



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

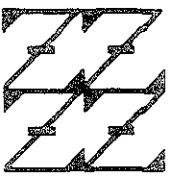
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

IMAGEN CORPORAL ASOCIADA A LA EDAD DE LA MENARCA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES PREADOLESCENTES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GISELA PINEDA GARCIA



UNAM FES ZARAGOZA



DIRECTORA DE TESIS: DRA GILDA GOMEZ PERESMITRE
ASESORA DE TESIS: MARIA DE JESUS JAIME GARCIA

LO NORMADO EJE DE MAESTRA DELEGACION

MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**Universidad Nacional Autónoma de
México**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

**IMAGEN CORPORAL ASOCIADA A LA EDAD DE LA MENARCA EN
UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES PREADOLESCENTES**

TESIS DE LICENCIATURA QUE PRESENTA:

GISELA PINEDA GARCÍA

SINODALES:

**DRA. GILDA GÓMEZ PERESMITRÉ
LIC. MARÍA DE JESÚS JAIME GARCÍA
MTRA. PATRICIA VILLEGAS ZAVALA
MTRA. RAQUEL GUILLEN RIEBELING
MTRA. ALBA GARCÍA LÓPEZ**

México D.F. 2000

Jehová es mi pastor ; nada me faltará.

En lugares de delicados pastos me hará descansar ;

Junto a aguas de reposo me pastoreará.

Confortará mi alma

Me guiará por sendas de justicia por amor de su nombre.

Aunque ande en valle de sombra de muerte no temeré mal
alguno ;

porque tu estarás conmigo ;

Tu vara y tu cayado me infundirán aliento.

Aderezas mesa delante de mí en presencia de mis angustiadores,

Unges mi cabeza con aceite ; mi copa está rebosando.

Ciertamente el bien y la misericordia me seguirán todos los días
de mi vida,

Y en la casa de Jehová moraré por largos días.

SALMO 23

Gracias JAH por darme la oportunidad de entrar a la hermosa
aventura llamada vida.

AGRADECIMIENTOS

A la Máxima Casa de Estudios: la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

A Gilda L. Gómez y María de Jesús Jaime, mis asesoras de tesis, por compartir conmigo su conocimiento.

Un especial agradecimiento a la Dra. Gilda Gómez por cada momento dedicado al asesoramiento de este trabajo y por el impulso necesario para que éste se culminara.

A mis profesores.

A cada uno de mis sinodales, por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Gracias

GISELA

A Elvira :

Por tu enorme apoyo, sacrificio y amor
paternal, sin el cual no hubiera
podido llegar a la meta.

¡Gracias Elvy!

A toda mi familia, primos y tíos,
especialmente a mi abue Angelina y tío
Angel.

¡Gracias por su amor incondicional!

A Noe David, ¡a pesar de todo!

GIS

A Eduardo y Abigaíl, por cada una de sus
oraciones.

A todos mis amigos, Silvia, Elena, y Ana
María.

Gracias por sus palabras de apoyo y
ánimo.

A mis entrañables amigos de secundaria:
José, José Luis, Pilar y Estela, por
compartir todos aquellos locos y
maravillosos momentos de adolescencia.

GISELA

INDICE

Resumen.	1
Introducción .	3
Capítulo 1 Pubertad y Adolescencia .	6
1.1 Pubertad : Etapa de Cambios.	7
1.1.1 Cambios Físicos	8
1.1.2 Desarrollo Cognoscitivo	15
1.1.3 Desarrollo Social.	18
Capítulo 2 Trastornos de la Alimentación y Conducta Dietaria..	21
2.1 Trastornos de la Alimentación.	22
2.1.1 Anorexia Nervosa	22
2.1.2 Bulimia Nervosa	25
2.1.3 Obesidad.	31
2.2 Conducta Dietaria y Trastornos Alimentarios.	39

Capítulo 3 Imagen corporal y autoatribución	43
3.1 La delgadez como ideal	43
3.2 Imagen Corporal	45
3.2.1 Concepto de Imagen Corporal	45
3.2.2 Alteración de la Imagen Corporal	47
3.2.3 Insatisfacción con la Imagen Corporal	49
3.3 Pubertad, menarca e imagen corporal	53
3.4 Autoatribución	56
3.4.1 Teoría de la atribución	56
3.4.2 Concepto de Autoatribución	60
3.4.3 Autoatribución e imagen corporal	63
Capítulo 4 Justificación, Problema e Hipótesis de Investigación	66
Capítulo 5 Método	70
5.1 Sujetos y muestra	70
5.2 Aparatos y materiales	70
5.3 Situación experimental	71
5.4 Procedimiento	71
Capítulo 6 Resultados	83
6.1 Descripción de la muestra	83
6.2 Distribución de las principales variables de investigación	84
6.3 Prueba de hipótesis	98

RESUMEN

La presente investigación* buscó determinar si existía relación entre imagen corporal (distorsión y satisfacción/insatisfacción) y la edad de la menarca así como la relación de esta última variable con el seguimiento de dietas y autoatribución. La muestra quedó conformada por 280 estudiantes mujeres del Distrito Federal y zonas conurbadas, subdividida en $n_1 = 115$ (menarca temprana), $n_2 = 139$ (menarca normal) y $n_3 = 26$ (menarca tardía). Se aplicó un instrumento que exploró variables físico-biológicas así como las relacionadas con imagen corporal, seguimiento de dietas y autoatribución. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas e inferenciales. Los hallazgos teórico-prácticos más importantes indicaron, a grandes rasgos, que la insatisfacción con la imagen corporal se puede explicar a partir de la interacción de la edad de la primera menstruación con el seguimiento de dietas para el control de peso. Además se encontró que las chicas con menarca temprana presentaron mayor grado de alteración de la imagen corporal, mientras que las "tardías" manifestaron mayor autoatribución positiva.

*El presente trabajo forma parte de una investigación mayor titulada: Imagen Corporal en preadolescentes y adolescentes: un Instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación. Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología 1998 (CONACyT, No 25845-H), bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas las mujeres occidentales han sido bombardeadas por mensajes publicitarios que anuncian toda clase de productos para reducir tallas y bajar de peso desde gimnasios y clínicas hasta productos y alimentos "light". De acuerdo con Gómez Peresmitré (comunicación personal) existe un culto a la delgadez en torno al cual se han creado intereses millonarios, por ejemplo y sólo por señalar una situación: a la ropa de marca y ni siquiera nacional (v. gr. Zara) solo tienen acceso las chicas y mujeres delgadas; también es pertinente mencionar el caso de Brasil donde se prohibió a las mujeres obesas usar bikini.

Esto apunta claramente parte de la presión social a la que se encuentra expuesta la mujer. Así pues, no es de extrañar entonces que entre el género femenino existan problemas con la imagen corporal (insatisfacción y alteración), la cual es producida, entre otros factores, por el culto a la delgadez y el rechazo a la obesidad que promueven, principalmente, los medios masivos de comunicación.

La importancia del presente estudio reside en que tanto la insatisfacción con la imagen corporal como la alteración de la misma son ampliamente documentados como factores predisponentes para desarrollar trastornos alimentarios, tales como la bulimia y anorexia nervosas y la obesidad.

De acuerdo con Stormer y Thompson (1996) existen cuatro aproximaciones primarias que ofrecen explicación para el desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción corporal: la comparación social, factores socioculturales, comentario verbal negativo y el tiempo de la maduración biológica.

La explicación basada en la comparación social enfatiza que los individuos frecuentemente comparan su apariencia con la de otras personas, especialmente con las que son consideradas como más atractivas, esta comparación representa un factor de riesgo para insatisfacción corporal.

La segunda aproximación está basada en los factores socioculturales, particularmente en aquellos que tienen que ver con los medios masivos e impresos. De hecho, en algunos estudios se ha encontrado relación entre insatisfacción corporal y mensajes de programas televisivos. La presión cultural actúa en todas las etapas de la vida de una mujer; sin embargo, la adolescente resulta blanco frágil de las presiones sociales para lucir una silueta delgada dado que cuando la niña entra en la pubertad sufre una serie de cambios, principalmente físicos, que pasa de una figura delgada (que se ajusta al modelo social de belleza) a otra silueta más pesada y por lo tanto, considerada como menos atractiva (Orbach, 1986).

Algunos investigadores (Brown, Cash y Lewis, 1989; Cattarin y Thompson, 1994, citados por Stormer y Thompson, 1996) afirman que los comentarios verbales negativos hacia la apariencia del cuerpo provocan insatisfacción corporal y trastornos alimentarios. La explicación basada en el tiempo de la maduración biológica se localiza principalmente en la edad de la menarca como un factor central en el desarrollo de insatisfacción. Las investigaciones sobre este tema han mostrado que las chicas con menarca temprana manifiestan mayor insatisfacción; sin embargo existen resultados contradictorios que sugieren la realización de más investigación al respecto.

El objetivo del presente trabajo fue, precisamente, investigar la relación existente entre imagen corporal (satisfacción/insatisfacción y alteración) y la edad de la menarca así como la relación de esta última variable con el seguimiento de dietas y autoatribución.

En la primera de las secciones de este reporte, se incluye la descripción de los principales procesos transitorios que son característicos de la pubertad y adolescencia. El segundo capítulo incluye una descripción detallada de los trastornos alimentarios y conducta dietaria, mientras que el tercer capítulo contiene una revisión de la literatura nacional e internacional sobre imagen corporal, edad de la primera menstruación y autoatribución. La justificación, el problema y las hipótesis de investigación se exponen en la cuarta sección. En los capítulos quinto, sexto y séptimo, se presentan la metodología, resultados y discusiones/conclusiones, respectivamente.

1. PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

“... al menos desde el principio hasta la mitad de la adolescencia, los jóvenes todavía son niños dependientes que afrontan muchas contradicciones personales, en los conflictos entre dos papeles. En la actualidad es fascinante ser adolescente, pero también es difícil...”

Eliot Petersen

El ser humano desde la antigüedad ha mostrado interés en el adolescente. Por ejemplo, célebres filósofos tales como Aristóteles en *Historia Animalium* describió los aspectos físicos y las características sexuales secundarias que se presentan en la pubertad, mientras que en *Retórica* aborda los aspectos psicológicos de este fenómeno (Hurlock, 1990; Horrocks, 1990). Por su parte, Platón en *Diálogos* incluye puntos de vista de la juventud.

A pesar de este antiguo interés por el adolescente, la historia de la adolescencia considerada como una etapa más del desarrollo humano es relativamente corta. En el siglo pasado la adolescencia era considerada igual que la edad adulta, la persona al abandonar la niñez y entrar a la pubertad aproximadamente a los 14 o 15 años, comenzaba a desempeñar roles propios de los adultos (Sarafino y Armstrong, 1988).

A principios del presente siglo aparece una obra que impulsaría fuertemente el estudio formal de la adolescencia, considerada como una etapa del desarrollo, esta obra es *la Adolescencia* de Stanley Hall publicada en 1904 (Horrocks, 1990; Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Para Hall (1904, citado por Mckinney et al., 1982) la adolescencia es un período caracterizado por el estrés, en su obra otorga demasiada importancia a los cambios fisiológicos y establece una analogía entre el desarrollo de las especies por evolución y el desarrollo del individuo desde el momento de su concepción hasta la adultez. Hoy esta teoría no tiene muchos adeptos debido a ciertas limitaciones que posee tales como ignorar los factores culturales, además de que el estrés no necesariamente se presenta en esta etapa.

No obstante, en la actualidad la adolescencia es considerada como la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, es un período caracterizado por importantes y rápidos cambios: físicos, sexuales e intelectuales (Conger, 1980; Mckinney, et. al, 1982).

1.1 PUBERTAD: ETAPA DE CAMBIOS

Generalmente se considera a la pubertad como una fase de la etapa adolescente, de hecho la pubertad marca el fin de la niñez y el inicio de la adolescencia. La palabra *pubertad* proviene del latín *pubertas* que significa "edad de la virilidad" y se refiere al momento de la maduración de los órganos de la reproducción.

Si bien es cierto que la pubertad es el período en el que se desarrolla el sistema reproductivo, se manifiestan grandes cambios físicos tales como el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias y un rápido crecimiento corporal, también es cierto que simultáneamente se presentan cambios cognoscitivos en la vida social del individuo (Duarte, 1988; Mckinney et al., 1982). Por lo tanto la pubertad marca el inicio de la maduración sexual, física y psíquica.

La pubertad se presenta normalmente en nuestro medio entre los 11 y 14 años de edad. Cuando se manifiesta entre los 8 y los 11 años se habla de pubertad temprana, cuando se verifica antes de los 8 años se dice que hay pubertad precoz (Duarte, 1988).

De acuerdo con Kimmel y Weiner (1998) para comprender los efectos del conjunto de cambios intempestivos que se manifiestan durante la pubertad es necesario basarse en un modelo *biopsicosocial* que tome en cuenta la interacción de las influencias biológicas, psicológicas y sociales.

1.1.1 CAMBIOS FÍSICOS

Cada sociedad tiene una forma específica de percibir y tratar a sus adolescentes; sin embargo, la adolescencia posee un aspecto universal: los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad (Conger, 1980). Aunque estos cambios están vinculados entre sí, una clasificación conveniente, consiste en dividirlos en tres clases: aumento del tamaño corporal, desarrollo de las características sexuales primarias y desarrollo de las características sexuales secundarias.

A) Endocrinología de la pubertad

Para que los cambios físicos se presenten, es necesaria la participación de ciertas glándulas del sistema endocrino: la glándula pituitaria o hipófisis y las glándulas sexuales o gónadas (Conger, 1980; Mckinney et al., 1982).

La glándula pituitaria (ubicada en la base del cerebro), también denominada glándula maestra porque estimula o inhibe la actividad de otras glándulas. El lóbulo anterior de esta glándula (adenohipófisis) segrega varias hormonas: la adrenotrópica (ACTH) u "hormona del crecimiento", que como su nombre lo indica es la responsable del aumento en las dimensiones corporales (estatura y peso).

Las hormonas gonadotrópicas segregadas también por la adenohipófisis estimulan la actividad de las gónadas, las cuales segregan sus propias hormonas: andrógenos y estrógenos (Mckinney et. al, 1982).

Durante la niñez, ambos sexos producen cantidades pequeñas de andrógenos y estrógenos, pero al iniciar la pubertad la producción de andrógenos es característica en los niños mientras que en las niñas los estrógenos son predominantes (Horrocks, 1990). El aumento en la secreción de andrógenos y estrógenos es el responsable de la aparición de las características sexuales primarias y secundarias (Mckinney et. al, 1982; Marlow y Redding, 1991).

1.1.1.1 Aumento Corporal

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

En algunos estudios se ha observado que, en general, los jóvenes al completar su crecimiento alcanzan estaturas similares a las de sus padres (Bayley, 1965; Henton, 1961, en Hurlock, 1990). Así como la genética influye en la estatura, la nutrición también es un factor determinante. La sobrenutrición acelera el crecimiento en talla y peso, la desnutrición por su parte, lo retarda (Shapiro, Hampton y Hueneman, 1967, Wolff, 1966; en Grinder, 1987).

Un factor íntimamente relacionado a la nutrición es el nivel socioeconómico, Tanner (1966, citado por Grinder, 1987) señala que los niños pertenecientes a clases económicas altas crecen más rápido y alcanzan estaturas mayores en comparación con los chicos pertenecientes a niveles bajos.

La edad de la maduración sexual influye de manera singular en el peso y en la estatura, los adolescentes que maduran tempranamente, por lo general son más altos y pesados que sus coetáneos con maduración normal y tardía, pero al completarse el desarrollo, éstos últimos alcanzan estaturas más altas que los adolescentes con maduración temprana (Hurlock, 1990).

Las niñas con pubertad temprana generalmente son más altas y robustas que sus contemporáneas con desarrollo normal (McKinney et al., 1982; Duarte, 1988). No obstante, debido a que la ganancia de peso es proporcionalmente mayor al de la altura, el adolescente en general parece robusto (Marlow y Redding, 1991).

1.1.1.2 Desarrollo de las características sexuales primarias.

En párrafos anteriores se mencionó que las hormonas producidas por las gónadas son las responsables del desarrollo de las características sexuales tanto primarias como secundarias. Las primeras se refieren a los órganos sexuales cuya función es la reproducción.

Los principales cambios en las características primarias del sexo de los niños son el crecimiento del pene, la próstata, los testículos y el escroto. En las niñas a causa de la estimulación gonadotrópica, los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina aumentan de tamaño y peso (Mckinney et al., 1982; Hurlock, 1990).

A) Menarca

Debido al desarrollo de los órganos sexuales femeninos durante la pubertad, se presenta la menarca o primera menstruación. Cuando la menarca se manifiesta, se están efectuando en la niña cambios físicos igual de importantes, tales como el "estirón", el desarrollo de las características primarias y secundarias del sexo (Duarte, 1988). De hecho, cuando la niña presenta su primera menstruación, ya ha comenzado su acelerado crecimiento en todas las proporciones corporales y las caderas comienzan a ensancharse aproximadamente medio año antes (Marlow y Redding, 1991).

La menstruación es un fenómeno fisiológico normal que se manifiesta a través de descargas periódicas de óvulos, que se verifican regularmente cada 28 días desde el momento de su primera aparición (normalmente entre los 11.5 y 14 años de edad) hasta que la mujer llega a la menopausia (Hurlock, 1990).

A pesar de que las personas consideran a la menarca como la primera indicación de la maduración sexual, algunos investigadores afirman que un mes después de la presentación de la menarca se da un período de esterilidad adolescente pues la ovulación no se presenta (Montagu, 1959; Parker, 1960, citados por Hurlock, 1990; Horrocks, 1990).

En los países occidentales la primera menstruación es percibida por las niñas como algo negativo, debido por una parte a los malestares físicos que la mayoría de las veces suelen acompañarla durante los dos primeros años: dolores de espalda y abdominales, hinchazón de piernas y vómitos (Conger, 1980; Hurlock, 1990). Por otra parte, existe el tabú de que la menstruación es sucia y ofensiva (Marlow y Redding, 1991; Ussher, 1991).

De hecho algunos estudios señalan que un porcentaje significativo de púberes tienen actitudes más negativas después de la menarca que antes (Greif y Ulman, 1982, citados por Kimmel y Weiner, 1998). Por otra parte, Stubbs, Rierdan y Koff (1989) encontraron *preocupación* entre chicas de maduración temprana y aquellas avanzadas en edad que todavía no experimentaban la primera menstruación.

Así, sólo un pequeño porcentaje de las púberes (25%) llega adecuadamente preparado a la menarca. Debido a la falta de información adecuada esta experiencia causa angustia y sorpresa al momento de su aparición (Ussher, 1991).

Según Ussher (1991) la menarca es muy importante para el desarrollo de la identidad, dado que la primera menstruación simboliza la transformación de niña a mujer. Por este motivo es fundamental que la niña reciba información adecuada sobre este acontecimiento, por parte de sus padres y maestros antes de que ocurra la menarca.

De acuerdo con la Dirección General de Salud Reproductiva (1995), en México la menarca se presenta normalmente entre los 11 y los 12 años. En la mayoría de las preadolescentes de los países desarrollados la primera menstruación se manifiesta entre los 10 y los 16 años.

La menarca conforme a la edad de aparición se clasifica en (Brooks-Gunn y Warren, 1985):

- Temprana, primera menstruación antes de los 11.5 años de edad.
- Normal, primera menstruación entre los 11.5 y 14 años.
- Tardía, primera menstruación después de los 14 años de edad (p. 285).

Así como la nutrición y el nivel socioeconómico influyen en la estatura, así estos factores influyen en la edad de la menarca. Algunos estudios han demostrado que con el transcurso del tiempo las condiciones económicas han mejorado y la primera menstruación se presenta a menor edad mientras más favorable sea la posición social de la niña (Brudevoll, 1979; Dewhurst, 1984; Frisch y Revelle, 1969; Wishak, 1983; citados por Duarte, 1988).

Por otro lado, si la alimentación es poco balanceada y hay desnutrición la menarca se retarda en comparación de niñas con nutrición normal. Los regímenes alimentarios para mantener bajo peso, como los que siguen las bailarinas de ballet, son causa de menarca tardía. Mientras que algunos factores geográficos, tales como el clima, no influyen significativamente en la aparición de la primera menstruación (Dewhurst, 1984, 1984; Frisch, 1980; citados por Duarte, 1988).

1.1.1.3 Desarrollo de las características sexuales secundarias.

De acuerdo con Hurlock (1990) el desarrollo de las características secundarias del sexo representa, sin duda, el cambio más llamativo durante la pubertad, porque proporciona una apariencia femenina a las chicas y una apariencia masculina a los chicos.

La transformación de las características sexuales secundarias resulta ser muy llamativa porque, de todos los cambios puberales, éstos son los más notables. Entre las niñas el cambio más significativo es el ensanchamiento de las caderas, crecimiento del busto, la aparición de vello púbico y axilar (Conger, 1980; Mckinney, et. al, 1982; Hurlock, 1990).

Greulich (1951, en Mckinney et. al, 1982) proporciona una cronología para el desarrollo de las características sexuales secundarias en la mujer, de acuerdo con este autor los cambios se presentan en el siguiente orden:

1. Crecimiento de los senos.
2. Aparición de vello púbico.
3. Menarca.
4. Aparición de vello axilar.

Sin embargo, esta secuencia puede variar y la menarca puede aparecer dos años antes o cuatro años después del vello axilar. Asimismo, el crecimiento de los senos y del vello pubiano puede empezar antes o después de la menarca (Grinder, 1990).

El crecimiento de los senos no es un proceso repentino sino un proceso gradual de desarrollo ya que se manifiesta en diferentes etapas: (1) forma infantil, (2) etapa de brote, (3) etapa intermedia, (4) etapa mamaria primaria y (5) etapa de madurez (Reynolds y Wines, 1948, citado por Mckinney et al., 1982).

En los chicos se presenta ensanchamiento de hombros, aparición de vello púbico, vello axilar, vello facial sobre el labio superior (bigote) y aumento en el tamaño de la areola del pezón, así como un notable crecimiento del pecho, mismo que vuelve a su tamaño normal un año después (Conger, 1980). Los adolescentes en general (no importando el sexo) "sufren" cambios en la tonalidad de la voz y en la textura y color de la piel.

Durante la preadolescencia y los años restantes de la adolescencia, los jóvenes manifiestan cambios en el tono de voz, aunque éste es más evidente en los hombres que en las mujeres, éstas también cambian, igual que los jóvenes, la voz de una tonalidad más aguda a otra más grave y agradable. El cambio de voz en el varón se debe principalmente al crecimiento de la laringe y de las cuerdas vocales que se extienden a lo largo de ella.

Las transformaciones en la piel, frecuentemente, causan angustia porque algunas de ellas llegan a ser muy notables: la piel se vuelve más gruesa, adquiere una coloración más intensa y los poros se agrandan. La actividad de las glándulas sebáceas también aumenta y los conductos por donde funcionan son demasiado pequeños. Cuando la materia producida por las glándulas sebáceas no tiene un sistema de drenaje adecuado entonces aparecen los denominados barros y espinillas que anteceden a la aparición del acné (Papalia y Wendkos, 1985; Hurlock, 1990).

1.1.1.4 Consecuencias de la Maduración Temprana y Tardía

Los efectos de la maduración a "destiempo" trae consigo algunos efectos, los cuales difieren según el sexo y la cultura. El desarrollo físico se encuentra íntimamente relacionado con el área de desarrollo social. De hecho el madurar "fuera de tiempo" implica ser "anormal" porque --al menos físicamente-- la persona es diferente del promedio (Kimmel y Weiner, 1998).

Otra desventaja de la maduración "impuntual" es que acorta la etapa de infancia y alarga la adolescencia (maduración temprana) o hace más larga la infancia y disminuye la etapa adolescente (maduración tardía).

La mayoría de las investigaciones realizadas en Estados Unidos señalan que para los varones madurar tempranamente representa una ventaja (Petersen y Taylor, 1980), puesto que significa un mayor crecimiento en la musculatura, percepción por parte de los adultos y de los coetáneos como más seguros de sí mismos, más tranquilos, más atractivos y poseen

mayores posibilidades de asumir el liderazgo, representa así, la adquisición de prestigio social.

Entre las mujeres, algunos estudios, señalan que la maduración temprana lleva consigo algunos problemas como insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas (Brooks-Gunn, 1988 citado por Kimmel y Weiner, 1998). Sin embargo es conveniente seguir realizando investigación sobre los efectos de la maduración a destiempo en las chicas, ya que, existen resultados contradictorios al respecto como es el caso de los hallazgos reportados por Silbereisen, Petersen, Albercht y Kracke (1989, citados por Kimmel y Weiner, 1998), quienes encontraron que la maduración temprana estaba asociada con mayor autoestima.

1.1.1.5 Importancia de la imagen corporal

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

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

- ◊ El grado de atractividad física se relaciona directamente con el grado de aceptación social (Siegel, 1982, citado por Carretero, 1985).
- ◊ El concepto de los adolescentes está íntimamente relacionado con el grado de percepción de la atractividad física (Papalia y Wendkos, 1985).
- ◊ Se presenta un aumento en la toma de conciencia e interés por el propio cuerpo, fomentado por la adquisición del pensamiento formal (Carretero, 1985).
- ◊ Al entrar a la pubertad, la mayoría de los adolescentes se interesan especialmente en sus cuerpos.
- ◊ En general, las chicas se preocupan más por su figura y se sienten más insatisfechas con sus cuerpos (Papalia y Wendkos, 1985; Hurlock, 1990).

1.1.2 DESARROLLO COGNOSCITIVO

Antes de iniciar con la descripción y explicación del desarrollo cognoscitivo en el púber y adolescente es importante definir el término cognición. Cognición es el nombre que es dado al conjunto de procesos a través de los cuales una persona aprende y da significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas. Entre los procesos que se utilizan para dicha tarea, se encuentran: la percepción, la sensación, identificación, asociación, pensamiento, juicio, raciocinio, solución de problemas y memoria (Horrocks, 1990).

Los procesos por medio de los cuales el individuo conoce y se enfrenta al medio que le rodea atraviesan por diferentes etapas evolutivas.

De acuerdo con Piaget e Inhelder (1969) la cognición se desarrolla en diferentes etapas:

1. Etapa Senso-Motora (de 0 a 2 años).
2. Etapa Preoperacional (de los 2 a los 7 años).
3. Etapa de las Operaciones Concretas (de los 7 a los 11 o 12 años, aproximadamente).
4. Etapa de las Operaciones Formales (inicia a los 11 o 12 años).

La etapa senso-motora, que va desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente, representa el nivel básico de conocimiento e incluye la formación de los primeros hábitos y la diferenciación entre los fines y los medios.

El lenguaje es, sin duda, la principal característica de la etapa preoperacional. A este nivel el infante posee el concepto de permanencia del objeto y su pensamiento es semilógico (Papalia y Wendkos, 1985).

En el nivel de las operaciones concretas, el niño es capaz de realizar operaciones lógicas, es decir, puede interiorizar una acción reversible e integrarla en una estructura de conjunto. No obstante, las operaciones que el niño de 7 a 11 años realiza se basan en fuentes concretas, en el "aquí y el ahora" (Carretero y Martín, 1985).

La etapa más avanzada del desarrollo cognoscitivo, la de las operaciones formales posee las siguientes características funcionales (Carretero, 1985):

a) *Lo real es concebido como un subconjunto de lo posible.* En esta fase de desarrollo, el adolescente es capaz de resolver problemas percibiendo un sin número de posibilidades, sin ser necesaria la presencia física del objeto o situación.

b) *Carácter hipotético-deductivo.* A este nivel se formulan varias hipótesis para resolver un mismo problema, éstas se comprueban a través de un análisis sistemático y deductivo. Para la realización de este análisis es necesario el control de variables donde todos los factores del problema se mantienen constantes excepto uno, que se varía sistemáticamente.

Las hipótesis más sencillas se comprueban por medio de la evocación verbal o mental, mientras que las hipótesis más elaboradas se comprueban a través de la práctica.

c) *Carácter proposicional.* La persona expresa las hipótesis que plantea, así como sus posibles resultados de comprobación deductiva, por medio de afirmaciones o enunciados.

Piaget e Inhelder (1969) señalan que la etapa de las operaciones formales inicia generalmente a los 11 o 12 años, no obstante, esta edad puede variar e incluso existen adultos que nunca llegan a adquirir la lógica formal (Mckinney et al., 1982).

Con base en lo anterior y si se considera que la pubertad inicia normalmente entre los 11 y los 12 años y la etapa de las operaciones formales principia también a los 11 o 12 años entonces se puede afirmar que desde el comienzo de la adolescencia (pubertad), la persona inicia el uso del pensamiento operacional formal.

Así, el púber transita de las operaciones concretas a las operaciones formales, de lo concreto a lo abstracto. A pesar de que el adolescente en su etapa temprana maneja algunos elementos del pensamiento formal, todavía presenta vestigios de la etapa operacional anterior (Merani, 1976). No obstante, debido al manejo de estos elementos, especialmente los del razonamiento hipotético deductivo, el cual propicia que el pensamiento sea más analítico, los adolescentes suelen cuestionar y discutir las reglas que las autoridades imponen; además de ser por supuesto, más críticos con su propio cuerpo debido al aumento de la toma de conciencia de éste.

1.1.2.1 Búsqueda de la identidad

Generalmente todo adolescente se pregunta a si mismo quién es y cuál es su lugar en este mundo, estos cuestionamientos tienen que ver precisamente con la búsqueda de la identidad (Erikson, 1968, citado por Conger, 1980).

Según Fernández Mouján (1974), la identidad se refiere al logro de la integración entre el ideal de vida para el Yo y el de la sociedad en la que el hombre vive.

La identidad consta de tres dimensiones: una corporal o física (Unidad), una psicológica (Mismidad), es decir la adaptación y reconocimiento de si mismo, y una social (Continuidad) que es el reconocimiento de los demás, la ubicación de si mismo dentro de un continuo llamado sociedad.

El adolescente inmerso en el periodo de cambios, sufre una ruptura con la niñez, se mueve en un periodo de crisis, se encuentra en la búsqueda, en la "lucha" por su identidad. El joven percibe los cambios: percibe que su cuerpo y las emociones que se manifiestan en él son diferentes, se percibe a si mismo como diferente, así como sus pensamientos y también que los demás notan esas diferencias.

En la búsqueda de la identidad los adolescentes llegan a caer en pseudoidentidades (adaptación de identidades ajenas) y en las identidades negativas (identidad propia pero desadaptada); sin embargo, éstas sirven como un medio para alcanzar la auténtica identidad.

En el curso de este proceso el individuo desea saber con cierta exactitud quién es, busca principalmente, ser una persona única y diferente con respecto a los demás, pero simultáneamente desea el reconocimiento de la sociedad en la que se desarrolla.

Es relevante señalar que aunque la búsqueda de la identidad es una característica esencial de la adolescencia esta tarea no inicia ni concluye en este periodo. De hecho, la formación de la identidad comienza en la infancia, con las identificaciones que un niño desarrolla en relación con sus padres, hermanos y otros adultos, y finaliza hasta la adultez (Conger, 1980).

1.1.3 DESARROLLO SOCIAL

Las sociedades establecen normas de conducta, hábitos y costumbres, la socialización es precisamente, la capacidad de comportarse conforme a las expectativas del grupo. El proceso de socialización adolescente es importante porque este proceso determinará la futura actividad social de la persona (Hurlock, 1980).

Durante la infancia la fuente principal de interacciones sociales queda restringida a la familia; durante la niñez estas interacciones se extienden un poco más y se integran las amistades escolares aunadas a las de la familia. En la adolescencia los intercambios sociales se amplían en gran manera y las relaciones familiares tienden a disminuir.

1.1.3.1 Emancipación de la Familia

La emancipación de la familia, no es un proceso nada fácil para el adolescente porque se encuentra en una contradicción que la propia familia le presenta: se exige por un lado independencia, censurando conductas infantiles, y por el otro, se exigen comportamientos bajo ciertas pautas que presuponen dependencia (Fierro, 1985).

Los padres desean que sus hijos adquieran sus propias responsabilidades y tomen decisiones, pero a muchos de ellos les resulta difícil aceptar que su hijo comience a tener una vida independiente porque se sienten rechazados.

El adolescente por lo tanto, transita de la emancipación familiar a una dependencia cada vez mayor de sí mismo y del grupo de coetáneos. En una investigación realizada por Bowerman y Kinch (1969, citados por Sarafino y Armstrong, 1988) se describió el proceso de esta transición al comparar las actitudes al respecto de las interacciones sociales en chicos de cuarto grado de primaria a primer año de bachillerato. Los resultados fueron evidentes puesto que los chicos de cuarto y quinto grado de primaria preferían convivir con su familia, mientras que los de sexto grado de primaria a primer año de bachillerato preferían convivir con su grupo de amigos.

El proceso de independencia resulta mucho más fácil para los varones que para las mujeres porque hasta aproximadamente los 18 años, muchas jóvenes continúan siendo dependientes de sus padres al menos emocionalmente, sin olvidar el aspecto económico (Fierro, 1985).

1.1.3.2 Cambios en las actitudes y conductas

Las actitudes de los adolescentes están determinadas en gran manera por las presiones sociales, para éstos resulta de vital importancia ser aceptados por el grupo de pares, para lograr este objetivo modifican sus actitudes y su forma de conducirse para conformarse a las expectativas del grupo (Hurlock, 1980).

El cambio más significativo en la conducta social se presenta en el área de las relaciones heterosexuales. La rivalidad de los sexos en los años de la niñez desaparece y el interés por el sexo opuesto se hace evidente. Las interacciones sociales del púber y adolescente están en su gran mayoría influidas por la conducta sexual. A partir de esta etapa las relaciones dejan de ser mecánicas y las actividades se determinan por la afectividad (Merani, 1976).

Para que la permanencia del púber en el grupo al cual pertenece no este amenazada, algunas ocasiones tiene que aceptar (estando en desacuerdo) las opiniones expresadas por sus miembros en situaciones que implican presión (conformidad aquiescencia). No obstante, el púber generalmente coincide con las costumbres y prácticas sociales del grupo (convencionalismo) (Hurlock, 1980).

La resistencia a la autoridad de los adultos especialmente a la de los padres se agudiza en la adolescencia. Sin embargo, las discusiones entre padres e hijos, no sólo son inevitables sino que coadyuvan a la independencia y a la formación de la personalidad (Sarafino y Armstrong, 1988).

Para los adolescentes el manejo de algunos mecanismos sociales tales como el de la competencia social (que es la facilidad para tratar con personas y para actuar en situaciones sociales), es importante porque los jóvenes que superan a sus coetáneos en aptitudes sociales (por ejemplo, bailar, entablar una conversación interesante, tocar algún instrumento musical y/o practicar algún deporte) poseen más oportunidades de aceptación (Hurlock, 1980).

CAPÍTULO 2.
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
Y CONDUCTA DIETARIA

2. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y CONDUCTA DIETARIA

"Entre los grandes placeres de la vida se encuentra, sin duda, el del comer"

Anónimo

La ingesta de alimentos es una de las actividades necesarias para la supervivencia del ser humano dado que, analógicamente el alimento es al cuerpo humano como el combustible al motor de un auto, el cual no funciona si no tiene la cantidad necesaria de combustible. El alimento proporciona, por lo tanto, la energía y nutrimentos necesarios para que el cuerpo de una persona funcione adecuadamente; sin embargo, cuando la ingesta alimentaria se vuelve una conducta social determinada por la cultura y cuando algunos comportamientos alimentarios anómalos desencadenan en trastornos, el acto instintivo de comer se vuelve complejo.

De acuerdo con Bourges (1987, citado por Alvarez, Mancilla, Martínez y López. 1998) la conducta alimentaria del ser humano es un fenómeno complejo, en el que intervienen factores biológicos (hambre, necesidades especiales debido al crecimiento, etc.); geográficos (disponibilidad de alimentos dependiendo de la región, clima y estación del año); y psicológicos (gustos, tradiciones y ritos).

En las sociedades occidentales, la presión social que se ejerce para lucir una figura delgada y el rechazo a la obesidad que se promueve, entre otros, por los medios de comunicación masiva han provocado el aumento de los trastornos alimentarios. Los principales desórdenes del comer son la obesidad, la bulimia nervosa y la anorexia nervosa.

2.1 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

2.1.1 ANOREXIA NERVOSA

2.1.1.1 Perspectiva Histórica

De acuerdo con Kal Tolstrup (1990) la Anorexia Nervosa puede dividirse, desde una perspectiva histórica, en dos grandes periodos: Antes y después de 1600 d. C., es decir, la anorexia percibida durante la Edad Media y después de la Edad Media.

Durante la Edad Media el grupo religioso cristiano ejercía fuerte influencia sobre todos los sectores de la población, e incluso las ciudades europeas eran gobernadas por el clero; sin duda, la doctrina cristiana se encontraba en pleno apogeo (Romero, 1985). Uno de los fundamentos de esta doctrina promueve, precisamente la realización de ayunos con el propósito de crecer espiritualmente. En esta etapa histórica se presentan descripciones de una «extraña enfermedad» que transforma a la persona que la padece pues se hace manifiesta una significativa pérdida de peso provocada por una dieta de hambre autoimpuesta (Rausch y Bay, 1993).

Los elementos que motivaban dicha conducta eran básicamente de tipo religioso, por tal razón Rudolph Bell (1985) denomina a la anorexia que es característica de este periodo como «anorexia santa». Así, se cuenta con descripciones de doncellas que sometían a sus cuerpos a prolongados ayunos conforme a la tradición cristiana. El caso de Santa Catalina de Siena, por ejemplo, describe a una mujer atractiva, con fuerte relación materna que decide dejar de comer para evitar «el pecado» de resultar llamativa a los hombres. Este, representa solo uno de los casos de «doncellas milagrosas» que prácticamente morían de hambre para purificar su alma.

Posterior a la Edad Media y hasta nuestros días el cuadro clínico transita, cada vez más, de una anorexia «santa» a una anorexia nervosa motivada por la insatisfacción corporal y el logro de la delgadez.

William Gull utilizó por primera vez el término «anorexia nervosa» en 1874 para describir el caso de una paciente de 17 años que había perdido 15 kg. de peso, provocada por una dieta restrictiva autoimpuesta, alternada, muy ocasionalmente, con periodos de apetito

voraz. Gull destaca, entre otras cosas, la típica aparición del trastorno en la adolescencia y su preponderancia en las mujeres.

Casi simultáneamente, el francés Lasegué (1873) usa el término «anorexia histérica» para señalar el trastorno, identificando por primera vez los desórdenes cognitivos y distorsión de la imagen corporal que le son característicos (Rausch y Bay, 1993).

Al comenzar el siglo XX surgen renovadas observaciones sobre anorexia nervosa; Pierre Janet en 1908 señala que la persona que la padece tiene miedo intenso a subir de peso así como a enfrentar las responsabilidades propias del crecimiento (Tolstrup, 1990).

Las explicaciones de origen somático comienzan a tener gran auge a través de los trabajos de Simmonds (1914), este autor consideraba que el origen de la anorexia nervosa se debía principalmente a una deficiencia endocrina, y durante los siguientes 30 años permaneció la confusión entre anorexia y caquexia pituitaria -enfermedad de Simmonds- (Padín y Chinchilla, 1995).

A partir de la década de los cuarenta resurgen las teorías de causalidad psicológica, influenciadas por conceptos psicoanalíticos, los cuales impregnaron el pensamiento psiquiátrico durante varios años. Estas teorías aseguraban que la anorexia nervosa significaba el repudio a la sexualidad (Rausch y Bay, 1993).

Sin embargo, las explicaciones basadas en conceptos psicosexuales resultaron de poco valor para el tratamiento de este tipo de trastornos. Una de las grandes contribuciones para la comprensión de los desórdenes alimentarios es proporcionada por Hilde Bruch (1973) al plantear que éstos se deben estudiar dentro del sistema familiar y social y no en términos del desarrollo psicosexual individual (Gordon, 1990).

En la actualidad, la anorexia nervosa es reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria, multideterminado por factores biológicos, psicológicos y sociales (Tolstrup, 1990).

2.1.1.2 Concepto y Categorías Diagnósticas

Existen diferentes definiciones sobre este desorden alimentario, la Asociación Americana de Anorexia Nervosa la define como un trastorno de deliberada inanición determinada por componentes físicos y psiquiátricos (Newman y Halvorson, citados por Barber, Bolaños, López y Ostrosky, 1995).

Toro y Vilardell (1987) concuerdan con Garfinkel y Garner (1982) en señalar que la anorexia es el producto final de un conjunto de factores interactuantes. Toro y Vilardell señalan que es un trastorno psicossomático en el que convergen factores que lo precipitan, predisponen y mantienen.

Edwards (1993) afirma que este trastorno puede, incluso, poner en peligro la vida de la persona a causa de la severa desnutrición que se manifiesta en etapas avanzadas del síndrome. La anorexia nervosa es, por lo tanto, un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la significativa pérdida de peso, en el que interactúan factores psicológicos, sociales y biológicos.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995), la Anorexia Nervosa se diagnóstica conforme los siguientes criterios:

- Criterio A: La persona mantiene un peso corporal por debajo del mínimo normal para su edad y estatura (inferior al 85%), si se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal) como medida, este índice debe ser igual o inferior a 17.5. Cuando el paciente es un niño o un adolescente manifestará falta de aumento en el peso corporal.
- Criterio B: La persona tiene un miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso. Este miedo persiste e incluso aumenta aunque la pérdida de peso se haga evidente.
- Criterio C: Se observa distorsión en la percepción del peso y la forma corporales. Algunos anorecticos se perciben alteradamente como obesos, otros se consideran delgados pero con partes de su cuerpo bastante gruesos. Generalmente la autoestima de las personas que presentan este síndrome depende de la forma y peso corporales.
- Criterio D: Si la persona anorectica es mujer y ha comenzado a menstruar se suele manifestar amenorrea (suspensión de la menstruación), debida a la pérdida de peso.

Subtipos

Con el propósito de especificar la ausencia o presencia de atracones y/o el uso de purgas, el DSM-IV distingue dos subtipos de anorexia nervosa.

- Tipo restrictivo: La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.

Tipo compulsivo/purgativo: Las personas que se incluyen dentro de este subtipo presentan atracones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómitos autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto "engordador" de la ingesta. En esta clasificación se incluyen también, los casos que no manifiestan atracones pero recurren al uso de purgas, aun después de ingerir pequeñas cantidades de alimento.

2.1.2 BULIMIA NERVOSA

2.1.2.1 Perspectiva Histórica

Los primeros registros del ciclo alimentario anómalo: atracones de comida-vómitos autoinducidos-atracones de comida, datan de la Grecia y Roma antiguas donde las clases privilegiadas solían ofrecer a sus invitados grandes banquetes de comida y refinadas bebidas, con el propósito de continuar disfrutando el placer de "devorar" la comida se provocaban vómitos, para posteriormente seguir con el mismo comportamiento alimentario (Rausch y Bay, 1993).

El término bulimia, que proviene del griego «bulimy» cuyo significado es hambre excesiva, ha evolucionado a lo largo de la historia y generalmente se ha utilizado para designar el apetito desmedido o mórbido como lo es el hambre de los perros quienes ingieren vorazmente y finalizan con vómitos.

En 1743, W. James describe con el nombre de «true boulimus» la exagerada preocupación por la comida y la ingesta voraz en periodos muy cortos de tiempo. Al finalizar el siglo XIX la bulimia era agrupada junto a otros trastornos alimentarios (la pica y anorexia) y era entendida como alguna forma de voracidad compulsiva y neurótica (Padín y Chinchilla, 1995).

En un artículo publicado en *The American Journal of Pshychiatry*, Stunkard (1990) presenta la que es considerada la primera descripción clínica de bulimia nervosa; de acuerdo con Stunkard ésta fue realizada por el psicoanalista Moshe Wulff el 12 de abril de 1932. Wulff caracterizaba el síndrome clínico en términos de cuatro conductas: episodios de voracidad, depresión, hipersomnolencia y alteración de la imagen corporal.

Sin embargo, fue Russell en 1979 quien utilizó por primera vez el término «bulimia nervosa», y precisamente es quien la identifica como una entidad independiente de la anorexia nerviosa. Al año siguiente la bulimia nervosa es incluida dentro del DSM-III, descrita como una entidad aislada, caracterizada por episodios de apetito voraz acompañados de conductas compensatorias (Padín y Chinchilla, 1995).

2.1.2.2 Concepto y Categorías Diagnósticas

El concepto de bulimia nervosa así como los criterios que sirven para diagnosticarla han evolucionado a lo largo de su historia nosológica y de acuerdo con Padín y Chinchilla (1995) seguirán cambiando aun más, debido a la maleabilidad a que son expuestos los trastornos alimentarios, los cuales son susceptibles al cambio, promovido por factores históricos o condiciones culturales alteradas.

En la década de los ochenta, por ejemplo, los investigadores debatían sobre la inclusión de la práctica de los vómitos autoinducidos en los criterios para diagnosticar bulimia. Fairburn y Cooper (1982, 1984, citados por Muñoz, 1986) al realizar algunos estudios y utilizar cuestionarios confidenciales encontraron grandes poblaciones de bulímicas que utilizaban laxantes y se provocaban vómitos con el propósito de control de peso. Tales hallazgos llevaron a estos investigadores a proponer que el vómito autoinducido debía ser utilizado para diagnosticar bulimia.

Por el contrario, Halmi, Falk y Schwartz (1980, citados por Muñoz, 1986) consideraban que el vómito autoprovocado no era un síntoma necesario para diagnóstico. Estos investigadores basaban sus afirmaciones en un estudio que llevaron a cabo con una muestra universitaria en el que hallaron que sólo una pequeña proporción de los casos de bulimia reportados practicaban tal comportamiento.

En la actualidad, la bulimia nervosa es considerada un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por repetidos periodos de sobrealimentación y una excesiva preocupación por el control de peso corporal, llevando al paciente a seguir una serie de conductas compensatorias con el propósito de mitigar los efectos engordadores de los atracones (Organización Mundial de la Salud, 1992).

La Asociación Psiquiátrica Americana a través del DSM-IV (1995) propone los siguientes criterios para diagnosticar bulimia nervosa:

Criterio A: Presencia de atracones recurrentes.

Criterio A1: Según este manual, por atracón se entiende el consumo de una cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de los individuos comería durante un periodo corto de tiempo (generalmente inferior a 2 horas).

Aunque los alimentos que a menudo se consumen en los atracones son de alto contenido calórico, por ejemplo dulces y pasteles, en general el tipo de comida ingerida es muy variada.

Los atracones suelen seguir a los estados de ánimo disfóricos, situaciones interpersonales estresantes o al hambre provocada por una dieta severa. Este comportamiento anómalo suele disminuir el estado disfórico transitoriamente; sin embargo, al finalizar, los atracones suelen desencadenar sentimientos de autodesprecio y depresión.

Antes de continuar con la descripción de los criterios propuestos por este manual, es importante señalar que el término atracón es subjetivo puesto que el concepto varía de persona a persona, es así como para algunos individuos significa comer en exceso en periodos cortos de tiempo, mientras que para otros un atracón es comer cualquier alimento considerado prohibido. Por lo tanto se considera que un atracón es la ingesta de cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad que viola la idea que la persona tiene de hacer dieta y como consecuencia aumenta la ansiedad por subir de peso (Schlundt y Johson, 1990).

Criterio A2: Los atracones van acompañados de la sensación de falta de control, manifestado por el estado de excitación que el individuo presenta cuando se atraca de comida.

Criterio B: Uso de conductas compensatorias inadecuadas para evitar la ganancia de peso. A pesar de que el individuo usa diferentes métodos para compensar los atracones, el más utilizado es el vómito autoprovocado; éste disminuye el malestar físico y el miedo a engordar.

Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. El ejercicio exagerado también es utilizado para compensar los atracones.

Criterio C: Los episodios de atracones y conductas compensatorias deben presentarse por lo menos dos veces durante la semana en un periodo de tres meses.

- Criterio D: La persona pone excesivo énfasis en la forma y peso corporales al momento de autoevaluarse, representando los factores más importantes al determinar su autoestima.
- Criterio E: Igual que en la anorexia nervosa los individuos con bulimia manifiestan miedo a engordar, deseo de adelgazar e insatisfacción corporal.

Subtipos

- Tipo purgativo: Se incluyen los casos en que se han provocado el vómito y se han utilizado exageradamente, laxantes, diuréticos y enemas.
- Tipo no purgativo: Este subtipo describe los casos en que se han empleado conductas compensatorias inadecuadas, como ayunar o realizar ejercicio exagerado, pero no han probado con métodos purgativos.

2.1.2.3 Modelo Tridimensional de los Trastornos Alimentarios

Schlundt y Johnson (1990, citados por Unikel, 1998) proponen un modelo alternativo para explicar la dinámica de los desórdenes del comer. La necesidad del surgimiento de una explicación alternativa se basa en:

a) la dificultad, dentro de la práctica clínica, de distinguir las diferencias entre anorexia y bulimia nervosas dadas las semejanzas en sus síntomas (en ambas existe el miedo a ser obeso, disturbios en la imagen corporal, conductas alimentarias anómalas y la práctica de conductas compensatorias).

b) el hecho de que los comportamientos característicos (comer en exceso, métodos para compensarlo y el deseo de evitar la ganancia de peso) se manifiestan en un continuum o continuo en la población general.

El modelo tridimensional de los desórdenes del comer propuesto por Schlundt y Johnson (1990) sienta sus bases en 3 dimensiones: a) peso corporal, b) control de la conducta y c) intensidad de la obsesión de la persona por el cuerpo.

a) **Peso corporal.** El peso corporal puede fluctuar desde la emaciación o delgadez severa hasta la obesidad y los individuos oscilan frecuentemente en este continuo a través del tiempo.

b) **Control de la Conducta.** El control sobre la ingesta alimentaria oscila de los ayunos prolongados a los atracones constantes.

c) **Intensidad de la obsesión por el peso corporal.** Esta dimensión describe el miedo a engordar que es característico de estos trastornos. Así, la persona puede tener un miedo intenso a ser gorda o simplemente no tener preocupación por el peso. El grado de miedo influye, indudablemente, en el grado de restricción alimentaria que el individuo presenta.

Este modelo permite agrupar la diversidad de pacientes con este tipo de trastornos dentro de una sola conceptualización y evita hacer distinciones arbitrarias en personas que difieren solamente en el peso corporal.

2.1.2.4 Incidencia de Anorexia y Bulimia Nervosas

La incidencia de los trastornos alimentarios se ha incrementado alarmantemente en los últimos años y lo más preocupante es su aumento en la población adolescente e infantil, sobre todo en las grandes ciudades occidentales (Shisslak y Crago, 1987).

Sin embargo, la obtención de datos exactos sobre la prevalencia de desórdenes del comer, en especial de anorexia nervosa se dificulta a causa de los requerimientos propuestos por los métodos epidemiológicos; éstos se basan en datos proporcionados por la investigación de poblaciones específicas. La mayoría de los datos provienen de casos que han requerido tratamiento especial e ingreso a hospitales (Tolstrup, 1990) y se olvida de la investigación de poblaciones generales o aquellos casos que no solicitan ayuda médica o son diagnosticados inadecuadamente. Shapiro (1988) agrega que la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos, sobre todo en lo que respecta a bulimia, y el uso de instrumentos no estandarizados también entorpecen las estimaciones exactas.

Según el DSM-IV (1995) la incidencia de anorexia nervosa va de 0.5 a 1% para los cuadros clínicos que cumplen con todos los criterios. Mientras que la prevalencia de bulimia nervosa se encuentra en un rango que va de 1 a 3% en poblaciones heterogéneas.

Criterios diagnósticos menos rígidos señalan una incidencia de 1 a 4% de anorexia y estiman una prevalencia de 12 a 20% de casos bulímicos (Weber y Pearson, 1986). Las estadísticas muestran que las mujeres representan el 95% de todos los casos de anorexia, la mayoría reportados entre los 12 y 18 años. La bulimia es observada del 90 al 95% en mujeres de 12 a 40 años.

En el caso de poblaciones homogéneas, como la de las bailarinas la incidencia de estos trastornos alimentarios se incrementa al 15.2% (Hamilton, Brooks-Gunn y Warren, 1985). A nivel preparatoria la prevalencia es de 12.5% (Williams, Schaefer, Shislak, Gronwalt y Comerci, 1986) y entre universitarios las cifras varían de un 11% (Nevo, 1985) hasta un 21% (Pertschuk, Collins, Kreisberg y Fager, 1986).

Aunque no se cuenta con datos exactos sobre la incidencia de este tipo de desórdenes, éstos se identifican entre los padecimientos psiquiátricos más comunes entre mujeres jóvenes y, su alta mortalidad resalta la necesidad de desarrollar estrategias para prevenirlos.

De acuerdo con Hsu (1996, citado por Unikel, 1998) la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria seguirá incrementándose puesto que las expectativas de delgadez determinadas por la cultura lejos de ser combatidas o desaparecer siguen marcando el modelo estético a seguir.

En México, la incidencia de anorexia y bulimia nervosas no es tan común como lo es en los países desarrollados; sin embargo, los estudios que se han realizado indican la presencia de conductas alimentarias anómalas; las cuales representan factores de riesgo en el desarrollo de desórdenes del comer.

Holtz (1992) realizó un estudio exploratorio con 90 estudiantes de una preparatoria privada de la ciudad de México; los resultados indicaron la presencia de seguimiento de dietas (59%), atracones (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%) y laxantes (6%) así como alta preocupación por el peso corporal (81%).

También en 1992, Escobar llevo a cabo un estudio con el propósito de detectar desórdenes alimentarios y prácticas relacionadas con éstos. Comparó estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura (N=929) del sexo femenino de la ciudad de México.

A pesar de que Escobar no reporta casos de anorexia o bulimia nervosa, los datos obtenidos indican seguimiento de dietas (66%) en escuelas privadas y 37% en escuelas públicas; 48% en estudiantes de nutriología y 64% en otras licenciaturas.

En 1993 Gómez Perez-Mitre realizó un estudio exploratorio que detectó conductas alimentarias anómalas entre estudiantes universitarios de ambos sexos (N= 197). Se observó que la frecuencia con que los estudiantes respondieron seguir prácticas o hábitos relacionados con conductas alimentarias normales no resultó tan alta como sería lo esperado, dado que los datos se obtuvieron de una población considerada "normal".

Un estudio comparativo entre estudiantes de danza de Bellas Artes (n=43) y estudiantes de secundaria y preparatoria (n=49) indicó la presencia de atracones en 36.7% de la muestra total; mientras que fueron las bailarinas quienes respondieron hacer dietas y tener sentimientos de culpa relacionados con la forma de comer (Unikel y Gómez Peresmitre, 1996).

De acuerdo con Unikel (1998), en nuestro país la anorexia y bulimia nerviosas no representan aún problemas de salud pública; sin embargo, en años recientes la demanda de tratamiento se ha incrementado en centros especializados como en el Instituto Nacional de la Nutrición, donde se diagnostican, por mes, un promedio de 4 casos de bulimia y anorexia.

2.1.3 OBESIDAD

2.1.3.1 Antecedentes Históricos

La percepción medica y social de la obesidad a lo largo de la historia se ha modificado conforme a los ritmos y formas de vida, así como con los estereotipos o modelos físicos de cada época.

Desde Hipócrates y durante varias décadas siguientes los médicos asociaban en relación directa a la obesidad y a la buena salud; no obstante, en épocas anteriores a la Revolución Industrial el índice de mortalidad se debía principalmente a enfermedades infecciosas y no a las denominadas enfermedades degenerativas, las cuales representan la causa principal de mortalidad en las grandes ciudades del mundo actual.

Asimismo, la obesidad ha sido relacionada con status socioeconómico alto y también ha sido considerada como símbolo de belleza; hace aproximadamente 2000 años a. C. la Venus de Milo fue esculpida e inspirada por una modelo que indudablemente tenía exceso de grasa corporal, sin olvidar a las modelos obesas que impregnan las obras de Rubens (Miller Kobisher, 1995; Saldaña y Rossell, 1988).

En la actualidad, sin embargo, la obesidad representa un serio riesgo para la salud, ya que puede ser causante de algunos padecimientos tales como hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemias (colesterol elevado) y lesiones esquelétomusculares en columna y cintura, entre otros.

Si hace varias décadas ser obeso significaba ser hermoso, en nuestros días la obesidad es vergonzosa y símbolo de fealdad, en contraposición al culto a la delgadez que hoy impera en las sociedades occidentales.

2.1.3.2 Concepto

La palabra obesidad proviene del griego *ab* (exceso) y *edere* (comer), es decir exceso de ingesta alimentaria, este significado asume que la causa principal de la obesidad es el comer en exceso. Sin embargo, la obesidad debe ser considerada como una entidad heterogénea, compleja y multifactorial (Braguinsky y Mazza, 1987). Puesto que, esta última concepción, amplía la percepción respecto a la prevención y tratamiento de este trastorno.

Para Braguinsky y Mazza (1987) la obesidad es un exceso de grasa corporal. Saldaña y Rossell (1988) por su parte dicen que este trastorno es la acumulación excesiva de tejido adiposo traducido en un aumento en el peso corporal (p. 17).

Para Gray (1989) la obesidad se manifiesta cuando el tejido adiposo representa una fracción mayor que la "normal" del peso corporal total (p.9). Mientras que, Miller Kobisher

(1995) la concibe como un exceso de grasa corporal. Para este autor la obesidad es sinónimo de adiposidad que se traduce a través de un aumento en el peso corporal.

El propósito de presentar las definiciones anteriores es señalar que el concepto de obesidad incluye los siguientes elementos en común:

- exceso de grasa corporal, y
- exceso de peso corporal.

Es importante señalar, sin embargo, que exceso de peso corporal no es sinónimo de obesidad. El exceso de peso corporal puede deberse también a una imponente musculatura y no necesariamente a la cantidad de grasa del cuerpo (Alemany, 1995).

Tomando como base el marco referencial anterior, la obesidad se define como: un trastorno de la conducta alimentaria, heterogéneo y multifactorial, caracterizado fisiológicamente por un exceso de grasa corporal.

2.1.3.3 Diagnóstico

Existen varios indicadores de obesidad, entre los más conocidos se encuentran los denominados índices ponderales: Índice de Masa Corporal (IMC), el Índice Nutricional y el Índice de Benn, entre otros. Cualquiera que sea el indicador que se utilice deberá adecuarse al contexto morfológico que presenta cada sociedad (Braguinsky y Mazza, 1987). En México los indicadores más utilizados para diagnosticar obesidad son el IMC de Quetelet y el Índice Nutricional. Ambos índices se utilizan para estimar obesidad y sobrepeso, el primero de ellos en adultos y el segundo en púberes.

Estos índices (y en general todos los índices ponderales) expresan una relación peso-talla y la confiabilidad de sus resultados dependerá de la alta correlación que tengan con la grasa corporal y la baja correlación que posean con la talla (Braguinsky y Mazza, 1987).

El IMC ($\text{peso}/\text{talla}^2$), creado por Quetelet, posee precisamente esas cualidades de confiabilidad: Por una parte, se ha comprobado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal a través de la densometría -se pesa a la persona inmersa total o parcialmente en agua para obtener la densidad corporal- (Durnin y Womerally, 1974; Keys, Fidaliza, Karvonen, Kimura y Taylor, 1972, citados por Gómez Pérez-Mitré, 1993). Por otra parte, la fórmula del IMC ($\text{peso}/\text{talla}^2$) al elevar la estatura al cuadrado disminuye la influencia de la misma (NIH, 1985; Simopoulos, 1986, citados por Gómez Pérez-Mitré, ídem).

En nuestro país el IMC ya ha sido validado en 1997 por Saucedo y Gómez Péresmitré. Con base en los resultados obtenidos por estos investigadores, la obesidad en jóvenes y adultos se diagnóstica cuando los valores del índice son mayores a 27. Sin embargo, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en preadolescentes, por lo que es poco recomendable utilizar este índice para diagnosticar estado nutricional en la adolescencia temprana, por lo tanto, Saucedo y Gómez Peresmitré (1998) recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN).

Al utilizar el Índice Nutricional: $\frac{\text{Peso Actual/Talla Actual}}{\text{Peso Medio/Talla Media}} \times 100$

la obesidad en púberes se estima cuando se obtienen valores mayores a 136.5 (Saucedo y Gómez Peresmitré, 1998).

2.1.3.4 Prevalencia

Durante el transcurso entre la primera década del presente siglo y la última década del mismo, las sociedades industrializadas han transitado cada vez más a un sedentarismo o ausencia de actividad física y a un tipo de alimentación basada en gran cantidad de grasas y carbohidratos; esta situación ha propiciado sin duda aumento en la prevalencia de obesidad.

En los Estados Unidos, por ejemplo, en el periodo comprendido de 1915 a 1985 se manifestó una relación directa entre el aumento de grasa en la dieta y el aumento de peso corporal. En la actualidad aproximadamente un 30 % de la población global estadounidense sufre obesidad, mientras que entre un 11 y 21 % de adolescentes presenta este desorden alimentario (Campollo, 1995; Weber y Pearson, 1986). En los países anglosajones la frecuencia de obesidad en la población general fluctúa entre un 30 y 50 por ciento (Saldaña y Rossell, 1988).

En nuestro país, a pesar de que no se cuenta con estadísticas exactas sobre la incidencia de obesidad, si se han realizado encuestas y estudios que indican, de alguna manera, la frecuencia del trastorno.

En un estudio realizado por Chavez y Díaz en 1967 (citados por Campollo, 1995) se encontró una prevalencia de obesidad del 28.5 % en hombres y mujeres del sector urbano. En la presente década de los noventa se han llevado a cabo encuestas para determinar el estado nutricional de los habitantes mexicanos y estimar la frecuencia de enfermedades crónicas entre los mismos.

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993) se encuestaron a 19, 000 personas divididas en cuatro regiones diferentes:

1. Zona metropolitana de la Ciudad de México
2. Zona centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Tlaxcala.
3. Zona norte: Baja California Norte y Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Sinaloa, Tamaulipas y Zacatecas, y
4. Zona sur: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

La muestra utilizada en esta encuesta fue de tipo probabilístico y estuvo conformada por hombres y mujeres de 20 a 69 años. Los resultados obtenidos indican una prevalencia de obesidad del 21.5 %, encontrándose entre los trastornos de mayor frecuencia después de la hipertensión arterial (23.8 %).

Otra encuesta realizada también en nuestro país en la década de los noventa, para determinar estado nutricional, mostró una prevalencia de obesidad y sobrepeso del 24.8 % en mujeres de 12 a 49 años, mientras que en los niños el porcentaje de obesidad fue 4.4 (Sepúlveda Amor, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate, 1990).

2.1.3.5 Clasificación

Existen diferentes criterios para clasificar a la obesidad, se le puede clasificar en función de las características morfológicas del tejido adiposo, con respecto a la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo y también según la etiología.

Conforme las características morfológicas del tejido adiposo la obesidad se clasifica en hipertrófica e hiperplásica. En la **obesidad hipertrófica** el contenido lipídico de las células

grasa aumenta, sin que el número de las mismas se incremente. En la **obesidad hiperplásica**, por el contrario, el número de células adiposas aumenta. Generalmente, la primera de ellas se asocia a las obesidades que aparecen en la edad adulta, mientras que la segunda se relaciona a las obesidades infantiles y adolescentes (Cervera, Clapes y Rigolfas, 1993; Saldaña y Rossell, 1988).

Con respecto a la edad de inicio, la obesidad se divide en *infantil*, *adolescente* y *adulta*. En el desarrollo de la obesidad adulta interactúan algunos acontecimientos relacionados con la propia etapa de desarrollo, por ejemplo, algunas mujeres después del embarazo tienen una ganancia significativa de peso, mientras que en los hombres la transición que va de la intensa actividad física (que se experimenta en la adolescencia) a la vida relativamente sedentaria de la adultez, propicia el aumento de peso (Bray, 1989).

De acuerdo con la distribución anatómica de la grasa corporal la obesidad se clasifica en androide y ginoide. La **obesidad androide** (tipo manzana) se caracteriza por la acumulación de grasa en la parte superior del cuerpo, en el pecho y abdomen. Generalmente se manifiesta en el hombre debido a la estimulación de la testosterona y los corticoides. En la **obesidad ginoide** (tipo pera) la acumulación de grasa se presenta en la mitad inferior del cuerpo -en las caderas y muslos-, manifestada principalmente en mujeres debido a la acción de los estrógenos (Cervera, Clapes y Rigolfas, 1993).

Según la causa de origen, la obesidad se clasifica principalmente en exógena y endógena. La **obesidad exógena** expresa una relación ingesta calórica-gasto energético, así el trastorno puede deberse a una ingesta de calorías excesiva, bien por una disminución en el gasto energético o a una combinación de ambas. Este tipo de obesidad es característico de poblaciones que cuenta con exceso de alimentos y existe mínima información de los valores nutritivos de los mismos (Miller Kobisher, 1995).

La **obesidad endógena** es resultado de una patología ya existente o como efecto colateral de algunos medicamentos, dentro de éstas se encuentran la obesidad por defecto termogénico, la obesidad hipotalámica, endocrina e iatrogénica. En la **obesidad por defecto termogénico** se manifiesta la incapacidad de gastar energía en forma de calor. Es por esta causa que algunas personas consumen poca cantidad de calorías y sin embargo, suben de peso o simplemente no lo pierden (McLaren y Meguid, 1993).

La *obesidad hipotalámica* es un trastorno poco común en el hombre, sin embargo, es producida por traumatismo, lesiones quirúrgicas, tumores malignos y enfermedades inflamatorias que afectan el hipotálamo ventromedial. Esta región cumple la función fundamental de integrar la información sobre las reservas energéticas corporales, cuando se lesiona o se afecta surge obesidad (Alemany, 1995, Bray, 1989).

Entre las causas principales de la *obesidad endocrina* se encuentran el hipotiroidismo, el hiperinsulinismo y el hipercorticismismo. El hipotiroidismo o déficit en la producción de hormonas de la hipófisis, especialmente el déficit de la hormona de crecimiento, provoca aumento de la grasa corporal. La influencia de esta patología en la génesis de la obesidad queda demostrada al administrar hormonas de crecimiento a quien la padece y la consecuente disminución de grasa corporal (Bray, ídem). Asimismo, el exceso de producción de insulina (hiperinsulinismo) y la exagerada secreción de glucocorticoides (hipercorticismismo) son factores desencadenantes de obesidad (Alemany, 1995).

La obesidad iatrogénica (desencadenada por efectos secundarios de medicamentos) también es poco frecuente; no obstante, existen ciertos medicamentos que facilitan la acumulación de grasa corporal, tal es el caso de los glucocorticoides y algunos antidepresivos (Alemany, 1995).

A pesar de que la obesidad genética en sujetos infrahumanos (ratas) ha sido ampliamente demostrada, en humanos es difícil separar la influencia hereditaria de la influencia ambiental (Saldaña y Rossell, 1988). Sin embargo, la prevalencia familiar de obesidad es incuestionable dado que el 95 % de los pacientes obesos provienen de familias donde existe trastorno, mientras que, la probabilidad de un niño de ser obeso está en función directa con el nivel de obesidad de los miembros de la familia (Braguinsky, 1987).

2.1.3.6 Consecuencias

2.1.3.6.1 Consecuencias físicas

Diversas investigaciones han demostrado que la obesidad representa un serio factor de riesgo tanto para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como para el incremento en la tasa de mortalidad (Saldaña y Rossell, 1988).

Entre las enfermedades que se asocian a la obesidad se encuentran las siguientes:

- Hipertensión arterial
- Hiperlipidemias (exceso de lípidos en el torrente sanguíneo)
- Diabetes mellitus
- Enfermedades pulmonares y renales
- Arteroesclerosis
- Artritis degenerativa

Debido también al exceso de grasa corporal se suelen presentar complicaciones durante el embarazo, riesgos en las intervenciones quirúrgicas y problemas en las articulaciones (Campollo, 1995; Saldaña y Rossell, 1988).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas un 23.8 % de adultos mexicanos, de una muestra representativa de 19,000 personas, padece de hipertensión arterial, representando el padecimiento más frecuente, seguido de la obesidad con una prevalencia del 21.5 %. Al reflexionar sobre estas cifras se deduce que ambos padecimientos son un problema de salud entre nuestros habitantes. Igualmente interesante sería indagar que proporción del porcentaje de la frecuencia de hipertensión se debe, precisamente, al exceso de grasa corporal.

2.1.3.6.2 Consecuencias Psicosociales

En las sociedades donde la delgadez es símbolo de belleza, salud y aceptación social, las personas obesas sufren frecuentemente de discriminación social; de hecho la cultura de la delgadez genera una serie de actitudes negativas hacia la obesidad y hacia el sobrepeso (Saldaña y Rossell, 1988).

Hace ya más de tres décadas Mayer y Canning (1966) demostraron que los obesos son discriminados y rechazados al solicitar empleo y son poco aceptados por sus coetáneos en la universidad.

Otras investigaciones señalan que los obesos de ambos sexos son percibidos, por las personas de normopeso, como menos atractivas e incluso como menos femeninas o masculinas, según sea el caso. Por ejemplo, en el país sudamericano de Brasil, recientemente (1997) se prohibió a las mujeres obesas vestir bikinis en las playas ya que solamente las mujeres delgadas podían lucirlos bien.

La actitud de los niños con peso normal hacia sus contemporáneos obesos no es menos discriminatoria, puesto que, estos últimos son considerados más desagradables que las personas con alguna clase de discapacidad (Powers y Rosemurgy, 1986).

Es indudable, que las actitudes negativas que provoca la obesidad conllevan una serie de consecuencias psicológicas y sociales en las personas que la padecen: baja autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres, poca autoaceptación y aislamiento social, son algunas de estas consecuencias. En los niños la ridiculización a la que son expuestos por personas mayores y compañeros provoca baja autoestima y aislamiento social (Russell y Saldaña, 1988).

2.2 CONDUCTA DIETARIA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Como consecuencia del "culto a la delgadez" y el rechazo a la obesidad que se promueve en las sociedades occidentales, las dietas se han vuelto cada vez más populares en todos los sectores de la población.

El término "dieta" hace referencia al programa alimentario que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad. Existen diferentes tipos de dieta: hipocalórica (baja en calorías, utilizada frecuentemente para perder peso), blanda (extendida especialmente para el control de enfermedades), hipercalórica (rica en grasas y carbohidratos), etc.

Las dietas bajas en calorías representan para las personas, en especial para los púberes y adolescentes, la mejor alternativa para adelgazar. Sin embargo, la palabra dieta puede significar para los chicos desde el consumo de alimentos bajos en calorías hasta la omisión o "salto" de alguna comida -- podría ser el desayuno, la comida o la cena --. La creciente popularidad de las de las dietas así percibidas, se debe a diferentes razones (Hill, 1993):

a) El poder de los estereotipos sociales sobre delgadez y obesidad. Con frecuencia, la delgadez es asociada a belleza, salud y autocontrol, en contraste con la obesidad que es percibida como un estado antisaludable, provocado por la autoindulgencia, glotonería y pereza.

b) El seguimiento de dietas hipocalóricas y la práctica de conductas alimentarias anómalas, son consideradas cada vez más como comportamientos alimentarios normales.

c) La práctica de estos comportamientos representa una variante de la automedicación. En muy pocas ocasiones la persona acude al nutriólogo o al médico a solicitar una dieta, con frecuencia la adquiere de una revista o se la recomienda alguna amiga o algún familiar.

Las conductas alimentarias anómalas tales como el seguimiento de dietas para bajar de peso, comer entre comidas, ayunar y los vómitos autoinducidos, entre otras, representan serios factores de riesgo para desarrollar desórdenes del comer (Gómez Pérez-Mitré, 1995; Herman & Polivy, 1985, citados por Biener y Heaton, 1995; Hill, 1993).

El seguimiento de dietas reductoras, entre personas normopeso, han sido relacionadas también con la aparición de estrés y con el deterioro del funcionamiento de tareas cognitivas. En una encuesta realizada en 1992 por la Administración Estadounidense de Alimento y Medicamento y por el Instituto Nacional de Cardiología de ese país, se encontró que casi la mitad de las mujeres blancas y un cuarto de las mujeres de color practicaban algún tipo de conducta dietaria para perder peso (Biener y Heaton, 1995).

Es aún más preocupante la alta incidencia del seguimiento de "dietas" entre niñas de 6 a 9 años y las preadolescentes de 11 a 12 años de edad, quienes aprenden estos patrones conductuales de las personas con las que interactúan, generalmente la madre o alguna amiga (Hill, 1993).

En un estudio llevado a cabo por Field, Wolf, Hersog, Cheung y Golditz (1993) se encontró en una muestra de 431 estudiantes de 5o grado de primaria a tercer grado de secundaria, que un 39% había realizado dietas reductoras; el 20% eran dietantes ocasionales y 7.9% eran dietantes frecuentes.

En nuestro país, Gómez Peresmitré y Ávila (1998) encontraron en una muestra de estudiantes de 5o y 6o grado de primaria (con edad promedio de 10 años 8 meses, ambos sexos y N=487), que el 25% de ellos había realizado dieta tanto para bajar como para subir de peso.

Estas cifras resultan alarmantes si se toma en cuenta que el riesgo de los dietantes de padecer algún trastorno alimentario a los 15 años, es 8 veces mayor que el de aquellos que no practican este tipo de dietas (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, 1990).

El seguimiento de dietas en las preadolescentes está relacionada así mismo, con la insatisfacción con la figura corporal o con la preocupación por la misma (Gómez Perez-Mitre, 1995).

Continuamente, las personas que practican dietas reductoras ignoran las consecuencias negativas de tal conducta, por lo tanto es necesario que en los mensajes de salud pública se señale y aclare que la reducción de peso no es recomendable para las personas normopeso (mucho menos para niños y adolescentes), y que las dietas hipocalóricas así como las conductas alimentarias anómalas pueden exponerlos a innecesarios riesgos de salud (Biener y Heaton, 1995).

CAPÍTULO 3.
IMAGEN CORPORAL
Y AUTOATRIBUCIÓN

3. IMAGEN CORPORAL Y AUTOATRIBUCIÓN

“Somos nuestro cuerpo y tenemos nuestro cuerpo. El cuerpo es el vehículo mediante el que nos comunicamos con el mundo ... En el encuentro interpersonal, el otro es una sorpresa, cuya vía de entrada es esencialmente corporal. Para el hombre el cuerpo es algo excéntrico, mientras que para la mujer es concéntrico vive más pendiente y centrada en él, pues entre otras cosas, está encargada de la transmisión de vida.”

Santiago Martínez-Fornés

3.1 LA DELGADEZ COMO IDEAL

Dentro de un contexto donde la belleza física es admirada y reforzada socialmente, las personas, y más específicamente las mujeres, se ven presionadas a lucir bien y sin duda, una de sus constantes preocupaciones es el peso y la figura corporales. Estudios realizados con adolescentes señalan que más mujeres que hombres, en una proporción de 8 a 2, quieren bajar de peso y también más mujeres que hombres dicen estar a dieta (Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969).

Asimismo, una encuesta realizada por la Clínica de los Trastornos de la Alimentación de Toronto (1994) indicó que el 75% de las mujeres encuestadas estaban preocupadas por su peso y el 42% de ellas serían felices si redujeran masa corporal (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Las preocupaciones sobre la figura y peso corporales dejan de ser un tanto "superficiales" y absurdas si se toma en cuenta que sus bases están cimentadas en las expectativas y presiones que la sociedad impone a la mujer (Crispo, et al, 1996; Toro y Vilardell, 1987). En el mundo occidental se ha difundido la idea que afirma que la mujer exitosa es aquella que concluye una carrera universitaria, además de ser una buena esposa, una buena madre y ¡por supuesto! tiene que ser delgada. Estos modelos de belleza y éxito son ampliamente promovidos, entre otros, por los medios de comunicación, quienes constantemente presentan modelos femeninos que cubren dichas características (Toro y Vilardell, 1987).

La apariencia física y la delgadez han tomado tal importancia al grado de resultar elementos importantes en la obtención de un empleo y la aceptación por parte del grupo. Algunos estudios han demostrado que la apariencia personal y la belleza influyen de manera favorable sobre las decisiones de contratación de un solicitante de empleo -particularmente si éste es una mujer- (Dipboye, Arvey y Terpstra, 1977, citados por Bruchon-Schweitzer, 1992). En nuestro país es común leer en los periódicos, especialmente en la sección de ofertas de trabajo, que un prerequisite de contratación es una "excelente presencia".

En las últimas décadas, ha tendido a desaparecer la idea que sugiere al logro de la delgadez como ideal de belleza y la presencia de trastornos alimentarios como exclusivos de los países del denominado "primer mundo", debido a que investigaciones recientes señalan también la presencia de éstos en países tercermundistas. En México, por ejemplo, Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (en prensa) realizaron un análisis con los pesos y estaturas de las personas más bellas de nuestro país, proporcionados por la revista *Somos* (la cual es una publicación con amplia popularidad entre los jóvenes). Estos investigadores obtuvieron los promedios del IMC (Índice de Masa Corporal) y edad de estas mujeres conforme las estaturas, pesos y edades proporcionados por la revista. El análisis indicó que el estereotipo de la mujer hermosa en nuestro país es una persona joven (edad promedio de 25 años y una desviación estándar igual a 3.8), delgada (IMC promedio de 18 y desviación estándar igual a 1), estas cifras corresponden a valores de peso por abajo de lo normal (de acuerdo con los índices validados en muestras mexicanas por Saucedo y Gómez Peresmitré, 1997).

Desafortunadamente, las mujeres que no encajan dentro de estos estereotipos de belleza y éxito tienden a desarrollar baja autoestima y mayor insatisfacción con sus figuras (Toro y Vilardell, 1987). Por otra parte, se ha comprobado ampliamente que tanto la insatisfacción como la alteración de la imagen corporal representan serios factores de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Gómez Pérez-Mitré, 1995).

3.2 IMAGEN CORPORAL

3.2.1 CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

De acuerdo con el neuropsiquiatra Paul Schilder (1989) la imagen corporal es la representación mental que la persona elabora de su propio cuerpo. Asimismo, Schilder señala que la imagen corporal es una estructura psicológica y fisiológica, también resalta que es resultado de la vida en sociedad y que tanto la belleza como la fealdad no son conceptos que se elaboran en el individuo aislado sino que son producto de las interacciones sociales.

Para Rosen (citado por Raich, 1998) la imagen corporal es la forma en que una persona percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Así, a lo largo de su existencia el individuo elabora a través de diversas experiencias un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes con respecto a su cuerpo, elabora una *imagen corporal*. Esta percepción frecuentemente es referida a normas de belleza y rol (Bruchon-Schwetzer, 1992).

La imagen corporal está, por lo tanto, unida a la historia individual de cada persona, y también es la síntesis de las experiencias emocionales vividas en las relaciones sociales (Dolto, 1990).

Thompson (1990, citado por Raich, 1998) señala tres componentes básicos de la imagen corporal:

a) *Componente Perceptual.* Hace referencia a la precisión con que la persona percibe o estima algunas partes de su cuerpo o la totalidad de él. La sobrestimación y subestimación corporal son resultado de la distorsión de este componente.

b) *Componente Subjetivo.* También denominado cognitivo-afectivo dado que incluye las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca la percepción del cuerpo, aquí se incluyen la insatisfacción, preocupación, ansiedad, etc.

c) *Componente Conductual.* Son las conductas que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos relacionados con el mismo (el uso de ropas holgadas para esconder algunas partes del cuerpo, la exhibición de algunas otras, etc.)

Por otra parte, algunas de las experiencias que producen modificaciones en la imagen corporal son (Rosenbaum, 1979, citado por Stenberg y Blinn, 1993):

a) Las originadas por cambios biológicos, tales como el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias durante la pubertad.

b) Las relacionadas con cambios psicológicos (como el desarrollo cognoscitivo que durante la adolescencia, la adquisición del pensamiento formal vuelve a la persona mucho más analítica hacia su propio cuerpo) y,

c) Las debidas al contexto social y el entorno cultural (la adquisición de la imagen corporal difiere de acuerdo con la edad, género, clase social, etc.)

Entre los factores de la imagen corporal que más reciben atención por parte de los investigadores se encuentran la alteración de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma, es decir, aquellos relacionados con los componentes perceptual y subjetivo.

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

a) Condiciones sociales. Como la presión que ejercen algunos agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, quienes promueven símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles de género, valores, etc.

b) Variables individuales más objetivas, como peso y la forma real del cuerpo.

c) Variables psicosociales subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño corporales, figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras.

d) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social (p. 32).

Debido a que la sociedad concede más importancia a la figura femenina, para las mujeres preadolescentes la imagen corporal es mucho más importante que para los chicos (Coleman, 1961; Ryan, 1966, citados por Hurlak, 1987).

3.2.2 Alteración del Componente Perceptual: Sobrestimación / Subestimación

La distorsión perceptual de la imagen corporal se presenta como una sobrestimación o subestimación. La sobrestimación se manifiesta cuando la persona percibe partes de su cuerpo o la totalidad de él con dimensiones mayores a las reales, mientras que en la subestimación sucede precisamente lo contrario, el cuerpo o algunas de sus partes se perciben más pequeñas o más delgadas de lo que en realidad son (Thompson, 1990, citado por Raich, 1998).

Los primeros estudios sobre esta línea de investigación señalaban que la distorsión perceptual de la imagen corporal únicamente se presenta en anoréxicas, sin embargo ésta también se manifiesta en personas con defectos físicos, bailarinas, obesos y adolescentes (Damlouji, 1985; Leon, 1983, citados por Toro y Vilardell, 1987).

3.2.2.1 Instrumentos de Evaluación

La génesis de la evaluación del trastorno de la imagen corporal se remonta al inicio del diagnóstico de desórdenes alimentarios puesto que, éstos últimos --sobre todo la anorexia y bulimia nervosas-- llevan implícitos algún tipo de alteración de imagen corporal (Toro y Vilardell, 1987). La evaluación perceptiva pretende, específicamente, analizar las diferencias existentes entre la estimación subjetiva que una persona realiza de su cuerpo y la medición objetiva de éste (Raich, 1998).

Los métodos que evalúan las alteraciones del componente perceptual de la imagen corporal pueden clasificarse en dos grandes categorías: a) estimación corporal global y b) estimación de partes corporales (*idem*).

a) Estimación corporal global. En este tipo de métodos, el sujeto se ve confrontado a una imagen real presentada en vídeo, espejos, fotografías o computadora. Es posible manipularla haciéndola menor o mayor que en la realidad. Posteriormente, el sujeto selecciona la figura que más se parezca a la suya. Dentro de éstos instrumentos es prudente mencionar el "espejo distorsionador" de Traub y Orbach, la técnica de distorsión de vídeo de Allenbach, Hallberg y Espmark (citados por Raich, 1998) y el instrumento de Imagen Corporal Computarizado (Versión 3.1) creado por Gómez Peresmitré y Ávila Angulo en 1996.

b) Estimación de partes corporales. Estos instrumentos requieren que la persona calcule el tamaño de algunos segmentos de su cuerpo. El *Procedimiento de marcado de imagen* creado por Askevold (1975), representa un ejemplo de este tipo de métodos, el cual requiere que el sujeto marque las proporciones de sus partes corporales sobre un papel colocado en la pared (Raich, 1998).

3.2.2.2 Investigación en los Contextos Nacional e Internacional

En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos con una muestra de 33 mil mujeres indicó que un 76 % de ellas se *consideró* con exceso de grasa o "demasiado gorda" cuando en la realidad, utilizando medidas objetivas, la mayoría tenía peso normal o se encontraba por abajo de éste (Wooley, 1985 citado por Braguinsky, 1987). Mientras que Schifter y Ajzen (1987, citado por Gómez Pérez-Mitré, 1994) encontraron que las mujeres de una muestra de estudiantes con peso normal *consideraban* tener de 3.5 a 5 kgs. por arriba del peso normal.

Gardner, Martínez, Espinoza y Gallegos (1988) demostraron la presencia de distorsión perceptual en obesos. Al comparar una muestra de sujetos normopeso con sujetos obesos, éstos últimos sobrestimaron mucho más sus figuras que los sujetos con peso normal, apoyando los resultados obtenidos por Garner y Garfinkel (1981) quienes también encontraron distorsión en personas obesas.

En nuestro país, Gómez Pérez-Mitré (1995) encontró porcentajes significativos de distorsión perceptual en una muestra de estudiantes de ballet, manifestándose una relación inversa entre bajo peso y distorsión de la imagen corporal (entre más bajo peso mayor distorsión); mientras que en muestras de estudiantes de 15 a 49 años (escuelas públicas y privadas, hombres y mujeres) y en una muestra extraída de una población clínica de hombres y mujeres que asistían a tratamiento para reducir peso, ésta investigador observó precisamente lo contrario (a mayor sobrepeso menor distorsión).

Durante 1996 Unikel y Gómez Peresmitré realizaron una investigación con estudiantes mexicanas de ballet (n=43), los resultados indicaron que un 83 % de las chicas tenían distorsión perceptual, confirmando los datos de Brooks-Gunn y Warren (1985) quienes también hallaron distorsión en una muestra de bailarinas.

Aquino (1998) realizó un estudio comparativo entre 50 mujeres deportistas y 50 mujeres que no realizan deporte. Sorprendentemente, los resultados indicaron que las mujeres deportistas representaron el porcentaje más alto con alteración (44%).

En 1998, Bolaños realizó una investigación con 200 estudiantes de bachillerato, de ambos sexos, que asistían a escuelas públicas y privadas de la ciudad de México, en ésta encontró que casi una cuarta parte de la muestra (24.2 %) presentaba alteración perceptual, siendo los hombres quienes más manifestaron distorsión (34.5 %) en comparación con las mujeres (13.9 %).

Asimismo, la literatura nacional indica la presencia de distorsión corporal en estudiantes preadolescentes, Gómez Pérez-Mitré (1997) investigó una submuestra de 200 estudiantes de 5o y 6o grado de primaria, los resultados indicaron que el 81% de las niñas se sobrestimó pues la gran mayoría de ellas se consideraba gorda o muy gorda cuando los valores del IMC indicaron que se encontraban muy por abajo del peso normal (44%) y por abajo del peso normal (37%).

Estas investigaciones apoyan la teoría que señala la presencia de alteración del componente perceptual de la imagen corporal en poblaciones "normales" como la de las bailarinas, estudiantes (adolescentes y preadolescentes), obesos y mujeres con peso normal, y no únicamente en sujetos de poblaciones clínicas, como la de las anoréxicas. Estos resultados son preocupantes si se toma en cuenta que la distorsión de la imagen corporal provoca el desarrollo de conductas que pueden contribuir en la génesis y mantenimiento de los trastornos alimentarios.

3.2.3 Insatisfacción Corporal

De acuerdo con Tucker (1984) una de las formas de estimar la variable satisfacción/insatisfacción corporal es a través de la distancia que existe entre la realidad e idealidad. Por lo tanto, la satisfacción e insatisfacción se manifiesta en relación al grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal. Es importante agregar que el grado de satisfacción/insatisfacción corporal depende de la autopercepción; así, una persona que se considera atractiva tiende a estar satisfecha con su figura, resultando más importante considerarse atractivo que serlo verdaderamente (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Para Bruchon-Schweitzer (1992) la satisfacción corporal influye de manera importante en la adaptación individual y social, y está íntimamente ligada con la autoestima favorable así como con el equilibrio emocional.

3.2.3.1 Instrumentos de Evaluación

La evaluación de la satisfacción/insatisfacción corporal se realiza, básicamente, a través de dos formas: la utilización de autoinformes y a partir de las medidas de discrepancia real/ideal (Raich, 1998).

Autoinformes

- *Body Shape Questionnaire, BSQ* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987 citados por Raich, 1998). Está conformado por 34 reactivos que evalúan aspectos actitudinales de la imagen corporal, tanto insatisfacción como preocupación por la figura y peso.
- *Offer Self-image Questionnaire, OSIQ* (Offer, Ostrov y Howard, 1982 citados por Brooks-Gunn y Warren, 1985). Está conformado de 130 reactivos y 11 escalas, evalúa apariencia física a través de una subescala de cuerpo y autoimagen. Es utilizado para explorar imagen corporal en adolescentes de 14 a 18 años.
- *Self-Image Questionnaire for Young Adolescents, SIQYA* (Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer y Jarcho, 1984, ídem). Este instrumento es una adaptación del OSIQ, que mide insatisfacción a partir de 78 reactivos presentados en escalas de 6 puntos que van de "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo" que dan respuesta a frases tales como "Estoy orgullosa de mi cuerpo" o "La mayoría del tiempo me siento feliz con mi figura".
- *Cuestionario sobre Alimentación y Salud* (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Este cuestionario contiene varias escalas que miden diferentes variables (información sociodemográfica, conducta alimentaria, autoatribución, etc.). Una de estas escalas mide precisamente, satisfacción corporal a través de las siguientes preguntas: ¿Qué peso te gustaría tener?,

¿Cómo te sientes con tu figura?, “Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras...”, “Me gusta la forma de mi cuerpo...”, cada pregunta o afirmación contiene 5 opciones de respuesta, para el caso de esta última afirmación las opciones van de “Muy de acuerdo” a “Muy en desacuerdo”.

Medidas de Discrepancia real/ideal

Estos instrumentos generalmente miden el grado de satisfacción/insatisfacción a través de un índice que se obtiene de la diferencia existente entre los puntajes de la Figura Percibida (considerada como real) menos la Figura Ideal ($FP - FI = \text{Grado de Satisfacción/Insatisfacción}$).

- *Escala Visual* (Cohn, Adler, Irwin, Millstein, Klesges y Stone, 1987 citados por Smolak, Levine y Gralen, 1993). Este instrumento evalúa la percepción de la figura y el nivel de satisfacción con la misma. La escala consta de 9 siluetas femeninas, que van de una figura *bastante delgada* hasta una *bastante pesada*. Se incluyen preguntas tales como: “¿Cuál es la figura que más se parece a tu propio cuerpo?” (figura actual o percibida) y “¿Cuál es aquella figura que más te gustaría tener?” (figura ideal).
- *Body Image Assessment, BIA* (Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero, y Blouin, 1985, citados por Williamson, Davis, Bennett, Goreczny, y Gleaves, 1989). El BIA consta de 9 siluetas femeninas que van de una figura delgada a una obesa, cada silueta mide 15 cm. de largo y están dibujadas en tarjetas de 12.5 cm de ancho por 20 cm. de largo. Al aplicar el instrumento, el investigador coloca las 9 tarjetas sobre una mesa y pide a la persona que seleccione honestamente aquella silueta que más se aproxime a su talla (figura actual). Nuevamente, se presenta al sujeto las 9 tarjetas pero en orden diferente, y se le pide que elija la silueta que más le gustaría tener (figura ideal). Los puntajes obtenidos por el BIA a partir de la figura actual e ideal son interpretables únicamente al comparar los puntajes obtenidos en muestras de sujetos con peso y estatura similares.

- ◊ *Instrumento de Imagen Corporal Computarizado* (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1996). Este método estima tanto distorsión del componente perceptual de la imagen corporal como insatisfacción con la misma a través de un programa computarizado. La insatisfacción es evaluada a partir de dos formas: 1) en el monitor de la computadora aparecen 9 siluetas ya sea femeninas o masculinas, según sea el caso, el sujeto debe elegir aquella que más se parece a su figura actual. Nuevamente aparecen las 9 siluetas y en este caso la persona debe elegir aquella que más le agradaría tener. 2) El sujeto tiene la oportunidad de construir su figura actual e ideal (primeramente en un plano frontal y después de perfil) sobre una silueta que aparece en el monitor, la cual es posible agrandarla o reducirla con ayuda del mouse.

3.2.3.2 Investigación en los Contextos Nacional e Internacional

De acuerdo con Martínez-Fornés (1994) el 70% de las adolescentes mujeres occidentales están muy insatisfechas con sus cuerpos, estas cifras resultan alarmantes si se toma en cuenta que esta variable (así como la distorsión del componente perceptual) se relacionan con los factores de riesgo que desarrollan desórdenes alimentarios (v. gr. Fabian y Thompson, 1989; Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993, citados por Gómez Peresmitré, 1998).

La literatura nacional indica que un porcentaje significativo de mujeres estudiantes en la ciudad de México se encuentran insatisfechas con sus cuerpos: la investigación de Bolaños (1998) realizada con una muestra de 100 mujeres adolescentes, estudiantes de bachillerato (escuelas públicas y privadas) y edad promedio de 16 años, indicó que un 70 % de ellas estaban insatisfechas con sus figuras.

El estudio realizado por Aguilar y Rodríguez (1997) con 200 mujeres adolescentes de 15 a 18 años indicó que el 85% de ellas se encontraban insatisfechas. Por otro lado, Ávila, Lozano y Ortíz (1997) trabajaron con chicas más jóvenes (púberes) estudiantes de primaria y secundaria, y encontraron que el 42.5% de las chicas de esta muestra se encontraban insatisfechas con sus cuerpos, confirmando así, los datos de otra investigación donde poco

más del 50% de 200 preadolescentes estaban insatisfechos con sus figuras (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

La literatura nacional e internacional indica que la insatisfacción corporal es resultado, entre otros factores, de la influencia de los agentes socializadores quienes promueven una figura delgada como ideal de belleza, éxito y salud, que lejos de ser combatida es promovida cada vez más por los medios masivos de comunicación, por lo tanto, se espera que las actitudes negativas hacia el cuerpo continúen entre las mujeres de las sociedades occidentales.

3.3 PUBERTAD, MENARCA E IMAGEN CORPORAL

Durante la pubertad se presenta en las chicas la menarca, cuando ésta aparece se están efectuando, también cambios físicos muy importantes tales como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Duarte, 1988). Es más, algunas adolescentes vigilan y se angustian muy frecuentemente, al observar cómo varias partes de su cuerpo (tales como las caderas y busto) crecen, se ensanchan y se redondean (Martínez-Fornés, 1994).

Una de las tareas del preadolescente es, precisamente, la asimilación y aceptación de los cambios físicos. El adolescente se encuentra entonces, en la necesidad de elaborar una "nueva imagen corporal", en donde le resulta necesario integrar los intempestivos cambios físicos que se están operando en él (Havighurst, 1972, citado por Rodríguez-Tomé, 1993).

En la elaboración de la imagen corporal intervienen el proceso perceptual en su más amplia gama de expresiones –visuales, auditivas, kinestésicas, etc., reacciones a la percepción y evaluación de los otros, comparación y nuevos grupos de pertenencia social, confrontación de los estereotipos culturales sobre belleza, éxito, roles, amor, etc. (Rodríguez-Tomé, 1993).

En general, todos los adolescentes se interesan vivamente por sus cuerpos; no obstante, las muchachas se preocupan más que los chicos por sus figuras dado que, para ellas, sus cuerpos están más relacionados con los roles que deben desempeñar (aquellos que la cultura les ha hecho creer) tales como el noviazgo y el matrimonio (Fisher, 1964; Kurtz y Walster, 1966, citados por Hurlak, 1987).

La influencia de los cambios puberales sobre la imagen corporal se ha investigado en diferentes trabajos, por una parte se ha analizado el impacto de la pubertad en relación al género y por la otra los efectos de los cambios relacionados con la menarca.

Los primeros indican que el impacto puberal difiere por género (Crockett y Petersen, 1987; Rodríguez-Tomé, 1993). Los niños se sienten más satisfechos de su apariencia física a mayor desarrollo puberal o más temprano se produce éste. En cambio, entre las niñas, el desarrollo temprano se asocia con insatisfacción corporal. Duncan (1985, citado por Rodríguez-Tomé, 1993) señala que la insatisfacción corporal femenina durante la adolescencia parece ser un efecto *per se* porque los cambios puberales incrementan el nivel de grasa en las chicas mientras que en los varones se desarrolla la musculatura. La insatisfacción corporal manifiesta en las chicas con menarca temprana y tardía también puede ser interpretada por la discrepancia existente entre sus propios cuerpos y la figura ideal femenina (Simmons, Blyth y McKinney, 1983).

Dentro del segundo tipo de investigaciones, uno de los primeros trabajos realizados analizó los efectos de la menarca tardía en estudiantes de danza ($n=76$) y estudiantes que no asistían a clases de danza ($n=276$) (Brooks-Gunn y Warren, 1985). Los resultados indicaron, entre otras cosas, que las chicas con menarca temprana y normal se mostraban más insatisfechas con sus figuras y tenían más problemas del comer (debido a su deseo de adelgazar) que sus coetáneas con maduración tardía.

Los resultados de esta investigación apoyan los obtenidos por Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith (1985) quienes mostraron que las chicas con maduración temprana deseaban ser más delgadas (69%) que las sujetos con menarca normal (53%) o con menarca tardía (27%).

La relación existente entre maduración temprana e imagen corporal desfavorable también se encontró en el estudio de Tobin-Richards, Boxer y Petersen (1983) realizado con estudiantes de 1er grado de secundaria. Los datos mostraron una relación curvilínea entre la edad de la maduración e imagen corporal: las púberes que menstruaron por primera vez entre los 12 y 14 años (normal) presentaron sentimientos más positivos hacia sus cuerpos, mientras que las chicas con menarca tardía manifestaron insatisfacción corporal, pero aún así estaban más satisfechas que sus contemporáneas con maduración temprana.

La insatisfacción corporal se midió a través de la escala corporal *Self-Image Questionnaire for Young Adolescents (SIQYA)*. Estos instrumentos miden la insatisfacción de forma indirecta, a partir de preguntas en las que los sujetos eligen una opción en una escala que va de "totalmente de acuerdo" o "totalmente en desacuerdo" con frases tales como "Estoy orgullosa de mi cuerpo" o "La mayoría del tiempo me siento feliz con mi figura".

No obstante, existen formas más indirectas para medir insatisfacción, como la utilizada por Gómez Pérez-Mitré (1995) y Smolak, Levine y Gralen (1993), quienes la evaluaron en estudiantes de secundaria, con la presentación de una escala visual de 9 figuras femeninas, que va de una silueta muy delgada a una obesa. Para medir la percepción del cuerpo se utiliza dichas figuras encabezadas por la pregunta "¿Cuál es la figura que más se parece a tu cuerpo?"; mientras que para la elección de la figura ideal la pregunta es: "¿Cuál es la figura que te gustaría tener?". De este modo la insatisfacción se obtuvo a través de la diferencia entre los puntajes de la Figura Actual o Percibida (FP) menos la figura ideal (FI) ($FP - FI$).

Los resultados obtenidos en esta línea de investigación indican de manera global, que a más temprana es la edad de la menarca mayor es el grado de insatisfacción corporal y *por ende* mayor el seguimiento de dietas para el control de peso (Brooks-Gunn y Warren, 1985; Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith, 1985; Simmons, Blyth y McKinney, 1983).

Existen, sin embargo, resultados contradictorios como los encontrados por Smolak, Levine y Gralen (1993) quienes investigaron la relación existente entre la primera menstruación e imagen corporal en una muestra de 79 estudiantes. Estos autores no encontraron relación entre el tiempo de maduración y satisfacción corporal, además proponen como alternativa que la simultaneidad de la pubertad y otros eventos de transición (ingreso a un nivel escolar más avanzado, empezar una relación de noviazgo o salir con chicos) provoca insatisfacción corporal y la presencia de conductas alimentarias anómalas.

Por otra parte, Thompson, Covert, Richards, Johnson y Cattarin (1995) realizaron un estudio con 169 estudiantes de 13 a 18 años. Investigaron, entre otros, la relación existente entre edad de la menarca, imagen corporal, conducta alimentaria restrictiva y *teasing* (definido como los comentarios verbales negativos hacía el cuerpo). Los resultados indicaron alta correlación entre *teasing*, insatisfacción e incremento de conducta alimentaria restrictiva, mientras que la menarca no representó un factor significativo.

3.4 AUTOATRIBUCIÓN

3.4.1 Teoría de la atribución

Generalmente la persona al observar el comportamiento de los demás, tiende a atribuir ciertas características (v. gr., flojo, trabajador, extrovertido, tímido, etc.), sin analizar si la conducta observada depende de factores situacionales o se debe a características individuales internas.

La teoría de la atribución estudia, precisamente, la manera en que un individuo explica el comportamiento de otras personas. Las diferentes versiones de teoría de atribución tienen elementos comunes: la norma indica que se atribuye la conducta de los individuos a causas internas o externas (Myers, 1995).

Además, la teoría de la atribución es importante porque estos modelos se han utilizado también para explicar las autoatribuciones puesto que, en ambos casos se puede utilizar el mismo tipo de información y se puede analizar la causa del comportamiento de manera similar (Mastorf y Ellsworth, 1982).

3.4.1.1 Análisis Ingenuo de la Acción (F. Heider)

Fritz Heider (1958), fundador de la teoría de la atribución, propone “la psicología del sentido común” denominada así porque formula los procesos a través de los cuales un observador sin información necesaria y pertinente explica las causas de la conducta de los demás (Jaspars y Hewstone, 1986).

Heider concluye que las personas generalmente atribuyen la conducta de los demás a situaciones externas (v. gr., medio ambiente de la persona) o a situaciones internas (v. gr. disposición de la persona) y señala que cuanto más grande es la fuerza del estímulo ambiental, menor es la responsabilidad del individuo sobre la conducta. Este autor propone, además, que el proceso atributivo comienza con la observación de un comportamiento y termina cuando el observador cree encontrar la causa que lo provocó. (Morales, 1994).

3.4.1.2 Teoría de las inferencias correspondientes (Jones y Davis)

Como su nombre lo indica la teoría de *las inferencias correspondientes* propuesta por Jones y Davis (1965) parte del supuesto que afirma la inferencia de las características o disposiciones personales a partir del comportamiento observado. Por ejemplo, en el caso de un estudiante que se muestra agresivo hacia su profesor en una situación determinada, el observador tiende a *inferir* que este alumno generalmente es agresivo (Morales, 1994).

Las inferencias correspondientes realizadas por los observadores se basan en la percepción de *los efectos no comunes*, es decir, en las diferencias de comportamiento que el individuo presenta en situaciones similares.

Jones y Davis también proponen que las inferencias se realizan en base a *la deseabilidad social* o aquello que el observador cree que harían otras personas en la misma situación; sin embargo, se ha comprobado que la deseabilidad social es casi un predictor nulo de las características o rasgos de personalidad (Jaspars y Hewstone, 1986).

3.4.1.3 Teoría de la Covariación y los Esquemas Causales (Kelley)

La teoría de Kelley sobre atribución sienta sus bases en aquellas teorías planteadas por Heider y Jones y Davis, quienes se limitan a describir la predicción del comportamiento; sin embargo, Kelley (1967) se aproxima al estudio de la atribución desde una perspectiva más amplia: se interesa especialmente por *la validez atributiva*, es decir, por la forma en que las personas deciden cuando sus observaciones y aseveraciones sobre un objeto, persona o situación son correctas o verdaderas (Morales, 1994).

El observador al realizar una atribución normalmente maneja varios tipos de información: consenso, distintividad y consistencia. El observador decide que hay *consenso* cuando todas o la mayoría de las personas actúan de igual manera en la misma situación que la persona observada. *La distintividad* se manifiesta cuando el individuo actúa de manera diferente ante situaciones u objetos similares, por ejemplo la persona observa el caso del estudiante que se comporta agresivo ante su profesor en una situación determinada, y sin embargo no es agresivo con otros profesores ni con sus compañeros. *La consistencia* se presenta cuando el individuo actúa siempre de forma parecida o igual ante la situación o estímulo determinado (Jaspars y Hewstone, 1986).

Estos elementos de información adquieren 2 valores: alto y bajo, y se pueden combinar de varias formas, no obstante, existen tres combinaciones básicas (Morales, 1994). El Cuadro 1 muestra, precisamente, estas combinaciones, la primera de ellas señala consenso alto, distintividad alta y consistencia alta e implica atribuir *el porqué* de la conducta al estímulo, dado que todas o la mayoría de las personas reaccionan de la misma forma ante la situación u objeto, el individuo reacciona de manera diferente ante otras situaciones u objetos y siempre reacciona de la misma manera a la situación u objeto determinado.

Tipo de Combinación	Atribución realizada a:
1. Consenso Alto/ Distintividad Alta/ Consistencia Alta	el estímulo
2. Consenso Bajo/ Distintividad Baja/ Consistencia Alta	a la persona
3. Consenso Bajo/ Distintividad Alta/ Consistencia Baja	a las circunstancias

Cuadro 1. Los tres tipos de combinación básica de los elementos de información que la persona utiliza al realizar atribuciones y el objeto a quien se atribuye el comportamiento observado.

La segunda combinación señala consenso bajo, distintividad baja y consistencia alta en este caso el observador tiende a atribuir la conducta observada al *individuo* ya que todas las personas o la mayoría de ellas actúan de forma diferente ante el mismo estímulo, generalmente esta persona reacciona de la misma manera ante situaciones u objetos diferentes y siempre actúa de la misma forma ante el objeto o situación específica. La tercera combinación indica consenso bajo, distintividad alta y consistencia baja y se atribuye la causa de la conducta a las *circunstancias*.

Definitivamente la teoría de Kelley sobre atribución es mucho más amplia que los modelos anteriores; sin embargo, el modelo de covariación (como su mismo creador reconoce) se ha idealizado y es necesario tomar en cuenta que en varias ocasiones el observador carece de la información, motivación y tiempo necesarios para realizar y analizar observaciones múltiples. Cuando el proceso atributivo se realiza a partir de una sola observación los datos de donde se obtiene la información resultan incompletos, en este caso el observador tiene que hacer uso de los *esquemas causales* que son las ideas previas que la persona elabora sobre las relaciones causa-efecto (Jaspars y Hewstone, 1986).

3.4.1.4 Modelo de las Diferencias Actor-Observador (Jones y Nisbett)

El modelo de *las diferencias actor-observador* propuesto por Jones y Nisbett (1971) señala que la mayoría de las veces las heteroatribuciones son de tipo interno, mientras que las autoatribuciones son de tipo externo; en otras palabras, el observador tiende a atribuir la conducta de los demás a características internas, pero el actor justifica su comportamiento a través de características situacionales (v. gr. cuando alguna persona comete un error generalmente pensamos que es un "tonto" pero esta misma persona atribuye el error a la situación y no a sus propias características). Estos autores afirman que el propio comportamiento se considera cambiante según las situaciones, mientras que el de los demás se considera constante (Morales, 1994).

Sin embargo, Taylor y Koivumaki (1976, citados por Morales) afirman que las diferencias actor-observador depende si los efectos de la conducta son positivos o negativos. Una de sus investigaciones mostró que los actores realizaban atribuciones internas de su propio comportamiento cuando los efectos eran positivos, pero cuando los efectos eran negativos hacían atribuciones de tipo externo.

3.4.1.5 Error Fundamental de la atribución

Se suelen manifestar diferentes tipos de errores y sesgos en el proceso atributivo, sin embargo, frecuentemente se presenta el denominado *error fundamental de la atribución* o *efecto Jones- Harris*, porque fue en un experimento de estos autores donde apareció por primera vez. (Myers, 1995). El error fundamental de la atribución consiste en atribuir el comportamiento de otras personas a sus propias cualidades y características, y subestimar los factores situacionales que en muchas ocasiones influyen en la conducta del individuo.

Ross (1981, citado por Morales, 1994) afirma que el error fundamental de la atribución se adquiere a través de la cultura, la cual enfatiza la responsabilidad individual y señala al individuo como responsable directo de lo que acontece en su vida.

Por otra parte, Leyens, Aspeel y Marques (1987, citados por Morales, 1994) señalan que el error fundamental se basa en *la psicologización* que se refiere a la tendencia a explicar las conductas sociales atribuyéndolas a características psicológicas de las personas.

3.4.2 Concepto de autoatribución

Otro de los aspectos importantes de autoconocimiento es, sin duda, la *autoatribución*, proceso mediante el cual el individuo se define y se percibe a sí mismo en términos de adjetivos o características ya sean positivos y/o negativos (Baron, Byrne y Griffih, 1974). No obstante, es importante diferenciar el concepto de autoatribución de otros tales como autoconcepto y autoestima.

El *autoconcepto* o la idea de sí mismo, es un proceso global de percepción e identificación de características (Musitu y Román, 1982), y esta conformado por distintos elementos: autoatribución, autoimagen y autoestima.

Existen diferentes tipos de *autoimagen*: la imagen corporal, la autoimagen psicológica (formada por las rasgos de personalidad) y la autoimagen ideal (se refiere a lo que la persona desea ser en el área física y en la psicológica, aspiraciones e ideales) (Ramírez, 1996). Mientras que, la *autoestima* se refiere a los sentimientos de estima y valoración que la persona realiza a partir de la autoimagen y el proceso autoatributivo.

Por lo tanto, la autoatribución es un tipo de autopercepción, que forma parte del autoconcepto y representa uno de los procesos a través de los cuales se constituye la autoimagen.

En el proceso perceptual de los propios atributos la introspección es una fuente importante de conocimiento; sin embargo, medios externos tales como los comentarios y reacciones de los "otros" resultan fundamentales en la conformación de la autoatribución. Existe evidencia de que muchas de las características fundamentales únicamente se conocen a través de las interacciones con los demás. Por ejemplo, una persona sabe que tan atractiva es cuando escucha comentarios sobre su apariencia física, o conoce que tan inteligente es al comparar sus habilidades con la de otros, etc. Tal parece, entonces que la autopercepción de características fundamentales (v. gr. imagen corporal) está socialmente determinada y basada en información provista por los demás (Baron, Byrne y Griffih, 1974).

Asimismo, la literatura internacional sugiere que la autopercepción de los estados internos (v. gr. actitudes, emociones y preferencias) pueden ser fuertemente influidos por factores externos (Schachter, 1972, citado por Mastorf y Ellsworth, 1982).

Schachter y Singer realizaron un experimento donde excitaron a ciertos sujetos inyectándoles una droga (epinefrina). A los sujetos de un grupo se les informó que habían recibido una sustancia que les provocaría elevación del ritmo cardíaco y otros síntomas de excitación, mientras que a otro grupo no se les proporcionó ningún tipo de información. Posteriormente, se presentó a los dos grupos una persona que actuaba frente a ellos de manera agresiva y eufórica. Cuando se les preguntó el porqué de su excitación, la mayoría de los sujetos que no recibieron información señalaron que se debía a la conducta agresiva y eufórica del sujeto que interactuó con ellos; sin embargo, la verdadera fuente de su excitación se debía a la droga. Baron, Byrne y Griffih (1974) señalan que los resultados de este experimento representa un claro ejemplo de como los factores externos pueden influir fuertemente en la autopercepción de estados internos.

Por otra parte, algunas investigaciones señalan que los rótulos pueden influir significativamente en las autoatribuciones y estas a su vez en el comportamiento posterior, en un estudio llevado a cabo por Kraut (1974, citado por Mastorf y Ellsworth, 1982) se comprobó precisamente esta afirmación. En este estudio, a ciertas personas que dieron dinero para una obra de caridad se les rotuló como "donantes" mientras que a otras no se les rotuló. En una posterior donación la mayoría de las personas que fueron rotuladas como donantes dieron nuevamente dinero, mientras que la mayoría de las personas que no fueron rotuladas decidieron no participar. En otro estudio, a un grupo de niños a quienes se les dijo que eran ordenados, posteriormente se volvieron más ordenados, en comparación con sus compañeros de un grupo control a quienes no se les rotuló y un tercer grupo a quienes únicamente se les dio una plática sobre organización y orden.

A pesar de que los rótulos negativos frecuentemente no tienden a confirmarse en comportamientos posteriores, existen casos en que éstos generan comportamientos autoconfirmatorios (Mastorf y Ellsworth, 1982). Es factible y triste pensar en los casos de niños que reciben etiquetas de "burros" o "tontos" a partir de alguna mala nota escolar, generalmente estos niños se comportan como si en realidad fueran burros o tontos (aunque no lo sean), estos rótulos definitivamente generan comportamientos autoconfirmatorios.

3.4.2.1 Teoría de la Auto percepción de Bem

Bem señala que los individuos utilizan frecuentemente los mismos procedimientos para realizar juicios respecto a sus propias actitudes que para inferir las actitudes de los demás. La teoría de la Auto percepción propone que el individuo infiere sus actitudes a partir de conductas que realizó anteriormente.

Difiere por lo tanto, de la teoría propuesta por Festinger en la década de los cincuenta denominada Disonancia Cognoscitiva, ésta afirma que la conducta contraria a las actitudes previas provoca tensión o desagrado, misma que reduce al cambiar sus actitudes o al hacerlas más consistentes al comportamiento anterior. Bem afirma que no es la reducción de la disonancia lo que lleva al individuo a un cambio de actitud sino que es el proceso atributivo el que le indica sobre sus sentimientos, a través de la observación de su propia comportamiento (Morales, 1994).

En suma, la teoría de la auto percepción propone que cuando las actitudes o las señales internas sobre los sentimientos son difíciles de interpretar o no están bien definidos se infieren a partir de observaciones de la propia conducta y de factores situacionales que la influyen, del mismo modo que lo haría un observador extraño (Mastorf y Ellsworth, 1982).

A pesar de que esta teoría puntualiza que la mayoría de las actitudes o sentimientos son débiles o indefinidos, no indica qué sucede en los casos en los cuales la persona tiene previamente bien definidas sus actitudes hacia ciertos objetos, fenómenos y personas.

3.4.2.2 Sesgo de Autoservicio

De acuerdo con el psicólogo social David Myers las personas en general tienden a percibirse de manera favorable, es lo que denomina sesgo de autoservicio. El sesgo de autoservicio se relaciona con la tendencia que manifiestan los individuos a atribuir sus éxitos a disposiciones internas y los fracasos se atribuyen a las situaciones y factores externos, tal es el caso de un estudiante que obtiene una muy buena calificación en un examen y el resultado lo atribuye a su inteligencia y esfuerzo, mientras que si obtiene una calificación reprobatoria argumenta que el examen estaba mal elaborado.

El sesgo de autoservicio se observa claramente en los trabajos de equipo o pareja, donde la mayoría de los integrantes culpan a sus compañeros por los fracasos. El ejemplo

más antiguo y clásico lo representa la excusa de Adán: "La mujer que me diste por compañera me dio del árbol y yo comí", refutó Adán cuando desobedecieron a Dios al comer del fruto prohibido. Por lo tanto, no es sorprendente saber que los divorciados culpan a sus parejas por el rompimiento y ellos se consideran las víctimas de la relación (Gray y Silver, 1990, citados por Myers, 1995).

El sesgo de autoservicio se puede manifestar por varios motivos: uno de ellos señala que es el deseo de presentar una buena imagen ante una audiencia externa (los demás) o ante una audiencia interna (uno mismo). Un segundo punto de vista sugiere que es la motivación de las personas por proteger y realzar la autoestima lo que produce el sesgo de autoservicio (Tice 1991, citado por Myers, 1995). De hecho, ambos motivos se encuentran relacionados porque el deseo del individuo de presentar una imagen positiva con sí mismo se relaciona fuertemente con el deseo de proteger y realzar su autoestima. Es más, la autopercepción de fracasos continuos puede llevar a una sensación de incapacidad y por mucho que la persona se esfuerce nada logrará y dejará de esforzarse, fenómeno denominado por Martín Seligman como *desesperanza o incapacidad aprendida* (1965, citado por Mastorf y Ellsworth, 1982).

3.4.3 Autoatribución e Imagen Corporal

En los últimos años la investigación sobre la relación existente entre imagen corporal y autoatribución, y la existente entre esta última variable y problemas alimentarios se ha incrementado, sin embargo, la información en nuestro país todavía es escasa. No obstante, en 1997 Murrieta realizó una investigación con una muestra de 200 mujeres, estudiantes de preparatoria, donde encontró una relación directa entre insatisfacción y autoatribución de inseguridad. Los resultados también indicaron que entre más satisfecha se sentía la adolescente más atributos de habilidad social autopercibía.

Dentro de la misma línea de investigación, Aguilar y Rodríguez (1997) realizaron un estudio comparativo entre chicas de nivel socioeconómico medio alto y chicas de nivel socioeconómico bajo con respecto a imagen corporal y autoatribución. Los resultados indicaron que las adolescentes de nivel socioeconómico bajo se encontraban más satisfechas que sus coetáneas de nivel medio. Sin embargo, ambos grupos se autoatribuían inseguridad, siendo las chicas de Nivel Socioeconómico Medio las más insatisfechas y las que se atribuían más inseguridad.

En lo que respecta a la relación existente entre problemas alimentarios y autoatribución, González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999) realizaron una investigación con niños (ambos sexos) de 5o y 6o grado de primaria (escuelas públicas y privadas). González y col. encontraron una relación directa entre conducta alimentaria anómala y percepción de atributos negativos. También hallaron una relación directa entre percepción de atributos negativos y relaciones familiares autoritarias. Estos investigadores sugieren que las relaciones encontradas pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Por otra parte, Johnston (1998) analizó la relación existente entre peso corporal (bajo peso y sobrepeso) y autoatribución en una muestra de 64 adolescentes mujeres con sobrepeso y 46 adolescentes mujeres con bajo peso (edades entre los 15 y 21 años) . Los resultados indicaron diferencias nulas entre los grupos, es decir, dentro de esta investigación no existieron diferencias significativas entre las chicas obesas y delgadas en lo que respecta a autoatribución.

CAPÍTULO 4.
JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA
E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

4. JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

4.1 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

La información presentada en páginas anteriores indica que:

- ❖ La incidencia de los trastornos alimentarios se ha incrementado alarmantemente en los últimos años y lo más preocupante es su aumento en la población adolescente e infantil, sobre todo en las grandes ciudades occidentales (Shisslak & Crago, 1987).
- ❖ Está ampliamente documentado que la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma representan serios factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.
- ❖ La literatura internacional apoya fuertemente la relación existente entre los cambios puberales que acompañan a la edad de la menarca y la insatisfacción corporal.
- ❖ La mayoría de los trabajos realizados sobre imagen corporal y edad de la menarca se basan en la relación de esta última variable y la insatisfacción, descuidándose la forma en que se relacionan el tiempo de maduración y la alteración de la imagen corporal.

Estas afirmaciones señalaron la necesidad primordial de detectar aquellos factores de riesgo relacionados con la imagen corporal, pubertad y conducta alimentaria que precipitan la aparición de trastornos de la alimentación. Por lo tanto, el propósito de este trabajo de investigación consistió por un lado, en aportar información general sobre esta problemática en nuestro país y por el otro, ayudar a prevenir la aparición de este tipo de trastornos en nuestros adolescentes.

4.2 PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1. Investigar si existe y el tipo de relación que se presenta entre edad de la menarca y alteración y satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal y la autoatribución.
2. Investigar si existe y el tipo de relación que se presenta entre edad de la menarca, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y el seguimiento de dietas para el control de peso.

4.3 HIPOTESIS

La revisión de la literatura nacional e internacional permitió el planteamiento de las siguientes hipótesis de trabajo.

Según la edad de la menarca (temprana, normal y tardía):

1. Se encontrará mayor insatisfacción con la imagen corporal en las preadolescentes con menarca temprana.
2. Las preadolescentes con menarca temprana presentarán mayor alteración de la imagen corporal.

3. Se encontrará mayor autoatribución negativa en las preadolescentes con menarca temprana.
4. Las preadolescentes con menarca tardía presentarán mayor autoatribución positiva.
5. Se encontrará mayor insatisfacción con la imagen corporal en las chicas que realizan dieta con propósitos de control de peso.
6. Existe relación entre edad de la menarca, seguimiento de dieta e insatisfacción con la imagen corporal.

5. MÉTODO

5.1 SUJETOS Y MUESTRA

Las características de las sujetos incluidas en la muestra fueron: género femenino, estudiantes de los últimos dos años de primaria, los tres grados de secundaria y bachillerato, sin compromisos laborales, solteras.

Para los fines del presente trabajo se utilizó una muestra intencional, los sujetos de ésta fueron tomados de la población de estudiantes mujeres de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal y zonas conurbadas. La muestra total quedó formada por una $N=280$, subdividida en $n_1=115$ (menarca temprana, primera menstruación antes de los 11.5 años de edad), $n_2=139$ (menarca en el tiempo normal, de los 11.5 a los 14 años) y $n_3=26$ (menarca tardía, primera menstruación después de los 14 años).

5.2 APARATOS Y MATERIALES

Se aplicó el cuestionario de Alimentación y Salud elaborado por Gómez Pérez-Mitré (1996, 1997, 1999), de éste se utilizaron 16 reactivos y una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que exploran las siguientes áreas: Sociodemográfica, físico-biológica, Imagen Corporal, conducta dietaria y autoatribución (ver Anexo).

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

5.3 SITUACION EXPERIMENTAL

El cuestionario se aplicó en el salón de clases, éste contiene un pizarrón, un escritorio, y pupitres. Al realizar la aplicación estuvo presente el profesor de los estudiantes y las personas quienes aplicaron el cuestionario. La obtención de talla y el peso se realizó en el departamento de Servicios Médicos de cada escuela.

5.4 PROCEDIMIENTO

5.4.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.

El diseño utilizado en la presente investigación se clasifica como *no experimental, transversal, ex-post-facto* de 3 grupos con observaciones independientes.

5.4.2 DEFINICION DE VARIABLES

5.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

1) EDAD DE LA MENARCA

Definición conceptual

Se entiende por menarca la aparición de la primera menstruación. Cuando se presenta; se están efectuando en la niña una serie de cambios somáticos muy interesantes: desarrollo de los caracteres sexuales secundarios al igual que un incremento del desarrollo somático, y todos los contornos están tomando las características femeninas propias de la mujer adulta (Duarte, 1988).

Definición operacional

De acuerdo con Brooks-Gunn (1985) la edad de la menarca se puede clasificar de la siguiente manera:

- menarca temprana: es aquella que se presenta antes de los 11.5 años de edad;
- menarca normal: Se presenta entre los 11.5 y 14 años de edad;
- menarca tardía: Se presenta después de los 14 años.

Esta variable se estimó con las respuestas dadas a los reactivos en los que se pregunta: “¿ya estas menstruando?” y “edad en que tuviste tu primera menstruación...”, con el fin de determinar a que edad de la menarca pertenecían las sujetos.

Forma de calificación

La respuesta a la pregunta “¿Ya estas menstruando?” se codificó de la siguiente manera:

Si = 1, No = 2

Mientras que la respuesta a “Edad en la que tuviste tu primera menstruación...”, simplemente se codificó la edad tal y como fue reportada.

5.4.2.2 VARIABLES DEPENDIENTES

1) IMAGEN CORPORAL.

Definiciones conceptuales

Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que elabora la persona con respecto a su cuerpo, siendo por consiguiente de carácter evaluativo, además de que por lo regular es referido en relación a normas que pueden ser por ejemplo normas de belleza o de rol (Bruchon- Schweitzer, 1992).

La imagen corporal se investigó en el presente trabajo a través de las siguientes variables:

A. ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

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

Definición operacional

En nuestro país el Índice de Masa Corporal ya ha sido validado en 1997 por Saucedo y Gómez Peresmitré, los resultados obtenidos señalaron que éste es un excelente indicador del estado nutricional en adolescentes y adultos; sin embargo, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en preadolescentes, por lo que es poco recomendable utilizar este índice para diagnosticar estado nutricional en la preadolescencia, así pues, Saucedo y Gómez Peresmitré (1998) recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN) en chicos de 9 a 12 años.

Por lo tanto, y en el caso de las chicas menores (o igual) de 12 años esta variable se estimó a través de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal (que se refiere a cómo una persona se ve así misma en cuanto a tamaño, peso y figura) y el Índice Nutricional (Autopercepción - IN).

Mientras que, en las chicas mayores de 12 años, la alteración de la Imagen Corporal se obtuvo a partir de la diferencia entre la Autopercepción y el Índice de Masa Corporal (Autopercepción - IMC).

La no alteración de la imagen corporal se define como:

$$\text{Autopercepción} - \text{IN} = (0) \quad \text{ó} \quad \text{Autopercepción} - \text{IMC} = (0)$$

La sobrestimación de la imagen corporal se define como:

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

La subestimación de la imagen corporal se define como:

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

La evaluación de la autopercepción del peso corporal se obtuvo con el reactivo que dice:

“Creo que estoy....”

- Muy delgada
- Delgada
- Con peso normal
- Con sobrepeso
- Obesa

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

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

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

El valor que se obtuvo con estos índices permitió diferenciar cinco situaciones respecto al estado nutricional de los sujetos. Se utilizó la categorización propuesta por Saucedo y Gómez Peresmitré (1997) y Saucedo y Gómez Peresmitré (1998). La tabla de clasificación es la siguiente:

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

Forma de calificación

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

En el reactivo "Creo que estoy..."

Si la adolescente eligió:	El puntaje fue:
▣ Muy delgada	1
▣ Delgada	2
▣ Con peso normal	3
▣ Con sobrepeso	4
▣ Obesa	5

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

Si el valor del IN ó IMC obtenido fue:	El puntaje fue
▣ Muy bajo peso	1
▣ Bajo peso	2
▣ Peso normal	3
▣ Sobrepeso	4
▣ Obesidad	5

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

Ejemplo: Autopercepción – IN = distorsión de la imagen corporal

Sustitución →

$$2 - 2 = 0$$

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

$$\text{Autopercepción} - \text{IN} = (+)$$

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

$$\text{Autopercepción} - \text{IN} = (-)$$

A mayor diferencia positiva o negativa mayor es el grado de alteración.

B. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN.

Definición conceptual

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal tiene un origen de carácter psicológico-social y es de naturaleza cognoscitiva, interviene un proceso de conocimiento que incluye la interacción de los procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, y por otro lado, es actitudinal esto es, se refiere a la expresión de afecto y a una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Definición operacional

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se estimó con la selección de la figura actual y la figura ideal. La selección de la figura actual e ideal se obtuvo con 2 escalas visuales que están compuestas por 6 siluetas que cubren un continuo de peso, que va de una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras fueron colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario.

La insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal.

Figura actual – Figura ideal = 0 una diferencia igual a cero significa satisfacción con la imagen corporal

Figura actual – Figura ideal = (+) o (-) una diferencia positiva o negativa significa insatisfacción con la imagen corporal.

Forma de calificación

La puntuación para cada una de las siluetas correspondientes a la figura actual ("Mi cuerpo se parece más a ...") fue como sigue:

Opciones	Puntaje
D	1 = Nivel de delgadez (muy por debajo del peso normal)
A	2 = Nivel de delgadez (por debajo del peso normal)
F	3 = Peso normal
B	4 = Nivel de sobrepeso
C	5 = Nivel de obesidad
E	6 = Nivel de obesidad

La puntuación para la figura ideal (“Me gustaría que mi cuerpo fuera como...”) fue como se presenta a continuación:

Opciones	Puntaje
A	1 = Nivel de delgadez (muy por debajo del peso normal)
C	2 = Nivel de delgadez (por debajo del peso normal)
F	3 = Peso normal
E	4 = Nivel de Sobrepeso
B	5 = Nivel de obesidad
D	6 = Nivel de Obesidad

Los valores anteriores permitieron conocer el grado de insatisfacción con la imagen corporal de las sujetos, por ejemplo si una chica se percibió con sobrepeso eligió opción B (con puntaje de 4) en la escala de la figura actual, y si deseó tener una figura delgada, eligió opción C (puntaje de 2) en la escala de la figura ideal; al sustituir los valores en la fórmula para medir insatisfacción (Figura actual – figura ideal), indicó que esta persona no se siente satisfecha con su imagen porque: A mayor diferencia positiva (+) o negativa (-), mayor es el grado de insatisfacción con la imagen corporal.

Si la diferencia fue igual a cero (0) indicó satisfacción con la imagen; si la diferencia fue positiva (+) la persona deseaba ser más delgada, si fue negativa (-) quería ser más “gruesa”.

Ejemplo:

Fórmula para obtener insatisfacción →

$$\text{Figura actual} - \text{Figura ideal} = (+) \text{ o } (-)$$

Sustitución →

$$4 - 2 = 2$$

En este ejemplo, la adolescente se sentía insatisfecha dado que deseaba ser más delgada en comparación de cómo se percibía.

2) CONDUCTA DIETARIA (SEGUIMIENTO DE DIETAS)

Definición conceptual

Conducta dietaria se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (aumentar, reducir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993). Para los fines de la presente investigación, se consideró que la preadolescente manifestó conducta dietaria si aceptó que, durante el último año, hizo o estuvo haciendo dieta, aunque hacer dieta signifique que sólo reduce o evita comer algunos alimentos que se consideran “engordadores”.

Definición operacional

Esta variable se estimó a partir de los reactivos del instrumento elaborados para medir conducta dietaria: “En el último año has hecho cambios en tu alimentación...” y “El cambio fue...”.

Forma de calificación

Los reactivos anteriores se codificaron de la siguiente forma:

Reactivo	Puntaje
- En el último año:	
No he hecho cambios en mi alimentación	1
Si hice cambios en mi alimentación	2
Estos cambios fueron	
Para bajar de peso	4
Para mejorar mi salud	1
Por orden del médico	2
Para subir de peso	3

Los puntajes asignados permitieron conocer si las chicas de esta muestra seguían dietas y con qué propósito.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

3) AUTOATRIBUCION

Definición conceptual

Es el proceso mediante el cual el individuo se define y se percibe a sí mismo, en términos de adjetivos o características positivas y negativas. Aunque la introspección sea un medio importante y directo para la autopercepción, sin duda las fuentes externas son fundamentales en el autoconocimiento. Generalmente el conocimiento de muchas de nuestras características (por ejemplo el grado de atractividad física o inteligencia) proviene de las reacciones y comentarios de otras personas (Baro, Byrne y Griffih, 1974).

Definición operacional

Esta variable se obtuvo con las respuestas dadas a los reactivos de la escala de autoatribución, tipo Likert que contiene adjetivos positivos y negativos, con 5 opciones de respuesta que van del 1 (nada) hasta 5 (mucho) (Ver anexos).

Forma de calificación

En los atributos positivos (inteligente, fuerte, sana, atractiva, estudiosa, etc.) la elección de "nada" tuvo un puntaje de 1, "poco" un puntaje de 2, "regular" un puntaje de 3, "mucho" un puntaje de 4 y "demasiado" un puntaje de 5. En el caso de los atributos negativos (floja, mentirosa, agresiva, enojona, etc.) la elección de la opción de "nada" obtuvo un valor de 5, "poco" un valor de 4, "regular" un valor de 3, "mucho" un valor de 2 y "demasiado" un valor de 1. Los valores anteriores fueron asignados conforme al criterio de "a mayor problema menor puntuación".

5.4.3 METODO DE TRABAJO

5.4.3.1 APLICACION DEL INSTRUMENTO

1) Se acudió a las escuelas primarias, secundarias y bachilleratos a solicitar a los directivos su colaboración en esta investigación.

2) Una vez obtenida la autorización se procedió a la aplicación colectiva del instrumento (la participación de las alumnas fue voluntaria). Dicha aplicación fue efectuada (por personas previamente capacitadas), en una sesión de una hora, en horario de clases durante la mañana.

3) A las alumnas se les mencionó que: “en la Facultad de Psicología de la UNAM, se realiza una investigación sobre hábitos alimentarios y problemas de salud en general de los estudiantes (de primaria, secundaria y bachillerato), por lo que su participación será importante para los fines del estudio, y los datos que de ella se obtengan serán anónimos y confidenciales”. Asimismo, se les pidió que no comentaran las respuestas con sus compañeras y si tenían duda sobre alguna parte del cuestionario, debían preguntar a las personas que aplicaron el instrumento.

4) En seguida, se les entregó el cuestionario y se les solicitó que lo resolvieran con lápiz.

5) Una vez aplicados los cuestionarios se obtuvo una submuestra del 20% (selección sistemática y aleatoria). Para que en una sesión diferente (una semana después de la aplicación del cuestionario) se obtuviera el peso y la talla de las chicas seleccionadas.

5.4.3.2 OBTENCIÓN DEL PESO Y LA TALLA

1) Las chicas fueron pesadas de pie, sin zapatos y con la menor ropa posible, sobre la báscula peso-persona. Esta se calibró con un peso conocido (pesa de 6 Kg.) y utilizando el tornillo lateral para mantenerla perfectamente balanceada.

2) Para obtener la estatura, se colocó a la preadolescente de pie, sin zapatos, con los pies paralelos ligeramente separados de las puntas, con los talones, las nalgas, los hombros y la parte superior de la cabeza en una misma línea vertical. La cabeza debió mantenerse levantada y el borde inferior de la órbita de los ojos tenía que permanecer en el mismo plano horizontal que el conducto auditivo externo. Los brazos quedaron rectos y distendidos a uno y otro lado del cuerpo.

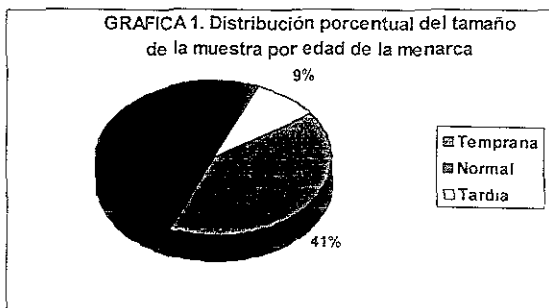
6. RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue aportar conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria anómala (seguimiento de dietas), imagen corporal (insatisfacción y alteración), en una población normal. Este objetivo permitió conocer como se relacionan la edad de la primera menstruación (menarca), satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma, seguimiento de dietas y autoatribución.

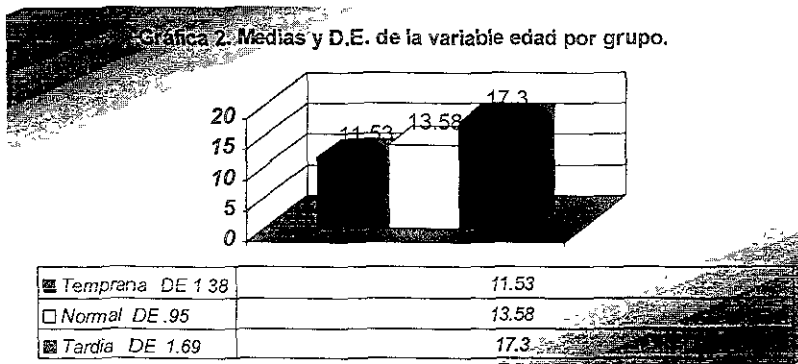
Para tales efectos, una vez que se obtuvieron los datos, se procedió a capturar y analizar la información a través del paquete estadístico SPSS (versión 5.01). Los principales resultados se presentan a continuación.

6.1 Descripción de la Muestra.

La muestra total de la presente investigación quedó formada por una $N = 280$ mujeres (ésta se obtuvo de una muestra mayor de 3735 estudiantes) 78 de ellas asistían a primaria, 176 a secundaria y 26 a bachillerato, eran solteras y sin compromisos laborales. De la muestra total 115 chicas tuvieron la menarca entre los 9 y 10 años (menarca temprana, $n_1 = 115$), 139 presentaron la primera menstruación entre los 12 y 14 años (menarca normal, $n_2 = 139$) y 26 adolescentes tuvieron menarca tardía ($n_3 = 26$). Por lo tanto, las púberes con menarca temprana representaron el 41% de la muestra total, mientras que las chicas con menarca normal y tardía representaron el 50% y 9%, respectivamente (ver Gráfica 1).



La Gráfica 2 muestra los promedios de edad de los diferentes grupos con sus respectivas desviaciones estándar. Así el promedio de edad, entre las chicas con menarca temprana fue de 11.53 años y una desviación estándar igual a 1.38. Mientras que entre las adolescentes que menstruaron por primera vez entre los 12 y 14 años la edad promedio fue de 13.58 años y una desviación estándar de .95. Para las chicas con menarca tardía el promedio de edad fue de 17 años y una desviación estándar de 1.69.



6.2 Distribución de las Principales Variables de Investigación

6.2.1 Elección de la Figura Actual.

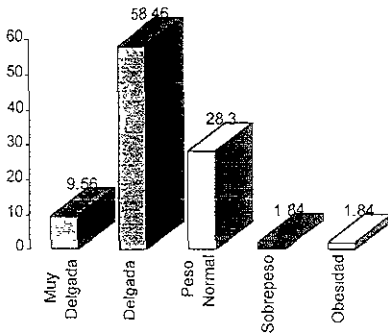
En cuanto a la percepción visual de la figura actual la mayoría de las integrantes de los tres grupos de la muestra eligió la silueta que corresponde a una figura delgada. El porcentaje de elección de la silueta delgada como figura actual entre los grupos de menarca temprana, normal y tardía fue de 67%, 54% y 46%, respectivamente (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Actual por grupo.

PORCENTAJES			
Silueta que representa a una figura:	MENARCA TEMPRANA	MENARCA NORMAL	MENARCA TARDIA
Muy delgada (emaciación)	3.60%	11.68%	25%
Delgada (peso por debajo del normal)	66.67%	54.01%	45.83%
Peso normal	27.03%	30.66%	20.83%
Sobrepeso	0%	2.19%	8.34%
Obesidad	2.70%	1.46%	0%
TOTAL	100%	100%	100%

Se resume que el 58% de la muestra total eligió una silueta delgada (por debajo del peso normal), ésta resulto ser la más elegida como figura actual, seguida de las siluetas con peso normal (28%), muy delgada (emaciación, 10%), sobrepeso (2%) y obesidad (2%) (Ver Gráfica 3).

Gráfica 3 Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Actual (muestra total)



6.2.2 Elección de la Figura Ideal.

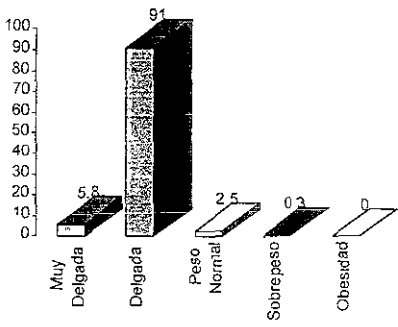
Los resultados señalan que el 98 % de las preadolescentes con menarca temprana y el 90 % de las chicas con menarca normal eligieron como figura ideal la silueta que corresponde a una figura delgada (por abajo del peso normal). Asimismo, la figura ideal que más frecuentemente se eligió entre las chicas tardías fue la silueta delgada (67 %), seguida por la elección de figuras muy delgadas (emaciación); es importante hacer notar que dentro de este tercer grupo las siluetas que representan peso normal, sobrepeso y obesidad no fueron elegidas como figura ideal por ninguna integrante de este grupo (ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Ideal por grupo.

PORCENTAJES VALIDOS			
Silueta que representa a una figura:	MENARCA TEMPRANA	MENARCA NORMAL	MENARCA TARDIA
Muy delgada (emaciación)	0.90%	5.11%	33.3%
Delgada (peso por debajo del normal)	98.20%	89.78%	66.7%
Peso normal	0.90%	6 4.38%	
Sobrepeso	0		
Obesidad	0	.73%	
TOTAL	111 100%	137 100%	100%

La Gráfica 4 muestra que el 91% de la muestra total deseaba tener una figura delgada como ideal (que corresponde a niveles de peso por debajo del normal), seguida de una figura muy delgada (nivel de emaciación) con el 6 %, mientras que un mínimo porcentaje eligió una silueta normal como figura ideal (2.5%).

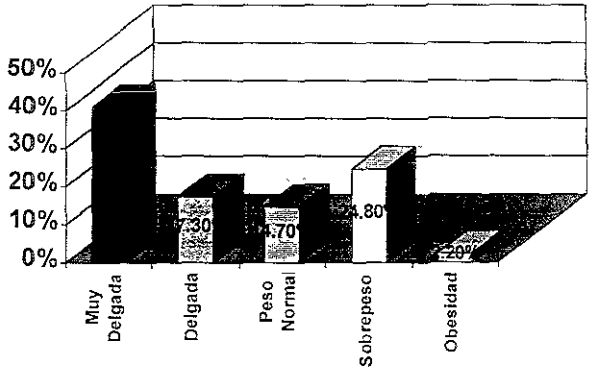
Gráfica 4. Distribución porcentual de la variable elección de la Figura Ideal (muestra total)



6.2.3 Auto percepción.

En cuanto a la auto percepción de la figura corporal, los resultados indican que el 41% de la muestra total se percibió muy delgada, mientras que el 25% percibió su cuerpo con sobrepeso (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución porcentual de la variable Auto percepción (muestra total)



La Tabla 3 indica que las chicas con menarca temprana y normal resultaron ser las que más se autopercieron con figuras muy delgadas, 43% y 45%, respectivamente. Entre las chicas con menarca tardía, más de la mitad de este grupo se percibió con peso normal y una cuarta parte se percibió con sobrepeso.

	MENARCA TEMPRANA	MENARCA NORMAL	MENARCA TARDÍA
Muy Delgada	42.6%	45.3%	8.3%
Delgada	13%	22.3%	8.3%
Normal	17.4%	5%	58.3%
Sobrepeso	25.2%	24.5%	25%
Obesidad	1.7%	2.9%	0

6.2.4 Índice Nutricional e Índice de Masa Corporal

Con el fin de calcular la variable alteración de la imagen corporal se obtuvo el Índice Nutricional (IN) para las preadolescentes que tenían de 9 a 12 años de edad (Autopercepción - IN = Alteración), mientras que el Índice de Masa Corporal (IMC) se utilizó en las chicas de la muestra que tenían una edad mayor a 12 (Autopercepción - IMC = Alteración).

De acuerdo con los datos obtenidos con estos índices, las integrantes de la muestra se agruparon en cinco categorías de peso corporal: muy delgada (peso muy abajo del normal), delgada (peso por abajo del normal), peso normal, sobrepeso (por arriba del peso normal) y obesidad (peso muy por arriba del normal). La Tabla 4 muestra, precisamente, que la mayoría de las chicas con menarca temprana se encontró en una categoría de peso normal. Mientras que aproximadamente la mitad de las integrantes del grupo con menarca normal y tardía también presentaban peso normal (ni delgada ni gorda).

Tabla 4. Distribución porcentual de las variables IN e IMC agrupados en categorías por edad de la menarca

CATEGORÍA	MENARCA TEMPRANA	MENARCA NORMAL	MENARCA TARDIA
Muy Delgada	0 %	0 %	4.55 %
Delgada	4 %	0 %	13.64 %
Peso Normal	72 %	60 %	50 %
Sobrepeso	16 %	40 %	31.81 %
Obesidad	8 %	0 %	0 %

6.2.5 Satisfacción/Insatisfacción

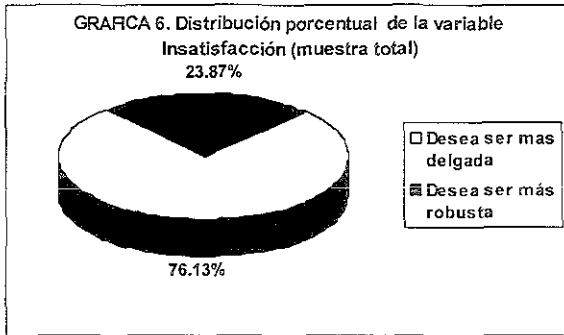
En cuanto al grado de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal los resultados indican que solo la mitad (54 %) de la muestra total presenta satisfacción, mientras que el 46 % restante manifestó insatisfacción corporal.

Asimismo, se obtuvieron resultados de insatisfacción corporal por edad de la menarca. La Tabla 5 indica que las chicas con menarca tardía fueron las más insatisfechas mientras que las chicas "tempraneras" resultaron ser las más satisfechas con su figura corporal (65%).

Tabla 5. Distribución porcentual, medias y desviación estándar de la variable satisfacción/insatisfacción corporal por grupo.

MENARCA	INSATISFACCION - Más Robusta	SATISFACCION (FA-FI) 0	INSATISFACCION + Más delgada	\bar{X} y S
TEMPRANA	4.5 %	64.9 %	30.6 %	$\bar{X} = .32$ S = .69
NORMAL	13.1 %	51.8 %	35.0 %	$\bar{X} = .26$ S = .84
TARDIA	19.2 %	23.1 %	57.7 %	$\bar{X} = .50$ S = 1.73

Es importante mencionar que entre las chicas de los tres grupos que presentaron insatisfacción corporal aproximadamente tres cuartas partes (76%) deseaba ser más delgada y solo una tercera parte de las insatisfechas deseaba ser más robusta (ver Gráfica 6).



6.2.5.1 Satisfacción/Insatisfacción y Figura Actual

También se obtuvieron frecuencias y porcentajes de elección de figura actual de acuerdo con la satisfacción/insatisfacción corporal. La Tabla 6 muestra que el 96 % de las chicas que manifestaron satisfacción eligió una silueta delgada como figura actual, es decir la mayoría de las preadolescentes satisfechas se identificaban corporalmente delgadas.

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable elección de Figura Actual por Satisfacción/Insatisfacción			
Silueta que representa a una figura:	INSATISFACCION -	SATISFACCION (0)	INSATISFACCION +
Muy Delgada	78.6%	1.3%	2.1%
Delgada	21.4%	96.6%	11.3%
Peso Normal	0	2%	76.3%
Sobrepeso	0	0	5.2%
Obesidad	0	0	5.2%

Asimismo, la tabla 6 indica que el 100% de las chicas con insatisfacción a partir de una diferencia negativa (deseaban ser más robustas) eligieron siluetas muy delgadas y delgadas como figura actual. Mientras que las chicas que deseaban ser más delgadas (insatisfacción, diferencia positiva), el 76% señaló que su cuerpo se parecía a una silueta con peso normal y sólo un 10% con sobrepeso y obesidad.

6.2.5.2 Satisfacción/Insatisfacción y Auto percepción.

La Tabla 7 muestra que el 78% de las chicas satisfechas se autopercebieron muy delgadas y delgadas. También la mayoría de las chicas que deseaban ser más robustas (81%) se autopercebieron como delgadas y muy delgadas, y aproximadamente la mitad de las preadolescentes que deseaban ser más delgadas se autopercebieron con sobrepeso y obesidad.

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable Auto percepción por Satisfacción/Insatisfacción			
Auto percepción	INSATISFACCION -	SATISFACCION	INSATISFACCION +
Muy Delgada	19.2 %	57.7 %	22.7 %
Delgada	61.5 %	20.1 %	2.1 %
Peso Normal	15.4 %	12.1%	17.5 %
Sobrepeso	3.8 %	10.1%	5 1.5 %
Obesidad	0	0	6.2 %

6.2.5.3 Satisfacción/Insatisfacción y Alteración de la Imagen Corporal

También se obtuvieron los porcentajes de alteración de la imagen corporal a partir de la satisfacción e insatisfacción con la misma. La Tabla 8 muestra que sólo una cuarta parte de las chicas que se encontraban satisfechas con su figura no presentó alteración (sabían como era realmente su cuerpo), y más de la mitad de las chicas satisfechas subestimaron sus cuerpos (percibieron sus figuras más delgadas de lo que en realidad eran).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable Alteración de la Imagen Corporal por Satisfacción/Insatisfacción

	INSATISFACCIÓN -	SATISFACCIÓN 0	INSATISFACCIÓN +
ALTERACION - SUBESTIMACION	50 %	69.2 %	25 %
SIN ALTERACION 0	33.3 %	26.9 %	70 %
ALTERACION + SOBRESTIMACION	16.7 %	3.8 %	5 %

Asimismo, estos datos indican que el 50% de las chicas que se encontraban insatisfechas (deseaban ser más robustas) presentaron subestimación corporal (se percibieron más delgadas de lo que en realidad eran). Mientras que, las preadolescentes que deseaban ser más delgadas casi tres cuartas partes no presentó alteración de la imagen corporal.

6.2.5.4 Satisfacción/Insatisfacción, Índice de Masa Corporal e Índice Nutricional

La Tabla 9 señala que más de la mitad de las chicas satisfechas se encontraban en la categoría de peso normal de acuerdo al IMC e IN. En cuanto a las chicas que deseaban ser más delgadas el 50 % y el 35 % se encontraban en categorías de peso normal y sobrepeso, respectivamente. Mientras que, las adolescentes que deseaban ser más robustas, el 33% se encontró en categorías de peso por abajo y muy por abajo del normal (delgada y muy delgada).

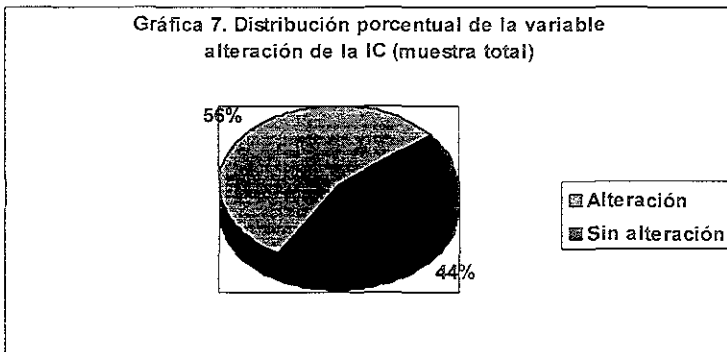
Tabla 9. Distribución porcentual de la variable IMC e IN por Satisfacción/Insatisfacción.

CATEGORIAS	INSATISFACCION -	SATISFACCION 0	INSATISFACCION +
MUY DELGADA	16.7 %		
DELGADA	16.7 %	7.69 %	5 %
NORMAL	66.6 %	69.23 %	50 %
SOBREPESO		23.08 %	35 %
OBESIDAD			10 %

6.2.6 Alteración de la Imagen Corporal.

Los resultados indican que más de la mitad (56 %) de las chicas de la muestra total manifestó alteración de la imagen corporal y únicamente el 44 % restante no presentó alteración.

GRAFICA 7. Porcentajes de Alteración (Muestra Total)



La Tabla 10 indica que las chicas con menarca temprana y normal resultaron ser aquellas que más alteraron su imagen. Mientras que las "tardías" fueron las que menos presentaron alteración del componente perceptual de la imagen corporal.

Tabla 10. Distribución porcentual, medias y desviación estándar de la variable alteración de la imagen corporal por edad de la menarca

MENARCA	ALTERACION - Subestimación	SIN ALTERACION (0)	ALTERACION + Sobrestimación	\bar{x} y S
TEMPRANA	76 %	24 %	0 %	$\bar{x} = -1.52$ S=1.05
NORMAL	60 %	40 %	0 %	$\bar{x} = -.80$ S= .84
TARDIA	18.18 %	68.18 %	13.64 %	$\bar{x} = .00$ S= .69

La tabla 10 también indica que más de la mitad de las chicas con menarca temprana y normal subestimaron su figura (se percibieron más delgadas de lo que en realidad eran). Entre las adolescentes con menarca tardía un 32 % manifestó alteración, de éste la mitad subestimó su figura corporal y aproximadamente la mitad restante la sobrestimó.

6.2.6.1 Alteración, Índice de Masa Corporal e Índice Nutricional

La Tabla 11 muestra que más de la mitad de las chicas sin alteración de la imagen corporal se encontraban en la categoría de peso normal. Las chicas que sobrestimaron sus cuerpos, el 67 % se encontró en categorías de peso por abajo de lo normal (delgada). Mientras que las preadolescentes que subestimaron sus cuerpos, el 100 % se encontró en categorías de peso normal (65%), sobrepeso (27%) y obesidad (8%).

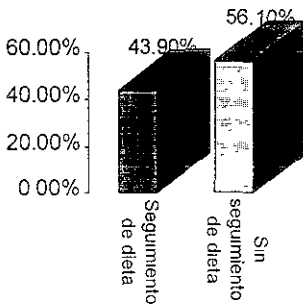
Tabla 11. Distribución porcentual de la variable IMC e IN por Alteración/Sin Alteración.

CATEGORIAS	ALTERACION - SUBESTIMACION	SIN ALTERACION 0	ALTERACION + SOBRESTIMACION
MUY DELGADA	0	4.35 %	0
DELGADA	0	8.7 %	66.7 %
NORMAL	65.38 %	60.87 %	33.3 %
SOBREPESO	26.92 %	26.08 %	0
OBESIDAD	7.7 %	0	0

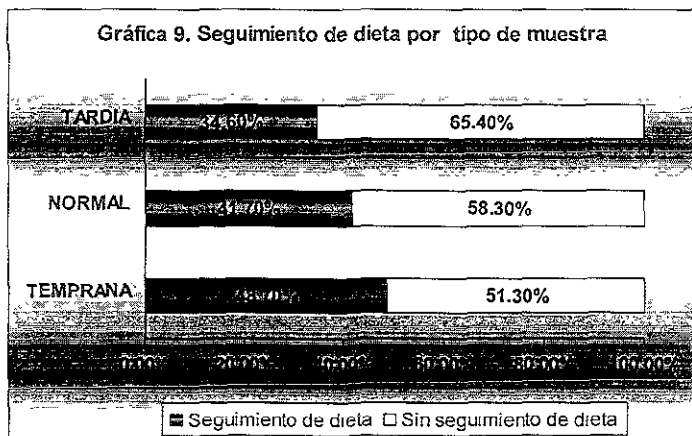
6.2.7 Seguimiento de Dietas Para el Control de Peso

En lo que se refiere a la realización de dietas para el control de peso los resultados indican que casi la mitad (44%) de las integrantes de la muestra total han realizado dieta en el último año (Ver Gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución porcentual de seguimiento de dieta (muestra total)



También se obtuvieron los porcentajes de seguimiento de dieta para el control de peso por edad de la menarca. Los porcentajes señalan que las chicas con menarca temprana fueron las que más realizaron dieta, seguidas de las "normales" y las "tardías" (ver Gráfica 9).



6.2.8 Satisfacción/Insatisfacción y Seguimiento de Dieta

Asimismo, se obtuvieron porcentajes de seguimiento de dieta dependiendo de la satisfacción/insatisfacción corporal. La Tabla 12 indica que más de la mitad de las chicas que se encontraban satisfechas con su figura no realizó ningún tipo de dieta.

Tabla 12. Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta por satisfacción/insatisfacción.

	INSATISFACCION -	SATISFACCION	INSATISFACCION +
Seguimiento de dieta	28.6 %	38.9 %	55.7 %
Sin seguimiento de dieta	71.4 %	61.1 %	44.3 %

En cuanto a las integrantes de la muestra que deseaban tener un cuerpo más robusto (insatisfacción a partir de una diferencia negativa) únicamente una cuarta parte siguió alguna dieta. Mientras que las adolescentes que deseaban ser más delgadas (insatisfacción a partir de una diferencia positiva) más de la mitad había realizado dieta con propósitos de control de peso.

6.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

A partir de la revisión literaria del presente trabajo de investigación se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

Según la edad de la menarca (temprana, normal y tardía):

1. Se encontrará mayor insatisfacción con la imagen corporal en las preadolescentes con menarca temprana.
2. Las preadolescentes con menarca temprana presentarán mayor alteración de la imagen corporal.
3. Se encontrará mayor autoatribución negativa en las preadolescentes con menarca temprana.
4. Las preadolescentes con menarca tardía presentarán mayor autoatribución positiva.
5. Se encontrará mayor insatisfacción con la imagen corporal en las chicas que realizan dieta con propósitos de control de peso.
6. Existe relación entre la edad de la menarca, seguimiento de dieta e insatisfacción con la imagen corporal.

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo, se utilizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas para comparar los grupos de menarca temprana, normal y tardía. Los principales resultados de prueba de hipótesis se presentan en seguida:

- A. Para confirmar la hipótesis de trabajo 1 se aplicó un ANOVA (One Way), encontrándose que *no se produjeron diferencias* estadísticamente significativas en la insatisfacción con la imagen corporal según la edad de la menarca dado que se obtuvieron los siguientes valores: $F(2, 268) = 1.798$, $p = .168$ (ver Tabla 13).

Tabla 13. Resultados obtenidos con el ANOVA (One Way)					
Satisfacción/Insatisfacción – Edad de la Menarca					
	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad Asociada
Entre grupos	2.765	2	1.383	1.798	.168
Dentro de grupos	206.028	268	.769		
Total	224.25	273			
Medias de satisfacción/insatisfacción					
Menarca Temprana		Menarca Normal		Menarca Tardía	
$\bar{X}_1 = .32$, $S = .69$		$\bar{X}_2 = .26$, $S = .84$		$\bar{X}_3 = .50$, $S = 1.73$	
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = \bar{X}_3 = 0$, se acepta					
$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2 = \bar{X}_3 \neq 0$, se rechaza					
No se confirma hipótesis de trabajo 1					

- B. Para confirmar la hipótesis de trabajo 2 se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis*, encontrándose *diferencias* estadísticamente significativas en la alteración de la imagen corporal según la edad de la primera menstruación ya que se obtuvieron los siguientes valores: $\chi^2(2) = 21.0069$ y $p = .0000$ (ver Tabla 14).

* En este caso se utilizó una prueba no paramétrica, debido a que se contaba con pocos casos de IN e IMC y no se cumplía con el requisito del tamaño de la "n", para poder utilizar una prueba paramétrica.

Tabla 14. Medias de alteración y resultados obtenidos con la prueba Kruskal-Wallis (One Way) Alteración de la Imagen Corporal – Edad de la Menarca		
Menarca Temprana	Menarca Normal	Menarca Tardía
$\bar{X}_1 = -1.52, S = 1.05$	$\bar{X}_2 = -.80, S = .84$	$\bar{X}_3 = .00, S = .69$
Chi-Cuadrada	Grados de Libertad	Probabilidad
21.0069	2	.0000
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = \bar{X}_3 = 0$, se rechaza		
$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2 = \bar{X}_3 \neq 0$, se acepta		
Se confirma hipótesis de trabajo 2		

Es importante hacer notar que de acuerdo con las medias de alteración de la imagen corporal (incluidas en la Tabla 14) las chicas con menarca temprana fueron las que manifestaron mayor grado de distorsión, seguidas de las "normales", mientras que las adolescentes con menarca tardía prácticamente no presentaron alteración de la imagen corporal como lo muestra la media ($\bar{X} = .00, S = .69$).

C. Con el propósito de confirmar la hipótesis de trabajo 3 se aplicó a los datos un ANOVA One Way, donde se encontró que *no existen diferencias* estadísticamente significativas en la autoatribución negativa según la edad de la menarca pues se obtuvieron los siguientes valores: $F(2, 277) = 2.9241$ y $p = .0554$.

Tabla 15. Resultados obtenidos con el ANOVA (One Way)**Autoatribución Negativa – Edad de la Menarca**

	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad Asociada
Entre grupos	6.6094	2	3.3047	2.9241	.0554
Dentro Grupos	313.05	277	1.1302		
Total	319.66	279			

Medias de autoatribución negativa

Menarca Temprana	Menarca Normal	Menarca Tardía
$\bar{X}_1 = 2.58, S = 1.13$	$\bar{X}_2 = 2.90, S = 1.06$	$\bar{X}_3 = 2.67, S = .73$

$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = \bar{X}_3 = 0$, se acepta

$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2 = \bar{X}_3 \neq 0$, se rechaza

No se confirma hipótesis de trabajo 3

D. Para confirmar la hipótesis de trabajo 4 se aplicó un ANOVA One Way, los resultados muestran que se *produjeron diferencias* estadísticamente significativas en la autoatribución positiva dependiendo de la edad de la primera menstruación puesto que los resultados así lo indican: $F(2, 277) = 8.2782$ y $p = .0003$.

Tabla 16. Resultados obtenidos con el ANOVA (One Way)**Autoatribución Positiva – Edad de la Menarca**

	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad Asociada
Entre grupos	7.3895	2	3.6948	8.2782	.0003
Dentro de grupos	123.63	277	.4463		
Total	131.02	279			

Medias de autoatribución positiva

Menarca Temprana	Menarca Normal	Menarca Tardía
$\bar{X}_1 = 2.078, S = .69$	$\bar{X}_2 = 2.084, S = .65$	$\bar{X}_3 = 2.64, S = .63$

$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = \bar{X}_3 = 0$, se rechaza

$H_1 = \bar{X}_3 > \bar{X}_1 = \bar{X}_2 \neq 0$, se acepta

Se confirma hipótesis de trabajo 4

Con el fin de averiguar entre qué grupos había diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba *Bonferroni*, la cual indicó que las chicas con menarca tardía presentaron la mejor autoatribución positiva en comparación con sus coetáneas de los otros dos grupos (se pueden ver las medias en la Tabla 16).

E. Finalmente, con el propósito de confirmar las hipótesis de trabajo 5 y 6 se aplicó un Análisis Factorial de 3 x 2 (edad de la menarca por seguimiento de dieta) teniendo como variable dependiente la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Se encontró que **existen diferencias** estadísticamente significativas en:

a) la interacción de la edad de la menarca por el seguimiento de dieta ya que se obtuvieron los siguientes valores: $F(2, 268)=5.674$ y $p=.004$ (ver Tabla 17).

Tabla 17. Resultados obtenidos con el ANOVA (Factorial Simple)					
Satisfacción/Insatisfacción por Edad de la Menarca y Seguimiento de Dieta					
Curso de Variación	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad Asociada
Efectos Principales	11.823	3	3.941	5.126	.002
Menarca	2.765	2	1.383	1.798	.168
Dieta	10.968	1	10.968	14.267	.000
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$					
$H_1 = \bar{X}_1 > \bar{X}_2 \neq 0$					
	Suma de Cuadrados	Grados de Libertad	Media Cuadrada	F	Probabilidad
2-Way Interactions					
Menarca x Dieta	8.724	2	4.362	5.674	.004
Explicada	18.220	5	3.644	4.740	.000
Residual	206.028	268	.769		
Total	224.248	273	.821		
$H_0 =$ No existe interacción, se rechaza					
$H_1 =$ Si existe interacción, se acepta					
Se confirma hipótesis de trabajo 6					

Antes de continuar con la descripción de los resultados, es importante mencionar que la hipótesis estadística 5 no se interpretó dado que se presentó una interacción de tipo no ordinal** entre la edad de la primera menstruación y el seguimiento de dietas (ver gráfica 10). Por lo tanto, y a pesar de que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal según el efecto principal seguimiento o no de dietas para el control de peso, únicamente se interpretan los resultados de la interacción.

Así pues, las medias de satisfacción/insatisfacción incluidas en la Tabla 18 indican que las chicas con menarca tardía que realizaron dieta presentaron la media más alta de insatisfacción corporal. Mientras que, las chicas con menarca normal y que no realizaron dieta manifestaron la menor media de insatisfacción.

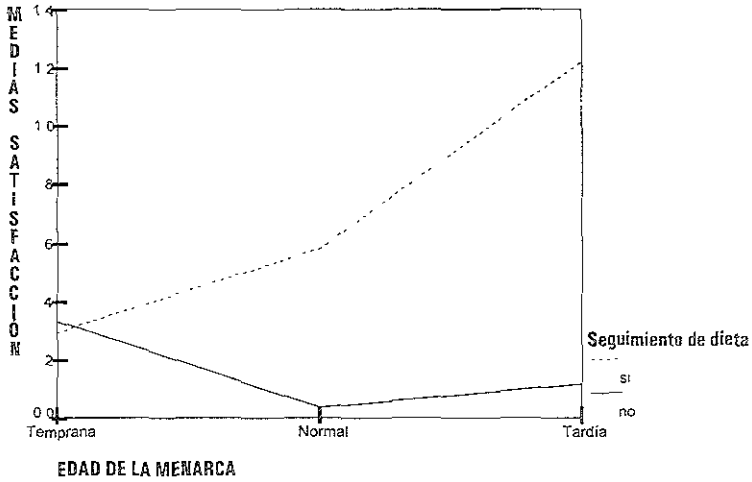
Tabla 18. Medias y desviaciones estándar de Satisfacción/Insatisfacción a partir de la interacción de la Edad de la Menarca y Seguimiento de Dieta para el control de peso

Edad de la Menarca	Seguimiento de Dieta		Sin seguimiento de Dieta	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Temprana	.30	.74	.33	.63
Normal	.58	.82	.04	.79
Tardía	1.22	1.20	.12	1.87

La gráfica 10 muestra la interacción de la edad de la menarca y el seguimiento de dieta teniendo como variable dependiente la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, en ésta se observa claramente como las medias que estuvieron cercanas a cero (las cuales indican satisfacción corporal) están íntimamente relacionadas con el NO seguimiento de dietas; mientras que la media más alta de insatisfacción ($\bar{X} = 1.22$, menarca tardía) se relaciona fuertemente con el seguimiento de dietas.

** La interacción de tipo "no ordinal", se refiere al cruce de las líneas graficadas sobre el eje de las X y Y cuando la interacción de dos variables independientes tienen efecto en una dependiente. Cuando se presenta una interacción significativa pero las líneas en la gráfica no se cruzan se presenta una interacción de tipo "ordinal" (Keppel, 1973). En el caso de la presente interacción, las líneas graficadas se cruzan y por lo tanto es una interacción de tipo "no ordinal".

GRAFICA 10. Interacción de la edad de la menarca, seguimiento de dieta y satisfacción/insatisfacción.



7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través del presente reporte de investigación se ha mencionado que el propósito de su realización fue aportar conocimientos sobre factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios relacionados con conducta alimentaria anómala (seguimiento de dieta), imagen corporal (insatisfacción y alteración), en una población normal. Así, la realización de este trabajo permitió conocer como se relacionan la edad de la primera menstruación (menarca), satisfacción con la imagen corporal y alteración de la misma, seguimiento de dietas y autoatribución.

Resulta importante señalar que, en Estados Unidos la relación existente entre satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la edad de la primera menstruación ya ha sido investigada; sin embargo, en nuestro país esta es la primera investigación que indaga la relación entre estas variables.

La muestra quedó conformada por 280 estudiantes de sexo femenino, de éstas 115 chicas tuvieron la primera menstruación entre los 9 y 10 años (menarca temprana), 139 la presentaron entre los 12 y 14 años (menarca normal) y 26 adolescentes tuvieron menarca tardía. Se puede observar que los grupos de menarca temprana y tardía (especialmente el último) son más pequeños que el grupo de chicas con menarca normal. Se considera, aunque no se cuenta con estadísticas exactas al respecto, que los datos obtenidos pueden reflejar la proporción con la que se observa en la realidad la edad de la primera menstruación en nuestro país^{***}.

^{***} Sin embargo, es importante señalar que, la muestra utilizada en la presente investigación no fue tomada al azar y por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar.

En cuanto a las variables relacionadas con imagen corporal, se encontró que casi la totalidad de la muestra manifestó tener un ideal corporal delgado, estos hallazgos coinciden con las afirmaciones realizadas por Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (en prensa) quienes aportan datos que confirman que las mujeres de nuestro país interiorizan una figura delgada como ideal corporal femenino y no únicamente las mujeres de países desarrollados. Confirman, además, estudios previos donde se encontró que casi el total de una muestra de mujeres preadolescentes deseaban tener una figura delgada y muy delgada (Gómez, Péresmitré, 1998).

Los resultados también indicaron que casi la mitad de la muestra manifestó insatisfacción con su imagen corporal coincidiendo con investigaciones anteriores donde también se encontraron porcentajes significativos de insatisfacción en muestras de adolescentes y preadolescentes mujeres (Aguilar y Rodríguez, 1997; Ávila, Lozano y Ortíz, 1997; Bolaños, 1998). En este caso la insatisfacción puede explicarse a partir de la discrepancia existente entre sus propios cuerpos y la figura ideal femenina (Simmons, Blyth y McKinney, 1983).

Las chicas con menarca temprana resultaron ser las más satisfechas con sus figuras corporales, este hecho se explica a partir de los grados de alteración de la imagen corporal, dado que las "tempraneras" manifestaron la media más alta de alteración, es decir como la media indicó que la mayoría de las chicas de este grupo subestimaron sus cuerpos (se percibían más delgadas de lo que en realidad eran), por tal motivo se encontraban satisfechas. Mientras que, las adolescentes con menarca tardía fueron las más insatisfechas pero las que menos alteraron su imagen corporal.

Es importante señalar que el porcentaje más alto de las chicas que se sentían satisfechas con su cuerpo (58%) también se autopercebían muy delgadas, esto confirma el culto a la delgadez que se observa en el mundo occidental donde estar o percibirse delgada y muy delgada conlleva a sentirse satisfecha con el cuerpo (Toro y Vilardell, 1987).

Entre los hallazgos más interesantes y sorprendentes se encuentra el 23% de las chicas que habiéndose autopercebido corporalmente muy delgadas se encontraban insatisfechas y deseaban ser aun más delgadas. Estos resultados son preocupantes porque de por sí la categoría "muy delgada" se refiere a niveles de emaciación o peso muy por debajo del normal y porque además la insatisfacción con la imagen corporal representa uno de los factores de riesgo (relacionados con imagen corporal) en la génesis de trastornos alimentarios (Attie y Brooks-Gunn, 1989; Gómez Pérez-Mitré, 1995).

A pesar de estas diferencias cualitativas, el análisis estadístico de los datos indicó que no existen diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal según la edad de la primera menstruación, estos hallazgos coinciden con los reportados por Smolak, Levine y Gralen (1993) y Thompson, Coovert, Richards, Johnson y Cattarin (1995) quienes tampoco encontraron relación entre la menarca e imagen corporal; por lo tanto difieren de los encontrados por Brooks-Gunn y Warren, 1985; Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith, 1985 y Simmons, Blyth y McKinney, 1983 quienes reportaron que las chicas con menarca temprana solían estar más insatisfechas con su figura.

Sin embargo, se encontraron resultados muy interesantes en la variable satisfacción/insatisfacción relacionados con la interacción de la edad de la primera menstruación y seguimiento de dietas para el control de peso. El análisis indicó por una parte, que la mayoría de las chicas insatisfechas había realizado dieta, mientras que en las adolescentes satisfechas la conducta dietaria casi no se observó. Estos hallazgos coinciden con los reportados por Stunkard, Sorensen y Shulsinger (1983) quienes encontraron que las chicas con insatisfacción realizaban dietas, en contraposición a las satisfechas.

Por otra parte, se encontró que mientras más tarde se presentaba la edad de la primera menstruación mayor insatisfacción se manifestaba y por lo tanto mayor era el seguimiento de dieta. De hecho el seguimiento de dietas está relacionado con la insatisfacción con la figura corporal o con la preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Además se encontró que casi la mitad de la muestra total había realizado dieta en el último año. Estas cifras resultan alarmantes si se toma en cuenta que:

- a) (en esta investigación) las frecuencias indicaron que el mayor número de dietantes lo representaron el grupo de menor edad (menarca temprana, $\bar{x}= 11.53$ y $S=1.38$), confirmando resultados previos donde se encontró que una cuarta parte de una muestra de niños de 5o y 6o grado de primaria habían realizado dieta con propósitos de control de peso (Gómez Peresmitré y Ávila Angulo, 1998), y

b) el riesgo de los dietantes de padecer algún trastorno alimentario a los 15 años, es 8 veces mayor que el de aquellos que no practican este tipo de dietas (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeling, 1990).

En lo que respecta a la alteración de la imagen corporal se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas según la edad de la menarca, el análisis indicó que las adolescentes que menstruaron tempranamente presentaron el mayor grado de alteración manifestado a través de subestimación (se percibieron más delgadas de lo que en realidad eran). Estos hallazgos coinciden con los reportados por Halmi, Goldberg y Cunningham (1977) quienes también encontraron que las chicas de menor edad (10 y 11 años) distorsionaron más sus figuras (en comparación de las chicas de 15 y 18 años) y, que con el aumento de la edad la alteración disminuía. Estos investigadores basan sus resultados en dos supuestos: a) las chicas más jóvenes tienen menor experiencia en hacer juicios sobre su cuerpo y b) la habilidad para estimar con precisión el cuerpo está íntimamente relacionada con el desarrollo de la maduración perceptual. La teoría de Piaget (citado por Elkind, 1975) señala que la percepción es construida progresivamente a través del desarrollo gradual. En un estudio sobre percepciones se confirmó que las habilidades perceptivas son más precisas conforme se incrementa la edad (Elkind, 1975); mientras que en el presente trabajo el grupo que manifestó menor alteración de la imagen corporal fue, precisamente, el de mayor edad (menarca tardía).

De acuerdo con Duarte (1988) durante la pubertad se presenta en las chicas la menarca, cuando ésta aparece se están efectuando, también cambios físicos muy importantes tales como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Una de las tareas del preadolescente es, precisamente, la asimilación y aceptación de los cambios físicos. El adolescente se encuentra entonces, en la necesidad de elaborar una "nueva imagen corporal", en donde le resulta necesario integrar los intempestivos cambios físicos que se están operando en él (Havighurst, 1972, citado por Rodríguez-Tomé, 1993). Para las chicas con menarca temprana estos cambios son aun más inesperados y rápidos (pues se presentan antes de tiempo) y por lo tanto también les es más difícil integrarlos. De hecho, estas chicas tienen aun el referente más próximo del cuerpo que corresponde a una niña.

También es importante hacer notar que según el Índice de Masa Corporal, casi tres cuartas partes de las chicas del grupo con menarca temprana tenía peso normal y un poco menos de la cuarta parte se encontraba en los rangos de sobrepeso y obesidad, estos resultados coinciden con los de la muestra total donde el 65% de las chicas que se subestimaron tenían peso normal y el 35% tenían sobrepeso y obesidad, mientras que casi

tres cuartas partes de las preadolescentes que se sobrestimaron se encontraban en categorías por debajo de lo normal. Estos hallazgos confirman una vez más que las personas con sobrepeso y obesidad tienden a subestimar su cuerpo y las delgadas a sobrestimarlo (Button, Fransella y Slade, 1977), y además que la alteración de la imagen corporal está presente en poblaciones normales (en este caso adolescentes estudiantes) y su presencia no es exclusiva en poblaciones clínicas (Damlouji, 1985; Leon, 1983, citados por Toro y Vilardell, 1987).

En lo que se refiere a la variable autoatribución, el análisis indicó, que la autopercepción de atributos negativos no depende de la edad de la primera menstruación; sin embargo, las chicas con menarca tardía presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a autoatribución positiva en comparación con sus pares “tempranas” y “normales”.

A pesar de que las chicas con menarca tardía presentaron la media más alta de autoatribución positiva, manifestaron la media más alta de insatisfacción corporal, por lo tanto y contrariamente a lo esperado, no se encontró relación entre autoatribución positiva y satisfacción con la imagen corporal. Esta no-coincidencia podría deberse al tipo de medición directa del instrumento de autoatribución y podría producirse en consecuencia el mismo efecto cultural que en repetidas ocasiones se ha encontrado: cuando a las mujeres se les pregunta directamente si están satisfechas con sus cuerpos (“¿qué tan satisfecha te encuentras con tu figura corporal?”) responden estarlo; sin embargo, cuando a estas mismas chicas en otra parte del cuestionario se les mide insatisfacción de una forma indirecta, el porcentaje de mujeres satisfechas disminuye aproximadamente a la mitad.

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (citada por González et al., 1999) la presentación de una lista de adjetivos positivos y negativos, y la selección que los adolescentes hacen de ellos permiten inferir que se ha obtenido una descripción de la imagen que éstos tienen de sí mismos. Es triste pensar entonces, basándose en las medias de autoatribución positiva, como las chicas de esta investigación se consideran poco y regularmente inteligentes y atractivas.

Con base en el análisis de los resultados presentado en el capítulo anterior y tomando en cuenta que este estudio representa una primera aproximación a esta problemática, concluimos que:

- ❖ La edad de la menarca o primera menstruación (tomada aisladamente) no representa un factor de satisfacción/insatisfacción en las chicas mexicanas.

- ❖ La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se puede explicar a partir de la interacción de:
 - a) la edad de la primera menstruación y,
 - b) el seguimiento o no de dieta para el control de peso.
- ❖ Madurar tardíamente y estar insatisfecha es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas alimentarias anómalas.
- ❖ La insatisfacción con la figura corporal se relaciona íntimamente con el seguimiento de dietas para el control de peso.
- ❖ Las preadolescentes con menarca temprana presentan mayor grado de alteración de la imagen corporal.
- ❖ Existe mayor autoatribución positiva en las chicas con menarca tardía.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- ◆ Una de las limitaciones de esta investigación, es la imposibilidad de generalizar los resultados obtenidos pues la muestra es no probabilística. Se sugiere por lo tanto, trabajar con un tipo de muestreo probabilístico, con el fin de generalizar los datos a la población.

- ◆ Se sugiere que en estudios posteriores sobre menarca e imagen corporal se analicen variables sociodemográficas tales como el nivel socioeconómico, con el fin de hacer comparaciones entre las chicas de los diferentes estratos.

- ◆ Estudiar el impacto de los comentarios negativos (teasing) sobre el cuerpo en el grado de insatisfacción corporal.

- ◆ Analizar la influencia que tiene (individualmente y en interacción) la percepción del grado de atractividad física, la insatisfacción corporal y la inteligencia sobre el autoconcepto.

- ◆ Crear programas de prevención dirigidos a los padres de familia (especialmente a las madres), a los niños, adolescentes y población en general, donde se fomente, entre otros, el autocuidado, la crítica a los contenidos de los medios de comunicación, la importancia de una dieta balanceada y el ejercicio moderado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, C. Y. y Rodríguez, C. A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en mujeres de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Alemaný, M (1995). Enciclopedia de las dietas y la nutrición. España: Planeta.
- Alvarez, G., Mancilla, J. M., Martínez, M y López, X. (1998). Aspectos Psicosociales de la Alimentación. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 50-57.
- Aquino, P. G. (1998). Trastornos de la alimentación: Detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. Development Psychology, 25, 70-79.
- Ávila, G. L., Lozano, R. V., y Ortiz, O. L. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM
- Barber, S., Bolaños, C. P., López, J. Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos de la conducta alimentaria: Anorexia y obesidad. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 20-34.
- Baro, R. A., Byrne, D., y Griffith, W. (1974). Social Psychology: Understanding Human Interaction. Boston: Allyn and Beacon
- Bell, R. M. (1985). Holy anorexia. Chicago: University of Chicago.
- Biener, L. y Heaton, A. (1995). Women dieters of normal weight: their motives, goals, and risks. American Journal of Public Health, 85 (5), 714-717.
- Bolaños, M. C. R. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Braguinsky, J. (1987). Patogenia (1), tejido adiposo, genética. En J. B. Braguinsky (Comp.). Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. México: Promedicina.
- Braguinsky, J. y Mazza, C. (1987). Definición y diagnóstico. En J. B. Braguinsky (Comp.). Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. México: Promedicina.
- Bray, G. A. (1989). Clasificación y valoración de las obesidades. En G. A. Bray (Comp.) Obesidad: Aspectos básicos y aplicaciones clínicas. México: Interamericana.
- Brooks-Gunn, J. y Warren, M. P. (1985). The effects of delayed menarche in different contexts dance and nondance students. Journal of young adolescent, 14 (4), 285-300
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Campollo, R. O. (1995). Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.
- Canning, H. y Mayer, J. (1966). Obesity. Its possible effect on college acceptance. New England Journal Medical, 275, 1172-1174.
- Carretero, M. (1985). El desarrollo cognitivo en la adolescencia y la juventud: Las operaciones formales. En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Comps.). Psicología Evolutiva 3 (pp. 37-93). España: Alianza Psicología.
- Carretero, M. y Martín, (1985). En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Comps.). Psicología Evolutiva 3 (pp. 37-93). España: Alianza Psicología.
- Cervera, P., Clapes, J. y Rigolfas, R. (1993). Alimentación y dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y enfermedad. México: Interamericana-McGraw Hill.
- Conger, J. (1980). Adolescencia, generación presionada. México: Harper & Row Latinoamericana.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia, Bulimia. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. España: Gedisa.
- Crockett, L. J. y Petersen, A. C. (1987) Pubertal status and psychological development : Findings from the early Adolescence Study. En R. Lerner y T. Foch. Biological-psychological Interactions in Early Adolescence. Hillsdale: Erlbaum.
- Dirección General de Salud Reproductiva. (1995). Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. México : DGSR.
- Dolto, F. (1990). La imagen inconsciente del cuerpo. Imagen corporal. Barcelona: Paidós.
- Duarte, C. A. (1988). Ginecología de la niña y de la adolescente. Colombia: Salvat.

- Duncan, P. D., Ritter, P. L., Dornbusch, S. M., Gross, R. T., y Carlsmith, J. M. (1985). The effects of puberal timing on body image, school behaviour and deviance. Journal of Youth and Adolescence, 14, 227-235.
- Dwyer, J. T., Feldman, J. J., Seltzer, C. C. y Mayer, J. (1969). Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearance. American Journal of Clinical Nutrition, 20, 1040-1056.
- Elkind, D. (1975). Perceptual development in children. American Scientist, 63, 533-541.
- Escobar, G. M. I. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nerviosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana.
- Fernández Moujan, O. (1974). Abordaje Teórico y clínico del adolescente. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Field, E. A., Wolf, M. A., Herzog, B. D., Cheung, L. y Colditz, A. G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. Journal American Academic, Child and Adolescent Psychiatric, 32 (2), 1246-1252.
- Gardner, R. M., Martínez, R., Espinoza, T. y Gallejos, V. (1988). Distortion of body image in the obese: a sensory phenomenon. Psychological Medicine, 18, 633-641.
- Garfinkel, P. E. y Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. International Journal of Psychiatry in Medicine, 11, 263-284.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1994). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la Imagen Corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-192.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Cuestionario Sobre Alimentación y Salud. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Cuestionario Sobre Alimentación y Salud. Facultad de Psicología, UNAM.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante, *sentirse* atractivo o *ser* atractivo?. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 27-32.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la Imagen Corporal en México. Libro la Psicología Social en México. VII Congreso de Psicología Social, 2, 277-283. Toluca México. Artículo en Memorias.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Cuestionario Sobre Alimentación y Salud. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1996). Instrumento de Imagen Corporal Computarizado (Versión 3.1). Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Peresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6 (2), 37-45.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (en prensa). Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, S. L., Lizano, M. M., y Gómez Pérez-Mitré, G. (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.
- Gordon, R. A. (1990). Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic. Cambridge: Basil Blackwell.
- Gray, D. S. (1989). Diagnóstico y prevalencia de la obesidad. En G. A. Bray (Comp.) Obesidad. Aspectos básicos y aplicaciones clínicas. México: Interamericana.
- Grinder, R. (1987). Adolescencia. México: Limusa.
- Halmi, A. K., Goldberg, S. C., y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion o body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence. Psychological Medicine, 7, 253-257.
- Hamilton, L. H. , Brooks-Gunn, J. y Warren, M. P. (1985). Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. International Journal of Eating Disorders, 4 (4), 465-477.
- Hill, A. J. (1983). Preadolescent dieting: implications for eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 87-100.
- Holtz, V. (1992). Factores psicobiosociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana.
- Horrocks, J. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

- Hurllock, E. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Jaspers, J. y Hewstone, M. (1986). La teoría de la atribución. En S. Moscovici (Comp) Psicología Social II Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. España: Paidós.
- Johnston, T. Y. (1998). Autoatribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Keppel, G. (1973). Design and analysis. A Researcher's Handbook. New Jersey: Prentice -Hall.
- Kimmel, D. C. y Weiner, I. B. (1998). La adolescencia una transición del desarrollo. España : Ariel Psicología.
- Marlow, D. R. y Redding, B. A. (1991). Enfermería pediátrica, el preescolar, el escolar, pubertad y adolescencia. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez-Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia. México: Espasa Calpe.
- Matstorf, A. y Ellsworth, P. (1982). Percepción social. México: Interamericana.
- Mc Laren, D. S. y Meguid, M. M. (1993). La nutrición y sus trastornos. México: Manual Moderno.
- McKinney, J. P., Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno.
- Merani, A. (1976). Psicología de la edad evolutiva. Barcelona: Grijalbo.
- Miller Kobisher, B. (1995). Tratamiento médico de la obesidad. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 63-65.
- Morales, J. F. (1994). Psicología Social. España: McGraw-Hill.
- Muñoz, A. R. (1986). Bulimia: an evolving concept. En E. F. Larocca (Comp.) Eating disorders: effective care and treatment. México: Ishiyaku EuroAmerica.
- Murrieta, C. M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Musitu, G. y Román, J. M. (1982). Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. Revista de Psicología, Pedagogía y Psicología, 1 (4), 41-69.
- Myers, D. (1995). Psicología Social. México: McGraw-Hill.
- Nevo, S. (1985). Bulimic symptoms: prevalence and ethnic differences among college women. International Journal of Eating Disorders, 4, 151-168.

- Orbach, S. (1986). Hunger Stricke. Londras: Feber and Feber.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Génova: OMS.
- Padín, C.J. J. y Chinchilla, M. A. (1995). Aproximaciones a la nosología de los trastornos de la conducta alimentaria. En A. Chinchilla Moreno (Comp.) Guía-teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Barcelona: Masson.
- Papaia, D. E. y Wendkos, O. S. (1985). Psicología del desarrollo. México: McGraw-Hill.
- Patton, G. C., Johson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. y Wakening, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls -a prospective epidemiological study: outcome twelve month follow-up. Psychological Medicine, 20, 383-394.
- Perstchuck, M., Collins, M. Kreisberg, J. y Fager, T. (1986). Psychiatric symptoms associated with eating disorders in a college population. International Journal of Eating Disorders, 5, 563-568.
- Petersen, A. C. y Taylor, B. (1980). The biological approach to adolescence: Biological change and psychological adaptation. En Adelson (ed.) Handbook of adolescent psychology. New York : Wiley.
- Piaget, J., y Inhelder, B. (1969). Psicología del niño. Madrid: Ediciones Morata.
- Raich, E. R. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 15-26.
- Ramírez, M. E. (1996). Diferencias en autoestima y locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rausch, H. C. y Bay, L. (1993). Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía. Argentina: Paidós.
- Rodríguez-Tomé, F. (1993). The effects of pubertal changes on body image and relations with peers of the oppsite sex in adolescents. Journal of Adolescence, 16, 421-438.
- Romero, J. L. (1985). La Edad Media. México: Fondo de Cultura Económica.
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad España: Martínez Roca.
- Sarafino, E. P. y Armstrong, (1988). Desarrollo del niño y del adolescente México: Trillas.
- Saucedo, M. T. y Gómez Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 19-27.

- Saucedo, M. T. y Gómez Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica, 18 (1), 19-26.
- Saucedo; M. T. Y Gomez Peresmitre, G. (1998). Validacion del Indice Nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40 (5), 392-397.
- Schlundt, D. y Johnson, W. G. (1990). Eating disorders: assessment and treatment. USA: Allyn and Bacon.
- Sepúlveda Amor, J., Lezana, M. A., Tapia Conyer, R., Valdespino, J. L. y Kumate, S. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica Mexicana, 126, 207-224.
- Shapiro, S. (1988) Bulimia: an entity in search of definition. Journal of Clinical Psychology, 44 (4), 491-498.
- Shilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano. México: Paidós.
- Shisslak, C. M. y Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (5), 660-667.
- Simmons, R., Blyth, D. y McKinney, K. (1983) The social and psychological effects of puberty on white females. En J. Brooks-Gunn y A. Petersen (Eds.). Girls and puberty: biological and psychological perspectives. New York: Plenum.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Gralen, S. (1993). The impact of puberty and dating on eating problems among middle school girls. Journal of Youth and Adolescence, 22 (4), 355-367.
- Stenberg, L. y Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. The Journal of Contemporary Human Services, 282-290.
- Stormer, S y Thompson (1996). Explanations of body disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. International Journal of Eating disorders, 19 (2), 193-202.
- Stubbs, M. L., Rierdan, J Y Koff, E. (1989). Developmental differences in menstrual attitudes. Journal of Early Adolescence, 9, 480-498.
- Stunkard, A. A. (1990). A description of eating disorders in 1932. American Journal of Psychiatry, 147, 3.
- Tapia-Conyer, R. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: Secretaría de Salud.
- Thompson, J. K., Coovert, M. D., Richards, K. J., Johnson, S. y Cattarin, J. (1995) Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. International Journal of Eating Disorders, 18 (3), 221-236.

- Tobin-Richards, M., Boxer, A. M. y Petersen, A. C. (1983). The psychological significance of pubertal change: Sex differences in perceptions of self during early adolescence. En J. Brooks-Gunn y A. Petersen (Eds.). Girls and puberty: biological and psychological perspectives. New York: Plenum.
- Tolstrup, K. (1990). Incidence and casuality of Anorexia Nervosa seen in a historical perspective. Acta Psychiatr. Scand Suppl, 361, 1-6.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. Journal of Clinical Psychology, 40, 1226-1234.
- Unikel, S. C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Unikel, S. C. y Gómez Peresmitré (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16 (4), 121-126.
- Ussher, J. M. (1991). La psicología del cuerpo femenino. España: Arias Montano.
- Weber, B. G. y Pearson, H. P. (1986). Anorexia, bulimia and obesity in adolescence: the sociocultural perspective. En F. E. Larocca (Comp.) Eating disorders: effective care and treatment. Estados Unidos. Ishiyaku EuroAmerica.
- Williams, R., Schaefer, C., Shisslak, C., Gronwaldt, V. y Comerci, G. (1986). eatings attitudes and behaviors in adolescents women: discrimination of normals, dieters, and suspected bulimics using the Eating Attitudes Test and Eating Disorder Inventory. International Journal of Eating Disorders, 5 (5).
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J. y Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Behavioral Assessment, 11, 433-446.

FORMA XX
PREADOLESCENTES

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general

El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

Nombre _____

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

2 - Grado que cursas 5 to grado ()
6 to grado ()

3 - Edad que tienes (años cumplidos) _____

4 ¿Cuánto crees que mides? _____

5 ¿Cuánto crees que pesas? _____

ESTA PARTE NO LA CONTESTES
E. r. _____
P. r. _____

AREA FISICO-BIOLOGICA

9 ¿Ya estás menstruando?

NO. ()
SI. ()

10 Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

11 - Tu menstruación se presenta

regularmente (todos los meses) ()
irregularmente (unos meses si, otros no) ()

CONDUCTA DIETARIA

24 En el último año:

No he hecho cambios en mi alimentación ()
Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

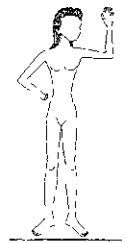
para bajar de peso ()
para mejorar mi salud ()
por orden del médico . ()
para subir de peso ()

por otra razón. explica para qué _____

FIGURA IDEAL

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como .



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

AUTOPERCEPCION

2. Creo que estoy.

- Muy gorda ()
 Gorda... ()
 Ni gorda ni delgada ()
 Delgada..... ()
 Muy delgada ()

AUTOATRIBUCION

1 Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 1 (nada) hasta el 5(mucho), cuánto crees que tienes de cada uno

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentrosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5

FIGURA ACTUAL

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()