyendo un proceso patológico mayoritariamente identificado en la población adolescente y juvenil. Tal relevancia se justifica por la aparente progresión de su prevalencia en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas, a esta progresión se le ha etiquetado ocasionalmente epidémica (Toro, 2000).

La prevalencia de los TCA a nivel mundial se calcula entre 0.3 y 2.2 por ciento para AN y 1-1.5 por ciento de BN. La incidencia se estima entre 8 y 12 por cada 100,000

habitantes; se observa una tendencia ascendente en la AN a partir de los años setenta y el mayor incremento se ha dado en las mujeres que tienen entre 15 y 24 años de edad (Unikel, et al., 2010).

En México, se han hecho pocas investigaciones sobre la prevalencia de los TCA. Medina- Mora, et al. (2003) analizaron datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica encontrando que la prevalencia de la Bulimia Nervosa era de un 1.8 por ciento en mujeres y de 0.6 por ciento en hombres, ante la ausencia de AN. Por otro lado, la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente llevada a cabo en el Distrito Federal reportó 0.2 por ciento de AN y 0.9 por ciento de BN en mujeres, en una muestra representativa de 3,005 adolescentes entre 12 y 19 años con hogar fijo (Benjet, et al., 2008; Unikel et al., 2010). Otros estudios se han enfocado en las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) en población estudiantil del Distrito Federal por medio de la encuesta de la prevalencia del Consumo de Drogas y alcohol. Entre los resultados obtenidos, predomina el hecho de que el 15 por ciento de las mujeres le preocupa engordar, 15 por ciento hace ejercicio para bajar de peso y 5 por ciento practica atracones (Unikel, et al., 2000). Así también, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición llevada a cabo en 2006, se obtuvo la prevalencia de las conductas alimentarias anormales, para lo cual se utilizó el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo (CBCAR) con dos puntos de corte: moderado y alto, en adolescentes entre 10 y 19 años de edad (n=25 166) en ambos sexos. Los resultados señalan que el .08 por ciento de los participantes se encontró en alto riesgo de desarrollar un TCA (0.4 por ciento hombres y 1.0 por ciento mujeres). La edad de mayor riesgo fue > 15 años en hombres y > a 13 años en mujeres (Barriguete, et al., 2009).

CAPÍTULO DOS

FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En el campo de la salud una parte importante del conocimiento logrado con relación a una problemática determinada está representado por los avances que se producen no sólo en su detección y tratamiento sino también en su predicción y prevención; de igual manera, este conocimiento se logra gracias a la participación de los factores facilitadores (de riesgo) y protectores de la enfermedad. En el área de los trastornos alimentarios, es necesario conocer aquellas condiciones que advierten el desarrollo de estas patologías. El siguiente capítulo tiene como objetivo definir lo que es un factor de riesgo. Su importancia en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) radica en que permiten impulsar programas preventivos con el objetivo de disminuir su incidencia y prevalencia en la población donde se busca optimizar la salud de las personas.

2.1 ¿QUÉ ES UN FACTOR DE RIESGO?

Gómez Peresmitré (2001) define como factor de riesgo (FR) aquello que incide negativamente en el estado del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o al desequilibrio del mismo; en la medida en que se vulnera al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. De esta manera se afirma que los factores de riesgo comparten relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que éstos están relacionados con distintos factores de riesgo y no sólo con uno. También diferencia entre un TCA y un FR. El primero conforma un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas cuantitativa y cualitativamente agrupados como criterios diagnósticos de Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) o Trastorno

de la Conducta no Especificados (TANE); mientras que los FR son aquellas manifestaciones o síntomas aislados que se presentan con menor magnitud y frecuencia, sin que se cumplan los criterios desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002; Mancilla et al., 2006).

En el estudio realizado por León, Gómez Peresmitré y Platas (2008), se define como factores de riesgo aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud y que incrementan la probabilidad de enfermar (Gómez Peresmitré, 1997). Asimismo, Hernández Guzmán & Sánchez Sosa (1996), señalan que los FR son aquellas condiciones ambientales y personales, que de alguna manera advierten problemas de funcionamiento personal; al actuar conjuntamente, estos factores representan el peligro de romper el equilibrio necesario para que se dé la salud, la adaptación y las competencias personales.

Existen diferentes factores que inciden para que una persona tenga un trastorno de alimentación, pero ninguno de ellos es suficiente. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Crispo, Figueroa y Guelar (1998) adaptaron un modelo de clasificación propuesto por Garner y Garfinkel (1980); el siguiente cuadro explica estos factores:

I. Factores Predisponentes	II. Factores Precipitantes	III. Factores Perpetuantes
-Socioculturales	-Estresores	-Atracones y purgas
	-Actitudes anormales con peso y figura	-Secuelas fisiológicas y psicológicas
-Familiares		
-Individuales	-dietas extremas y pérdida de peso	

Fuente: Crispo, Figueroa & Guelar (1998, p. 31).

Los factores predisponentes tales como el contexto sociocultural o las características individuales de la persona o de su familia, pueden acelerar más fácilmente la idea de dedicarse al culto de la figura o al control del peso corporal. En este rubro las personas presentan problemas con la autonomía, déficit en la autoestima, una tendencia hacia el perfeccionismo y miedo a madurar. Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales; un evento estresante precipita el problema, pero, la perpetuación del trastorno (además de lo que pudo haberlo favorecido en un comienzo y más allá de eso) está fuertemente relacionado con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo (Crispo, et al., 1998).

Gómez Peresmitré (1999) señala que los FR que inciden para el desarrollo de un TCA se dividen en cuatro grandes grupos: a) imagen corporal, b) conducta alimentaria, c) desarrollo puberal madurativo y d) prácticas compensatorias. Saucedo, Peña, Fernández, García y Jiménez (2010) mencionan que otros factores de riesgo a considerar son los factores socioculturales y el Índice de Masa Corporal (IMC) alto (sobrepeso u obesidad).

2.2 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IMAGEN CORPORAL

A través de la historia de la humanidad, cada cultura se ha caracterizado por patrones de belleza: al aspecto físico se le atribuye el éxito personal, aceptación social e incluso el valor de la persona. Actualmente, las cosas no han cambiado, los individuos siguen siendo calificados por su aspecto físico. Por el momento, el estereotipo corporal sobresale en la delgadez extrema en las mujeres y la corpulencia por musculatura en los hombres y por supuesto, que son estereotipos promovidos por la industria y los medios de comunicación de manera exagerada (Saucedo et al., 2010). La figura corporal real se aleja mucho de los modelos estéticos dominantes y por ende, se ha propiciado malestar con la imagen corporal entendida como la molestia o incomodidad que se experimenta con respecto a ella, y que su origen se basa en los mensajes, imágenes y comentarios emitidos por los medios de comunicación.

En el área de la Psicología Social, se ha documentado que la percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos, tales como género, clase social, atractivo o apariencia física, entre otros. Sin embargo, lo más importante es que la autopercepción sufre las mismas influencias sociales no sólo de la familia sino también de los medios que difunden, transmiten y refuerzan la imagen valorada por la sociedad (Gómez Peresmitré, 1999).

La imagen corporal es una de las dimensiones más estudiadas en el campo de los TCA. Los factores como la insatisfacción corporal; alteración (sobreestimación/subestimación), preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real, ideal e

imaginaria; peso deseado; atractivo ligado a la delgadez, son relevantes en el estudio. Dentro de los factores asociados en este campo, son la alteración de la imagen corporal que se relaciona significativamente con conductas dirigidas al control de peso, esto es, dieta restringida y en general conducta alimentaria anómala y que por la evidencia empírica son predictores de los TCA (Gómez Peresmitré, 1999).

El nivel o grado de satisfacción-insatisfacción, es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como FR para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. La otra dimensión igualmente estudiada es la distorsión de la imagen corporal. Para valorar estas variables se han seguido diferentes procedimientos, entre ellos el uso de figuras desde muy delgadas hasta muy gruesas, donde la tarea de los sujetos es escoger aquella que se le parezca (figura actual) y la que le gustaría tener (figura ideal). Los hallazgos señalan que las mujeres de población comunitaria con patrones alimentarios anormales (comedoras restrictivas) y con desórdenes alimentarios (BN) califican su figura ideal como más delgada que su figura actual (Gómez Peresmitré, 2001).

Gómez Peresmitré (1999) realizó un estudio para conocer si entre las niñas de nueve a trece años, se presentaban FR (para el desarrollo de los trastornos de la alimentación) asociados con la imagen corporal. Los hallazgos cobran relevancia al mencionar que prácticamente en la mayoría de la muestra está presente una figura delgada como estereotipo social de la cultura de la delgadez (centrado en la idea que un cuerpo delgado es el determinante atractivo de la mujer); y aunque la aceptación de dicho estereotipo es generalizado, un análisis más preciso mostró que a partir de esta misma edad (once a trece años), las niñas consideraban como más atractivas a las personas delgadas y que es en este mismo grupo etario donde hay un alto porcentaje de seguimiento de dieta relacionada con

el control de peso. La autora señala que con respecto al efecto de alteración de la imagen corporal, las personas delgadas y muy delgadas sobreestiman su imagen corporal, mientras que las personas con sobrepeso y obesidad suelen subestimar su tamaño corporal.

Saucedo y colaboradores (2010) realizaron un estudio con estudiantes universitarios (de 17 a 23 años de edad), con el objetivo de identificar los FR asociados con los TCA; dentro de los FR se encuentra la imagen corporal. En sus resultados reportan que un 77 por ciento del grupo de mujeres está insatisfecha con su imagen corporal, y de este porcentaje 18 por ciento quieren ser más robustas, mientras que el 59 por ciento quieren ser más delgadas. En los varones, el 81 por ciento manifestaron insatisfacción con su imagen corporal, 35 por ciento quieren ser más robustos y el 45 por ciento desean ser más delgados. Estos autores también reportan que a pesar de que más del 60 por ciento de su muestra estudiada está en la categoría de peso normal, se sigue comprobando a semejanza de otros trabajos mexicanos, que un alto porcentaje de adolescentes y adultos jóvenes están insatisfechos con su imagen corporal (78 por ciento), identificándose una tendencia preferente por la delgadez tanto en mujeres (59 por ciento) como en hombres (45 por ciento), que en la actualidad se considera como la figura corporal ideal. Asimismo, los estudiantes con sobrepeso y obesidad fueron los más insatisfechos con su imagen corporal en el sentido de querer estar más delgados; sin embargo, se resalta que el 42 por ciento de los participantes con peso normal, y 27 por ciento con bajo peso quieren ser más delgados. Un último hallazgo de este estudio, y que está relacionado con una de las correlaciones más altas y estadísticamente significativas obtenida por sexo, es la conducta alimentaria compulsiva y la dieta crónica y restringida. Esto, de acuerdo con los autores, hace pensar que cuando los universitarios comen de manera compulsiva los hace sentir culpables y

recurrirán a una dieta restringida, reforzando la idea difundida ampliamente en la actualidad, de que hacer dieta es la manera más económica, inocua, fácil y rápida de bajar de peso y alcanzar la figura corporal deseada. Además, esta idea particularmente entre los jóvenes y adolescentes, se está convirtiendo en el estilo normal de alimentarse.

Aceves, García y González (2011) señalan que la distorsión de la imagen corporal (como lo muestran otros estudios) ha demostrado que afecta principalmente al sexo femenino, que por motivos de índole comercial constituyen el centro en la promoción de una imagen corporal ideal, creando un culto a la delgadez. De acuerdo con Ramos, Rivera y Moreno (2010) las diferencias de sexo comentadas no sólo tienen importancia en la valoración de la imagen corporal que realizan los adolescentes, sino también en las conductas que los jóvenes llevan a cabo para controlar su peso, concretamente el hacer dieta para adelgazar es más frecuente en las chicas (15 por ciento) en comparación con los chicos (10 por ciento), así como el hecho de no hacer dieta, pero creen que deberían perder algo de peso.

Aceves et al. (2011) opinan que actualmente la imagen corporal constituye la base de muchos estudios desde el punto de vista sociológico, en virtud de que la percepción de la misma es uno de los factores de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria. Dichos trastornos ya no constituyen solamente un problema de salud pública en los países desarrollados, sino también en aquéllos donde su perfil de salud está caracterizado por altos niveles de pobreza.

2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dentro de los factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria se encuentra el seguimiento de dieta restringida, los atracones, la conducta alimentaria compulsiva; los hábitos alimentarios inadecuados, los ayunos, el consumo de productos *light* y la evitación de algunos tiempos de comida (desayuno, comida o cena). La aparición de conductas alimentarias de riesgo posibilita la identificación de desarrollar un Trastorno de la Conducta Alimentaria. Las Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) incluyen dietas restringidas (que pueden variar desde evitar alguno de los alimentos principales del día, hasta consumir solamente 500 calorías al día), atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados y ayunos.

Saucedo et al. (2010), reportan que la prevalencia de las CAR es mayor comparada con la de los trastornos alimentarios. De acuerdo con el estudio de Unikel, Bojórquez y Carreño (2004) en México existen reportes que señalan que del 5 al 18 por ciento de las mujeres adolescentes estudiantes universitarias y de bachillerato presentaron alguna CAR asociada a los TCA. En otra investigación sobre las tendencias de CAR en población estudiantil del Distrito Federal comparando los años 1997, 2000 y 2003, se observó un incremento general de las CAR en mujeres y hombres, en la proporción de estudiantes que reportan tres o más conductas de riesgo y mayor vulnerabilidad en las mujeres que en los hombres (Saucedo et al., 2010; Unikel, Bojórquez, Villatoro, Fleiz y Medina-Mora, 2006).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Olaiz- Fernández et al., 2006) reporta algunas CAR en adolescentes y jóvenes, en donde el 18 por ciento reconoció que tres meses antes de la encuesta les preocupó engordar, consumir demasiados alimentos o bien

perdieron el control para comer; incluso, el 3 por ciento practicó dietas, ayunos y ejercicio excesivo con el objetivo de bajar de peso. Se confirmó que las mujeres se ven afectadas en mayor proporción, sobre todo aquellas de 16 a 19 años.

De la Vega y Gómez Peresmitré (2012) reportan que las jóvenes que utilizan una dieta restringida son más propensas a desarrollar trastornos de la alimentación, ya que la restricción calórica o la práctica de ayunos provocan un aumento en el apetito que puede desembocar en atracones. Asimismo, dicha privación conduce a un descontrol alimentario a través de ciertos eventos desinhibidores, tales como la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos hipercalóricos, el consumo de alcohol o un estado de ánimo negativo. Las reglas dietéticas extremas que se autoimponen los dietantes son imposibles de cumplir, particularmente en los periodos de estrés.

Diversos autores (Gómez Peresmitré, 1997, Gómez Peresmitré, 1998; Hernández, Alves, Arroyo y Basabe, 2012; Lameiras, Calado, Rodríguez, & Fernández, 2003; Mancilla et al., 2010) señalan que el seguimiento de hábitos dietéticos están influenciados por la presión social a los que se someten los jóvenes, en especial las mujeres. Dicha presión caracterizada por la imposición de un modelo estético de extrema delgadez, contribuye a aumentar la preocupación por el peso corporal y a adquirir conductas con el objetivo de perder peso y/o modificar el cuerpo.

Por su parte, Facchini (2006) menciona que así como los niños internalizan en la interacción con sus otros significativos, su cuerpo y sus diferentes partes, como gustadas o no, aceptadas o rechazadas a través de las palabras y la comunicación no verbal, gestos, actitudes, etc., de igual manera, se internalizan los ideales impuestos socialmente como

deseables; una vez que la delgadez se reconoce como el estándar social para la apariencia, ésta se internaliza.

La fisura actual entre el ideal y la percepción que la persona tiene de sí mismo determinará el grado de satisfacción con el propio cuerpo. De acuerdo con algunos autores (Gómez Peresmitré, Saucedo, Unikel, 2001; Vázquez et al., 2005) uno de los puntos clave en cuanto a prevención de los trastornos de la alimentación sería la internalización del ideal de delgadez, ya que ésta ocurre tempranamente en la cadena de eventos (internalización del ideal de delgadez, insatisfacción, dieta restringida, etc.). Las niñas aprenden a una corta edad que las mujeres restringen su alimentación con tal de alcanzar la figura ideal y hablan de dietas, que a menudo se sienten gordas e insatisfechas con sus cuerpos, a esto se agregan los comentarios provenientes del entorno. De acuerdo con Vázquez et al. (2005) la dieta restrictiva es un antecedente importante del atracón, que trae como consecuencia el aumento de peso por lo que las chicas se alejan cada vez más de su ideal de delgadez, modificando sus patrones alimentarios y aumentando la frecuencia de conductas inadecuadas (López, 2005; Polivy y Herman, 1985). En este sentido, las investigaciones muestran que las mujeres expresan mayor insatisfacción con su físico, y empiezan a documentar que los hombres también desearían pesar menos, tienen miedo a ganar peso y recurren a la dieta restrictiva aunque con menor frecuencia que las mujeres (Lameiras et al., 2003; Vázquez et al., 2005).

En países de primer mundo, el seguimiento de dietas restringidas se ha convertido en una norma. Así, el realizar dietas con el propósito de bajar de peso, se ha convertido en una práctica sobresaliente, promovida, aceptada y reforzada por la sociedad. Es por eso que cada vez más personas se involucran en estas prácticas sin consultar un profesional de la

salud, pasando por alto los riesgos a la salud a los que se exponen (León et al., 2008). También, en países en desarrollo como es el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas ha tomado cierta popularidad y de acuerdo a la literatura se observa que los patrones alimentarios restrictivos han aumentado aceptándose como una conducta normal. Además, en mujeres adolescentes de 11 años se han documentado los más altos porcentajes de factores de riesgo asociados con la imagen corporal y seguimiento de dieta restringida, en comparación con adolescentes de distintos grupos etarios (León et al., 2008).

Diversos estudios concuerdan que entre las causas que provocan el creciente aumento de dietas así como de su popularidad, destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, que está asociada, hasta cierto punto, erróneamente con la belleza, la salud y el autocontrol (De la Vega, 2011; Gómez Peresmitré et al., 2001). Cabe destacar que es la mujer, la adolescente o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres hombres por la presión social. Se ha encontrado que las mujeres a diferencia de los hombres se someten a dieta, desarrollan desórdenes del comer y en mayor medida se someten a intervenciones quirúrgicas como cirugías plásticas y liposucciones, entre otras, no sólo dolorosas sino también altamente riesgosas para la vida misma (Gómez Peresmitré, 1999).

Los investigadores del tema señalan que desear una figura o un cuerpo delgado (insatisfacción corporal) independientemente del peso real, autoperibirse con sobrepeso, considerarse obesa, gruesa, gorda, considerar que una figura delgada está ligada con esbeltez y preocuparse por el peso corporal (temor, miedo a llegar a ser obesa) puede conducir a una restricción de la ingesta alimentaria y como ya se reportó anteriormente, para algunos investigadores constituye ya el antecedente inmediato que dispara el

desarrollo de desórdenes de la alimentación (Polivy y Herman, 1985; Gómez Peresmitré, 1999).

2.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LAS PRÁCTICAS COMPENSATORIAS

Los FR asociados con las prácticas compensatorias son el ejercicio excesivo (diez horas o más por semana) y el uso de algunos productos con el propósito de control de peso, tales como: inhibidores del hambre, laxantes, diuréticos y el consumo excesivo de agua (más de dos litros de agua al día) y fibra (Gómez Peresmitré, 2001; De la Vega, 2011).

Los patrones de alimentación cambian a lo largo de la vida del individuo, no sólo los requerimientos energéticos, sino también los múltiples significados que puede adquirir el alimento; es decir, que el alimento y la nutrición va más allá de una necesidad fisiológica, dado que incluye connotaciones emocionales, sociales, culturales y económicos. La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de intenso crecimiento y desarrollo, y conlleva la diferenciación de la composición corporal entre ambos sexos que ocasiona aumento en las demandas de energías y nutrientes superior a las de las restantes etapas de la vida (Neumark-Sztainer, 2006; Pérez-Llamas y Zamora, 2002; Vázquez, Ruíz, Mancilla y Álvarez, 2008). Sin embargo, a esta edad se tiene poca conciencia de la importancia de alimentarse bien; los jóvenes consideran que una comida adecuada debería ser rápida y simple de preparar; los adolescentes dejan de lado el consumo de alimentos básicos como frutas y verduras, se saltan el desayuno frecuentemente y aumentan el consumo de comida rápida y bebidas refrescantes, los cuales se asocian con el aumento de

deseo de igualar ideales corporales, sometiéndose comúnmente a dietas restrictivas como método para reducir el peso corporal (Vázquez et al., 2008).

La mayoría de los estudios de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se han enfocado en evaluar a la población femenina encontrando que los hábitos alimentarios de las adolescentes están influenciados por su vida social y la satisfacción con su cuerpo. Según Vázquez et al. (2008), las mujeres socialmente independientes presentan menos consumo de desayuno y comidas con la familia y tienen mayor consumo de aperitivos, chocolate y bebidas *light*. Por su parte, las chicas insatisfechas con su peso hacen dieta, ejercicio y consumen más vegetales verdes y pan tostado, presentando un bajo consumo de energía, a diferencia de las chicas satisfechas (Barker, Robinson, Wilman y Barker, 2000).

Tomando en cuenta que el actual modelo de cuerpo ideal es inaccesible para la gran mayoría de las mujeres e incompatible con una buena salud, una dieta aparentemente inocente puede hacer ingresar a la persona con cierta predisposición, en la peligrosa pendiente de la AN. Cuanto más tiempo transcurre, más difícil es detenerse y mayor es la probabilidad de que queden secuelas irreversibles (Iñarritu, Licea y Álvarez, 2004).

En estudios que comparan a adolescentes hombres y mujeres, se ha encontrado que los hombres relacionan su consumo de alimento meramente con su intención de satisfacer su hambre, en que la cantidad sea suficiente pero sin señalar un alimento en particular; por su parte, las mujeres además de comer por hambre, utilizan su alimentación como una forma de reunión social; se preocupan porque la cantidad de alimento puede arruinar su apariencia corporal y cuidan de verse esbeltas y saludables y esto se debe a que asocian la delgadez con éxito (Vázquez et al., 2008; Wesslén, Abrahamsson y Fiellström, 1999). Así

también, se ha demostrado que estas ideas sobrevaloradas sobre el peso corporal y figura contribuyen considerablemente a la presencia de alteraciones alimentarias como atracón, vómito y uso de diuréticos (Vázquez et al., 2008; Wade y Lowes, 2002).

2.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO PUBERAL/MADURATIVO

La pubertad es un periodo de rápido crecimiento físico y de cambio psicológico, ésta se ha visto como una posible fuente de actitudes hacia la IC que pueden contribuir a la percepción global del individuo, por lo que si en esta etapa tanto hombres como mujeres no logran la maduración sexual en el tiempo esperado o bien logran una maduración temprana, pueden presentar un marcado interés o involucrarse de forma activa en dietas para el control del peso que conlleve al desarrollo de un TCA (De la Vega, 2011). Entre los factores de riesgo asociados de tipo puberal/madurativo se encuentran el peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz/ tardía y amenorrea (Gómez Peresmitré et al., 2001).

La menstruación irregular o amenorrea ha sido un factor de interés en el estudio de los TCA debido a que se ha documentado que las anoréxicas muestran una evolución trifásica en el trastorno. Comienzan una primera fase de desorden alimentario y pérdida progresiva de peso, en la que no siempre hay amenorrea; una segunda fase, de inanición con pérdida de peso del 15-25 por ciento de la norma, graves trastornos metabólicos, endocrinos y psicológicos, en la que siempre hay amenorrea, y por ende, la paciente puede morir de diversas complicaciones; y una tercera fase, de recuperación de peso, raramente por encima del 90 por ciento del peso ideal, en la que la menstruación se restablece en el 70 por ciento de casos (Salvatierra, 1999).

Buñuel y Cuestas (2008) realizaron un estudio transversal con adolescentes mujeres que se inducían el vómito con el objetivo de perder peso donde encontraron que las chicas que se provocaban el vómito una vez al mes eran propensas a manifestar menstruación irregular mientras que las jóvenes que se inducían el vómito tres veces por semana o más, la probabilidad de presentar menstruación irregular aumentaba. Lo que se concluye, es que la autoinducción de vómitos para controlar el peso corporal constituye un fuerte predictor de irregularidad menstrual aún en jóvenes con peso normal.

Pineda, Platas y Gómez Peresmitré (2000) encontraron que la menarca temprana puede ser un factor de riesgo relacionado con la insatisfacción corporal. No obstante, en un estudio prospectivo de factores de riesgo se evaluó si la menarca temprana predecía la aparición de la insatisfacción con la imagen corporal; ésta último, como ya se mencionó anteriormente, es un factor de riesgo confirmado como fundamental en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Stice, Pressnell y Bearman (2001); Stice (2002) mencionan que la menarca temprana no es un factor predictivo en la insatisfacción con la imagen corporal ni en la aparición de trastornos alimentarios. Stice (2002) concluye también, que la adolescencia es una etapa de alta frecuencia de inicio de BN, confirmándose el hecho de que es una etapa de riesgo para que las mujeres presenten el inicio de un trastorno alimentario.

2.6 FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores relacionados con el culto al cuerpo, influyente en el bienestar de los jóvenes, no parecen haberse delimitado bien. El concepto del bienestar integra diferentes ámbitos que mezclan la influencia de la familia, los amigos, así como otras influencias de

tipo mediático como lo son la información, las imágenes de moda y la publicidad. Carrillo Sánchez y Jiménez (2011) consideran junto con las opiniones de diferentes autores, que las influencias personales y socioculturales, relacionadas con el culto al cuerpo, que pueden actuar en el bienestar de los jóvenes se pueden agrupar en distintos elementos: factores personales, factores familiares, factores de influencia social directa (como los amigos y la pareja) y los factores de influencia social indirecta (medios de comunicación e imágenes de moda).

La extensión de la cultura audiovisual ha desencadenado la alarma frente a la influencia de los medios como transmisores de valores que producen carencia de bienestar social en la juventud y que ejercen un fuerte impacto en su desarrollo social, emocional y cognitivo (Bickham y Rich, 2006; Carrillo et al., 2011; Giles y Maltby, 2004; Zimmerman y Christakis, 2005).

Según Carrillo et al. (2011) los medios parecen representar un factor influyente en los valores estéticos adoptados por la sociedad y en el canon de belleza aceptado. Algunos autores como Botta (1999) señalan que los jóvenes son más vulnerables a los mensajes de los medios que promueven o muestran la delgadez como un ideal, ya que buscan datos que les ayuden a formar su identidad. Botta (1999) concluye que la mayoría de los jóvenes no realiza la mínima crítica de lo que ven y cuando lo hacen, el efecto es contrario al esperado, ya que cuestionar los cuerpos perfectos de los personajes de los medios no les protege, todo lo contrario, puede recordarles que deben vivir de acuerdo a este ideal de delgadez.

La publicidad también ha sido un factor de importancia como vínculo transmisor de estereotipos de culto al cuerpo y muchas de las imágenes que se consideran cercanas al

ideal de delgadez están vinculadas a la publicidad (Carrillo et al., 2011; Frith, Shaw y Cheng, 2005).

Los factores socioculturales pueden influir en la realidad de jóvenes susceptibles a consideraciones estéticas, sobre todo mujeres. En esta línea, varios autores (Botta, 1999; Harrison, 2000; Myers & Biocca, 1992; Park, 2005) señalan que el contexto sociocultural es un factor que ejerce gran influencia a la hora de percibir el propio cuerpo.

Alegret, Comellas, Front y Funes (2005) definen el culto al cuerpo, cuando el interés por la imagen es tan prioritario, que lleva a tomar decisiones que afectan al sujeto en su conducta para lograr resultados más allá de lo que podría ser natural. En esta línea, parece claro que se vincule el culto al cuerpo con la imagen corporal (Cash y Pruzinsky, 1990).

Por otro lado, la teoría de la comparación social da cuenta de que no todas las mujeres que se exponen a medios desarrollan insatisfacción con su cuerpo, sino que hay mujeres que ponen su objetivo en la delgadez ideal y encuentran un refuerzo en las imágenes de los medios (Botta, 1999; Carrillo et al., 2011).

Por otra parte, el cuerpo masculino también ha adquirido un valor comercial ya que ha aumentado a lo largo del tiempo. Aun así, el culto al cuerpo parece ser todavía un aspecto más femenino que masculino, entonces, se puede decir, que la influencia de los factores de culto al cuerpo en el bienestar personal es diferente en hombres y mujeres.

Cabe resaltar que en la actualidad, el mundo de la moda, las modelos y la industria adelgazante han ido adquiriendo progresivamente más fuerza e influencia. Sin embargo, la tendencia del modelo corporal ha promovido delgadez pero al mismo tiempo

voluminosidad pectoral, lo que constituye una gran dificultad para conseguir esta figura (Rodríguez, 2008; Turón, 2000). El contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. El ideal de belleza ha ido cambiando en diferentes épocas de la humanidad. En estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso: cuanto menos kilos más logros (Crispo et al., 1998).

CAPÍTULO TRES

ADOLESCENCIA

3.1 EL CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Las diferencias étnicas, culturales, de género, socioeconómicas, de edad, de los estilos de vida etc., influyen en el desarrollo vital de cada adolescente. Por tanto, surgen distintas imágenes de la adolescencia que dependen del grupo concreto de adolescentes que se describa (Santrock, 2004). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), señala que definir la adolescencia es complicado pues se sabe que dependiendo de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, obedece la manera en que cada individuo experimenta este periodo de la vida.

La palabra adolescencia proviene del latín *adolescere* que significa crecer hacia o llegar a la madurez. Es una etapa de evaluación, de toma de decisiones, de compromiso, de búsqueda de un espacio y de identidad en el mundo (García, 2007; Santrock, 2004). Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como la etapa crítica en el desarrollo del ser humano, pues, es aquí en la que el joven define su personalidad, su identidad sexual y los papeles que desempeñará en la sociedad, así como también empieza a pensar el proyecto o plan de vida que en un futuro llevará a cabo (García, 2007).

Papalia, Wendkos y Duskin (2001) refieren que la adolescencia es un periodo de transición entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta. En ella ocurren cambios biológicos, sociales y psicológicos, los cuales generan una sensación de dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de los y las adolescentes supera con éxito. Asimismo, estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica,

coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan. Además, es una etapa en la que los jóvenes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, intentan saber quiénes son y hacia dónde se dirige su vida y no sólo tratan de comprenderse, sino también califican sus atributos, confirmando su autoestima y el autoconcepto (Mora, 2008). En términos de desarrollo físico, la adolescencia puede ser descrita como el periodo de la vida a partir de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y que termina con el cese del crecimiento somático. La adolescencia es, en efecto, un proceso biopsicosocial que puede empezar antes del inicio de la pubertad, los eventos y problemas que surgen durante este periodo son a menudo desconcertantes tanto para los padres, los profesionales de la salud y los adolescentes (Radzik, Sherer, & Neinstein, 2007).

3.2 LA ADOLESCENCIA COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

En mayor o menor medida, el hombre ha comprendido y estimado siempre la importancia de la adolescencia. En los “pueblos primitivos” y “salvajes”, los ritos que acompañaban la iniciación de la pubertad eran casi universales. Los hombres de la tribu se dividían en cuatro grupos: los niños que no habían alcanzado la pubertad y vivían con las mujeres y las niñas; los jóvenes, los adultos, con deberes y responsabilidades y; los ancianos (los sabios) que dirigían los asuntos de la tribu. Entre algunos “pueblos primitivos”, el niño, al llegar a la pubertad se involucraba en los secretos, leyes, costumbres y ritos de la tribu; más tarde se casaba y se convertía en hombre maduro. Los ritos de iniciación eran muy impresionantes, y a menudo duraban varios meses. Esta iniciación comprendía frecuentemente pruebas difíciles o dolorosas mutilaciones. Así, entre algunos australianos, el novicio perdía uno o varios dientes, aun cuando se necesitaran varios golpes para arrancarlos. Los ritos de iniciación en ciertas tribus de indios norteamericanos se

caracterizaban por apaleos, semanas de confinamiento con alimentación escasa y repugnante, entre los cuales eran comunes también ritos severos y penosos para las núbiles. La niña solía estar aislada en una habitación durante uno, seis y más meses, y sólo se le permitía salir acompañada de su madre, después de entrada la noche (Ramos, 2009).

(Brooks, 1959, citado en Ramos, 2009) muestra un repaso histórico general desde el periodo de la Antigüedad, un interés por el paso de la infancia a la edad adulta, concibiéndola como el momento en el que se accede a la razón, pero también se le concebía como la época de las pasiones y de las turbulencias. En el Imperio Romano, la confirmación de la pubertad implicaba el reconocimiento de la capacidad civil. El muchacho de catorce años vestía la *toga virilis*. En los días de caballería, el niño servía como paje en compañía de las mujeres pero a la edad de catorce años, se le llamaba caballero y se reunía con los hombres (Ramos, 2009). Posteriormente, en la Edad Media, el crecimiento físico de un niño o de una niña era considerado como el crecimiento gradual de una criatura de Dios, implicando tan sólo una transformación cuantitativa no cualitativa por lo que el joven era considerado un adulto en miniatura. Sin embargo, en el Renacimiento ya se encuentran nuevas formas de concebir el desarrollo humano y se plantea la necesidad de establecer programas escolares en relación con la evolución de las facultades de la persona. Ya en la Revolución Industrial, la adolescencia se concibe como una etapa concreta del desarrollo evolutivo, ya que la industrialización plantea la necesidad de una mayor tecnificación de los procesos productivos y la consiguiente creación de escuelas por niveles, para así mejorar la preparación de las futuras personas trabajadoras.

3.3 EL PROCESO DE ADOLESCENCIA

Es importante tomar en cuenta que ninguna línea de desarrollo psicosocial puede describir adecuadamente a todos los adolescentes. Cada adolescente responde a las oportunidades y demandas de la vida de una manera única y personal. Además, los adolescentes deben enfrentar sus propios retos que surgen de sus comportamientos de alto riesgo, así como los numerosos factores sociales que afectan sus vidas. Además, la transición de la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo, sincronizado, uniforme. En efecto, el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual puede ser totalmente asincrónico (Steinberg, 2004).

De acuerdo con Radzik et al., (2007, p. 27) la adolescencia puede dividirse en tres fases de desarrollo psicosocial:

- 1) Adolescencia temprana: caracterizada de los 10 a los 13 años. Existe un rápido crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La imagen corporal, el autoconcepto y la autoestima fluctúan dramáticamente. Surgen preocupaciones acerca de cómo el crecimiento y el desarrollo difieren del de los pares: principalmente, estatura en los varones y menarca en las mujeres, las metas son vagas e irreales.
- 2) Adolescencia media: aproximadamente de los 14 a los 16 años. Los cambios emocionales son frecuentes. Los jóvenes se sienten más cómodos con sus cuerpos. No se preocupan por temas como la anticoncepción ni el embarazo porque creen que no les va a suceder. La influencia de los pares participa en la identificación, el

comportamiento, las actividades y la moda, al tiempo que proporcionan apoyo emocional, intimidad, empatía y comparten culpa y ansiedad por la autonomía.

- 3) Adolescencia tardía: de los 17 a los 21 años. Las relaciones sociales cambian del grupo de pares a las individuales. Las citas son más íntimas. Se establece una autonomía respecto a los padres. Sus pensamientos giran en torno a su futuro, acciones y carreras. Se caracteriza por ser un periodo de idealismo.

3.4 DESARROLLO FÍSICO.

Durante la adolescencia ocurre una vertiginosa sucesión de cambios biológicos, influenciados por factores genéticos, socioeconómicos, nutricionales o por eventos vitales (Ramos, 2009). La maduración física comprende la maduración sexual y la transición a la fase reproductiva de la vida. El hecho de que la adolescencia empiece cada vez más tempranamente es debido a lo que se conoce como tendencia secular del desarrollo que muestra cómo los niños y las niñas de nuestros días, comparados con generaciones anteriores, comienzan el desarrollo puberal de forma más temprana y adquieren antes su apariencia adulta y la madurez sexual (Herman-Giddens, Wang y Koch, 2001; Ramos, 2009).

Al respecto, Archibal, Graber y Brooks-Gunn (2003) señalan que el factor causal más claramente asociado a este adelanto físico es la mejora general de las condiciones de vida (por ejemplo, una alimentación más adecuada, mejores condiciones de higiene y de atención sanitaria, etc.), aunque en determinadas circunstancias, otros factores sociales, como el estrés de las relaciones familiares, parece que también tiene una relación con el adelanto en la edad de desarrollo. Además, de este adelanto estrictamente fisiológico habría

que añadir otro vínculo a las prácticas educativas y a la socialización de los preadolescentes, que también estaría contribuyendo a la precocidad en la aparición de un estilo comportamental típico de la adolescencia. En nuestra cultura, no sólo cuestiones fisiológicas están contribuyendo a que la adolescencia esté adelantando su inicio sino también la familia y el mercado (Ramos, 2009).

- **CARACTERES SEXUALES**

En la adolescencia participan caracteres sexuales primarios y secundarios. Cuando se habla de caracteres sexuales primarios, se hace referencia a los órganos necesarios para la reproducción. En el caso de las chicas, los caracteres sexuales primarios son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina; mientras que para los hombres son el pene, los testículos, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática. Por otro lado, los caracteres sexuales secundarios son señales fisiológicas no directamente vinculadas a los órganos sexuales (Papalia et al., 2001).

En el siguiente cuadro se presentan las características femeninas y masculinas presentes durante la adolescencia.

CARACTERÍSTICAS FEMENINAS	CARACTERÍSTICAS MASCULINAS
Crecimiento de los senos, del vello púbico y del vello axilar.	Crecimiento de los testículos, del vello púbico, facial y vello axilar.
Menarca, ensanchamiento de la pelvis, y la acumulación de grasa a la altura de la pelvis, las caderas y los muslos.	Crecimiento del pene, de la glándula prostática y de la vesícula seminal.

Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (aparición del acné).	Primera eyaculación de semen.
El olor del cuerpo se modifica. Crecimiento corporal	Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (aparición del acné).
Los labios exteriores crecen, los labios interiores adquieren un aspecto irregular y pigmentado.	Cambio de la voz. Crecimiento corporal.
El clítoris aumenta de tamaño, se vuelve sensible y excitable. También, la mucosa vaginal adquiere un tono rosado, aumenta su tamaño y se vuelve más húmeda.	Con el alargamiento de las clavículas, se ensanchan los hombros y se conforma su espalda.

Fuentes: Papalia, Wendkos y Duskin (2001); Braconnier, (2003).

3.5 EL PAPEL DE LAS DIFERENTES HORMONAS EN LA PUBERTAD.

En las mujeres, los estrógenos desempeñan un importante papel durante la pubertad, pues determinan los ciclos menstruales y la transformación de los órganos genitales, el desarrollo de los senos y del vello en presencia de hormonas masculinas que existen en la mujer. Junto con la hormona del crecimiento y la insulina, los estrógenos participan en la aceleración y posteriormente, en el crecimiento de los huesos largos. Finalmente, los estrógenos son responsables de la distribución de la grasa en la parte inferior del cuerpo,

por lo tanto, gracias a ellos la silueta de la niña se va haciendo más femenina (Braconnier, 2003).

En el sexo masculino, los andrógenos también intervienen en el crecimiento corporal y favorecen el desarrollo del pene y del escroto, del vello púbico y axilar, del cambio de la voz y la distribución de los tejidos óseos y grasa muscular. La Hormona Luteinizante (LH) controla, la producción de testosterona mientras que la hormona Folículo Estimulante (FSH) en conjunto con la testosterona intratesticular, estimula a los túbulos seminíferos para producir esperma. De esta forma, la LH y FSH son necesarias para la espermatogénesis normal, mientras que la producción de testosterona requiere sólo la presencia de LH (Mansilla, 2000).

3.6 DESARROLLO COGNOSCITIVO.

Durante la adolescencia, no sólo se manifiestan cambios a nivel físico sino también a nivel cognoscitivo, por ende, en la modificación cerebral también. Estos cambios importantes a nivel cerebral y cognitivo permiten un razonamiento más abstracto. Se ha observado que a lo largo de esta etapa, especialmente al final, las conexiones neurales se refinan, se sustituyen o bien, desaparecen, lo que permite obtener el pico máximo de proliferación de conexiones neurales correspondientes al área prefrontal, encargada de las funciones cognitivas superiores (razonamiento y autorregulación) (Ruvalcaba & Gutiérrez, 2007; Santrock, 2004).

El patrón de formación y maduración de las diversas áreas cerebrales depende del sexo, ya que todas las células del cerebro o llevan el par de cromosomas XX o el par XY. Asimismo, el tamaño de estas áreas cerebrales es diferente en el tiempo de gestación. En

los primeros años de la juventud, esta onda de maduración alcanza las áreas frontales que controlan y aúnan lo afectivo y lo cognitivo. El cerebro alcanza su máximo tamaño al final de la infancia. Después, permanece constante pero cambia su estructura (Santrock, 2004).

La adolescencia es un momento crucial para la maduración de la personalidad, ya que el cerebro se reordena, unas áreas crecen, otras se reducen mediante una especie de poda de las ramificaciones que elimina lo superfluo, y otras se reorganizan. Se modelan las conexiones entre neuronas en la sinapsis. Al mismo tiempo, se van protegiendo de una capa de mielina para mejorar la conducción de la información. De esta manera, aproximadamente de los 8 a los 18 años la sustancia gris se va convirtiendo en sustancia blanca, como una onda que alcanza las diferentes áreas del cerebro. Simultáneamente, se perfeccionan las facultades cognitivas, la capacidad de estudio, de lectura, de memoria, etc. (Reyna & Farley, 2007; Zilles & Amunts, 2011).

Se ha descrito un patrón universal del desarrollo arquitectónico y funcional del cerebro en función de la edad cronológica. Los lóbulos parietales encargados de la coordinación y movimiento maduran primero. Después maduran las áreas que procesan los estímulos sensoriales. El desarrollo continúa en el área frontal y temporal, encargada de procesos cognitivos y emocional. Y finalmente, la onda de maduración alcanza la corteza prefrontal implicada en el control de impulsos, el juicio y la toma de decisiones. Este patrón universal muestra las diferencias naturales en la maduración del cerebro de las chicas y de los chicos. Lo que se debe a que las hormonas de la pubertad se producen a edades diferentes y de forma distinta (Fu & Zuo, 2011).

En las mujeres, maduran más rápidamente las regiones de la corteza frontal que procesan el lenguaje, el control del riesgo, la impulsividad y la agresividad. En los chicos, maduran más rápidamente las regiones del lóbulo inferior parietal, cruciales para las tareas espaciales. También difieren el hipocampo y la amígdala cerebral de ambos, contribuyendo a las diferencias de desarrollo cognitivo y social durante la adolescencia (Fu & Zuo, 2011; Reyna & Farley, 2007; Santrock, 2004). Asimismo, el pensamiento cambia de ser un razonamiento de tipo concreto hacia lo abstracto. Se puede comprender el espacio y el tiempo, emplear símbolos, realizar operaciones matemáticas que incluyen el álgebra y el cálculo, comprender mejor las metáforas y encontrar significados más profundos en la literatura. A este pensamiento lo caracteriza el razonamiento hipotético-deductivo, en el cual se plantean, exploran y se comprueban hipótesis (Papalia et al., 2001).

Toda experiencia humana produce cambios en los patrones de las conexiones neuronales del cerebro, específicas y propias de cada uno según la historia de su vida. El cerebro adolescente es inestable por los rápidos cambios que permiten el paso del cerebro infantil al cerebro joven. La maduración conlleva cambios emocionales, mentales, psicológicos y sociales, influidos por las hormonas sexuales, cuya concentración se incrementa dramáticamente con la pubertad. Aunque no de forma tan acusada, el cerebro permanece expuesto a cambios toda la vida, dependiendo de las experiencias, decisiones, convicciones y valores que se vayan asumiendo (Papalia et al., 2001; Santrock, 2004; Reyna & Farley, 2007).

3.7 RAZONAMIENTO MORAL

Kohlberg (1992) opinaba que las personas emiten determinados juicios morales dependiendo del desarrollo cognitivo y no sólo por la interiorización de reglas o principios impuestos por los padres, profesores o amigos. Así, se identifican tres niveles de razonamiento moral.

Niveles	Etapas de razonamiento
Nivel I: Moral Preconvencional (de los 4 a los 10 años de edad). Caracterizado por el control externo.	Etapa 1: esta etapa se caracteriza porque existe una moralidad regulada por las consecuencias positivas o negativas orientadas, hacia el castigo y la obediencia. Etapa 2: en esta segunda etapa hay individualismo, las personas siguen sus intereses, buscan una igualdad y reciprocidad en sus conductas.
Nivel II: Moral Convencional (de los 10 a los 13 años). Los niños desean agradar a otras personas y mantener el orden social.	Etapa 3: en esta etapa existen expectativas interpersonales, se adoptan los criterios de moralidad de las figuras de autoridad y en ellos se basa la confianza, el cuidado y la lealtad hacia los demás y es la que caracteriza a la mayoría de los adolescentes. Etapa 4: esta etapa se caracteriza por la preocupación y conciencia sociales. Existe moralidad de los sistemas sociales, los valores se basan en los de la sociedad, la ley y la justicia.
Nivel III: Moral postconvencional (adolescencia temprana, en la edad adulta temprana). Los valores morales se han	Etapa 5: existen los derechos individuales y las leyes aceptadas democráticamente. Etapa 6: esta última etapa está caracterizada

<p>interiorizado, se reconocen alternativas distintas de valores.</p>	<p>por la moral de principios éticos universales es decir, la persona basa sus valores morales en los derechos humanos universales.</p>
--	---

Fuente: Papalia, Wendkos & Duskin (2001).

3.8 DESARROLLO PSICOSOCIAL.

En la etapa adolescente se produce la transición desde la dependencia del núcleo familiar a la independencia a través de las relaciones interpersonales y sociales. Aumenta el interés por la actividad sexual, se experimentan cambios en la motivación, los impulsos y las emociones. En definitiva, se altera el mundo afectivo personal en una etapa en que los sistemas que integran las emociones en las decisiones racionales, aún está madurando. Por otra parte, se establecen los circuitos que permiten la memoria autobiográfica, imprescindible para la formación de la propia identidad (Fu & Zuo, 2011; Reyna & Farley, 2007).

Se despierta en los adolescentes el interés por saber quiénes son y cómo son. En general, las chicas se hacen muy sensibles a los matices emocionales de aprobación, aceptación o rechazo. Su prioridad se centra en relacionarse emocionalmente, agradar y gustar. El estrés se dispara ante los conflictos en las relaciones con los demás o ante un peligro. Con las conversaciones en las que comparten su intimidad relajan el estrés. Por su parte, en general, en los chicos, la elevación de la testosterona les hace casi literalmente querer desaparecer del mapa social. Reduce su interés por el trato social, excepto en lo que se refiere al deporte y al sexo. Necesitan ocupar su puesto en la jerarquía masculina. En ellos es más acusada la temeridad, característica en esta edad porque conceden más expectativas a los beneficios que a los riesgos (Reyna & Farley, 2007).

El inicio de la actividad sexual es un aspecto normal e importante dentro del desarrollo del adolescente al tomar parte de la transición a la adultez. Actualmente, se ha dado una mayor apertura al tema de las relaciones sexuales prematrimoniales, la cual puede explicarse a partir de la reducción de la doble moral y la tendencia a contraer matrimonio a edades mayores. Por otra parte, los adolescentes están expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual y al embarazo, lo cual suele preocuparles y es en este aspecto donde la información sobre la sexualidad y la anticoncepción son consideradas como alternativas muy importantes (Papalia et al., 2001).

En la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura y, en la adolescencia tardía se inician las relaciones sexuales que incluyen coito. A diferencia del adulto, la actividad sexual del adolescente suele ser esporádica, esto es, hay periodos durante los cuales el adolescente permanece en abstinencia. Muchos adolescentes mantienen lo que se denomina monogamia seriada, con enamoramientos intensos y apasionados, pero de duración más corta que la del adulto. Son más frecuentes las disfunciones sexuales, que pueden guardar relación con: el temor al embarazo, a ser descubiertos, a conflictos de conciencia o actuar bajo la presión de la pareja. También influyen las condiciones en que muchos adolescentes mantienen relaciones sexuales, de forma incómoda y rápida (Secretaría de Salud, 2012).

En los inicios de la adolescencia parece aumentar la capacidad de excitación en los adolescentes varones, llegando a un punto máximo tres o cuatro años después (Grinder, 1997). El o la adolescente es capaz de comprometerse con un ideal y lo defiende, puede sentir admiración por figuras que para él son relevantes. Tiene gusto por fantasear y el

contenido puede ser sexual de logros y/o éxitos, siendo protagonistas de historias y de personajes que representan sus anhelos por ciertos objetos (Macías & Valadez, 2000).

Rice (2000) señala al menos seis necesidades importantes referentes al papel del adolescente en un ámbito socioemocional, entre ellas: tener relaciones afectivas y satisfactorias; conocer y formar amistades de diferentes condiciones sociales, encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos; mostrar interés y amistades de acuerdo a la preferencia sexual que se defina; aprender, adoptar, practicar patrones y habilidades sociales en los diferentes encuentros sociales e identificar un rol sexual (masculino o femenino) además, de aprender las normas de género o conductas de acuerdo al sexo. En este último punto, la orientación sexual es un asunto de suma importancia para el adolescente. Este interés se acompañará del aspecto amoroso o afectivo el cual se determinará como heterosexual, homosexual o bisexual, en donde influirán patrones de crianza, ambiente familiar, factores hormonales y neurológicos, el proceso prenatal o factores hereditarios (Papalia et al., 2001).

3.9 ADOLESCENCIA Y SALUD

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) (Olaiz-Fernández et al., 2012) los adolescentes son un grupo de edad relativamente saludable que ha superado ya la etapa crítica de mortalidad y morbilidad de la infancia, y aún no se enfrenta a los problemas de salud de la etapa adulta. Se ha documentado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de un individuo. Los comportamientos de riesgo y sus consecuencias son preocupaciones centrales para la salud de los adolescentes, e incluyen accidentes, consumo de sustancias adictivas, violencia, inicio temprano de la

actividad sexual, prácticas sexuales sin protección, infecciones de transmisión sexual, conducta alimentaria, etc.

La presencia de conductas alimentarias de riesgo en la población adolescente se ha convertido en un problema social. Los resultados de la ENSANUT (Olaiz-Fernández et al., 2006) señalan que 18 por ciento de los jóvenes reconocieron que en los tres meses previos a la encuesta les preocupó engordar, consumieron demasiado alimento o bien perdieron el control para comer. Otras prácticas de riesgo son las dietas, ayunos y el exceso de ejercicio con el objetivo de bajar de peso. En este sentido, 3 por ciento de los adolescentes indicó haber practicado estas conductas en los últimos tres meses previos a la encuesta. En menor proporción, se encuentra la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos. Por otra parte, se observó que la práctica de estas conductas alimentarias es una situación que afecta a las mujeres en mayor proporción y, entre ellas, las más afectadas son las del grupo de 16 a 19 años.

De la misma manera, la ENSANUT (Olaiz-Fernández et al., 2012) reporta que el 1 por ciento (2.0 por ciento en el sexo femenino y 0.8 por ciento en el masculino) de los adolescentes se encuentra en riesgo de padecer un Trastorno Alimentario. Las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes en adolescentes mexicanos fueron: la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19 por ciento). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (13 por ciento). Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, se obtuvieron los siguientes resultados: en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, hacer dietas, tomar pastillas, diuréticos o

laxantes. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.

Finalmente, cabe resaltar que los cambios que enfrenta el adolescente principalmente, respecto a su imagen, autoestima y la interacción con los demás, son puntos vulnerables del desarrollo, que pueden desencadenar diversos tipos de alteraciones, y en el caso particular de los TCA, también interviene de manera importante el contexto sociocultural y su exaltación de la delgadez como sinónimo de belleza y éxito personal (Ruvalcaba & Gutiérrez, 2007).

CAPÍTULO CUATRO

AUTOCONCEPTO

En los últimos cincuenta años el término autoconcepto ha proliferado en todos los países. Las investigaciones para entender este concepto han sido variadas, por ende, el modo de medición e tal constructo también. En estas investigaciones los dos términos más sobresalientes es el autoconcepto y la autoestima, pues, cobran relevancia dentro de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos. Sin embargo, el término autoconcepto es utilizado con cierta confusión con denominaciones como autoimagen o autoaceptación. Por lo cual, algunos autores como Garaigordobil, Durá y Pérez (2005) definen el término autoconcepto refiriéndose a los aspectos cognitivos del conocimiento de uno mismo y utilizan la denominación de autoestima para los aspectos evaluativo-afectivos. En este capítulo, se describe la manera en que estos términos han sido denominados afirmando que existe una correlación con la imagen corporal, en especial, con la satisfacción.

4.1 DEFINICIÓN DE AUTOCONCEPTO-AUTOESTIMA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.

Desde las diferentes perspectivas en cuanto al estudio de la naturaleza del autoconcepto se encuentra un modelo que apareció en los años sesenta, cuyo fundamento es que el autoconcepto es un constructo unitario que podía ser evaluado presentando a los niños y jóvenes reactivos que reflejaran su autoconcepto global. A partir de la década de los ochenta las investigaciones que analizaban el autoconcepto en niños y adolescentes abandonaron este enfoque unitario dando origen a un modelo multidimensional.

Este modelo propone que el autoconcepto puede ser evaluado utilizando instrumentos que midan cada una de las áreas por separado, por ejemplo, (apariencia física, competencia escolar...). Los seguidores de este modelo establecen la noción de *autoconcepto global* que se refiere a cómo se percibe o se considera en general la persona. Éste podría ser incluido dentro del modelo multidimensional y de los instrumentos de evaluación del mismo.

Dentro de esta perspectiva, Shavelson, Hubner y Stanton (1976) definen el autoconcepto con referencia a siete aspectos fundamentales: 1) es una estructura organizada; 2) es multidimensional: presenta dimensiones claramente diferenciadas; 3) es jerárquico; 4) es más específico dependiendo de las situaciones y por lo tanto, menos estable; 5) aumenta su multidimensionalidad con la edad; 6) presenta tanto aspectos descriptivos como aspectos evaluativos (la autoestima) y 7) el autoconcepto representa un constructo con entidad propia: puede ser claramente diferenciado de otros constructos con los cuales está teóricamente relacionado.

Al respecto, Fierro (1990) considera que el “concepto de sí mismo” equivale a autoconocimiento, entrando en éste toda clase de actividades y de contenidos cognitivos (no sólo conceptos, sino también preceptos, imágenes, juicios, razonamientos, esquemas mnémicos...). De acuerdo con este autor, los juicios que tiene una persona de sí misma constituyen probablemente la organización central de todo ese sistema de autoconocimiento. En ellos cabe diferenciar cuando menos, dos tipos de clases: descriptivos y evaluativos. Los descriptivos se refieren a cómo se es de hecho, tomando en consideración la edad, sexo, profesión, características físicas, modos de comportamiento.

Los juicios evaluativos conciernen al aprecio o a la valoración que merece cada una de las características de la persona.

La autoestima entonces, constituye la porción valorativa del autoconcepto, del autoconocimiento.

Por otra parte, Garaigordobil et al. (2005) mencionan que la relación entre autoconcepto (descriptivo) y autoestima (valorativa) es de naturaleza jerárquica; la autodescripción sirve a la autoevaluación positiva y ésta, a su vez, cumple funciones de protección del sistema de la persona. Los autores afirman que, seguramente todos los juicios autodescriptivos van siempre acompañados de juicios evaluativos, puesto que todos los enunciados relativos a la propia persona implican en mayor o menor medida connotaciones de valor. En este sentido, los autores mencionan que las dimensiones cognitivas y afectivas no se pueden separar, por regla general se acepta el término autoconcepto en un sentido amplio que abarca ambas dimensiones. De modo similar, Cardenal y Fierro (2003) definen el autoconcepto como un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo; consideran que el autoconcepto expresa el modo en que la persona se representa, conoce y valora a ella misma, matizando que aunque a menudo se usan de manera equivalente autoconcepto y autoestima, ésta en rigor constituye el elemento valorativo dentro del autoconcepto y del autoconocimiento.

En otro punto de vista, Tamayo (1981) menciona que el autoconcepto está formado por tres componentes. Primero, está el componente evaluativo, también nombrado autoestima, que consiste en la evaluación global que la persona hace de su propio valor. El segundo componente es el cognitivo, que se constituye por las percepciones que el

individuo tiene de los rasgos, características y habilidades que posee o pretende poseer. Y el tercer componente es el conductual, que está relacionado con las estrategias de autopresentación utilizadas por el individuo, con el objetivo de transmitir una imagen positiva de sí mismo.

En cambio, Harter (1990) define el autoconcepto como las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo. Kalish (1983) refiere al autoconcepto como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y la manera en que estas experiencias se interpretan.

Asimismo, Goñi, Fernández-Zabala e Infante (2012) mencionan que el autoconcepto incluye referencias a cómo se autopercibe la persona no sólo en lo físico, en lo académico y en lo social, sino también en su esfera personal. Es decir, que no se puede responder a la pregunta *quién soy yo* sin considerar la autopercepción como individuo singular, independientemente del yo-físico y del yo-social, en aspectos que se han estudiado bajo la etiqueta del *autoconcepto ético-moral*, *autopercepción del sí mismo personal* o *autoconcepto emocional*.

Por otro lado, a diferencia de los autores anteriores, Gómez Peresmitré, González y Lizano (1999) refieren que un componente del autoconcepto es la Autoatribución es decir, adjetivos positivos o negativos que se atribuye un individuo. La Autoatribución puede entenderse como uno de los procesos a través de los cuales se constituye la propia imagen, incorporando los atributos y las características producto de la interacción social. Este componente es subjetivo sin importar a qué dimensión de la personalidad se le refiera, por tanto, se entiende que la Autoatribución abarca las características físicas (bonita, guapa,

fea) características conductuales (estudiosa, mentirosa) y características psicológicas (inteligencia, bondad, etc.) que conforman la imagen corporal. La Autoatribución según Gómez Peresmitré et al. (1999) describe cómo se ve y cómo se percibe la propia persona. En este sentido, las creencias culturales son importantes en la formación de la Autoatribución (Fernández et al., 1994).

A grosso modo, se puede ver, que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto denominado autoimagen que contiene imágenes de lo que la persona es, desea ser y manifiesta a los demás (Amezcu y Pichardo, 2000). Sin embargo, el autoconcepto tiene un componente afectivo y es la autoestima, ya que, cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas.

Pero, ¿habrá diferencias de género en el autoconcepto? En relación a esta pregunta los resultados de los estudios que han analizado las diferencias de género en el autoconcepto muestran resultados discrepantes. Algunas investigaciones encuentran diferencias entre sexos, observando en las mujeres adolescentes peor autoconcepto global, peor autoconcepto físico y académico, así como mejor autoconcepto social y familiar (Amezcu y Pichardo, 2000; Nelson, 1996; Wilgenbush y Merrel, 1999). Además, el estudio de las diferencias de género en autoconcepto entre niños y adolescentes, particularmente dentro de la perspectiva multidimensional ha sido relevante para su estudio. Aunque los resultados son diversos, y su validez empírica también, la mayoría de ellos llegan a la conclusión de que existen diferencias de género en autoconcepto, de manera que las niñas, particularmente después de los 12 años, tienden a mostrar peor autoconcepto que los niños. De acuerdo con las líneas de investigación, existen claras evidencias de que las niñas tienen una percepción positiva de sí mismas durante los estudios de primaria, pero, a

los doce años, aproximadamente, disminuye su autoconfianza y por ende la aceptación de su imagen física (Amezcuca y Pichardo, 2000). Por el contrario, Marsh (1989) argumenta que las diferencias de género pueden ser confusas y más cuando varias medidas de autoconcepto se transforman en un autoconcepto global a través de la suma de las mismas y que pueden ser debidas a los estereotipos de género. Pastor, Balaguer y García (2006), mencionan que se han detectado diferencias por sexo en los adolescentes, tanto en las dimensiones del autoconcepto como en las conductas de salud (Amezcuca y Pichardo, 2000; Pastor, Balaguer y García, 2006). Sin embargo, otros estudios no han encontrado dichas diferencias.

4.2 EL AUTOCONCEPTO: UNA RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CORPORAL

Bruchon Schweitzer (1992) una de las más destacadas investigadoras en el campo de la imagen corporal, considera que ésta además de ser un concepto polisémico (con sus acepciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas, entre otras) no se reduce a una simple imagen óptica del cuerpo, es decir, no es meramente un concepto corporal sino una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente de conjuntos de representaciones y afectos de la unidad de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto. De acuerdo con esta autora, la síntesis final del desarrollo de la imagen corporal consiste, en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como “propio” lo que corresponde también a la aprehensión del sí mismo como “objeto” y “sujeto”. Además, destaca que el componente de satisfacción/insatisfacción es la que constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes en tanto que modula las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas (por ejemplo,

cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros) y unas realidades internas principalmente subjetivas, como por ejemplo, la percepción del sí mismo, autoevaluación, autoatribución.

El autoconcepto físico representa una de las dimensiones del autoconcepto y aunque su naturaleza multidimensional no ofrece dudas a teóricos e investigadores, cuál es número e identidad de los subdominios que lo componen sigue siendo un tema abierto a discusión. Fox (1988), Marsh y Shavelson (1985) representan el dominio físico por las dimensiones de *apariencia física* y *habilidad física*. Harter (1985) incluye dos elementos, *competencia atlética* y *apariencia física*, como representativos de las percepciones en el dominio físico. En cambio, Franzoi y Shields (1984) diferencian dos dimensiones del autoconcepto físico: *habilidad física* y *conductas de control de peso*. Sonstroem (1984) distingue la *estatura*, *el peso*, *la constitución del cuerpo*, *el atractivo* y *la fuerza* en esta dimensión. Bracken (1992) por su parte, distingue las dimensiones de *competencia física*, *apariencia física*, *forma física* y *salud*. Por otro lado, Marsh, Richards, Johnson, Roche y Redmayne (1994) consideran que el autoconcepto físico se compone de nueve dominios: *fuerza*, *actividad física*, *resistencia*, *competencia (habilidad) deportiva*, *coordinación*, *salud*, *apariencia* y *flexibilidad*.

Al respecto, Igor (2008) señala que independientemente de los subdominios que se acepten como parte del autoconcepto físico, la trayectoria evolutiva del autoconcepto físico general es bastante desconocida, pues, no existen estudios longitudinales que hayan analizado el desarrollo, sino estudios transversales o diferenciales comparando distintas edades o grupos poblacionales.

Durante la preadolescencia (12 a 14 años) el autoconcepto físico parece experimentar un descenso y una mayor diferenciación interna durante la adolescencia y la juventud, sin que se hayan realizado aún suficientes estudios diferenciales sobre cada uno de sus dominios. Rodríguez, Goñi y Ruíz de Azúa (2004) examinaron el desarrollo del autoconcepto físico (en un diseño transversal) en 3 434 estudiantes de 13 a 16 años, medido con el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF). No se encontraron diferencias significativas asociadas con la edad. Por el contrario, en el estudio realizado por Mangato, Cruz y Exteverría (2003) se confirma que las chicas presentan un nivel de autoconcepto negativo más alto que los chicos con lo que se concluye que presentan más sentimientos de autodepreciación que sus homólogos masculinos. Asimismo se concluye que las personas con una mejor valoración de sí mismos tienen menos probabilidad de presentar insatisfacción corporal, sentimientos de incapacidad, inseguridad y falta de control sobre la vida propia. En cambio, los sujetos con autoconcepto negativo tienen mayor probabilidad de presentar TCA y otros problemas clínicos relacionados con sentimientos de ineficacia y cierta dificultad para reconocer sensaciones relacionadas con hambre y saciedad así como con otras funciones corporales. Por ejemplo, en el estudio realizado por Gómez Peresmitré et al. (1999) se destaca que la auto-atribución negativa tiene relación con problemas alimentarios y con relaciones familiares autoritarias.

Está de más decir que en las mujeres existe una correlación entre atractivo físico y autoconcepto. Los estudios reafirman que el autoconcepto positivo se relaciona con una imagen corporal satisfactoria, y a la inversa, la insatisfacción corporal se asocia de forma significativa con un bajo autoconcepto. Ambos constructos, insatisfacción corporal y bajo autoconcepto están asociados a los trastornos de la conducta alimentaria así como a mayor

riesgo de trastornos alimentarios. En relación con lo anterior, las investigaciones en el tema arrojan datos donde sin duda ponen de manifiesto que las mujeres que realizan actividades deportivas en términos generales muestran un autoconcepto más positivo en comparación con las mujeres que no practican ningún tipo de deporte (Espinoza, Rodríguez, Gálvez, Vargas y Yáñez 2011).

Pastor et al. (2006) realizaron un estudio con una muestra de adolescentes, hombres y mujeres, cuyo objetivo era explorar la relación que existía entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable. Sus resultados arrojan que en el caso de los chicos, la apariencia física no muestra relación con la dimensión del autoconcepto, mientras que en el caso de las chicas se observó que aquellas que se perciben con mejor apariencia consumen alimentos perjudiciales para la salud con mayor frecuencia. Además, mencionan que este resultado puede deberse a que las chicas satisfechas con su apariencia ejercen un menor control de la dieta y están menos preocupadas por su peso. Una conclusión más al respecto, es que a pesar de que en chicos y chicas no siempre se da la misma correspondencia entre la dimensión específica del autoconcepto y una determinada conducta de salud, cabe señalar que son más las similitudes que las diferencias. Las divergencias encontradas pueden atribuirse al proceso de socialización, ya que éste imprime valores y actitudes dispares para chicos y chicas, influyendo, a su vez, en el mayor o menor peso que las dimensiones del autoconcepto tienen en las conductas. Por este motivo, los autores consideran que el sexo, como estereotipo de género, actúa durante la adolescencia como variable moderadora del valor diferencial que se le concede a determinada dimensión del autoconcepto y a determinadas conductas.

A pesar de las diferentes concepciones habidas a través de la historia hay un acuerdo al considerar que la percepción de sí mismo- intereses, valores, resultados académicos, valoración y aprecio de los demás respecto a las propias cualidades influyen en la construcción de un autoconcepto personal positivo, y a la inversa; el autoconcepto positivo o negativo tiene consecuencia en los resultados académicos, en la adaptación a situaciones nuevas, en habilidades, comportamiento social, y, lo más importante, en el aprecio a su cuerpo (Maganto et al., 2003).

CAPÍTULO CINCO

IMAGEN CORPORAL

Hoy en día existe, a nivel médico, psicológico y social, una gran preocupación por los efectos que están teniendo en las mujeres los modelos socioculturales de belleza y atractivo femenino (Bedoya y Marín, 2010). En un sentido sociocultural, es sorprendente como se ha permitido que la imagen corporal de las personas, en particular la imagen femenina, sea más importante que cualquier otra cualidad (Alvarado y Sancho, 2011). La búsqueda de la satisfacción corpórea como medio para alcanzar la felicidad y el éxito ha potenciado diferentes patologías que afectan a la percepción de la imagen personal, derivando, comportamientos autodestructivos que perjudican la salud e incluso, en algunos casos, significar la muerte (Contreras y González, 2010).

5.1 EL CUERPO: UNA CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA

En una sociedad consumista como la que se vive, el cuerpo se convierte en mercancía y en el medio principal de producción. Baudrillard (1974, citado en Martínez, 2004) analiza el cuerpo como un signo que comienza a ser objeto de numerosas inversiones narcisistas, físicas y eróticas, donde, el cuerpo funciona como objeto, de tal manera que pueda fundarse en un proceso económico de rentabilidad. Partiendo del mismo punto, el autor señala que las estructuras actuales de producción y consumo proporcionan al individuo una doble representación de su cuerpo: el cuerpo moderno se exhibe como una forma de inversión y como signo social a la vez.

Bourdieu (1986, citado en Martínez, 2004) considera que el cuerpo es un producto social que permite diferenciar entre los cuerpos distinguidos de los cuerpos ordinarios,

ambos surgen de la comparación entre el cuerpo real y el cuerpo ideal. De acuerdo con el autor, cuanto menor sea la diferencia percibida entre los dos cuerpos, tanto más probable es que se experimente la seguridad y la satisfacción con el propio cuerpo. Las clases dominantes suelen experimentar esta sensación. Por el contrario, el sentir un cuerpo bajo el desagradable signo de la incomodidad, aumenta la probabilidad de experimentar timidez e inseguridad, pues la desaprobación entre el cuerpo real y el cuerpo ideal crece.

De acuerdo con este mismo autor, las transformaciones emergentes desde los años setenta hasta la actualidad han obligado a los teóricos sociales a replantearse los actuales usos del cuerpo. En las sociedades occidentales, las dietas alimentarias, los excesos y los defectos dietéticos se han ido consolidando. El cuerpo se ha convertido en el centro de un trabajo cada vez mayor a través del ejercicio, la dieta, el maquillaje y la cirugía estética, y hay una predilección general a ver el cuerpo como una parte del propio yo que está sujeto a revisión, cambio y transformación.

Asimismo, Martínez (2004) señala que en las últimas décadas se plantea el aspecto de conocer cómo las diferencias biológicas entre los individuos se alteran en factores de discriminación social. La gordura es un ejemplo claro para comprender cómo las modas sociales utilizan una categorización de enfermedad etiquetando lo normal en un momento dado y lo patológico en otro.

El culto al cuerpo que rinde la sociedad es cada vez más importante; actualmente, hay toda una industria basada en la sobrevaloración de la delgadez; alrededor de ésta, una gran publicidad presenta como ideal el ser delgado, y los productos ofrecidos no siempre son eficaces para conseguirlo, poniendo en riesgo la salud de las personas. El poder de los

estereotipos sociales sobre la delgadez se encuentra asociado erróneamente a la belleza, la salud y el autocontrol. A menudo estos mensajes vienen disfrazados con conceptos que pretenden asociar delgadez con salud (Rivarola, 2003).

En la cultura occidental son los medios de comunicación quienes promocionan estos valores y presionan a los individuos para que se impregnen de estas ideas; éstas no sólo son extremas sino que se ejercen de manera simultánea, natural, literal y simbólicamente, en casi cualquier lugar del mundo (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

5.2 CONCEPTUALIZANDO LA IMAGEN CORPORAL

El concepto de imagen corporal (IC) es un constructo teórico ampliamente utilizado en ámbitos psicológicos, médicos, psiquiátricos, incluso sociológicos. Su estudio es esencial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para exponer ciertas psicopatologías como los Trastornos Dismórficos y de la Conducta Alimentaria (Alvarado y Sancho, 2011).

A lo largo de la historia, la conceptualización de la IC ha tenido distintas perspectivas. En la primera mitad del siglo XX, las teorías psicoanalíticas dominaron las explicaciones sobre el cuerpo, la IC y los aspectos psicológicos asociados poniendo especial hincapié en las manifestaciones inconscientes (Baile, s. f).

Los trabajos médicos y neurológicos fueron las primeras referencias del concepto de IC; desde este punto de vista, la IC es considerada una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada individuo (Baile, s.f.; Rodríguez 2008).

Schilder (1989) describe a la IC como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. El mismo autor señala que el esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo, el término indica que no es una mera sensación sino una apariencia propia del cuerpo. Indica también que, aunque proviene de los sentidos, no es una mera percepción. Por otra parte, Thompson (1990, pp. 16-17) señala que la imagen corporal está conformada por tres componentes que se describen a continuación:

1.- Un componente perceptual, que se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).

2.- Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo), se refiere a sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia (ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.) y;

3.- Un componente conductual, que se refiere a conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan, por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación, de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.

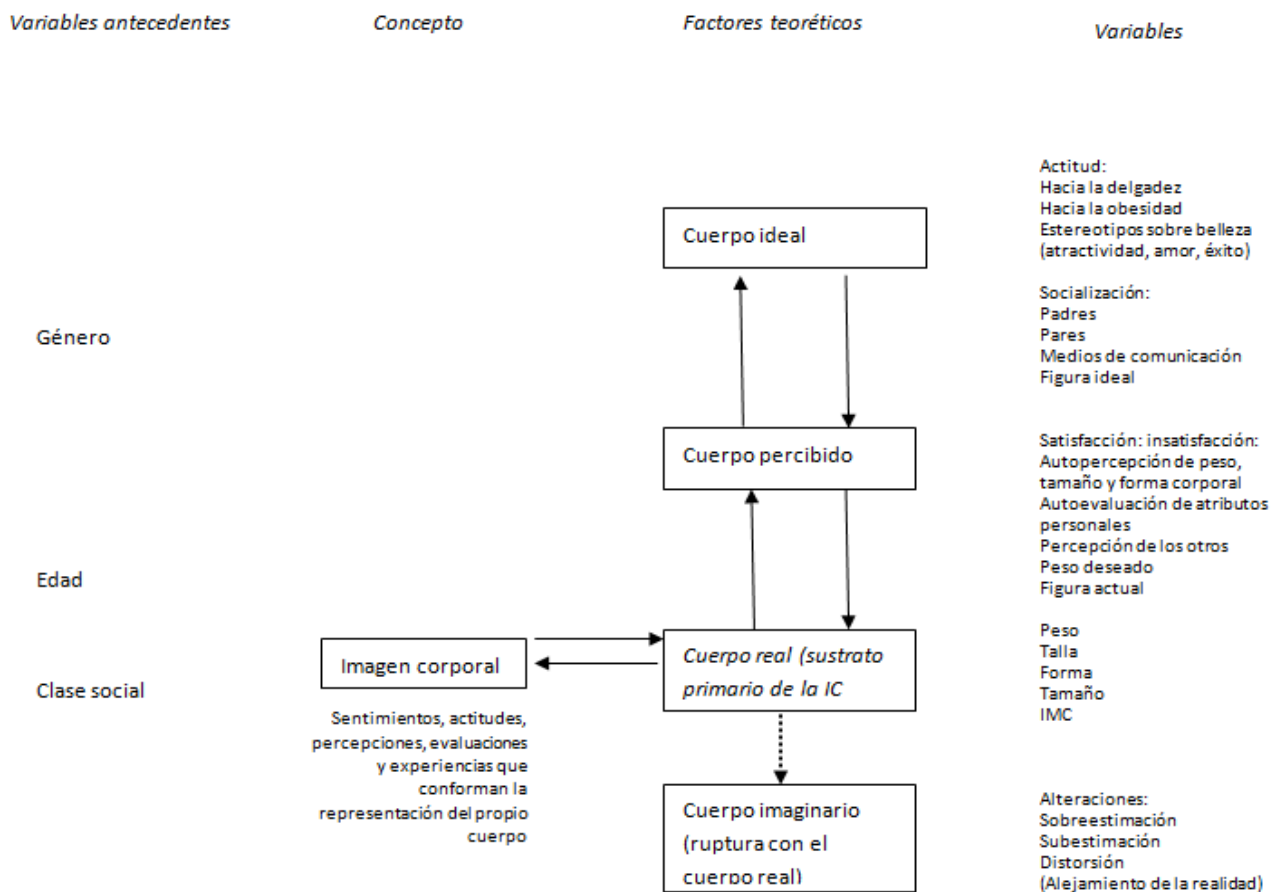
Rosen (1995) ofrece una perspectiva semejante, definiendo a la IC como la manera en que la persona se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo, es decir, se

contemplan aspectos subjetivos como: satisfacción e insatisfacción, preocupación, evaluación; así como cognitivos, de ansiedad y conductuales. Cash (1990) señala que la IC implica la percepción de imágenes y valoraciones del tamaño además, de la forma de varios aspectos del cuerpo; a nivel cognitivo, la atención se centra en el cuerpo así como en autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y, emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales enlazados a la apariencia externa.

En el marco de los Trastornos Alimentarios, la IC también es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, formada por tres componentes: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual. No obstante, Bemis y Hollon (1990) advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto.

Raich (2004) considera que la percepción corporal, ya sea buena o mala influye en la manera en que los individuos se comportan, en sus sentimientos y pensamientos, de manera que repercute en la interacción con los otros. Asimismo, afirma que esta imagen cambia a través de las diferentes etapas de la vida, cobrando especial importancia en la infancia y en la adolescencia. De acuerdo con Rodríguez (2003) son varios los factores que influyen en el desarrollo de la IC desde la infancia. Por ejemplo, los factores fisiológicos, que engloban sensaciones y movimientos; factores sociales, que son las opiniones que se piensa que los demás tienen de uno; y los factores afectivos, dependiendo del placer que genere.

Gómez Peresmitré (2001) señala la composición del concepto hipotético de la IC en el siguiente cuadro sumario que se describe a continuación:



FUENTE: Gómez Peresmitré (1997)

Con relación a los conceptos que aparecen bajo el apartado de factores teoréticos, la autora distingue entre la distorsión de la IC y la alteración de la misma. En la primera concepción, se adjudica un significado patológico, esto es, una ruptura con la realidad como lo indica la línea punteada que une el cuerpo real con el imaginario, mientras que el segundo, se refiere al efecto de sobreestimación o subestimación característico de poblaciones comunitarias y que pueden indicar más bien la presencia de un factor de riesgo.

Gómez Peresmitré (2001) señala que en general, las mujeres mexicanas al igual que las mujeres de otros países han hecho suyo el ideal de una IC delgada, por lo que, al contrario de las hipótesis originales en que se planteaba que los problemas asociados con la IC y los trastornos de la alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas, ahora son problemas que se extienden rápida e interculturalmente y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo.

A manera de resumen y siguiendo a Gómez Peresmitré, et al. (2001 p. 37) se puede mencionar que la IC tiene una amplia perspectiva pues se concibe como una configuración global, que abarca un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que la persona elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos (por ejemplo, los que se sufren en la pubertad), por la enfermedad, por el dolor, el placer, la atención, etc. De la misma manera, el cuerpo percibido tiene un papel como referente en las normas de belleza, por lo que la IC es casi siempre una representación evaluativa. No hay que olvidar la participación e influencia del contexto socio-económico y del entorno cultural en la construcción de la IC, mientras que ésta puede diferir según variables sociodemográficas como la edad, el género y la clase social.

5.3 IMAGEN CORPORAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

La insatisfacción corporal se postula como uno de los principales factores predisponentes que propician el inicio de los TCA. Baile, Guillen, y Garrido (2002) la

definen como la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos alimentarios. También, se define como una preocupación exagerada que produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física. La insatisfacción corporal se deriva de una comparación entre los modelos sociales de belleza y el propio cuerpo, concluyendo con una autovaloración negativa. Por ello, se considera una variable mediadora entre la presión que ejerce la cultura de la delgadez y la instauración de los trastornos alimentarios.

Autores como Cash y Deagle (1997) así como Garner (1998) han realizado estudios sobre la importancia de esta variable en poblaciones con AN y BN, concluyendo que la insatisfacción corporal constituye un factor clave en dichos trastornos. Debido a que es un factor predisponente, puede ser modificado y orientado, ya que se deriva de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y rechazo (Baile, Guillen y Garrido, 2002). Sin embargo, otros estudios sostienen la hipótesis de que la alteración de la IC es un problema clínico significativo en los que no siempre existe un trastorno clínico diagnosticable (Cruz y Mangato, 2002).

El estudio de la insatisfacción corporal en adolescentes ha sido abundante, pues la adolescencia es considerada de gran vulnerabilidad hacia la apariencia física debido a que en esta etapa se desarrolla el sentido de identidad; por consiguiente, un periodo más sensible para el inicio de la insatisfacción corporal (Sepúlveda, Botella y León, 2001). Trejo, Castro, Facio, Mollinedo y Valdez (2010) reportan que el 23 por ciento de latinoamericanas presentan una gran insatisfacción con su propio cuerpo, misma que aumenta de manera alarmante en mujeres de 13 a 15 años para mantenerse hasta los 18 años.

Gómez Peresmitré (2001) señala que al comparar la satisfacción corporal de las niñas de secundaria con las de bachillerato, la satisfacción disminuye con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Los resultados de su estudio se confirman con estudios tanto nacionales como internacionales. Según la autora, el porcentaje de satisfacción de las muestras de adolescentes comparado con el de preadolescentes se reduce a una tercera parte aproximadamente, al mismo tiempo que se incrementa el de insatisfacción.

Por otra parte, Rodríguez, Gómez Peresmitré, Platas, Mercado y León (2001) afirman que existe una relación positiva entre el Índice de Masa Corporal (IMC), la percepción de la imagen corporal y la insatisfacción con ésta, es decir, que a mayor IMC existe una percepción de obesidad y una mayor insatisfacción corporal.

El IMC ($IMC = \text{estatura} / \text{peso}^2$) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, también se le conoce como índice de Quetelet y es un indicador ampliamente usado en investigaciones epidemiológicas y genéticas con relación en el estudio del peso corporal (Rodríguez et al., 2001).

De acuerdo con Saucedo, Ocampo, Mancilla y Gómez Peresmitré (2001) el IMC es un indicador del desequilibrio funcional al combinar dos parámetros: uno ponderal y otro lineal. De esta manera se establece una relación del peso respecto a la estatura, por medio de la cual es posible hacer un diagnóstico rápido del déficit o del exceso ponderal que tiene una persona. En esto radica su utilidad y lo hace tan práctico y tan accesible, que ha desplazado a varias medidas antropométricas que valoran la composición corporal.

Cruz y Mangato (2002) señalan que el IMC influye en la preocupación por el peso y en la IC de forma diferente para chicas y chicos. Se ha encontrado que cuanto más

insatisfecha se encuentra una persona con su cuerpo, tanto más obesa se auto-percibe, aumenta su historia y frecuencia de restricción alimentaria y muestra una mayor patología alimentaria en general. Este mismo estudio señala, que el total de la muestra evidenció que a mayor IMC, mayor insatisfacción con la imagen corporal, a pesar de que el 70 por ciento de la muestra registró normopeso (Zaragoza et al., 2011). Las mujeres disminuyen su IMC durante su desarrollo evolutivo debido a la reducción de peso, lo que podría ser un indicador de la preocupación por el cuerpo en las chicas y el deseo de estar delgadas a medida que incrementa la edad (Cruz y Mangato, 2002).

En relación con lo anterior, la literatura reporta que al incrementar el valor del IMC, aumenta la distancia entre la figura real y la ideal, y que en la mayoría de los casos crece la insatisfacción corporal, de ahí que esta variable sea un buen predictor de riesgo para el desarrollo de los TCA y en donde en diversas investigaciones se ha relacionado con algunos factores asociados con este padecimiento, tales como las conductas alimentarias de riesgo e influencia sociocultural (Zaragoza et al., 2011).

Gómez Peresmitré (1997) encontró en una muestra de preadolescentes mexicanas de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal que las niñas habían seleccionado como figura ideal una más delgada que su IMC real, y que esta tendencia se incrementaba a medida que aumentaba la edad de los sujetos. De igual forma, la actitud de las preadolescentes con respecto al peso corporal fue muy favorable para la delgadez, puesto que una tercera parte de la muestra respondió que le gustaría pesar menos de lo que pesaba aunque se encontrara en el rango de delgadez. En muestras de adolescentes mexicanas de 13 a 18 años de edad de escuelas públicas, privadas y de ballet mostraron una actitud negativa hacia la gordura, a la que consideraron una condición antiestética no deseable,

causante de problemas psicológicos y de la salud así como con repercusiones en el desempeño y en la calidad de vida (Unikel, Mora y Gómez Peresmitré, 1999; Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz, 2002).

Zaragoza, Saucedo y Fernández (2011) reportan que las mujeres con un IMC normal, muestran una acumulación de grasa corporal importante en el área abdominal, que no las satisface dado que está totalmente en contra del modelo exigido. En su estudio, se llega a la conclusión de que la mayor parte de las mujeres de la muestra están insatisfechas con su IC. Además, que un IMC alto implica una mayor insatisfacción corporal, considerándose un importante antecedente para la aparición de síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en otras investigaciones (Saucedo, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón, 2008; Saucedo y Gómez Peresmitré, 2004; Saucedo y Gómez Peresmitré, 2005).

En una revista mexicana de gran difusión entre los jóvenes se presentaron los nombres de las 50 mujeres más bellas y los 50 hombres más guapos junto con sus pesos corporales y estaturas. Todos eran personajes del medio artístico (cantantes, actrices, actores, modelos, etcétera). De acuerdo con la información anterior, en un estudio realizado por Gómez Peresmitré, et al. (2001) se reporta que el prototipo de belleza de la mujer en México es una mujer joven con un IMC inferior al normal. Asimismo, reportan que el 68 por ciento de las mujeres más guapas tiene un IMC que va del 16 al 19 por ciento, esto es, son delgadas, mientras que el IMC del porcentaje restante (32 por ciento) tiene peso normal, en sus valores bajos, de 19 a 21; no es de sorprender que las chicas deseen estar

más delgadas para considerarse atractivas. Caso contrario, es lo que reportan Montero, Morales y Carbajal (2004) que tanto hombres como mujeres corpulentos se auto-perciben más delgados de lo que son en realidad, siendo más marcada esta tendencia entre los primeros.

A partir de estos resultados algunos investigadores formulan que las mujeres insatisfechas con su IC han asumido que no cumplen con las demandas establecidas por la sociedad y los medios de comunicación en relación a los modelos estéticos dominantes. Finalmente, las mujeres con sobrepeso están en riesgo de ser influenciadas por la publicidad así como por los mensajes verbales de aquellas con un peso normal. En cuanto a los hombres con sobrepeso, aparte de sentir malestar con su IC, están más en riesgo de ser influenciados por la publicidad, de los mensajes verbales y de los modelos sociales que aquellos hombres con peso normal (Zaragoza et al., 2011).

Es interesante analizar que la preocupación por engordar, se incrementa con la edad y con el aumento del IMC. No se debe olvidar la influencia del modelo estético corporal, actualmente hegemónico en la cultura occidental, que genera una sensación de insatisfacción con la imagen corporal, lo que a su vez, incita a buscar estrategias para lograr una figura acorde al modelo. De acuerdo con el IMC, es posible que los jóvenes que se encuentran en la categoría de obesidad y sobrepeso sean los que sienten mayor presión proveniente de los medios de comunicación, de los amigos o familiares para que mejoren su imagen, y no es de sorprender que recurran a un mayor número de estrategias para bajar de peso (Unikel et al., 2002).

5.4 EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La mayoría de la investigación en esta área se ha centrado en la sobreestimación del tamaño corporal en individuos con trastorno alimentario. Sin embargo, se ha verificado que en individuos sin trastorno alimentario, también se dan alteraciones de la IC, tanto en forma de insatisfacción corporal (por ejemplo, con el cuerpo en general) o en forma de imprecisión perceptiva (particularmente la sobrestimación) (Raich, 2004).

Las técnicas más empleadas para la evaluación de la IC se han focalizado en la evaluación de:

- a) La precisión en la estimación del tamaño corporal del sujeto, basada en juicios puramente perceptivos. Existen dos formas principales de evaluarla, según el objeto de estimación. Por un lado, se mide la anchura de determinadas partes del cuerpo, como la cara, las caderas o la cintura. Con estos datos se puede obtener un índice de masa corporal (*BPI, Body Perception Index*) propuesto por Slade y Russell que relaciona el tamaño estimado por el sujeto con el tamaño real medido con un antropómetro. Otras técnicas muy utilizadas son el Calibrador Móvil (*Caliper Movable*) o la imagen marcada. También están las técnicas de estimación del cuerpo entero, como la cámara de video o la de Siluetas a las que también se aplica el índice de Slade (Sepúlveda et al., 2001).
- b) la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales, afectivas y cognitivas. Este enfoque se ha desarrollado a través de cuestionarios diseñados para medir la actitud ante el peso y la forma del cuerpo, así como la actitud ante la comida, los atracones o las

dietas; y proporcionan un índice de insatisfacción corporal. Existen cuestionarios más específicos de la IC como el BSQ y otros más generales, como el EAT (Sepúlveda et al., 2001).

Lo que equivale a decir que la mayoría de las técnicas de evaluación de la IC se centra en la evaluación del componente perceptivo y el subjetivo. También, se han construido instrumentos para evaluar los aspectos conductuales (Raich, 2004). Raich (2004) señala que por el momento no existe un procedimiento óptimo de evaluación de la precisión perceptiva de las medidas corporales. Al parecer los métodos de estimación global son algo más fiables que los procedimientos de estimación por partes, pero ninguno de los dos sirve para discriminar personas con alteraciones de la IC significativas de personas sanas. Cash y Deagle (1997) así como Raich (2004) consideran que la dimensión cognitivo-actitudinal, la cual incluye creencias que el individuo tiene acerca de su cuerpo y partes de éste así como las actitudes que éstas despiertan hacia el propio cuerpo, es quizá la mejor dimensión que permite distinguir entre las personas que presentan un trastorno alimentario y aquellas que no presentan dicho problema.

5.5 CONSECUENCIAS DE LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

La alteración de la IC ha sido uno de los criterios diagnósticos de la AN debido a su participación en el inicio y mantenimiento de la enfermedad. Sepúlveda et al. (2001) señalan que uno de los problemas respecto a este criterio diagnóstico es que se ha ido extendiendo a otros sectores de la población, produciéndose un notable incremento, en general, por la preocupación física y/o el peso.

En los últimos años se han elaborado distintas teorías con la intención de explicar las alteraciones de la IC en relación a los TCA y se han dividido en tres categorías. En primer lugar, las teorías perceptuales tratan sobre las percepciones referentes al tamaño del cuerpo, con fundamentos netamente biológicos. En segundo lugar, están las teorías subjetivas referidas al desarrollo y que hacen hincapié en las etapas evolutivas de la niñez y adolescencia. Y por último, las teorías socioculturales, que examinan las influencias de los modelos sociales, expectativas y experiencias en la etiología y mantenimiento de la distorsión de la IC (Rivarola, 2003).

Las distorsiones de la IC juegan un papel muy importante en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y una IC negativa suele ser asociada a baja autoestima. En un meta-análisis de 65 estudios sobre percepción y actitud hacia la IC, Cash y Deagle (1997 citados en Espina et al., 2001) concluyen que las pacientes con AN y BN tienen mayor insatisfacción corporal y distorsión perceptiva sobre cuerpo-talla que las mujeres sin TCA. De acuerdo a los autores, la distorsión que presentan las pacientes con TCA es atribuida a un déficit sensorio-perceptivo. Lo interesante es que las chicas anoréxicas y bulímicas no difieren en su distorsión perceptiva, pero en las actitudes hacia la IC, las pacientes con BN presentan mayor insatisfacción en la apariencia global y el peso-figura, lo cual puede ser debido a que las chicas anoréxicas con bajo peso encuentran su cuerpo más cercano a su ideal.

Por otra parte, las distorsiones de la IC están presentes en poblaciones no clínicas, como en mujeres embarazadas, en personas obesas y en amenorreicas, así como en los adolescentes (Davis, 1992; Gómez Peresmitré, 1999; Lameiras et al., 2003; Rivarola, 2003; Soliah, Walter y Erickson, 2000).

Archibal, Graber y Brooks (1999) realizaron un estudio en una muestra de adolescentes entre 10 y 14 años con el fin de investigar la asociación entre la dieta, la IC y las relaciones paternofiliales. Los resultados indicaron que la percepción que las adolescentes tenían de las relaciones con sus padres estaba asociada con sus actitudes y conductas referidas a la dieta y a la IC. Así, las relaciones negativas entre las adolescentes y sus padres correlacionaban con puntuaciones más elevadas en la práctica de dietas. Al respecto, Benedito, Perpiñá, Botella y Baños (2003) indican que cuanto más jóvenes son los sujetos, pueden presentar mayor vulnerabilidad y tendencia a las alteraciones de la IC. En general, los adolescentes sobrevaloran su aspecto físico, le prestan demasiada atención y se valoran en función del mismo. La insatisfacción corporal, el fuerte deseo de adelgazar, la restricción alimentaria, la influencia de los compañeros y la familia, todo ello encabezado por una dificultad para juzgar o valorar de forma adecuada las dimensiones corporales propias, suponen graves amenazas a la nutrición y, por lo tanto, al desarrollo físico y psicológico de los adolescentes. Estas amenazas pueden conducir a la aparición de un trastorno alimentario o de algunos factores de riesgo (Alegret, Comellas, Front y Funes, 2005; Benedito et al., 2003; Espina et al., 2001; Gómez Peresmitré, 2001; Mancilla et al., 2006).

CAPÍTULO SEIS

MÉTODO

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre variables relacionadas con Imagen Corporal, Autoatribución e Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes hombres y mujeres de preparatoria.

Objetivos específicos

Explorar las relaciones e interacciones que se establecen entre las siguientes variables comparándolas por sexo:

- 1) Índice de Masa Corporal e insatisfacción corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.
- 2) Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.
- 3) Índice de Masa Corporal con auto atribución en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.
- 4) Insatisfacción corporal y atributos negativos en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Preguntas de investigación

- 1.- ¿Existe relación entre el Índice de Masa Corporal, la imagen corporal y la autoatribución en una muestra de adolescentes?
- 2.- ¿Se encontrarán diferencias en relación con las variables satisfacción/insatisfacción y alteración de la imagen corporal y el género de los participantes?

Hipótesis

1) Ho: No existe relación entre el Índice de Masa Corporal e Insatisfacción Corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe relación entre el Índice de Masa Corporal e Insatisfacción Corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

2) Ho: No existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres.

Ha: Existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres. Las mujeres presentan insatisfacción positiva y los hombres insatisfacción negativa.

3) Ho: No existe relación entre el Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe relación entre el Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

4) Ho: No existe diferencia en alteración de la imagen corporal entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe diferencia en alteración de la imagen corporal entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria. Las mujeres sobreestiman y los hombres subestiman.

5) Ho: No existe relación entre IMC y Autoatribución entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe relación entre IMC y Autoatribución entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

6) Ho: Las mujeres estudiantes de preparatoria no presentan más atributos negativos que los varones.

Ha: Las mujeres estudiantes de preparatoria presentan más atributos negativos que los varones.

- 7) Ho: Los hombres y mujeres estudiantes de preparatoria con Índice de Masa Corporal elevado ≥ 25 (categorías de sobrepeso y obesidad) no presentan Autoatribución negativa.

Ha: Los hombres y mujeres estudiantes de preparatoria con Índice de Masa Corporal elevado ≥ 25 (categorías de sobrepeso y obesidad) presentan Autoatribución negativa.

- 8) Ho: No existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en las mujeres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en las mujeres estudiantes de preparatoria.

- 9) Ho: No existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en los hombres estudiantes de preparatoria.

Ha: Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en los hombres estudiantes de preparatoria.

Variables

En primer lugar, se incluyeron preguntas de tipo sociodemográfico y biológico con la finalidad de proporcionar información acerca de las características generales de la muestra.

Índice de Masa Corporal

Definición Conceptual: El Índice de Masa Corporal (IMC) también denominado de Quetelet es una cifra que pretende determinar a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de masa que puede tener un sujeto. Es el índice para valorar la corpulencia corporal más utilizada. Expresa la relación entre peso y altura (Glauert, Rhodes, Byrne, Fink y Grammer, 2009).

Definición Operacional: El IMC se define como la división entre el peso en kilos y la talla al cuadrado $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{estatura}^2$.

Insatisfacción con la Imagen Corporal

Definición Conceptual: hace referencia al malestar producido por la evaluación negativa que una persona hace de su peso y figura corporal (Glauery et al., 2009).

Definición Operacional: insatisfacción se define operacionalmente como una diferencia positiva o negativa entre la figura ideal y la actual. Mientras que una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1999).

Alteración de la Imagen Corporal

Definición Conceptual: se determina como la percepción subjetiva del grado de desviación o diferencia entre el peso real y el peso imaginario que la persona experimenta en relación con su propio peso real, y requiere la medición de varias dimensiones para obtener su estimación: el peso real, el peso imaginario y el Índice de Masa Corporal (IMC). Esta alteración puede presentarse en dos direcciones, como sobre-estimación o bien, como subestimación de la imagen corporal real de la persona (Gómez Peresmitré, 1995).

Definición Operacional: la alteración de la imagen corporal se estimará como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal (como una persona se ve a sí misma en cuanto a tamaño o peso) menos el Índice de Masa Corporal. Las diferencias positivas se interpretan como sobreestimación, mientras que las diferencias negativas serán consideradas como subestimación. La diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el Índice de Masa Corporal de la persona determina en forma precisa el grado de alteración de la imagen corporal (Gómez Peresmitré 1999).

Autoatribución

Definición Conceptual: Componente del autoconcepto que describe cómo nos vemos y cómo nos percibimos. También incluye la atribución de características físicas que conforman la imagen corporal. Se entiende como uno de los procesos a través de los cuales

se constituye la propia imagen, incorporando los atributos y las características producto de la interacción social (Gómez Peresmitré et al., 1999).

Definición Operacional: Se define operacionalmente como el resultado obtenido a través de las respuestas dadas a la escala de auto atribución (Gómez Peresmitré, 1999).

Tipo de estudio y diseño

La presente investigación fue de tipo pre-experimental y el estudio de tipo transversal, observacional y comparativo (Campbell y Stanley, 1973).

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística (N=190); 97 mujeres adolescentes y 93 hombres adolescentes provenientes de una escuela pública, nivel bachillerato, del Distrito Federal, con edades entre 14 y 18 años. Respecto a los criterios de exclusión no se tomaron como parte de la muestra a aquellos alumnos que presentaron un problema físico evidente (criterio que se determinó por observación) y aquellos alumnos que superaran los 18 años de edad. Tampoco aquellas cuyas respuestas en el cuestionario presentaran un patrón de respuestas manipulado.

Procedimiento

1. Se solicitó permiso para aplicar el presente proyecto a profesores de una escuela pública nivel bachillerato; una vez obtenido el consentimiento informado se aplicó a los estudiantes los instrumentos antes mencionados de manera colectiva en los salones de clase.

2. Se les comunicó tanto a los profesores como a los alumnos el manejo confidencial de los datos proporcionados y el manejo estadístico de los mismos.

3. Se midió y pesó a los estudiantes que formaron parte de una submuestra obtenida al azar para tales propósitos.

4. Se capturaron los datos y se analizaron con el programa SPSS para Windows.

Aparatos e Instrumentos

Escala visual de siluetas. Con la finalidad de evaluar la satisfacción de la imagen corporal se utilizó la Escala de Imagen Corporal (Gómez Peresmitré, 1999), que consta de nueve siluetas, que cubren un continuo de peso corporal que va desde una muy delgada a una muy gruesa. Una diferencia positiva se interpreta como insatisfacción porque se desea estar más delgada, mientras que una negativa también se interpreta como insatisfacción pero en este caso porque se desea estar más gruesa. Una diferencia igual al cero se interpreta como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1999).

La alteración de la imagen corporal se obtiene con la diferencia entre las variables de autopercepción menos el Índice de Masa Corporal (Gómez-Peresmité 1999). Esta variable se midió con la pregunta que estima autopercepción del peso corporal: “De acuerdo con la siguiente escala, ¿tú te consideras?

- (A) Obeso (a), Muy gordo (a)
- (B) Con sobrepeso, Gordo (a)
- (C) Con peso normal, Ni gordo(a) ni delgado (a)
- (D) Peso por abajo del normal, Delgado(a)
- (E) Peso muy por abajo del normal, Muy delgado (a)

Escala de Autoatribución (Gómez-Peresmitré, 1999). En la estimación de la dimensión auto atribución se utilizó el instrumento de auto atribución. Consta de 33 adjetivos positivos y negativos. Las opciones de respuesta son 5 y van desde nada (1) hasta demasiado (5). La escala tiene una confiabilidad alpha general de 0.80. La escala de atributos positivos tiene un alpha de 0.81 y la de atributos negativos de 0.75.

Índice de Masa Corporal. El IMC se define como la división entre el peso en kilos y la talla al cuadrado $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura}^2$. Para la obtención del peso se utilizó una báscula profesional y para la captura de la talla se utilizó un estadímetro portátil. Las clasificaciones se utilizaron de acuerdo a las categorías que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para la obtención del Índice de Masa Corporal (IMC) se obtuvo el peso y la talla de cada estudiante. Se empleó el IMC como evaluador del estado

nutricio, debido a que es un indicador antropométrico ampliamente utilizado en estudios poblacionales por su facilidad de recabar datos, y su bajo costo, resulta de gran valor ya que informa sobre la forma en que la masa del individuo se distribuye por unidad de área corporal de manera precisa (Rodríguez, Faustina, Falcón, Arias y Puig, 2010).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Para la presente investigación se trabajó con una muestra no probabilística conformada por adolescentes hombres y mujeres, habiendo tenido una muerte experimental de 9 la muestra se redujo a N=181 adolescentes hombres y mujeres que cursaban el nivel medio superior de diferentes semestres, en una escuela pública de la Ciudad de México. La muestra de hombres con un promedio de edad de $M= 16.55$ años y $DE= 1.21$ y en las mujeres $M = 16.43$ años y $DE= 1.07$ (Figura 1). Se puede observar que la mayoría de la muestra se ubica en 17 años de edad (Tabla 1).

FIGURA 1. EDAD HOMBRES Y MUJERES.

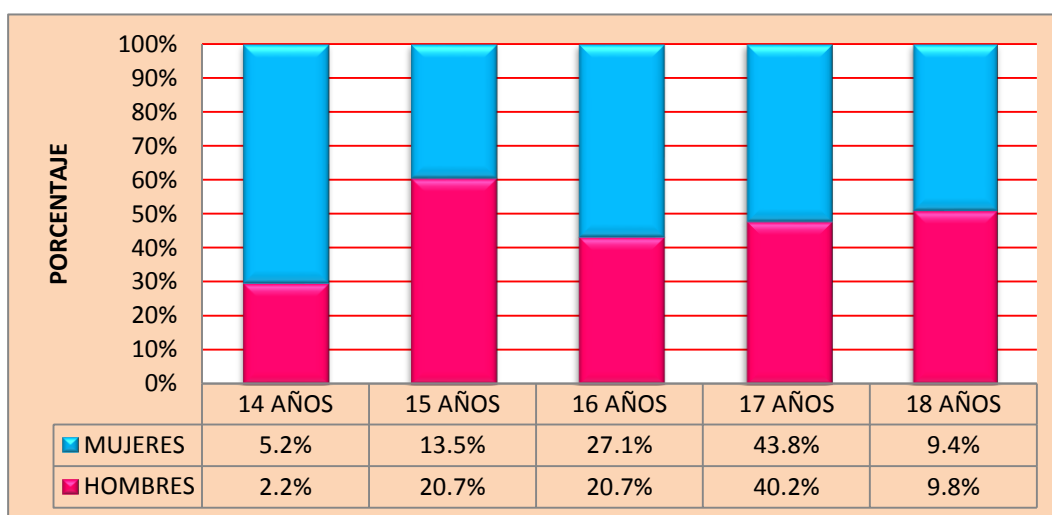


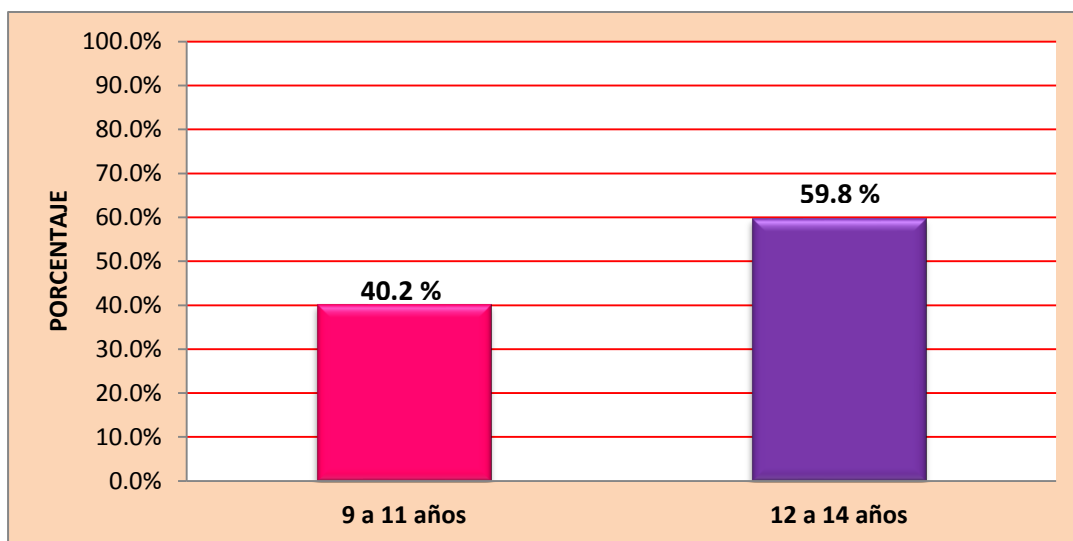
TABLA 1.

PORCENTAJE DE EDAD MUESTRA TOTAL.

14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS
3.7 %	17%	23.9%	42%	9.6%

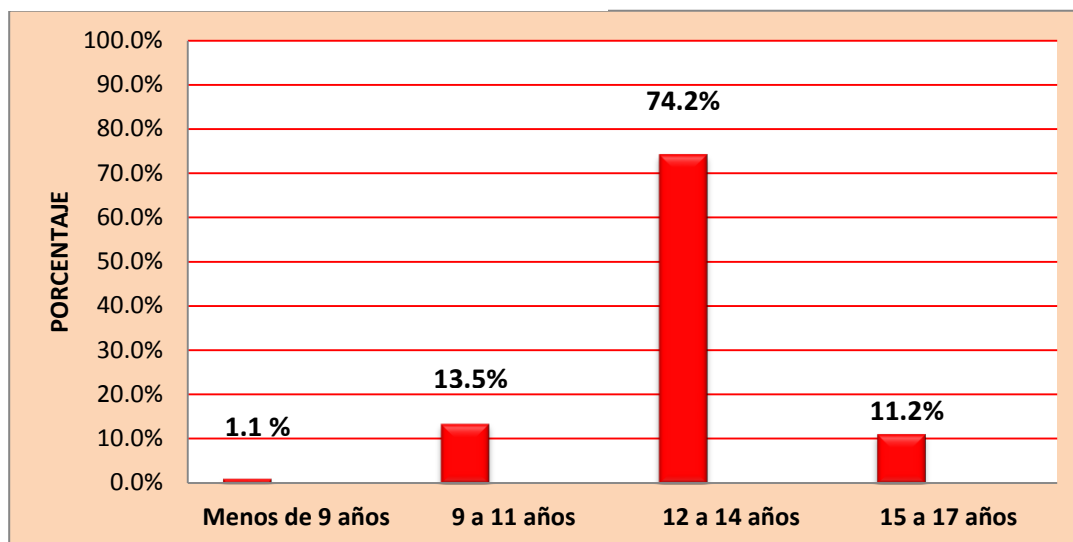
Se puede observar en la figura 2 la edad de aparición de la menarca: el (60%) de las participantes tuvo su menarca de 12 a 14 años mientras que el (40%) la presentó entre los 9 a 11 años.

FIGURA 2. APARICIÓN MENARCA.



Puede observarse que entre los hombres el porcentaje más alto (74 %) de primera eyaculación se produjo entre los 12 y 14 años (Figura 3).

FIGURA 3. PRIMERA EYACULACIÓN.



Como parte de las variables sociodemográficas se puede observar que la mayoría de los participantes vive con su familia nuclear y sólo el 13% vive con su padre o su madre. En menor frecuencia, los participantes viven con su hermano, un amigo o su pareja (Tabla 2).

La mayoría de los participantes (hombres y mujeres) del estudio no consume diuréticos (97%), laxantes (98%), inhibidores de hambres (98%) o anabólicos (100%).

Tabla 2.
PORCENTAJE DE LA VARIABLE “¿CON QUIÉN VIVES?”

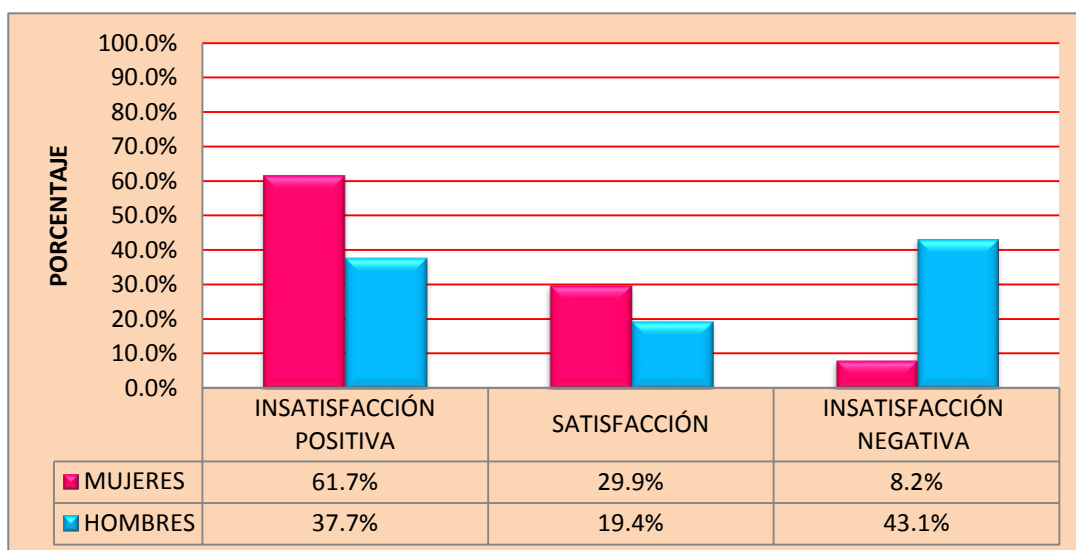
Familia nuclear	Padre o madre	Hermano(a)	Esposo(a) o pareja	Amiga(o)
84%	13.8%	0.5%	1.1%	0.5%

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

Satisfacción- insatisfacción con la Imagen Corporal. Mujeres y hombres.

La mayoría de las mujeres del estudio (62%) presenta insatisfacción positiva, es decir, quieren ser más delgadas de lo que son; sólo el 30% de la muestra se encuentra satisfecha. El porcentaje restante (8%) presenta una insatisfacción negativa, esto es, quieren ser más robustas de lo que son. Por otra parte, la mayoría de los adolescentes del estudio mostraron sentirse insatisfechos con su cuerpo. Un 43% muestra una insatisfacción negativa, es decir, que desean ser más robustos de lo que son, mientras que un 38% muestra una insatisfacción positiva, esto es, desean ser más delgados de lo que son; sólo el 19% reportó satisfacción. En la siguiente figura puede observarse la satisfacción e insatisfacción respecto a la imagen corporal en mujeres y hombres (Figura 4).

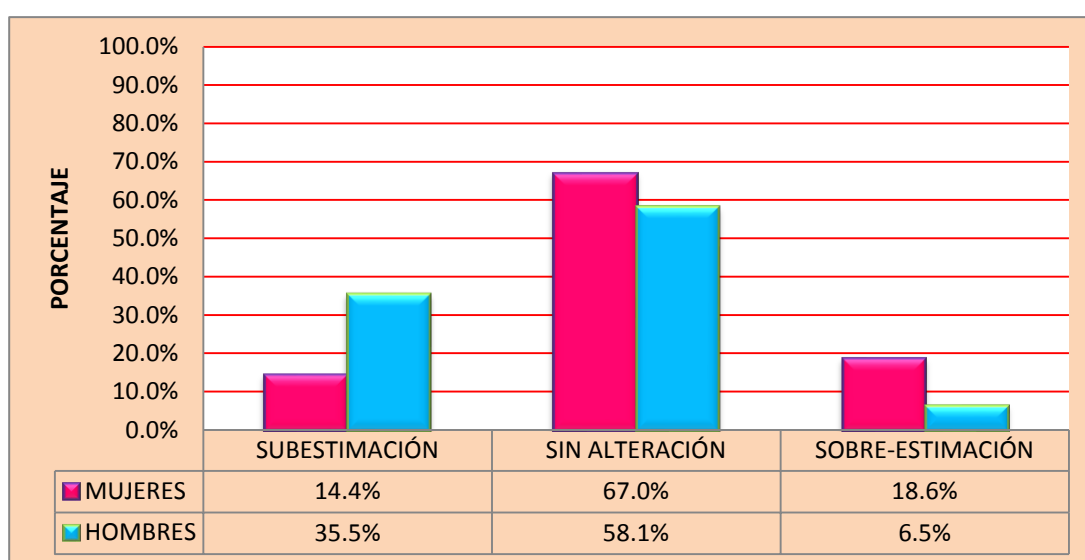
FIGURA 4. SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN IMAGEN CORPORAL. MUJERES Y HOMBRES.



ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. MUJERES Y HOMBRES.

En lo que se refiere a la variable de alteración de la IC se puede observar que el 67% de las adolescentes no mostró alteración con su IC, el 14% mostró subestimación esto es, se perciben más delgadas de lo que son, mientras que el 19% mostró sobre-estimación es decir, se perciben más gruesas de lo que son. En cuanto a los hombres el 58% de los adolescentes del estudio no muestran alteración con su IC, mientras que el 35% presenta subestimación de la IC esto es, se perciben más delgados de lo que son, mientras que el 6% muestra sobre-estimación, es decir, se perciben más robustos de lo que son (Figura 5).

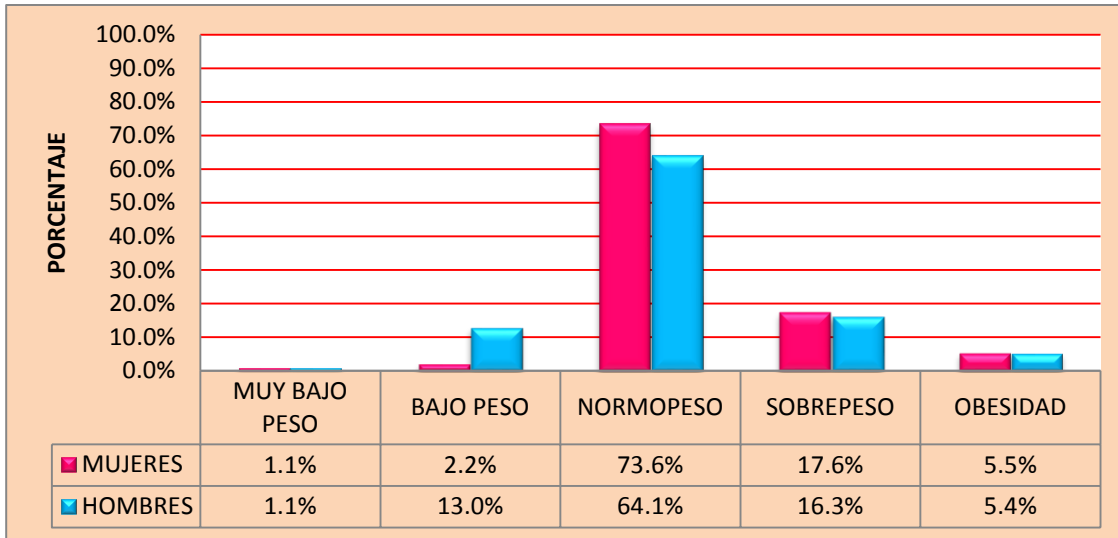
FIGURA 5. ALTERACIÓN IMAGEN CORPORAL. MUJERES Y HOMBRES.



ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC). MUJERES Y HOMBRES.

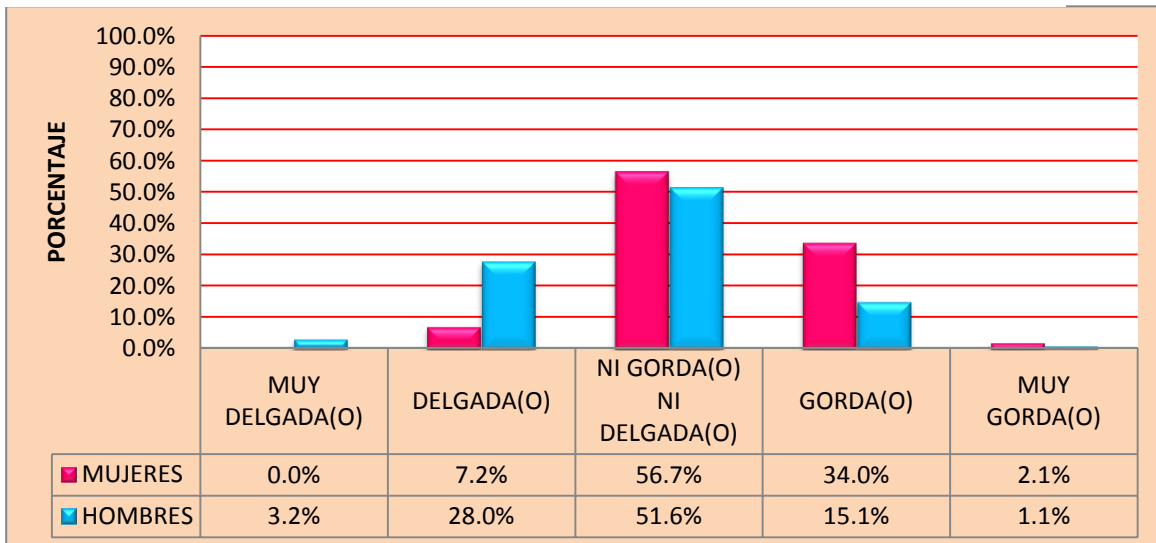
La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio se encuentran en la categoría de peso normal (74%), sólo el 1% se encuentra en un muy peso bajo y un 5% se encuentra en la categoría de obesidad, el 18% tiene sobrepeso. Con respecto a los varones la mayoría se encuentran en peso normal (64%), un 13% en bajo peso y 16% en sobrepeso. Un 5% calificó con obesidad y sólo el 1% muy bajo peso (Figura 6).

FIGURA 6. ÍNDICE DE MASA CORPORAL. MUJERES Y HOMBRES.



Cuando se les preguntó a las mujeres del estudio sobre cómo se perciben, los datos arrojan que la mayoría de las adolescentes (57%) se percibe con peso normal y un 34% se percibe con sobrepeso y con porcentajes menores se perciben delgadas (7%) y con obesidad (2%). En cuanto a los adolescentes del estudio sobre cómo se perciben, los datos arrojan que la mayor parte (52%) se percibe en rango normal, es decir, que no se percibe ni gordo ni delgado, mientras que el 3% se percibe delgado y sólo el 1% muy gordo; el 28% se percibe delgado y un 15% gordo (Figura 10).

FIGURA7. VARIABLE “TÚ TE CONSIDERAS”. MUJERES Y HOMBRES.



PRUEBA DE HIPOTÉSIS

Con el propósito de comprobar las hipótesis se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r de Pearson) entre las distintas variables de estudio.

En la comprobación de la hipótesis uno: “Existe relación entre el Índice de Masa Corporal e Insatisfacción Corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria” los resultados mostraron una correlación media y estadísticamente significativa entre estas variables.

Tabla 3.

CORRELACIÓN DE PEARSON. ÍNDICE DE MASA CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL.

	INSATISFACCIÓN IC
Correlación de Pearson	.540**
Sig. (bilateral)	.000
N	181

Hipótesis de trabajo 1. Existe relación entre el Índice de Masa Corporal e insatisfacción corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza H_0 : No existe relación entre el Índice de Masa Corporal e insatisfacción corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Posteriormente, se correlacionó IMC e insatisfacción corporal por sexo. En las tablas 4 y 5 se observa correlaciones significativas del IMC e insatisfacción tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 4.

CORRELACIÓN DE PEARSON. ÍNDICE DE MASA CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL. MUJERES.

	INSATISFACCIÓN IC MUJERES
Correlación de Pearson	.537**
Sig. (bilateral)	.000
N	89

Tabla 5.

CORRELACIÓN DE PEARSON. ÍNDICE DE MASA CORPORAL E INSATISFACCIÓN CORPORAL. HOMBRES.

	INSATISFACCIÓN IC HOMBRES
Correlación de Pearson	.544**
Sig. (bilateral)	.000
N	92

En la comprobación de la segunda hipótesis: “Existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres. Las mujeres presentan insatisfacción positiva y los hombres insatisfacción negativa” se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que las mujeres presentan insatisfacción positiva, es decir, quieren ser más delgadas mientras que los hombres presentan insatisfacción negativa, esto es, quieren ser más robustos, por lo tanto, la hipótesis de trabajo se acepta (Tabla 6).

Tabla 6.

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS DE LA VARIABLE INSATISFACCIÓN CORPORAL.

	SEXO	MEDIA	D.E.	t	gl.	Sig. (bilateral)
INSATISFACCIÓN CORPORAL	MUJERES	1.58	1.87	6.35	184.22	0.000
	HOMBRES	-.215	2.02			

Hipótesis de trabajo 2. Existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres. Las mujeres presentan insatisfacción positiva y los hombres insatisfacción negativa.
Se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza Ho: No existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres.

Para la comprobación de la tercera hipótesis: “Existe relación entre el Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria” se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r de Pearson). Los resultados muestran que existe una correlación estadísticamente significativa entre el IMC y alteración de la imagen corporal (Tabla 7).

Tabla 7.

CORRELACIÓN DE PEARSON. INDICE DE MASA CORPORAL Y ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

	ALTERACIÓN DE LA IC
Correlación de Pearson	-.345**
Sig. (bilateral)	.000
N	181

Hipótesis de trabajo 3. Existe relación entre el Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza Ho: No existe relación entre el Índice de Masa Corporal y alteración de la imagen corporal en hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Posteriormente, se aplicó la prueba de correlación de IMC y alteración de la imagen corporal por sexo. En las tablas 8 y 9 se observa correlaciones significativas del IMC y alteración tanto en mujeres como en hombres.

Tabla 8.

CORRELACIÓN DE PEARSON. INDICE DE MASA CORPORAL Y ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. MUJERES.

	ALTERACIÓN DE LA IC. MUJERES
Correlación de Pearson	-.412**
Sig. (bilateral)	.000
N	90

Tabla 9.

CORRELACIÓN DE PEARSON. INDICE DE MASA CORPORAL Y ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL. HOMBRES.

	ALTERACIÓN DE LA IC. HOMBRES
Correlación de Pearson	-.383**
Sig. (bilateral)	.000
N	91

Para la comprobación de la cuarta hipótesis: “Existe diferencia en alteración de la imagen corporal entre hombres y mujeres. Las mujeres sobreestiman y los hombres subestiman” se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que existen diferencias en alteración de la IC; las mujeres sobreestiman y los hombres subestiman su IC (Tabla 10).

Tabla 10.

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS DE LA VARIABLE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

	SEXO	MEDIA	DE	Sig. (bilateral)	t	gl.
ALTERACIÓN IMAGEN CORPORAL	MUJERES	.0444	.597	0.000	3.92	178.99
	HOMBRES	-.3077	.609			

Hipótesis de trabajo 4. Existe diferencia en alteración de la imagen corporal entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria. Las mujeres sobreestiman y los hombres subestiman. Se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza Ho: No existen diferencias en insatisfacción de la imagen corporal entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Para la comprobación de la quinta hipótesis: “Existe relación entre IMC y Autoatribución entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria” los resultados muestran que no existe relación entre el Índice de Masa Corporal y la Autoatribución positiva/negativa (Tabla 11).

Tabla 11.

CORRELACIÓN DE PEARSON. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y AUTOATRIBUCIÓN.

	ATRIBUTOS POSITIVOS	ATRIBUTOS NEGATIVOS
Correlación de Pearson	.047	.019
Sig. (bilateral)	.541	.801
N	174	177

Hipótesis de trabajo 5. Existe relación entre IMC y Autoatribución entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.
 Se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta Ho: No existe relación entre IMC y Autoatribución entre hombres y mujeres estudiantes de preparatoria.

Con relación a la sexta hipótesis “Las mujeres estudiantes de preparatoria presentan más atributos negativos que los varones”, se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados muestran que las mujeres estudiantes de preparatoria no presentan más atributos positivos (M=3.6, p=.064) que los hombres (M=3.4) (diferencia marginal), por lo tanto, la hipótesis de trabajo se rechaza (Tabla 12).

Tabla 12.

DIFERENCIA ENTRE MEDIAS DE LA VARIABLE ATRIBUTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

	SEXO	Media	DE	Sig. (bilateral)	t	gl.
ATRIBUTOS POSITIVOS	MUJERES	3.61	.590	.064	1.862	178
	HOMBRES	3.46	.475			
ATRIBUTOS NEGATIVOS	MUJERES	2.19	.546	.828	-.218	182
	HOMBRES	2.20	.441			

Hipótesis de trabajo 6. Las mujeres estudiantes de preparatoria presentan más atributos negativos que los varones.
 Se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta Ho: Las mujeres estudiantes de preparatoria no presentan más atributos negativos que los varones.

Para la comprobación de la séptima hipótesis “Los hombres y mujeres estudiantes de preparatoria con Índice de Masa Corporal elevado ≥ 25 (categorías de sobrepeso y obesidad) presentan Autoatribución negativa” se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r de Pearson). Los resultados arrojan que no existe relación significativa entre el Índice de Masa Corporal y Autoatribución negativa (Tabla 13).

Tabla 13.

CORRELACIÓN DE PEARSON. IMC ELEVADO Y ATRIBUTOS NEGATIVOS. MUESTRA TOTAL.

	ATRIBUTOS NEGATIVOS
CORRELACIÓN DE PEARSON	.016
SIG. (BILATERAL)	.516
N	40

Hipótesis de trabajo 7. Los hombres y mujeres estudiantes de preparatoria con Índice de Masa Corporal elevado ≥ 25 (categorías de sobrepeso y obesidad) presentan Autoatribución negativa.

Se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta H_0 : Los hombres y mujeres estudiantes de preparatoria con Índice de Masa Corporal elevado ≥ 25 (categorías de sobrepeso y obesidad) no presentan Autoatribución negativa.

Posteriormente, se aplicó la prueba de correlación de IMC elevado y atributos negativos por sexo. En las tablas 14 y 15 se observan correlaciones no significativas entre las variables.

Tabla 14.

CORRELACIÓN DE PEARSON. IMC ELEVADO Y ATRIBUTOS NEGATIVOS. MUJERES.

	ATRIBUTOS NEGATIVOS
CORRELACIÓN DE PEARSON	.099
SIG. (BILATERAL)	.677
N	20

Tabla 15.

CORRELACIÓN DE PEARSON. IMC ELEVADO Y ATRIBUTOS NEGATIVOS. HOMBRES.

	ATRIBUTOS NEGATIVOS
CORRELACIÓN DE PEARSON	.117
SIG. (BILATERAL)	.622
N	20

En la comprobación de la octava hipótesis: “Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en las mujeres estudiantes de preparatoria” se aplicó el Coeficiente de Correlación de Pearson (r de Pearson). Los datos arrojados indican que en el caso de las mujeres, existe relación leve entre los atributos negativos e insatisfacción de la IC (Tabla 16).

Tabla 16.

CORRELACIÓN DE PEARSON. INSATISFACCIÓN CORPORAL Y ATRIBUTOS NEGATIVOS. MUJERES.

	ATRIBUTOS NEGATIVOS
Correlación de Pearson	.250*
Sig. (Bilateral)	.016
N	92

Hipótesis de trabajo 8. Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en las mujeres estudiantes de preparatoria.
Se acepta hipótesis de trabajo y se rechaza Ho: No existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en las mujeres estudiantes de preparatoria.

Finalmente, para la comprobación de la novena hipótesis “Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en los hombres estudiantes de preparatoria” se aplicó el Coeficiente de correlación de Pearson (r de Pearson) donde los resultados obtenidos muestran que en el caso de los hombres, no existe relación entre insatisfacción corporal y atributos negativos (Tabla 17).

Tabla 17.

CORRELACIÓN DE PEARSON. INSATISFACCIÓN CORPORAL Y ATRIBUTOS NEGATIVOS. HOMBRES.

	ATRIBUTOS NEGATIVOS
Correlación de Pearson	.018
Sig. (Bilateral)	.867
N	91

Hipótesis de trabajo 9. Existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en los hombres estudiantes de preparatoria.
Se rechaza hipótesis de trabajo y se acepta Ho: No existe relación entre insatisfacción de la imagen corporal y atributos negativos en los hombres estudiantes de preparatoria.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue determinar la relación entre variables relacionadas con Imagen Corporal, Autoatribución e Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes hombres y mujeres de preparatoria.

De acuerdo con los resultados recién expuestos, se encontró que un 70 por ciento de las jóvenes adolescentes que conforman la muestra manifiestan insatisfacción corporal (el 62 por ciento presentan insatisfacción positiva, quieren ser más delgadas y un 8 por ciento señala insatisfacción negativa, es decir, quiere ser más robustas) sólo un 30 por ciento manifiesta satisfacción con su imagen corporal (IC). Los porcentajes de satisfacción/insatisfacción detectados en este estudio son similares con los obtenidos por Gómez Peresmitré y Acosta (2002) quienes detectaron que el 50 por ciento de las adolescentes presenta insatisfacción positiva. Asimismo, coinciden con los resultados reportados por Zaragoza et al. (2011) quienes señalan que el 82 por ciento de las mujeres de su estudio reportaron insatisfacción (57 por ciento desean ser más delgadas y un 25 por ciento desean ser más robustas).

No sólo las mujeres adolescentes del estudio presentan insatisfacción corporal, sino también los hombres quienes en un 80 por ciento lo manifiestan (43 por ciento quiere ser más robusto de lo que es y un 38 por ciento desean ser más delgados). Esta tendencia a presentar porcentajes similares en insatisfacción positiva y negativa en los varones concuerda con un estudio realizado por Cruz y Mangato (2002) quienes reportan que el 22 por ciento de los varones desea estar más grueso, aunque el 23 por ciento de éstos también desearía estar más delgado.

Los resultados del presente estudio permiten formular ciertas especificidades al respecto, ya que la insatisfacción que sufren los hombres es distinta a la de las mujeres. La diferencia de porcentaje de varones que reportaron estar insatisfechos tanto positiva como negativamente fue mínima, es decir, presentan ambos tipos de insatisfacción. Mientras que la insatisfacción en las mujeres se orienta a que desean ser más delgadas, a pesar de que la mayoría de ellas se encuentra con peso normal. Dichas especificidades permiten reafirmarse con los resultados expuestos en la prueba de la hipótesis 2, ya que los mismos

arrojan que las mujeres presentan insatisfacción positiva ($M=1.58$) mientras que los hombres presentan insatisfacción negativa ($M= -.215$) $t(184.22)=6.35$.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Gómez Peresmitré et al., (2001) con estudiantes pre-púberes, púberes y adolescentes. La autora señala que son las mujeres adolescentes de la muestra quienes ocupan el primer lugar de insatisfacción positiva (a diferencia del grupo de mujeres pre-púberes y púberes). Esta insatisfacción por parte de las adolescentes es porque desean ser más delgadas. En cuanto a los varones adolescentes, la insatisfacción se presenta porque desean ser más gruesos, pero sin grasa y con músculo.

Esta tendencia hacia la delgadez en las mujeres manifiesta la presión social a las que están sometidas y el prototipo refleja a una mujer joven con un peso por abajo del normal. Gómez Peresmitré (2000) afirma que la figura ideal que se ha internalizado en las mujeres es la de una mujer-muñeca (Barbie). Quieren un cuerpo alto y extradelgado, de piernas largas, cintura pequeña y busto grande; deseo inalcanzable. Asimismo, afirma que es alarmante que esta figura ideal suceda por cuestiones cosméticas con características que sean asociadas erróneamente al éxito y a la belleza.

De acuerdo con el modelo sociocultural la insatisfacción corporal sucede cuando un individuo interioriza el cuerpo ideal determinado culturalmente, y por comparación social, deduce que su cuerpo es diferente de ese ideal. Es ahí entonces, que esta variable puede conducir al inicio de conductas que de otra manera no se darían, por ejemplo, al seguimiento de dietas restrictivas (Bunnell, Cooper, Hertz y Shenker, 1992; Button, 1990; Gómez Peresmitré y Acosta, 2000), por lo anterior, los altos porcentajes de insatisfacción detectados entre los participantes del presente estudio, representan un riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario.

Con respecto al efecto de alteración de la IC, se encontraron resultados interesantes, el 67 por ciento de las participantes adolescentes que conforman la muestra no presentan alteración perceptiva respecto a su IC; se deduce que éstas estudiantes aceptan su cuerpo percibido (independientemente de su tamaño). De las mujeres que reportaron alteración con su IC (33 por ciento), el 19 por ciento se percibe más gruesa. En un porcentaje inferior (14

por ciento) las adolescentes se perciben más delgadas de lo que están. Esto indica que la percepción del tamaño corporal está alterada en las mujeres, percibiéndose más gruesas de lo que en realidad son.

En cuanto a los varones adolescentes que conforman la muestra, el 58 por ciento no presenta distorsión perceptiva respecto a su IC. De entre los que sí distorsionan (41 por ciento), el 35 por ciento se percibe más delgado y sólo un 6 por ciento se percibe más grueso. En este caso, los resultados indican que los hombres tienen una percepción de su IC más delgada de lo que es en realidad. Haciendo referencia a ambos grupos (mujeres y hombres), las mujeres sobrestiman su IC mientras que los varones la sub-estiman.

Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Gómez Peresmitré et al., (2001) con estudiantes pre-púberes, púberes y adolescentes. Las conclusiones por parte de la autora reportan que las mujeres sobrestiman su imagen corporal, esto es, se perciben más gruesas de lo que son en realidad, a diferencia de los varones adolescentes, quienes subestiman su peso corporal.

Con la finalidad de identificar la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción de la IC en la muestra total se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados obtenidos permiten observar que en la muestra total el IMC tiene una relación estadísticamente significativa con la insatisfacción de la IC ($r=.540$, $p=.000$). Estos resultados concuerdan con Saucedo, Escamilla, Portillo, Peña y Calderón (2008) quienes reportan que la insatisfacción de la IC presenta una correlación significativa con el IMC ($r=0.552$, $p<0.01$) en la muestra total. Posteriormente, se aplicó el análisis por sexo y se observó que la correlación entre IMC e insatisfacción de la IC por parte de las mujeres fue ($r=.537$, $p=.000$) mientras que la correlación de IMC e insatisfacción de la IC por parte de los hombres fue ($r=.544$, $p=.000$). La relación entre IMC e insatisfacción de la IC se observó positiva, es decir, que a mayor IMC existe mayor insatisfacción positiva, esto es, la insatisfacción se presenta por el deseo de ser más delgado(a), como lo reportan Rodríguez, Gómez Peresmitré et al. (2001) quienes encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos bajo peso, peso normal ($M=1.07$) y sobrepeso ($M=2.13$), la diferencia entre medias muestra que a mayor peso, mayor insatisfacción corporal.

Asimismo, coinciden con los resultados reportados por Trejo et al. (2010) que al asociar IMC con insatisfacción corporal reportan una correlación positiva y significativa en dichas variables ($r=0.22$, $p=0.001$) es decir, a medida que aumenta el IMC es mayor la insatisfacción con la imagen corporal en los adolescentes. En este sentido, los resultados de este estudio reafirman dicha premisa y permitieron validar la primera hipótesis.

No sólo existe relación entre IMC e insatisfacción de la IC, entre los resultados del presente estudio también se detectó asociación entre el IMC y alteración de la IC. Los resultados de la tercera prueba de hipótesis permiten reportar una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($r= -.345$, $p=.000$). La relación entre IMC y alteración de la IC se observó negativa, esto es, a mayor IMC existe mayor subestimación (percibirse más delgado) o bien, a menor IMC existe mayor sobre-estimación (percibirse más grueso de lo que se es). Gómez Peresmitré et al. (2001) concluyen que no sólo las mujeres adolescentes sobrestiman su IC sino también niñas muy jóvenes (6-9 años) alteran (sobrestiman) su IC, se perciben con mayor peso del que tienen. También, los pre-púberes y púberes varones, en una alta proporción sobre-estimaron. Otro claro ejemplo de sobre-estimación es el que se reporta en Anorexia Nervosa, donde las mujeres se perciben más gruesas de lo que son a pesar de estar en un grado de emaciación. Caso contrario de lo que sucede con las personas que tiene sobrepeso u obesidad, quienes subestiman su IC, es decir, se perciben más delgadas. En un estudio realizado por León, Gómez Peresmitré, Pineda, L'Esperance y Platas, 2002, se encontró que el grupo de hombres con sobrepeso y obesidad alteraron en mayor grado la percepción de su cuerpo, subestimando su peso (se veían más delgados) en comparación con los de bajo peso quienes lo sobreestimaban (se veían más gruesos).

Con respecto a la diferencia en alteración de la imagen corporal entre hombres y mujeres los resultados en la cuarta prueba de hipótesis mostraron que las mujeres sobrestiman su IC ($M=.0444$) mientras que los hombres subestiman su IC ($M= -.3077$) $t(178.99)=3.92$, $p=0.000$. Estos resultados se confirman con los obtenidos por Gómez, Sánchez y Mahedero (2012) quienes reportan que las mujeres con valores de IMC correspondiente a normopeso se ven con más adiposidad (41.1 por ciento) de la que tienen en realidad, y sólo un 8.6% se autoperciben con menor adiposidad. Mientras que el 29.2 por

ciento de los hombres con normopeso se ven con menor adiposidad de la que tienen y el 18.5% con mayor grado de adiposidad. Asimismo, concuerdan con los resultados obtenidos por Gómez Peresmitré et al. (2001) en un estudio realizado por pre-púberes, púberes y adolescentes; Este estudio reporta que el porcentaje de sobrestimación fue mayor en el grupo de mujeres pre-púberes y púberes. En el grupo de las adolescentes hubo porcentajes menores de sobreestimación (20 por ciento) y subestimación (20 por ciento). Entre los hombres fueron los adolescentes y los pre-púberes quienes subestimaron su peso corporal (se percibían más delgados de lo que realmente eran).

Para probar la hipótesis 5, se exploró la relación entre IMC y Auto atribución tanto positiva como negativa, los resultados no fueron estadísticamente significativos. Así también, en la séptima hipótesis no se detectó relación estadísticamente significativa respecto al IMC elevado (categorías sobrepeso y obesidad) con los atributos negativos en la muestra total, por tanto, se rechazó la hipótesis de trabajo. Asimismo, los resultados indican que no existe relación significativa entre IMC elevado (categorías sobrepeso y obesidad) y atributos negativos en las mujeres ni en los hombres adolescentes que se encontraron en dicha categoría.

Por otra parte, un hallazgo de interés fue reportado en la sexta hipótesis en el cual se observó una diferencia marginal en la siguiente dirección: las mujeres presentan una ($M=3.6$) atributos positivos; mientras que los hombres ($M=3.4$) $t(178)= 1.86, p=.064$. Con base en esto, se puede inferir que la diferencia marginal indica una tendencia lo cual señala la necesidad de realizar nuevas investigaciones respecto al estudio de atributos en la población adolescente. Estos resultados difieren de algunos estudios en donde se evalúa el autoconcepto. Por ejemplo, en el estudio realizado por Mangato et al. (2003) que evalúa autoconcepto negativo (autodepreciación), autoconcepto positivo (valoración positiva relacionada con la importancia de sí mismo en relación con los demás) y autoconcepto-autoestima (percepción positiva del individuo sobre su propia forma de actuar), se encontró que las mujeres presentan una puntuación significativamente superior que los varones en autoconcepto negativo.

Cabe señalar que con base en la conceptualización de Gómez Peresmitré et al. (1999) la Autoatribución es solamente un componente que forma parte del autoconcepto.

Por ende, en este estudio se utilizó dicha dimensión mostrando resultados interesantes y diferentes respecto a los realizados en el tema de autoconcepto.

El hallazgo reportado en el presente estudio puede explicarse debido a que si se les preguntan características subjetivas a las mujeres, sin considerar la forma de su cuerpo o el tamaño del mismo, señalan atributos positivos. Se deduce también, que se perciben de manera favorable con el fin de querer mostrar frente a los demás una imagen positiva de sí mismas, de ahí, que esto contribuya a proteger o aumentar su autoestima. Myers (1995) define este efecto de autopercatarse de manera favorable como sesgo de autoservicio. El sesgo de autoservicio ha sido explicado de tres maneras: como un esfuerzo por presentar una imagen positiva, como un producto secundario de la manera en que se procesa la información de uno mismo y por un deseo de proteger e incrementar la autoestima. Asimismo, señala que las dimensiones subjetivas (tales como disciplinado) desencadenan un mayor sesgo de autoservicio, es decir, presentar una imagen más positiva que cuando las dimensiones son conductuales. Esto se debe en parte a que las cualidades subjetivas dan mucho más libertad para construir las definiciones de éxito propias.

Si estos atributos o características positivas se relacionan en función del cuerpo, es ahí cuando los resultados difieren y por el contrario, estas mujeres se atribuyen características negativas en vista de que reportan insatisfacción respecto a su imagen corporal. Muestra de ello es el resultado expuesto en la octava hipótesis, el cual indica que existe relación entre insatisfacción de la IC y atributos negativos ($r=250^*$, $p=.01$) en las mujeres, caso contrario de lo que sucede en los hombres, que no existe relación entre atributos negativos e insatisfacción corporal (novena hipótesis). Quizá estas adolescentes al percibir que su cuerpo no corresponde con el ideal de belleza socialmente aceptado, las características negativas que se adjudican probablemente estén asociadas con la gordura. Staffiere (1972) y Dion (1973) señalan que atributos negativos como perezoso y lento se asocian con las personas obesas, mientras que la belleza, la inteligencia y el ser sociable se relaciona con las personas delgadas.

Por otra parte, Gómez Peresmitré et al. (1999) señala que la Autoatribución es una cuestión subjetiva sin importar a qué dimensión de la personalidad se le refiera, por tanto, esta dimensión abarca características físicas, psicológicas y conductuales que conforman la

imagen corporal. Partiendo de esta premisa y considerando la relación existente entre insatisfacción de la IC con atributos negativos, se deduce que las mujeres se atribuyen características negativas como reflejo a la percepción de las características físicas, psicológicas y conductuales que constituyen su imagen corporal.

A manera de conclusión, se puede decir que este estudio permitió reafirmar que no sólo las mujeres presentan insatisfacción y alteración respecto a su IC sino también los varones, como lo reporta la literatura nacional e internacional (Acosta, Llopis, Gómez Peresmitré y Pineda, 2005; Cruz & Maganto, 2002; Gómez Peresmitré, 1997; Gómez Peresmitré, 2000; Gómez Peresmitré y Acosta, 2000; Gomez Peresmitré y Acosta, 2002; Gómez Peresmitré y Acosta, 2003; Gómez, Sánchez y Mahedero, 2012; Mancilla et al., 2006; Toro et al., 2006). Asimismo, se pudo ratificar la hipótesis de que a mayor IMC mayor insatisfacción positiva.

Se concluye también, que la autoatribución está asociada directamente con la insatisfacción de la imagen corporal. Esta premisa se reafirma con los resultados expuestos, donde se observó una relación entre atributos negativos e insatisfacción corporal en las mujeres. Otra de las aportaciones destacadas de este estudio se refiere a que al investigar la variable autoatribución de manera independiente, las mujeres presentan más atributos positivos en comparación con los hombres.

Con base a lo anterior se sugiere explorar a la población con rangos de IMC elevados (sobrepeso y obesidad) en relación con auto atribución, ya que pudo ser debido al tamaño de estas submuestras que algunos de los resultados no fueron estadísticamente significativos. Quizá estudiar dicha población ofrezca información valiosa en los estudios de autoconcepto considerando la dimensión de auto atribución.

Por otra parte, sería pertinente replicar este estudio en una muestra mayor de adolescentes y observar si en la población se sigue presentando una diferencia marginal en atributos positivos y negativos y en su relación con la imagen corporal.

REFERENCIAS

- Aceves, J., García, S. & González, A. (2011). Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 128-132.
- Acosta, M., Llopis, J., Gómez Peresmitré, G. & Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5(3), 223-232.
- Alegret, J., Comellas, M., Front, P. & Funes, J. (2005). *Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: Grao.
- Alvarado, V. & Sancho, K. (2011). La belleza del cuerpo femenino. *Revista Electrónica de estudiantes*, 6(1), 9-21.
- American Dietetic Association, ADA. (2006). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 2073-2082.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*. Masson: APA.
- Amezcu, J. & Pichardo, M. (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2), 207-214.

- Archibal, A., Graber, J. & Brooks-Gunn, J (2003). Pubertal processes and physiological growth in adolescence. En G. Adams & M. Berzonsky (Eds.), *Handbook of adolescence* (pp. 24-47). E.U.: Blackwell.
- Archibal, A., Graber, J. & Brooks, G. (1999). Associations among parent-adolescent relationships, puberal growth, dieting and body image in young adolescent girls: a short-term longitudinal study. *Journal of Research on adolescence*, 9, 395-415.
- Baile, J., Guillen, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 439-450.
- Baile, J. (s.f.). ¿Qué es la imagen corporal? Centro Asociado de la UNED de Tudela. Extraído de: http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm.
- Barker, M., Robinson, S., Wilman, C. & Barker, J. (2000). Behavior, body composition and diet in adolescent girls. *Appetite*, 35(2), 161-170.
- Barriguete, M., Unikel, C., Aguilar, S., Córdoba, V., Shamah, T., Barquera, D., Rivera, J. & Hernández, A. (2009). Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico. *Mexican National Health and Nutrition Survey*, 51(4), 638-644.
- Barrote, D. & Palomares, A. (2011). Educación y salud en la adolescencia: Los trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 26, 55-70.

- Baudrillard, J. (1974). *La sociedad de consumo*. Barcelona: Plaza & Janés, en A. Martínez, La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, 127-153.
- Bedoya, M. & Marín, A. (2010). Cuerpo vivido e identidad narrativa en mujeres diagnosticadas con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 544-555.
- Bemis, K. & Hollon, S. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy Research*, 14, 191-214.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. & Baños, M. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, 58(3), 268-272.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E. & Fleiz, C. (2008). Epidemiología de los Trastornos Psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Documento presentado en la XVIII reunión de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
- Bickham, D. & Rich, M. (2006). Is television viewing Associated with social isolation? Roles of exposure time, viewing context and violent content. *Archives of pediatric and adolescent Medicine*, 160, 387-392.
- Bourdieu, P. (1986). Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En A. Martínez, La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73, 127-153.

- Botta, R. (1999). Television images and adolescent girls, body image disturbance. *Journal of Communication, 49*, 22-41.
- Braconnier, A. (2003). *Guía del adolescente*. España: Síntesis.
- Bracken, B. (1992). *Multidimensional self-concept Scale*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Brooks, F. (1959). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Hapelusz, en M. Ramos, Una perspectiva desde la Psicología de la salud de la imagen corporal. *Aances en Psicología Latinoamericana, 22*, 15-27.
- Bruch, H. (1985). Four decades of eating disorders. En D. Garner & P. Garfinkel. (Eds.), *Hanbook of Psychotherpay for Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 7-18). Nueva York: Guilford Press.
- Bruchon Schweilzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bunnell, D; Cooper, P; Hertz, S. & Shenker, R. (1992). Body shape concerns among adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 11*(1), 79-83.
- Buñuel, J. & Cuestas, E. (2008). La menstruación irregular podría ser un signo de alerta de un trastorno de la conducta alimentaria no diagnosticado. *Evidencias en Pediatría, 4*(51), 1-3.
- Button, E. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12 baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence, 13*, 407-413.

- Campbell, D. & Stanely, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Casanueva, E. & Morales, M. (2001). *Médica Nutriología*. México: Médica Panamericana.
- Cardenal, V. & Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24(1), 101-111.
- Carrillo, V., Sánchez, M. & Jiménez, M. (2011). Factores socioculturales y personales relacionados con el mensaje mediático del culto al cuerpo influyentes en el bienestar de los jóvenes. *Comunicación y Sociedad*, 24(2), 227-252.
- Cash, T. (1990). *Body image enhancement: A Program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford Press.
- Cash, T. & Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T. & Green, T. (1986). Body weight and body image among college women: perception, cognition, and affect. *Journal of Personality Assesment*, 50(2), 290-301.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body image: Development, deviance, and change*. Nueva York: Guilford Press.
- Contreras, R. & González, Z. (2010). Estudio y análisis de los Trastornos del comportamiento a través de las revistas científicas. Revisión bibliográfica de 2004 a 2008. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 97-120.

- Cooper, P. & Taylor, M. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Cooper, M., Wells, A. & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.
- Cruz, S. & Mangato, C. (2002). Índice de Masa Corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(3), 455-473.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1998). *Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviors, and personality factors: A study of high performance female athletes. *Internacional Journal of Sport Psychology*, 23, 179-192.
- Dion, K. (1973). Young children stereotyping of facial attractiveness: issues and conceptual perspectives. *Development Psychology*, 9, 183-188.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., Vargas, P. & Yáñez, R. (2011). Valoración del autoconcepto físico en estudiantes universitarios y su relación con la práctica deportiva. *Revista motricidad humana*, 8(12), 22-26.

- Facchini, M. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas adolescentes actuales: ¿de dónde proviene? *Revista Argentina de Pediatría*, 104(4), 145-150.
- Fairburn, C., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A Transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 51(5), 509-528.
- Fairburn, C. & Garner, D. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Fernández, T., Velasco, C., Martínez, F., Carrasco, J. & González, J. (2002). Los trastornos de la Conducta Alimentaria ¿menos es más? *Cultura de los cuidados*, 6(12), 67-80.
- Fernández, C., Huici, J., Marques, D., Morales, J., Moya, E., Paez, J., Pérez, A. & Reboloso, J. (1994). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana de España.
- Fierro, A. (1990). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107.
- Fitts, W. & Roid, G. (1991). *Tennessee self-concept Scale. Revised Manual*. Northridge: Western Psychological Services.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011). Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades. Nueva York.
- Fox, R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40, 230-246.

- Franco, K., Mancilla, J., Vázquez, R., Álvarez, G. & López, X. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de la delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica, 10*(3), 829-840.
- Franzoi, S. & Shields, S. (1984). The body esteem scale: multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of personality assessment, 48*(2), 173-178.
- Frith, K., Shaw, P. & Cheng, H. (2005). The construction of beauty: A cross-cultural analysis of women's magazine advertising. *Journal of Communication, 55*(1), 56-70.
- Fu, M. & Zuo, Y. (2011). Experience dependent structural plasticity in the cortex. *Trends in Neurosciences, 34*, 177-187.
- Garaigordobil, M., Durá, A. Pérez, J. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 53-63.
- García, J. (2007). *Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y detección de maltrato físico y emocional en adolescentes*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. México: UNAM.
- Garner, M. (1998). *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: TEA.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 273-279.

- Garner, D. & Garfinkel, P. (1980). *Handbook of treatment for Eating Disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Garner, D., Garfinkel, P., Rockert, W. & Olmsted, P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and psychosomatics*, 48, 170-175.
- Garrote, D. & Palomares, A. (2011). Educación y salud en la adolescencia: los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Ensayos, revista de la facultad de educación de Albacete*, 26, 55-70.
- Giles, D. & Maltby, J. (2004). The role of media figures in adolescent development: relations between autonomy, attachment and interest in celebrities. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 813-822.
- Glauert, R., Rhodes, G., Byrne, S., Fink, B. & Grammer, K. (2009). Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 443-452.
- Gómez Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12, 185-198.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: sentirse atractivo o ser atractivo? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.

- Gómez Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología, 16*(1), 153-165.
- Gómez Peresmitré, G., González, L. & Lizano, M. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y Autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología, 16*(1), 117-126.
- Gómez Peresmitre, G. (2000). Publicidad e imagen corporal: factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en los estudiantes. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la salud, 3*(1), 157-177.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Revista Clínica y Salud, 11*, 35-58.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. (2002). Un estudio transcultural (México/España). *Psicothema, 14*(2), 221-226.
- Gómez Peresmitré, G. & Acosta, M. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(1), 9-21.
- Gómez Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Conferencia presentada en el 450 aniversario de la UNAM.

- Gómez Peresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. & Pineda, G. (2001). Trastornos alimentarios. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(3), 313-324.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo, T. & Unikel, C. (2001). Imagen corporal en los Trastornos de la Alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En Calleja N, Gómez Peresmitré, (Eds.), *Psicología Social. Investigación y aplicaciones en México* (pp. 123-290). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, A., Sánchez, B. & Mahedero, M. (2012). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la educación física y el deporte*, 15(1), 54-63.
- Góngora, V. & Martina, M. (2008). Conductas y cogniciones relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(3), 265-272.
- Goñi, E., Fernández-Zabala, A. e Infante, G. (2012). El autoconcepto personal: diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Aula abierta*, 40(1), 39-50.
- Grinder, R. (1997). *Adolescencia*. México: Limusa-Noriega.
- Harrison, K. (2000). Television viewing, fat stereotyping, body shape standards and eating disorder symptomatology in Grade School children. *Communication Research*, 27, 617-640.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children (revision of the perceived competence scale for children)*. Denver: University of Denver.

- Harter, S. (1990). Issues in the assessment of the self-concept of children and adolescents. En A.M. La Greca (Eds.), *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 292-325). Boston: Allyn & Bacon.
- Herman-Giddens, M., Wang, L. & Koch, G. (2001). Secondary sexual characteristics in boys: Estimates from the national health and nutrition examination survey. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(9), 1022-1028.
- Hernández, N., Alves, D., Arroyo, M. & Basabe, N. (2012). Satisfacción corporal y calidad de la dieta en estudiantes universitarias del País Vasco. *Endocrinología y Nutrición*, 59(04), 239-245.
- Hernández Guzmán, L. & Sánchez Sosa, J. (1996). *Factores de riesgo y protectores que afectan el aprovechamiento escolar. Psicología y problemática Social*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Igor, E. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. *Anales de psicología*, 24(1), 18.
- Iñarritu, M., Licea, V. & Alvarez, I. (2004). Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud pública y nutrición*, 5(2), 1-15.
- Jurado, L., Correa, J., Delgado, A., Contreras, M., Camacho, J., Ortiz, D. & Escobar, M. (2009). Trastornos de la Conducta Alimentaria en niños y adolescentes. *MedUnab*, 12(3), 129-144.
- Kalish, R. (1983). *La vejez: perspectiva sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

- Kaplan, H. & Sadock, B. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría Clínica*. Madrid: Panamericana.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. España: Descleé de Brower.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, C. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios/as sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 23-33.
- Leitenberg, H., Rosen, J., Gross, J., Nudelman, S. & Vara, L. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 56, 535-541.
- León, R., Gómez Peresmitré, G., Pineda, G., L'Esperance, L. & Platas, S. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra d adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 125-132.
- León, R., Gómez Peresmitré, G & Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- López, A. (2005). ¿Son las dietas una “causa” del sobrepeso? Un análisis contrafáctico. *Universitas Psychologica Bogotá*, 4(1), 23-29.
- López, C. & Treasure, J. (2011). Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Los 50 hombres más guapos, *Revista Somos*, Televisa, México.

- Macías, G. & Valadez, T. (2000). *Ser adolescente*. México: Trillas.
- Mancilla, J., Gómez Peresmitré, G., Álvarez, R., Franco, P., Vázquez, A., López, X. & Acosta, V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. En J. Mancilla y G. Gómez Peresmitré (Eds.), *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica* (pp. 89-122). México: Manual Moderno.
- Mancilla, J., Lameiras, M., Vázquez, R., Álvarez, G., Franco, K., López, X. & Téllez, M. (2010). Influencias socioculturales y conductas alimentarias no saludables en hombres y mujeres de España y México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 36-47.
- Mangato, C., Cruz, S. & Exteverría, A. (2003). Autoconcepto negativo y alteraciones de la conducta alimentaria. 4º Congreso Virtual de Psicología. *Interpsiquis*, 1-15.
- Mansilla, G. (2000). Maduración biológica en la adolescencia. *Revista Sociedad Boliviana de Pediatría*, 39(1), 11-15.
- Marsh, H. (1989). Age and sex effects in multiple dimension of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Marsh, H., Richards, E., Johnson, S., Roche, L. & Redmayne, P. (1994). Physical self-description questionnaire: psychometric properties and multitrait-multimethod analysis of relation to existing instruments. *Journal of sport and exercise psychology*, 16, 270-305.
- Marsh, H. & Shavelson, R. (1985). Self-concept: its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107-123.

- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73,127-153.
- Medina, M., Borjes, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Montero, P., Morales, E. & Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- Mora, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Redalyc*, 87(2), 67-80.
- Myers, D. (1995). *Psicología social*. México: Mc Graw Hill.
- Myers, P. & Biocca, F. (1992). The elastic body image: The effect of Television advertising and programming on body image distorsion in young women. *Journal of Communication*, 42, 108-133.
- Nelson, L. (1996). A comparison of gender differences in middle school adolescents participating an eating disorder prevention program. *Dissertation abstracts international section A: humanities and social science*, 57(6), 36-47.
- Neumark-Sztainer, D. (2006). Eating Among Teens: Do family mealtimes a difference for Adolescents' nutrition. *New Directions for child and Adolescent Development*, 111, 91-105.

- Okon, D., Greene, A. & Smith, E. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández Ávila, M., Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández Ávila, M., Sepúlveda, J. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT 2012. Instituto de Salud Pública. México.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Colombia: McGraw-Hill.
- Park, S. (2005). The influence of presumed media influence on women's desire to be thin. *Communication Research*, 32(10), 594-614.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 16-24.
- Pérez, Llamas, F. & Zamora, N. (2002). *Nutrición y alimentación humana*. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia: Aula de mayores.
- Perpiñá, C. (1994). Trastornos alimentarios. En Belloch, A., Sadín y Ramos. (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. I. (pp. 531-555). Madrid: McGraw Hill.

- Pineda, G., Platas, S. & Gómez Peresmitré, G. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. *La Psicología Social en México*, 8, 660-667.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Physiology and Behavior*, 20, 693-698.
- Quiles, Y. & Terol, M. (2008). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280.
- Radzik, M., Sherer, S. & Neinstein, L. (2007). Psychosocial development in normal adolescents. En L. Neinstein, C. Gordon, D. Katzman, D. Rosen. & E. Woods. *Adolescent health care: A practical guide* (pp. 27-31). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la Salud de la Imagen Corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27.
- Ramos, M. (2009). *Estilos de vida y salud en la adolescencia* (Tesis doctoral inédita). Universidad de Sevilla. España.
- Ramos, P., Rivera, F. & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Reyna V. & Farley, F. (2007). El cerebro adolescente. *Mente y cerebro*, 26, 56-63.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. España: Prentice Hall.

- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(8), 149-161.
- Rodríguez, R. (2003). *Afrontamiento a estrés y factores de riesgo asociados con conducta alimentaria* (Tesis de Licenciatura inédita). UNAM, México.
- Rodríguez, R. (2008). *Prevención primaria de trastornos alimentarios: Formación de audiencias críticas y psicoeducación* (Tesis doctoral inédita). UNAM, México.
- Rodríguez, L., Faustina, L., Falcón, A., Arias, R. y Puig, A. (2010). Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el Índice de Masa Corporal. *Medicina universitaria*, 12(46), 29-32.
- Rodríguez, R., Gómez Peresmitré, G., Platas, S., Mercado, L. & León, C. (2001). Índice de Masa Corporal y factores de riesgo asociados en los trastornos alimentarios en adolescentes. *Psicología Social y Salud*, 139-142.
- Rodríguez, A., Goñi, A. & Ruíz de Azúa, S. (2004). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 81-94.
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practices*, 2, 143-166.
- Ruvalcaba, A. & Gutiérrez, L. (2007). *Programa de Realidad Virtual y entrenamiento en habilidades sociales como prevención de factores de riesgo asociados con la imagen corporal* (Tesis de Licenciatura inédita). UNAM, México.
- Salvatierra, V. (1999). Ginecología Amenorrea secundaria funcional: importancia de la anorexia nerviosa. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 42(6), 438-446.

- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. España: McGraw Hill.
- Saucedo, T., Peña, A., Fernández, T., García, A. & Jiménez, R. (2010). Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16-23.
- Saucedo, T., Ocampo, M., Mancilla, J. & Gómez Peresmitré, G. (2001). Índice de Masa Corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanas. *Acta Pediátrica México*, 22(3), 184-190.
- Saucedo, T. & Gómez Peresmitré, G. (2004). Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 31(2), 69-74.
- Saucedo, T. & Gómez Peresmitré, G. (2005). Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 32(2), 67-74.
- Saucedo, T., Escamilla, T., Portillo, I., Peña, A. & Calderón, Z. (2008). Distribución e interrelación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes hidalguenses, hombres y mujeres, de 11 a 15 años de edad. *Revista de Investigación Clínica*, 3(60), 231-240.
- Secretaría de Salud (2012). Sexualidad y adolescencia. México. Recuperado de: <http://www.cnegsr.gob.mx/programas/salud-sexual-adolescentes/interessesr/sexualidad-adolescencia.html>

- Sepúlveda, A., Botella, J., León, J. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Shavelson, R., Hubner, J. & Stanton, G. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Schilder, P. (1989). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. México: Ed. Paidós.
- Smolak, L. & Levine, P. (1994). *The prevention of eating disorders: Theory, research and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Soliah, L., Walter, J. & Erickson, J. (2000). Physical activity and affinity for food of high school and college students. *American Journal Health Behaviour*, 24, 444-447.
- Sonstroem, J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise & sport sciences reviews*, 12, 123-155.
- Staffiere, J. (1972). Body built and behavioral expectancies in young females. *Development Psychology*, 6, 125-127.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E., Pressnell, K. & Bearman, S. (2001). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389-401.

- Striegel-Moore, R. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. En C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Tamayo, A. (1981). EFA: Escala Factorial de Autoconcepto. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33, 87-102.
- Thompson, J. (1990). *Body Image Disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Medicina Clínica*, 14(114), 543-544.
- Toro, J. (2006). ¿Cuándo debemos sospechar un trastorno de la conducta alimentaria? *Actualización*, 1(592), 30-32.
- Toro, J., Gómez Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulá, V., Castro, J., Pineda, G., León, R., Platas, S. & Rodríguez, R. (2006). Eating disorder and body image in Spanish and Mexican females adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 41, 556-565.
- Trejo, P., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-154.
- Turón, V. & Benítez, M. (2000). *Anorexia y Bulimia Nerviosas: atención y prevención interdisciplinar*. Barcelona: Consulting Dovall.

- Unikel, C., & Caballero, A. (2010). Guía clínica para Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Berenson, S., Del Bosque, J., Alfaro, J. Medina-Mora, M. (Eds.), *Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales* (pp. 1-39). Instituto Nacional de Psiquiatría. México.
- Unikel, C., Bojórquez, I. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Unikel, C., Bojórquez, I., Villatoro, J., Fleiz, C. & Medina, M. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación Clínica*, 58(1), 15-29.
- Unikel, C., Mora, J. & Gómez Peresmitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas inapropiadas del comer. *Revista Interamericana de Psicología*, 33(1), 11-29.
- Unikel, C., Nuño, B., Celis, A., Saucedo, T., Trujillo, E., García, F. & Trejo, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J. & Fleiz, C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del Índice de Masa Corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25, 49-57.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E. & Hernández, S. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos de la población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de investigación Clínica*, 52(2), 140-147.

- Vázquez, R., Mancilla, J., Mateo, C., López, X., Álvarez, G., Ruíz, O. & Franco, K. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Vázquez, R., Ruíz, A., Mancilla, J. & Álvarez, G. (2008). Patrones de consumo alimentario en mujeres y hombres con sintomatología de trastorno alimentario. División de investigación y Posgrado, Universidad Nacional Autónoma de México. PAPIIT IN304606 y CONACyT 50305H.
- Vázquez, R., Toledo, E., Baéz, M., Álvarez, G. & Mancilla, J. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastornos alimentarios. *Psicología y Salud*, 12(1), 73-82.
- Vega de la, R. (2011). *Evaluación de una intervención cognoscitivo-conductual en mujeres con conductas alimentarias de alto riesgo* (Tesis doctoral inédita). UNAM, México.
- Vega de la, R. & Gómez Peresmitré, G. (2012). Intervención Cognitivo-Conductual en conductas alimentarias de riesgo. *Psicología y Salud*, 22(2), 225-234.
- Wade, T. & Lowes, J. (2002). Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about personal implications of body shape and weight in female adolescent population. *International Journal of Eating Disorder*, 32, 39-45.
- Wesslén, A., Abrahamsson, L. & Fiellström, C. (1999). Attitudes towards food among teenagers-reflected by focus group interviews. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(9), 68-72.

- Wilgenbush, T. & Merrel, K. (1999). Gender differences in self-concept among children and adolescents: a meta analysis of multidimensional studies. *School Psychology Quarterly*, 14(2), 101-120.
- World Health Organization, (1992). Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva.
- Zaragoza, J., Saucedo, T. & Fernández, T. (2011). Asociación de impacto entre factores socioculturales, insatisfacción corporal e índice de masa corporal en estudiantes universitarios de Hidalgo, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 61(1), 20-27.
- Zilles, K. & Amunts, K. (2011). Una nueva cartografía del cerebro. *Mente y cerebro*, 46, 32-37.
- Zimmerman, F. & Christakis, D. (2005). A children's Television viewing and cognitive Outcomes. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(7), 619-625.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESTUDIO SOBRE AUTOATRIBUCIÓN FORMA XX

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer la manera en que las estudiantes mexicanas perciben su cuerpo así como las concepciones que tienen acerca de él. El éxito de nuestra tarea depende de ti, **DE TU COLABORACIÓN: QUE QUIERAS CONTESTAR NUESTRO CUESTIONARIO Y QUE LO HAGAS DE LA MANERA MÁS VERÍDICA POSIBLE. TUS DATOS SON CONFIDENCIALES.**

¡GRACIAS!

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

Nombre _____

E.r : _____

1.- Tipo de escuela a la que asistes Privada () Pública ()

P.r : _____

2.- Grado que cursas _____ Edad: _____

3.- ¿Cuánto pesas? _____ Kg Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ Kg

4.- ¿Cuánto mides? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ Mts.

5.- ¿Qué estás estudiando?

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

6.- Edad de tu primera menstruación

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

7.- Tu menstruación se presenta...

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

8.- ¿Tienes vida sexual activa?

- A) No. Pasa a la pregunta 10 B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

9.- ¿Tienes hijos?

- A) Sí B) No

10.- Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos) B) Padre o Madre C) Hermano(s)

D) Esposo o pareja

E) Sola

F) Amiga (o)

11.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

A) Soy hija única

B) Soy la mayor

C) Ocupo un lugar intermedio

D) Soy la más chica

12.- ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C) Tú

D) Tú y pareja

E) Tú, hermanos y/o padres

F) Esposo o pareja

13.- ¿En qué trabaja tu papá?

() No tiene Trabajo

() Obrero

() Empleado

() Vendedor Ambulante

() Comerciante Establecido

() Profesionista

() Empresario

() Jubilado

() Otra _____

14.- ¿A qué se dedica tu mamá?

() Ama de casa

() Empleada doméstica

() Empleada (comercio u oficina)

() Vendedora Ambulante

() Comerciante Establecida

() Profesionista

() Empresaria

() Jubilada

() Otra _____

15.- ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu papá?

() No estudió

() Primaria incompleta

() Primaria completa

() Secundaria incompleta

() Secundaria completa

() Carrera comercial

() Carrera técnica

() Preparatoria incompleta

() Preparatoria completa

() Licenciatura incompleta

() Licenciatura completa

() Diplomado o Maestría

() Doctorado

16.- ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu mamá?

() No estudió

() Primaria incompleta

() Primaria completa

() Secundaria incompleta

() Secundaria completa

() Carrera comercial

() Carrera técnica

() Preparatoria incompleta

() Preparatoria completa

() Licenciatura incompleta

() Licenciatura completa

() Diplomado o Maestría

() Doctorado

Señala con una X si realizas alguna o algunas de las siguientes conductas

17.- ¿Fumas?

No () Pasa a la pregunta 19

Sí () Pasa a la siguiente pregunta

18.- Al día fumo

a) menos de 5 cigarros

b) 5 a 15 cigarros al día

c) 16 a 24 cigarros al día

d) Más de 24 cigarros

19.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

No () Pasa a la pregunta 21

Sí () Pasa a la siguiente pregunta

20.- Días a la semana

a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6 g) 7 h) Ocasionalmente (bebedor social)

i) fines de semana

21.- ¿Consumes drogas?

No () Pasa a la pregunta 23

Sí () Pasa a la siguiente pregunta

22.- ¿Cuáles?

() Anfetamina

() Metanfetaminas

() Cocaína y crack

() Éxtasis

() Heroína

() Inhalantes

() LSD

() Ketamina

() Marihuana

() Nicotina

() Alcohol

() Rohipnol

() Otras

¿Cuáles?_____

23.- ¿Tomas laxantes?

No ()

Sí ()

24.- ¿Tomas diuréticos?

No ()

Sí ()

25.- ¿Tomas inhibidores de hambre?

No ()

Sí ()

26.- ¿Tomas anabólicos o esteroides?

No ()

Sí ()

27.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal. SEÑALA CON UNA "X" la figura de tu elección.

MI CUERPO SE PARECE MÁS A:



A



B



C



D



E



F



G



H



I

Subraya la opción que consideres:

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

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

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

A = No me describe nada

B = Me describe un poco

C = Me describe regular

D = Me describe bien

E = Me describe exactamente

Soy una persona:

Me Describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansiosa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Atractiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Insegura	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Inteligente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Fuerte	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Exitosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Sociable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pesimista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Responsable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Independiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

11. Torpe	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Productiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Dominante	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Estudiosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Pasiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Comprensiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Eficiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Falsa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Fracasada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Rígida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Sana	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Trabajadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Incompetente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Inestable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Desconfiada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Triunfadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Ágil	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Triste	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Solidaria	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Controlada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Optimista.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Agradable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Agresiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que **MÁS TE GUSTARÍA TENER**

1) PARA TI: ()

2) PARA EL SEXO OPUESTO: ()



A



B



C



D



E



F



G



H



I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESTUDIO SOBRE AUTOATRIBUCIÓN
FORMA XY

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer la manera en que los estudiantes mexicanos perciben su cuerpo así como las concepciones que tienen acerca de él. El éxito de nuestra tarea depende de ti, **DE TU COLABORACIÓN: QUE QUIERAS CONTESTAR NUESTRO CUESTIONARIO Y QUE LO HAGAS DE LA MANERA MÁS VERÍDICA POSIBLE. TUS DATOS SON CONFIDENCIALES.**

¡GRACIAS!

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

Nombre _____

E.r : _____

1.- Tipo de escuela a la que asistes Privada () Pública ()

P.r : _____

2.- Grado que cursas _____ Edad: _____

3.- ¿Cuánto pesas? _____ Kg Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas? _____ Kg

4.- ¿Cuánto mides? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides? _____ Mts.

5.- ¿Qué estás estudiando?

A) Secundaria B) Carrera Técnica C) Carrera Comercial D) Prepa, Bachillerato, Vocacional

E) Licenciatura F) Posgrado

6. Edad de tu primera eyaculación

A) Menos de 9 años B) 9 a 11 años C) 12 a 14 años D) 15 a 17 años

E) 18 a 20 años F) 21 o más

7.- ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

A) No. Pasa a la pregunta 9 B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

8.- ¿Tienes hijos?

A) Sí B) No

9.- Actualmente vives con:

A) Familia nuclear (padres y hermanos) B) Padre o Madre C) Hermano(s)

D) Esposa o pareja E) Solo F) Amigo (a)

10.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

A) Soy hijo único B) Soy el mayor C) Ocupo un lugar intermedio

D) Soy el más chico

11.- ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

12.- ¿En qué trabaja tu papá?

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

13.- ¿A qué se dedica tu mamá?

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

14.- ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu papá?

- () No estudió () Primaria incompleta () Primaria completa
() Secundaria incompleta () Secundaria completa () Carrera comercial
() Carrera técnica () Preparatoria incompleta () Preparatoria completa
() Licenciatura incompleta () Licenciatura completa () Diplomado o Maestría
() Doctorado

15.- ¿Cuál fue el último año de estudios que completó tu mamá?

- () No estudió () Primaria incompleta () Primaria completa
() Secundaria incompleta () Secundaria completa () Carrera comercial
() Carrera técnica () Preparatoria incompleta () Preparatoria completa
() Licenciatura incompleta () Licenciatura completa () Diplomado o Maestría
() Doctorado

Señala con una X si realizas alguna o algunas de las siguientes conductas

16.- ¿Fumas?

No () Pasa a la pregunta 18

Sí () Pasa a la siguiente pregunta

17.- Al día fumo

- b) menos de 5 cigarros b)5 a 15 cigarros al día
d) 16 a 24 cigarros al día d)Más de 24 cigarros

18.- ¿Ingieres bebidas alcohólicas?

- No () Pasa a la pregunta 20 Sí () Pasa a la siguiente pregunta

19.- Días a la semana

- a)1 b)2 c)3 d)4 e)5 f)6 g) 7 h) Ocasionalmente (bebedor social)
j) Fines de semana

20.- ¿Consumes drogas?

- No () Pasa a la pregunta 22 Sí () Pasa a la siguiente pregunta

21.- ¿Cuáles?

- () Anfetaminas () Metanfetaminas () Cocaína y crack () Éxtasis () GHB
() Heroína () Inhalantes () LSD () Ketamina
() Marihuana () Nicotina () Alcohol () Rohipnol
() Otros

¿Cuáles?_____

22.- ¿Tomas laxantes?

- No () Sí ()

23.- ¿Tomas diuréticos?

- No () Sí ()

24.- ¿Tomas inhibidores de hambre?

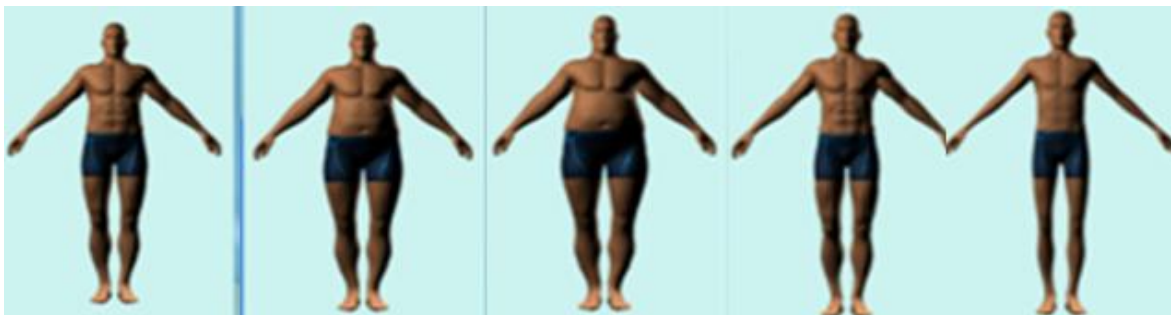
- No () Sí ()

25.- ¿Tomas anabólicos o esteroides?

- No () Sí ()

26.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal. Señala con una "X" tu elección.

MI CUERPO SE PARECE MÁS A:



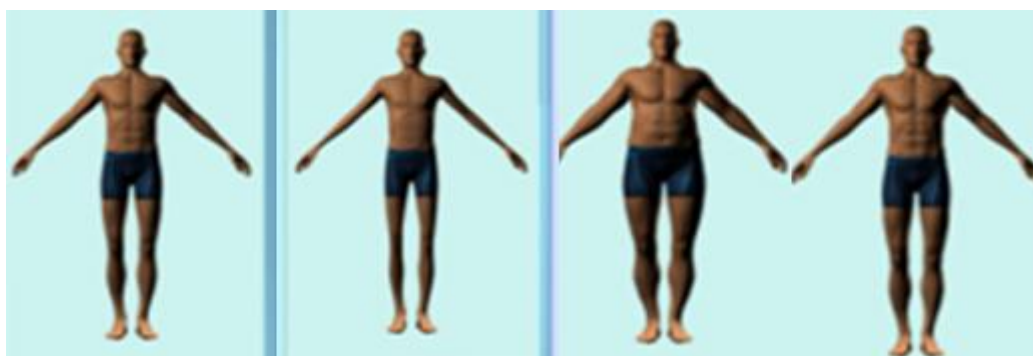
A

B

C

D

E



F

G

H

I

27.- Subraya la opción que consideres.

De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |

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

A = No me describe nada

B = Me describe un poco

C = Me describe regular

D = Me describe bien

E = Me describe exactamente

Yo soy:

Me Describe

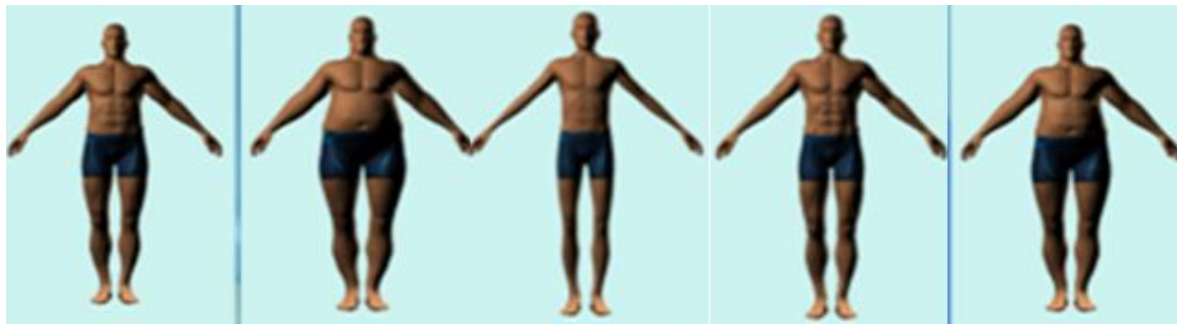
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansioso	A	B	C	D	E
2. Atractivo	A	B	C	D	E
3. Inseguro	A	B	C	D	E
4. Inteligente	A	B	C	D	E
5. Fuerte	A	B	C	D	E
6. Exitoso	A	B	C	D	E
7. Sociable	A	B	C	D	E
8. Pesimista	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Independiente	A	B	C	D	E
11. Torpe	A	B	C	D	E
12. Productivo	A	B	C	D	E
13. Dominante	A	B	C	D	E
14. Estudioso	A	B	C	D	E
15. Pasivo	A	B	C	D	E

16.Comprendivo	A	B	C	D	E
17. Eficiente	A	B	C	D	E
18. Falso	A	B	C	D	E
19.Fracasado	A	B	C	D	E
20.Rígido	A	B	C	D	E
21 Sano	A	B	C	D	E
22.Trabajador	A	B	C	D	E
23.Incompetente	A	B	C	D	E
24.Inestable	A	B	C	D	E
25.Desconfiado	A	B	C	D	E
26.Triunfador	A	B	C	D	E
27.Ágil	A	B	C	D	E
28.Triste	A	B	C	D	E
29.Solidario	A	B	C	D	E
30.Controlado	A	B	C	D	E
31.Optimista	A	B	C	D	E
32.Agradable	A	B	C	D	E
33.Agresivo	A	B	C	D	E

Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella **QUE MÁS TE GUSTARÍA TENER**

1) PARA TI: ()

2) PARA EL SEXO OPUESTO: ()



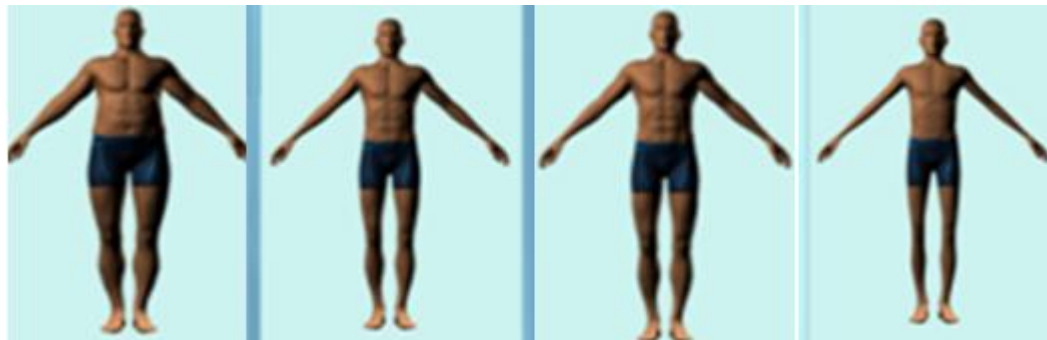
A

B

C

D

E



F

G

H

I