

171



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE IMAGEN CORPORAL: SATISFACCION/
INSATISFACCION, CONDUCTA ALIMENTARIA Y VIDA
SEXUAL ACTIVA, EN HOMBRE Y MUJERES ADOLESCENTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N ;
CLAUDIA BEATRIZ MIRANDA GORDIANO
MIRIAM LUCIA MUÑOZ SANTIAGO

DIRECTORA DE TESIS: GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE
SINODALES: MTRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ
MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO
MTRO. JORGE ROGELIO PEREZ ESPINOSA
MTRA. LILIA JOYA LAUREANO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEXICO, D.F.,

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra directora de tesis la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por compartirnos su experiencia y conocimientos, y brindarnos su valioso tiempo en la elaboración de esta tesis.

A la Mtra. Lucy Reidl, Mtra. Olga Bustos, Mtro. Jorge Pérez y a la Mtra. Lilia Joya por su amabilidad y tiempo dedicado en la aportación de comentarios y sugerencias de esta investigación.

A Chivis y a Gis, por su paciencia y gran apoyo incondicional.

A la preparatoria Justo Sierra y a los alumnos que nos compartieron su espacio y en quienes se fundamentó esta investigación.

A la Facultad de Psicología que nos formó como profesionistas.

GRACIAS.

*A mis padres por estar presentes en las cosas más importantes de mi vida y enseñarme que todo ciclo tiene su fin.
Los quiero mucho...*

*A esa pequeñita pero gran persona que amo tanto
Mi hija Erandi*

A Nabor mi esposo por su comprensión y apoyo de esos espacios que fueron y serán indispensables en el crecimiento de toda mujer...

*A esas personas auténticas y significativas para mi:
Raisa, Beto, Marissa, Lucy, Luz, Roci, Paty, Oscar y Sandy.*

Gracias

Claudia.

A la memoria y cariño de mi padre.

*A ti mamá quien me ha dado todo en la vida
y a quien agradezco lo que soy, tu que con el
ejemplo me impulsas para alcanzar mis metas;
con gran admiración, gratitud y todo mi amor.*

*A mis hermanos Migue, Eli y Chelin que con
su apoyo, entusiasmo y amor han llenado mi vida.*

A mis grandes amores Luis Miguel y Quetzali

*A Gaby, Armin, Ale y Cris y a mis amigos
May, Jaz, Toly, Karla y Carlos por que comparten
su vida con migo.*

*A ti Claudia por que este proyecto confirma
nuestra amistad. ¡lo logramos!*

Gracias

Lucy.

INDICE

PÁGINAS

RESUMÉN	1
---------------	---

INTRODUCCIÓN	2
--------------------	---

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y FACTORES DE RIESGO

1.1 Trastornos de la alimentación y factores de riesgo	5
1.2 Antecedentes históricos	5
1.3 Definición y delimitación de anorexia y bulimia nervosas	7
1.3.1 Anorexia	7
1.3.2 Bulimia	8
1.3.3 Epidemiología anorexia y bulimia nervosa.	10
1.3.4 Sintomatología y alteraciones	11
1.3.5 Descripción clínica y alteraciones de la anorexia nervosa	12
1.3.6 Descripción clínica y alteraciones en la bulimia nervosa	14
1.3.7 Etiología de la anorexia y la bulimia nervosa.	16
1.4 Definición y delimitación de la obesidad	21
1.4.1 Etiología de la obesidad	21
1.4.2 Clases de obesidad	23
1.4.3 Complicaciones clínicas	24
1.4.4 Datos epidemiológicos de la obesidad	25
1.5 Factores de riesgo en la conducta alimentaria.	26
1.5.1 Dieta	27
1.5.2 Comer con prisas	29
1.5.3 Ayuno	29
1.5.4 Deporte como factor de riesgo	30

CAPITULO II

IMAGEN CORPORAL

2.1.1 Conceptos de imagen corporal	33
2.1.2 Explicación social	34
2.1.3 Explicación constitucionista	34
2.2 Satisfacción con la imagen corporal	34
2.3 Insatisfacción con la imagen corporal	42
2.4 Cuerpo como valor social y medios de comunicación	46

INDICE

PÁGINAS

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

3.1	Definiciones de adolescencia	51
3.2	Cambios físicos	54
3.2.1	Tendencia secular	57
3.3	Características sexuales primarias	59
3.4	Características sexuales secundarias	60
3.5	Aspectos psicológicos relacionados con los cambios físicos	61
3.5.1	Sentimientos hacia la apariencia física	62
3.6	Cambios psicológicos	62
3.7	Manifestaciones del proceso psicológico	63
3.8	Consolidación del yo	65
3.9	Desarrollo Cognoscitivo	68

CAPITULO IV

SEXUALIDAD

4.1	Sexualidad	73
4.2.1	¿Porqué nos comportamos sexualmente?	74
4.2.2	Orígenes biológicos de la sexualidad	74
4.2.3	Determinantes psicológicos de la conducta sexual	76
4.2.4	Los factores sociales en la conducta sexual	79
4.3	Antecedentes históricos del estudio de la sexualidad	80
4.4	Etapas de la sexualidad humana	83
4.4.1	Los primeros años	83
4.4.2	La pubertad	84
4.5	Sexualidad en la adolescencia	85
4.6	Necesidad de independencia en la adolescencia	89
4.7	Como se moldea el comportamiento sexual	91
4.8	¿Qué es una relación sexual?	93

INDICE

PÁGINAS

CAPITULO V

PLAN DE INVESTIGACIÓN Y MÉTODO

5.1	Planteamiento del problema de investigación	97
5.2	Hipótesis	97
5.3	Definición de variables	97
5.3.1	Definición conceptual de variables	97
5.3.2	Definición operacional de variables	99
5.4	Diseño de investigación	100
5.5	Método	101
5.5.1	Muestra	101
5.5.2	Criterios de exclusión	101
5.5.3	Criterios de inclusión	101
5.5.4	Instrumentos	101
5.5.5	Procedimiento	103
5.5.6	Aparatos	103

CAPITULO VI

RESULTADOS	105
-------------------------	------------

CAPITULO VII

DISCUSION Y CONCLUSIONES	120
---------------------------------------	------------

REFERENCIAS	124
--------------------------	------------

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio forma parte de una investigación mayor* que tuvo como propósito determinar si el inicio de la vida sexual, en hombres y mujeres adolescentes, se relacionaba con factores de riesgo de la conducta alimentaria, asociados con la imagen corporal (satisfacción /insatisfacción). Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística con N=221 que se subdividió en n1=34 hombres que no habían iniciado su vida sexual ; y n2=84 mujeres que no tenían vida sexual ; n3=62 hombres con vida sexual activa y n4=41 mujeres sexualmente activas. La muestra fue extraída de una población formada por adolescentes hombres y mujeres que asisten a escuelas preparatorias del D.F. Se aplicó el instrumento de Alimentación y Salud en sus versiones XX y XY que exploró las variables de imagen corporal (satisfacción/insatisfacción), conducta alimentaria e inicio de la vida sexual. Los resultados más relevantes nos muestran que en la explicación de la conducta alimentaria compulsiva intervienen simultáneamente dos variables: el sexo de los adolescentes (hombre y mujer) y la vida sexual (inicio / no inicio).

* Este proyecto forma parte de una investigación mayor denominada Prevención Primaria : Autodiagnóstico de Factores de Riesgo en trastornos de la alimentación y la nutrición CONACYT 34507-II.

INTRODUCCION.

Los cambios corporales del adolescente tienen un gran peso en el desarrollo de su imagen corporal, debido a que las desviaciones de alguna norma cultural pueden causar dificultades emocionales. Lutte (1991) plantea que al llegar el individuo a la pubertad, por lo general ya se ha formado una imagen mental de su cuerpo, siente que lo domina, lo controla, siente actitudes positivas o negativas respecto a él.

Es durante la pubertad cuando se pone en cuestión una imagen corporal que hasta ese entonces estaba formada en términos inocentes, por lo que ésta debe ser reelaborada y aceptada, lo cual es una tarea más difícil cuando el joven ha tenido experiencias afectivas no muy placenteras. Pronto el adolescente se encuentra ante la necesidad de estructurar un nuevo Yo corporal y de esta forma desarrollar una identidad.

Debido a que durante la adolescencia el cuerpo tiene cambios muy súbitos en cuanto a sus proporciones, el tamaño, la apariencia facial y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, el individuo se ve obligado a realizar cambios mayores en su imagen corporal, esto va a provocar una preocupación en relación a poder llegar a el ideal culturalmente establecido.

La imagen del yo físico del adolescente está determinada en gran parte por las normas culturales y en especial por la interpretación de dichas normas aceptadas grupos de iguales. Aquí no sólo van a importar los aspectos fisiológicos del desarrollo sino que influyen en gran medida la forma de vestir, el cabello o el tipo de actividades físicas, en la cual se destacan, las cuales se imitan para parecerse a los modelos (Powell, 1975).

Las exigencias sociales y los ideales de la estética corporal delgada, en mujeres y hombres adolescentes, esta trayendo consigo problemas en la conducta alimentaria y la insatisfacción con su imagen corporal, que conlleva a conductas alimentarias de riesgo que pueden llegar a ser verdaderos trastornos de la alimentación.

La presente investigación pretendió conocer como se relaciona el inicio o no inicio de la vida sexual activa, en hombre y mujeres adolescentes con la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) y detectar aquellas conductas de riesgo como el seguimiento de dieta intencional. Así mismo se comparó si existía alguna diferencia entre el grupo de hombres y el grupo de mujeres adolescentes.

En el capítulo 1 se hace referencia a los Factores de Riesgo en Trastornos Alimentarios, sus antecedentes, etiología y algunas de las investigaciones realizadas en México; en el capítulo 2 se desarrolla el tema de Imagen Corporal, la satisfacción e insatisfacción con la misma, así como el cuerpo como valor social y los medios de comunicación ; en el capítulo 3 se aborda la adolescencia, cambios físicos y psicológicos que implican esta etapa . En el capítulo 4 se desarrolla el tema de sexualidad, englobando los antecedentes históricos de la misma, su relación con la adolescencia así como investigaciones realizadas con la imagen corporal en México. En el capítulo 5 el Método y el Plan de Investigación. mientras que el capítulo 6 los resultados y por último en el capítulo 7 la discusión y conclusiones así como las limitaciones y sugerencias del proyecto aquí reportado.

CAPITULO I

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Y

FACTORES DE RIESGO

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION Y FACTORES DE RIESGO

El interés por los trastornos del comportamiento alimentario es un hecho casi exclusivamente occidental, se ha observado un incremento dramático en las últimas dos décadas; estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas sobre todo en las grandes ciudades, en donde los acelerados cambios tecnológicos y la globalización, contribuyen a dichos trastornos.

Dentro del campo de estudio de los desórdenes alimentarios se encuentran dos principales entidades: la bulimia y anorexia nerviosas. Son fenómenos complejos, íntimamente relacionados que en la realidad difícilmente se encuentran en forma pura. En el orden de lo biológico el común denominador de las dos, es el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y es precisamente en el manejo de dicho balance en donde pueden encontrarse la confluencia y la interrelación de los diferentes factores, pues, aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, sin embargo, esa conducta cobra más valor aún, si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales. Así intervienen, por lo tanto, aspectos emocionales y de placer entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de los desórdenes alimentarios (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

ANTECEDENTES HISTORICOS

En la actualidad se tiende a pensar que la anorexia nervosa y la bulimia nervosa son trastornos recientes, no identificados en épocas anteriores. Aunque esto no es del todo cierto, ya que existen casos de santas del siglo XIII – XIV ya descritos como tales (por

ejemplo, santa Catalina de Siena), es precisamente en las últimas décadas de nuestro siglo cuando estos trastornos del comportamiento alimentario aparecen de manera más frecuente, e incluso en los últimos años se puede empezar a considerar que tienen casi un carácter epidémico.

Richard Morton es identificado generalmente como el autor de la primera descripción de lo que llamó "phthisis nervosa". Morton describió el síntoma principal de la anorexia nerviosa como "un deseo de apetito" y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza (Mendoza, 1996).

Por otra parte, aunque durante los últimos veinte años han surgido diferentes términos para describir los desórdenes del comer, que incluyen entre otros, bulimia, bulimia nervosa, anorexia nervosa, bulimarexia, síndrome del caos dietario, dietantes crónicos, dietantes restrictivos y desorexia. Actualmente la obesidad, al haberse definido más clara mente el campo de las anomalías de la conducta alimentaria, ha quedado como parte de sus elementos constituyentes, ya que se ha encontrado que el porcentaje más alto de ésta, junto con sobrepeso, provienen de desórdenes del comer y porque comparten características definitorias. Ahora bien, aún cuando el padecimiento identificado como anorexia nervosa puede rastrearse tan lejos como 1689, cuando Morton lo denominaba "phthisis nervosa" o en 1868 cuando Gull ya le daba el nombre con el que actualmente se le conoce, no es sino hasta hace aproximadamente 25 años que la comunidad científica empieza a dirigir sus esfuerzos de manera sistemática al entendimiento y tratamiento de la anorexia nervosa y de la bulimia (Schlundt y Johson, 1990 citado en Gómez Peresmitré, 1993). Todavía más, sólo unos cuantos años atrás, en 1980, fue que la Asociación Psiquiátrica Americana reconoció, formalmente la existencia, desde el punto de vista psicopatológico, de estas anomalías. Fue necesario que empezaran a incrementarse la incidencia de las mismas para que aparecieran en el (DSM-III-R, 1988).

DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DE ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSAS

De acuerdo con las delimitaciones más recientes aceptadas por la American Psychiatric Association (1995), la anorexia y la bulimia nervosas son trastornos emocionales. La primera se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, un miedo intenso a convertirse en obeso y una alteración de la imagen corporal. La bulimia nervosa se caracteriza por episodios cíclicos y recurrentes de voracidad (atracones) seguidos de conductas compensatorias inadecuadas, como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos, el ayuno drástico y/o el ejercicio excesivo (DSM-III-R, 1988).

ANOREXIA

De acuerdo con el DSM-IV (1995) las características esenciales de la anorexia nervosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, es un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea (El término anorexia es equívoco porque es rara la pérdida de apetito).

Los criterios para diagnosticar la anorexia nerviosa son:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla, por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% de lo esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable.

- B) Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D) De las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo con la administración de estrógenos (DSM-IV, 1995, pp. 558-559).

Subtipos:

Tipo restrictivo: describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o realizando ejercicio intenso.

Tipo compulsivo/purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas excesivas. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comidas (DSM- IV, 1995, p. 559).

BULIMIA

De acuerdo con el DSM IV (1995), las características esenciales de la bulimia nervosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Ahora bien, también define al

atracción como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería.

Los individuos con esos trastornos se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta de alimento. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria pero a continuación suelen provocar sentimientos de autodesprecio y estado de ánimo depresivo (DSM- IV, 1995, p. 559).

Criterios para el diagnóstico de bulimia nervosa según el (DSM- IV, 1995, p.563).

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

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

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

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

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

D) La evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales

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

Subtipos:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (DSM- IV,1995, p.564).

Gómez Pérez-Mitré (1993), la bulimia se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida, en tanto que las técnicas de purga se aprenden, frecuentemente, a través de los amigos y de los medios de comunicación.

EPIDEMIOLOGIA ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSA.

La anorexia, la bulimia nervosa y la obesidad son los trastornos del comportamiento alimentario más graves que conocemos hoy en día. La mayoría de investigaciones que se están realizando en este ámbito ponen de manifiesto que, durante las dos últimas décadas se ha producido un importante incremento tanto de la incidencia como de la prevalencia de estos trastornos. Los factores de carácter cultural y social parecen ser los principales responsables del aumento de estos trastornos. Existen diferentes definiciones sobre estos desórdenes alimentarios. De acuerdo con Gómez Peresmitré (1993) la anorexia usualmente se inicia, al igual que la bulimia, en la adolescencia, aunque puede aparecer en la niñez y vida adulta. Saldaña (1994) señala que se trata de un trastorno que afecta básicamente a las mujeres, sobre todo jóvenes adolescentes, de nivel sociocultural medio-alto, aunque también se da en una pequeña proporción entre chicos, aproximadamente un varón por cada once mujeres, en fase puberal o prepupal, siendo además la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años.

En este momento puede asegurarse que en el mundo occidental, de cada 100 muchachas (de edad comprendida entre los 15 y los 24 años), de 30 a 40 sufren de anorexia nervosa cada año y diversos estudios prospectivos indican que estas cifras van a aumentar radicalmente en los próximos años (Toro y Vilardell, 1987).

Según estadísticas de los Estados Unidos, el 80% de las mujeres desean ser más delgadas y muchas de ellas están haciendo algo para conseguirlo. En España aproximadamente, 1 de cada 100 adolescentes de entre 14 y 18 años cae en las garras de la anorexia, mientras que un 2.4% desarrollan bulimia (Toro, 1996).

En la década de los ochenta en diferentes estados de Norte América la anorexia nervosa se situó posiblemente entre el 1% y 5% en mujeres blancas adolescentes; en Inglaterra informes de 1995 sobre la prevalencia de esta enfermedad fueron del 0.02% en la población general y del 0.1 en mujeres entre 15 y 29 años de edad; en Noruega en el mismo año fue de 5.7% en mujeres adolescentes.

La frecuencia de bulimia es más alta que la de anorexia nervosa. En Australia se han informado prevalencias hasta del 13% en mujeres adolescentes o jóvenes; en Norte América las prevalencias van desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarias; En la capital de Argentina la frecuencia de bulimia es muy alta pero no se mencionan cifras exactas. En México no existe información sobre la prevalencia e incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria (Palma, 1997).

SINTOMATOLOGIA Y ALTERACIONES

Aunque la anorexia y la bulimia nervosa comparten muchas de sus manifestaciones, cada una de ellas presenta características distintivas que, de alguna manera, obligan a dar un trato diferente a la hora de realizar una descripción clínica de la misma.

DESCRIPCION CLINICA Y ALTERACIONES DE LA ANOREXIA NERVOSA

Las pacientes con anorexia nervosa provienen generalmente de familias en las que otros miembros de la misma tienen o han tenido una historia de trastornos alimentarios, y, frecuentemente, con una historia materna de obesidad. Además la anoréxica es identificada por su familia y amigos antes que la paciente con bulimia, debido a la pérdida de peso acusada que presenta. Esta pérdida de peso conlleva a distintos tipos de alteraciones tanto de carácter físico como de carácter psicológico, conductual y social (Schutze, 1980).

Las complicaciones médicas que acompañan a la anorexia nervosa son de distinta índole y aparecen como consecuencia del estado de semi - inanición a que se someten las pacientes. Las complicaciones médicas que pueden presentarse en la anorexia son: problemas metabólicos, hipoglucemia, gastrointestinales como dilatación gástrica, dolores abdominales y estreñimiento, resultado de la escasa ingesta de alimentos; cardiovasculares como hipertensión, arritmias y bradicardia; renales como hiperazotemia y formación de cálculos; hematológicas como anemia; endocrinas como amenorrea, disminución del interés sexual e impotencia; pérdida del cabello; dentales como caries y descalcificación, etc (DSM IV, 1995).

Muchas anoréxicas experimentan frío, incluso en días calurosos. En el aspecto dermatológico las manifestaciones más características son la piel reseca y con escamaciones, y, además con frecuencia desarrollan un fino vello denominado laguno. Algunos estudios ponen de manifiesto que las anoréxicas, al igual que las bulímicas, llegan a tener una alteración de la sensibilidad gustativa (Schutze, 1980).

En relación con la menstruación, la ausencia de períodos regulares se da generalmente antes de que se llegue a producir una pérdida importante de peso, y los períodos no vuelven a ser regulares hasta muchos meses después de que las anoréxicas recuperen su peso normal. En un estudio reciente realizado por Copeland, Sacks, Herzog (1995, citado por Palmero & Fernández-Abascal, 1998) se señala que la amenorrea persistente está asociada con una mayor duración del trastorno de la alimentación y la presencia de un trastorno de ansiedad. Además, el restablecimiento de menstruaciones regulares se asocia con la ganancia de peso

y de una menor duración del trastorno. Y en casos extremos, la anorexia nervosa puede provocar la muerte como consecuencia de la desnutrición y de las alteraciones que esta produce.

Además de estas complicaciones de carácter médico, la anorexia nervosa va acompañada de alteraciones conductuales, emocionales y cognitivas. Algunas de estas alteraciones han sido consideradas por numerosos autores como factores que predisponen para la aparición del trastorno. Por ejemplo, la baja autoestima y los sentimientos de ineffectividad, características comúnmente asociadas a la anorexia nervosa, han sido identificadas como factores de riesgo para el desarrollo del trastorno. Estos sentimientos de ineffectividad y baja autoestima se suman al deseo de perfeccionismo de las anoréxicas (Schutze, 1980).

De acuerdo con Schutze (1980) en el aspecto emocional, los sentimientos de disforia y depresión acompañan frecuentemente la conducta anoréxica, se produce un cambio radical en el modo de ser y de sentir. El paciente se siente triste con mayor frecuencia, pierde interés por cosas que antes le agradaban, llora, tiene mal humor y se irrita con facilidad. Por lo que respecta al funcionamiento cognitivo, el pensamiento dicotómico es el más característico de la paciente anoréxica; generalmente, su lógica es irracional, simple y concreta, y cuándo se le proporciona información que no entra dentro de su lógica le produce estrés y rechazo. Un aspecto central de la anorexia es el miedo a engordar combinado con el deseo de estar delgado. Esta preferencia por la delgadez llega a ser de una naturaleza totalmente obsesivo-compulsiva, que conduce a la anoréxica a implicarse en rutinas muy rígidas relacionadas con el control de la alimentación y con la práctica de ejercicio físico. Los pensamientos relacionados con la comida y con la imagen corporal le ocupan la mayor parte del tiempo. Además, la anoréxica disfruta recolectando recetas culinarias, almacenando comidas, pensando mentalmente qué podría comer.

En relación con la imagen corporal, las anoréxicas presentan una alteración de su imagen corporal, siendo muy sensibles a pequeñas oscilaciones de peso, lo que las conduce a verse gordas aún estando manifiestamente delgadas y demacradas, y a sobrestimar y estar insatisfechas con el tamaño de su cuerpo, y a equiparar la apariencia corporal con el éxito social y personal (Schutze, 1980).

De esta manera, la distorsión perceptiva y cognitiva les genera unos sentimientos muy agudizados de inadecuación social y les conduce a autoimponerse dietas todavía más restrictivas y ayunos más prolongados, lo que hace que se agraven sus síntomas, y alcancen pérdidas de peso peligrosas para su vida. Finalmente, es importante destacar que las anoréxicas presentan miedo a madurar, lo cual está en consonancia con el aparente bienestar que encuentran manteniendo una apariencia prepuberal y una elevada inhibición sexual (Palmero & Fernández-Abascal, 1998).

DESCRIPCION CLINICA Y ALTERACIONES EN LA BULIMIA NERVOSA

De acuerdo con Cauwels (1983), la diferencia principal entre las pacientes bulímicas y las personas normales, o los pacientes que sufren otros trastornos del comportamiento alimentario, es la ejecución de un ciclo repetitivo de ataque de voracidad/conducta purgativa, cuyo objetivo es el mantenimiento del peso corporal. Así mismo, las pacientes con este trastorno generalmente se dan cuenta de que su comportamiento es desadaptativo y tienen una preocupación extrema por su imagen corporal. Sin embargo, muchas bulímicas nunca llegan a buscar ayuda terapéutica, otras pueden tardar hasta 25 años, aunque la media parece estar en torno a los cinco años y medio. Por lo general, en comparación con las anoréxicas, las bulímicas no presentan problemas de peso, que sean un riesgo para su vida, un número importante de las mismas tienen un peso normal.

Al igual que en la anorexia nervosa, la bulimia nervosa conlleva distintos tipos de alteraciones físicas, psicológicas, conductuales y sociales, bien debidas al seguimiento de dietas de forma crónica, bien como consecuencia de conductas purgativas abusivas.

En el nivel psicológico una de las características más sobresalientes de la bulimia nervosa es el trastorno afectivo que acompaña a esta condición. Numerosos investigadores han encontrado una marcada correlación entre bulimia nervosa y depresión, siendo los sentimientos de infelicidad y de desmoralización, los cambios bruscos en el estado anímico, la irritabilidad y la baja autoestima los que aparecen más frecuentemente en las pacientes bulímicas. A mayor gravedad del trastorno, mayor probabilidad de que se este sufriendo una depresión grave. Sin embargo, en la mayoría de los casos la depresión parece un

trastorno secundario respecto al problema alimentario. desapareciendo la depresión y los sentimientos de desmoralización y baja autoestima cuando la paciente obtiene de nuevo el control de su alimentación. De la misma manera, la baja autoestima puede ser un rasgo de la personalidad de la bulímica, que no variará con la remisión de los comportamientos bulímicos. El aislamiento social y las dificultades para establecer contactos sociales que presentan las bulímicas son, en parte, producto de la baja autoestima, pero estas dificultades sociales parecen ser también consecuencia de malas relaciones familiares. Frecuentemente, las familias de las pacientes bulímicas tienen una historia previa de trastornos afectivos, dificultades para resolver conflictos y abuso de sustancias como alcohol y drogas (Cauwels, 1983).

Además de depresión, las bulímicas tienden a tener elevados niveles de ansiedad, que aumentan en la medida que se incrementa la frecuencia de las conductas purgativas. La ansiedad precede generalmente al atracón, al cual siguen sentimientos de malestar y culpabilidad, y disminuye con la puesta en práctica de la conducta purgativa. Así, problemas de control de impulso, tales como robar, abuso de alcohol, drogas y anfetaminas, y juego patológico aparecen en pacientes con este trastorno, siendo la cleptomanía la conducta impulsiva más sobresaliente (Toro, 1996).

El estilo cognitivo de las pacientes bulímicas, al igual que el de las anoréxicas, tiende a ser irracional, presentando gran número de pensamientos inadecuados relacionados con la alimentación, el aspecto personal y el peso. Aunque el tipo de pensamientos irracionales que tienen estas pacientes es muy variado, los de carácter dicotómicos "todo o nada" son muy frecuentes. La bulímica tiende a ser pasiva, evitativa y a sentirse agobiada por sus propias dudas. Consume mucho tiempo con pensamientos relacionados con la comida y la probabilidad de ganar peso, y teme que cuando empiece a comer será incapaz de parar de hacerlo. La distorsión cognitiva de su imagen corporal la hace sentirse insatisfecha con su cuerpo o con partes del mismo, lo que contribuye a aumentar su malestar emocional, su baja autoestima y sus niveles de ansiedad. Así mismo, al igual que en la anorexia nervosa, la distorsión cognitiva va acompañada de una distorsión de carácter perceptivo sobre el tamaño de su cuerpo (Cauwels, 1983).

Los problemas de salud que con mayor frecuencia presentan los pacientes con bulimia nervosa están relacionados con las fluctuaciones de peso debidas a los ciclos repetidos de restricción alimentaria – ataques de voracidad, la ingesta de grandes cantidades de alimentos (atracones), el abuso de laxantes, diuréticos y la autoinducción del vómito. Las fluctuaciones de peso, aunque no son tan marcadas como en la anorexia nervosa, pueden alterar la composición corporal y el ritmo metabólico, y producir irregularidades en la menstruación e incrementar la probabilidad de ganar peso (Lubin y Rubio, 1993).

Los atracones producen dilatación gástrica, de las glándulas salivales y dolor de estómago. Los vómitos repetidos conducen a deshidratación y complicaciones renales, afecciones en las glándulas parótidas y pancreatitis; anormalidades electrolíticas como alcaloides, acidosis, complicaciones por el uso de laxantes como hiperuremia, hipocalcemia, retención de líquidos, pigmentación de la piel, síndrome de mala absorción, así también problemas hematológicos, alteraciones en el electroencefalograma y anormalidades endocrinas; además de problemas dentales (DSM – IV, 1995).

ETIOLOGIA DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVOSA.

Para explicar la etiología, desarrollo y mantenimiento de la anorexia y la bulimia nervosa, como se ha señalado anteriormente, son trastornos multidimensionales en los que juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aun cuando el peso específico de cada uno de éstos todavía no esté bien determinado (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

De acuerdo con Toro (1996) entre las causas más importantes están:

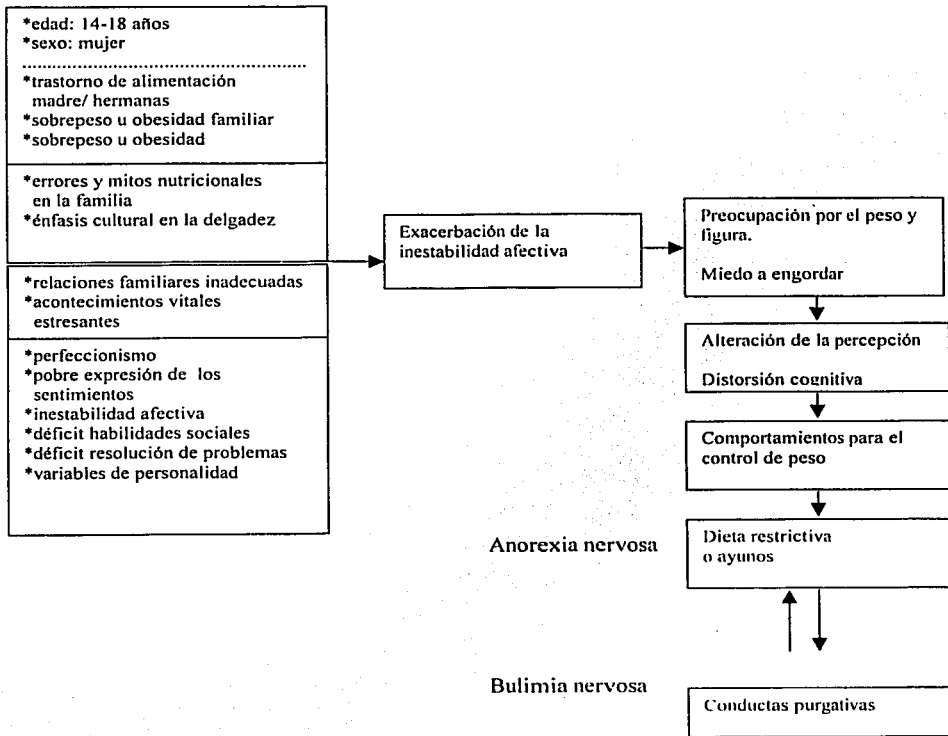
- a) la presión cultural sobre la mujer para ser más delgada
- b) el deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada
- c) estados emocionales negativos, con presencia generalmente de ansiedad y depresión
- d) estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas

- c) hábitos alimentarios y control del peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva
- d) pensamientos desadaptativos sobre la nutrición, peso y apariencia física.

Las teorías socioculturales de los trastornos alimentarios, hacen énfasis en la imposición de un estándar de apariencia física, la presión social de la dieta y la consecuente necesidad de una aprobación social (persecución del ideal de supermujer). podría ser el factor principal de la anorexia y la bulimia nervosa; Además de tener la condición de mujer y una historia previa de sobrepeso u obesidad tanto familiar como personal, incrementa la vulnerabilidad genética a poder padecer un trastorno de la alimentación, como la anorexia y la bulimia nervosa (Toro, 1996).

En la **figura A** se presenta un esquema explicativo que recoge todos aquellos factores que, hasta el momento, parecen estar más directamente implicados en el proceso de adquisición de los trastornos alimentarios. Como se puede observar (véase fig. 4.1), la edad de inicio y factores culturales a través del impacto de la presión social de modelos estéticos que idealizan el culto al cuerpo y la delgadez, así como los inadecuados hábitos alimentarios que frecuentemente suponen errores y mitos nutricionales. Asimismo, es necesario considerar como factores que predisponen a la adquisición de trastornos alimentarios la influencia de la familia, que, a través de comportamientos sobreprotectores, rígidos y frecuentemente poco dados a favorecer la autonomía personal, así como un funcionamiento familiar poco adaptativo, a menudo generador de conflictos, incrementa el estrés personal. Como factores psicológicos, son característicos un marcado perfeccionismo, caracterizado por altas aspiraciones y establecimientos de metas elevadas, la presencia de labilidad emocional con baja autoestima, síntomas depresivos y de ansiedad y dificultad para expresar las emociones, falta de habilidades de afrontamiento en situaciones estresantes en general y, particularmente, falta de habilidades para enfrentarse a situaciones sociales.

Figura A. Esquema de los factores implicados en la adquisición de los trastornos de alimentación.

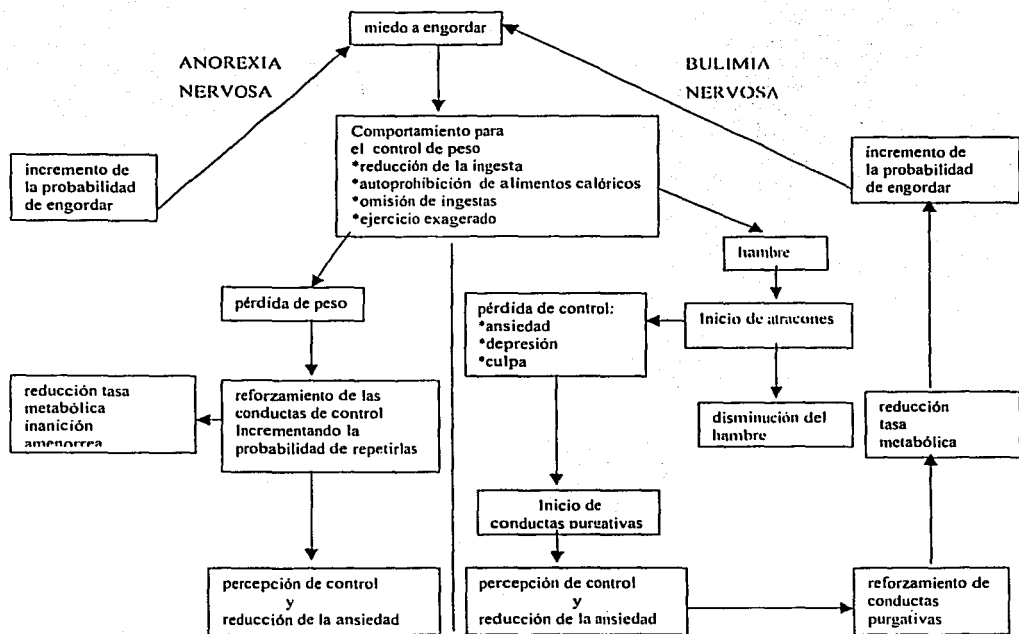


Fuente: Garner y Garfinkel, 1985 citado en Palmero & Fernández-Abascal, 1998 pag. 16.

En el proceso de adquisición tanto de la anorexia como de la bulimia nervosa, la combinación de todos estos factores exagera la inestabilidad afectiva, produciéndose una disminución mayor en la autoestima y de las habilidades sociales. Se focaliza la atención en factores externos y se incrementa la preocupación por la imagen corporal y el peso y se desarrolla un intenso miedo a engordar. A su vez, aparece una alteración de la percepción y de las cogniciones, siendo estas últimas fundamentalmente de carácter dicotómico ("todo o nada"). Este proceso favorece el inicio de comportamientos destinados a controlar el peso que en la anorexia nervosa se pone de manifiesto en la autoimposición de dietas muy restrictivas e incluso ayunos drásticos, y en la bulimia nervosa se combinan con períodos de ataques de voracidad (atracones) seguidos de conductas purgativas.

En la figura B. se presenta un esquema explicativo en el que se recogen los mecanismos de mantenimiento de la anorexia nervosa y la bulimia nervosa. Como se puede observar el punto de partida en ambos trastornos es la preocupación por la imagen corporal y el intenso miedo a engordar, consecuencia de la combinación de los factores ya apuntados en la figura A. Este miedo a engordar y la preocupación por la figura son los que activan una serie de comportamientos destinados a impedir el incremento de peso. En la paciente anoréxica (subtipo restrictivo) le conducirán a la pérdida de peso, y, aún cuando le disminuyan su tono vital y le hagan experimentar en un primer momento hambre, le ofrecerán notablemente la bondad de los comportamientos restrictivos realizados, le devolverán la sensación de control y le reducirán la ansiedad. De esta manera, como se puede observar en el esquema el factor fundamental que mantiene la restricción alimentaria de la anoréxica es la comprobación de que los métodos que emplea para controlar el peso son eficaces y facilitan la disminución de la ansiedad ante la posibilidad de ganar peso.

Figura B. Esquema de los factores implicados en el mantenimiento de los trastornos de alimentación.



Fuente: Garner y Garfinkel, 1985 citado en Palmero & Fernández-Abascail, 1998 pag. 19.

En la paciente bulímica los comportamientos restrictivos la conducen a experimentar hambre, lo que favorece la violación de la dieta autoimpuesta y el inicio de los atracones. La pérdida de control le genera sentimientos de culpa, y la ansiedad que experimenta por la violación de la dieta favorece la aparición de conductas purgativas (vómito autoinducido, y/o abuso de laxantes y diuréticos, y/o exceso de ejercicio físico) las cuales le devuelven la sensación de control y disminuyen la ansiedad. De nuevo, como se puede observar en la figura B. lo que mantiene los atracones de la paciente bulímica son las conductas purgativas que tiene un efecto reforzante como controladoras del peso, además de disminuir la ansiedad. En la anoréxica compulsiva/purgativa se combina el ayuno drástico como control de peso con ciclo de atracones-purgas, que en la mayoría de los casos no tienen las dimensiones de las conductas purgativas de las pacientes con bulimia nervosa (Palmero & Fernández-Abascal, 1998).

DEFINICION Y DELIMITACION DE LA OBESIDAD

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo. Aun cuando, desde el punto de vista clínico o asistencial se consideran diferentes tipos de obesidad, así como distintos criterios de clasificación para la misma, para los propósitos de este estudio solo interesa el criterio o método cuantitativo y obesidad se entiende en su expresión general, es decir, como exceso de grasa corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

ETIOLOGIA DE LA OBESIDAD

Bourges (1987), señala que las causas del balance energético excesivo que hace desarrollar obesidad no están bien esclarecidas y que es evidente que las causas son múltiples y que pueden combinarse mencionando que entre los factores más conocidos están:

Factores genéticos

La obesidad es claramente familiar, pero ello puede deberse a factores ambientales como los hábitos alimentarios, la actividad física, valores y actitudes aprendidos en el seno familiar.

Factores hipotalámicos

Como el hipotálamo tiene una gran influencia en la ingestión de alimentos se puede proponer que participa en la etiología de la obesidad. En ratas se pueden dañar áreas específicas del hipotálamo produciendo obesidad o bien anorexia según el caso. Se han informado casos en que, por traumatismo o tumores en el área hipotalámica, se ha producido obesidad en seres humanos, pero esta situación es muy infrecuente.

Factores endocrinos

El hiperinsulinismo, la diabetes mellitus dependientes de insulina, el hipotiroidismo, el hipogonadismo y el síndrome de Cushing. En todo caso, salvo la diabetes, estos trastornos endocrinos son poco frecuentes y por supuesto no explican la mayoría de los casos de obesidad.

Factores psicológicos

El gusto por alimentos y platillos de alta densidad energética, la tendencia a comer porciones mayores y con mayor rapidez, la distorsión en la percepción de la imagen corporal y la menor capacidad para distinguir entre hambre y otras señales (hora del día, estrés, angustia, etc.) que se ven en muchos obesos, son factores que pueden incluirse en este apartado.

El estrés desencadena en muchos obesos el impulso de comer y los excesos en la ingestión o la obesidad misma son causa de estrés, por lo que se genera un círculo vicioso a veces difícil de romper.

Factores culturales

Estos factores influyen decisivamente en los hábitos de alimentación y de ejercicio. En muchas familias hay actitudes y valores que favorecen la obesidad. Se concibe a la obesidad como símbolo de salud, de prosperidad y hasta de felicidad. Se acostumbra a las mesas plétóricas de alimento como índice de abundancia, éxito y generosidad: se acostumbra porciones muy amplias. Se premia con alimento y se castiga con la falta de ellos. Se acostumbra "terminarse todo" y hasta repetir platillos como rasgo elemental de cortesía. Se acude a la comida como remedio a las penas. Se favorecen ciertos alimentos y

formas de preparación que inclinan a ingerir un exceso de energía. Estas y otras conductas, presentes cotidianamente en las tres comidas y unidas al acto familiar importantísimo de reunirse a comer, acaban por generar hábitos de ingestión inconvenientes (Bourges 1987, pp. 6-21).

La obesidad es un mal común que alcanza su mayor prevalencia en los países industrializados, pero que también se observa en las capas privilegiadas de la sociedad en desarrollo y hasta en individuos pertenecientes a núcleos de población en los que la desnutrición es frecuente. Con el avance tecnológico e industrializador de las sociedades en general, se ha incrementado el nivel de la maquinaria productiva así como el de la vida socioeconómica en general, de tal manera que se han desarrollado estilos de vida que facilitan el almacenamiento de grasa, un mayor sedentarismo y la relativa abundancia y fácil acceso de los alimentos (Bricho, 1991 citado por Gómez Peresmitré & Ávila, 1998).

La vida urbana moderna favorece la molicie, no solo por la ubicuidad de transporte mecánico, elevadores, escaleras eléctricas y todo tipo de máquinas que reducen notablemente la actividad física en el trabajo, sino también por la alta proporción de ocupaciones sedentarias, la escasez de tiempo para el ejercicio y la predominancia que tiene la televisión en las horas de recreo; la televisión captura durante horas la atención de la gente que permanece sentada y a veces comiendo sin darse cuenta o expuesta a la publicidad de productos alimenticios ricos en energía. Así la inactividad propia de la cultura urbana, a veces extremada por las costumbres familiares, se vuelve un factor importante en el desarrollo de la obesidad (Bourges, 1987).

CLASES DE OBESIDAD

De acuerdo con Bourges (1987), existen diferentes formas de obesidad según las causas predominantes y según la expresión fenotípica final. Cabe clasificar la obesidad de acuerdo a diferentes criterios:

- a) Su intensidad: diferentes clasificaciones ya sea en grado o con adjetivos como leve, moderada, grave, extrema o monstruosa.
- b) La etapa en la que se encuentra, activa o estable.
- c) Su localización predominante; la obesidad androide (Abdomen superior), tipo "manzana", generalmente se manifiesta en el hombre debido a la estimulación de la testosterona y los corticoides, conlleva mayor riesgo que la de tipo "pera". La obesidad ginecoide (abdomen inferior) tipo "pera"; manifestada principalmente en mujeres debido a los estrógenos.
- d) Su origen; la obesidad exógena, se debe a la relación de la ingesta calórica-gasto energético, el trastorno puede deberse a una ingesta de calorías excesiva, bien por una disminución en el gasto energético o a una combinación de ambas. La obesidad endógena es resultado de una patología ya existente o bien por el efecto colateral de algunos medicamentos.
- e) Su causa principal; genética, hipotalámica, endocrina, psicológica, cultural, idiopática. Sus rasgos histológicos. El crecimiento del tejido adiposo implica siempre hipertrofia, es decir un aumento en el tamaño del adipocito y de su contenido de triglicéridos. A veces, sin embargo, aumenta también el número de adipocitos (hiperplasia). La obesidad hiperplásica o hipercecular se asocia con un inicio en la infancia y es mucho más rebelde al tratamiento que la obesidad hipertrófica que se inicia en la vida adulta (p.3).

COMPLICACIONES CLINICAS

La obesidad es más que un problema estético, es un padecimiento que acorta la vida y que favorece la etiología de las enfermedades crónicas-degenerativas. Varias de las causas importantes de muerte en los adultos son: la arteroesclerosis y sus consecuencias cardiovasculares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus; además la obesidad favorece la litiasis vesicular y eleva los riesgos quirúrgicos, obstétricos y ortopédico. El componente estético existe, pero es muy relativo ya que, según la cultura y la época, la obesidad puede verse como algo indeseable o bien como un símbolo de salud, de prosperidad y belleza (Bourges, 1987).

DATOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA OBESIDAD

En México se desconoce la prevalencia de obesidad ya que existen sólo unos datos aislados, pero la impresión general es que cada día hay más obesos aunque los casos extremos son todavía raros. En los Estados Unidos se estima que hasta el 30% de la población adulta sufre de sobrepeso y 12% sufre de obesidad, lo que coloca a este padecimiento como uno de los más importantes en ese país (Bourges, 1987).

Un estudio realizado por Adamin, Gandoolfo, Meneghelli & Scopinario (1996, citado por Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). Aportan un tratamiento de la obesidad relativamente efectivo (cirugía de derivación biliar-pancreática que combina la restricción gástrica con la desviación del jugo biliar y pancreático hacia la porción distal del iliún), se tomaron mediciones antes de la intervención quirúrgica, un año después y a los dos años, durante el cual los sujetos redujeron sustancialmente el peso y mostraron mantenimiento del peso, independientemente de si guardaban dieta o no.

Entre los resultados más importantes obtenidos antes de la intervención destacan los siguientes. Los sujetos obesos se encontraban profundamente insatisfechos con su forma corporal (98%); se mostraban preocupados por la comida, con la cantidad y calidad de alimentos que consumían (84%); tenían temor de perder el control sobre su ingesta (82%); sostenían hábitos alimentarios inadecuados, comer frente al televisor (60%); comer más rápido que los demás (81%); comen sin darse cuenta (48%); comer como respuesta al estrés psicológico (48%); sentirse hambrientos constantemente (4%) y comer durante la noche (35%). En las dos mediciones post-operatorias, estas respuestas disminuyeron sustancialmente con excepción de la comida nocturna.

Gómez Peresmitré y Ávila (1998) realizaron un estudio en donde exploraron la relación entre conducta alimentaria y obesidad comparando estas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal. Entre los resultados más importantes se encontró: a) en las mujeres una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; b) entre los hombres un factor compuesto por

variables compensatorias y c) un factor común a hombres y mujeres que involucra variables que miden preocupación por el peso corporal y la comida.

FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Las conductas alimentarias pueden convertirse en factores de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, accesos bulímicos, purgas, entre otros) directamente relacionados con el estado salud enfermedad de un sujeto. En la población femenina joven y adolescente norteamericana el consumo de alimentos dietéticos, "light" o bajos en calorías y/ o seguimiento de dietas para el control de peso son conductas que se derivan de una condición considerada normativa, a saber: la insatisfacción con la imagen corporal que tiene que ver con la apropiación de una imagen ideal tan delgada que en la práctica se podría calificar como una imagen anoréctica (Gómez Pérez- Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Existen ciertos rasgos de personalidad que comparten los sujetos que desarrollan alguno de los dos trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia, como son el miedo de perder el control hacia la comida y de engordar, la baja autoestima, así como dificultad para identificar y comunicar sus emociones (Morea, 1999).

Las personas con anorexia, presentan trastornos de ansiedad y trastornos obsesivos compulsivos, se pueden obsesionar con el ejercicio, la comida y por lo tanto hacer dieta. Una tercera parte de los anoréxicos tienen personalidad evasiva, se inhiben emocional y sexualmente; con frecuencia se observa una vida reducida de fantasía sobre todo de tipo sexual en comparación con los bulímicos, son percibidos por los demás generalmente como "buenos", son sumamente sensibles al fracaso y a toda crítica (Morea, 1999).

Morea (1999) menciona que aproximadamente un 40% de las personas con anorexia bulímica, es decir los que pierden peso mediante atracones seguidos de purgas tienden a presentar modelos de pensamiento, comportamiento e imágenes de sí mismos muy inestables, no pueden estar solas y exigen atención constante; además de utilizar recursos emocionales como berrinches, amenazas de suicidio e hipocondría.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dieta para control o reducción de peso. Se ha encontrado que hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación, y que aquello precede el desarrollo de desórdenes del comer, sin importar la edad del dietante (Gómez Peresmitré & Ávila, 1998).

DIETA

La palabra dieta es de origen muy antiguo, y ha cambiado su significado en el transcurso de los siglos. El vocablo dieta tuvo origen en la voz latina diaeta, en la palabra griega diatia, que significa régimen de vida, en virtud de que la alimentación es primordial en la vida y en sus manifestaciones. Antiguamente se aplicaba la palabra dieta a las raciones reducidas en cantidad y modificadas en varios aspectos; pero actualmente se usa en un sentido más amplio, que incluye los regímenes insuficientes en calorías, los normales y generosos en todos los nutrientes a condición de que sean adecuados (Olascoaga, 1969).

El seguimiento de dieta es una práctica muy extendida principalmente entre las mujeres como lo reportan diversos estudios realizados en diferentes países. En México los resultados de uno de los estudios exploratorios realizados con muestras de estudiantes arrojó porcentajes iguales para hombres y mujeres, 50.3 y 49.7, respectivamente (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Gómez Peresmitré & Ávila (1998) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar si en edades tan jóvenes como los niños de 10 años 8 meses, practicaban la dieta intencional, en una muestra de 487 niños; afirmando que con respecto al seguimiento de dieta intencional una cuarta parte (25%) de la muestra había tenido un cambio en el último año respecto a su alimentación encontrando que: un 19% tuvo la intención de bajar de peso y un 6% subir el mismo. se afirma que existe, en un porcentaje preocupante la práctica de la dieta intencional entre los escolares preadolescentes de esa muestra; que el hacer dieta intencional entre los preadolescentes es evitar o disminuir los alimentos más populares o conocidos como "engordadores" (altos en carbohidratos y grasas) y que la dieta intencional tiene dos direcciones: una para bajar de peso, la cual se asocia con factores de

riesgo en el campo de los desórdenes alimentarios, entre ellas con formas de comer riesgosas o anómalas (por ejemplo, comer rápido y grandes cantidades de alimento, típica de la bulimia nerviosa). Sin embargo el hallazgo más importante fue que la otra dirección que toma la práctica de la dieta es con la intención de subir de peso y que ésta también se asoció con algunos de los factores de riesgo, además de que querer subir de peso, no sólo estuvo presente entre los niños, que ha sido lo usualmente reportado.

Algunos investigadores consideran que el seguimiento de dieta más o menos restrictivas con propósitos relacionados con el peso corporal es un precursor de los desórdenes del comer. Por ejemplo Nylander (1971, citado por Gómez Pérez-Mitré, 1993) ha sugerido que existe continuidad, una diferencia cuantitativa, entre hacer dieta para reducir de peso y anomalías de la conducta alimentaria, mientras que otros investigadores se oponen a esta sugerencia señalando que no todos los dietantes desarrollan tales problemas. Por ejemplo, Polivy y Herman (1983, citado por Gómez Pérez-Mitré, 1995) hacen notar que de acuerdo con los datos disponibles, los individuos con desórdenes del comer, comparten varias características con los que hacen dietas preocupación por la comida y por el peso pero existe, señalan los investigadores, una diferencia fundamental, ya que los sujetos con desórdenes del comer despliegan una forma de vulnerabilidad psicológica que es un sentido de ineficiencia y de fracaso.

La inmensa mayoría de las dietas destinadas a perder peso, difundidas y comercializadas a través de distintos medios, son rechazables por los riesgos que entrañan para la salud física del organismo. Investigadores americanos analizaron las dietas para perder peso recomendadas en los nueve libros dedicados a este tema que se estaban vendiendo en Boston de 1983. En su conjunto eran representativas de los distintos tipos de dietas restrictivas que suelen practicarse en cualquier país. Casi todas estas dietas eran representadas como "nuevos" adelantos científicos; se aseguraba que garantizaba la pérdida de peso y una mejor salud, y se acompañaban de un nombre propio que significara "autoridad". En su mayoría hacían afirmaciones científicamente insostenible. Ningún libro presentaba pruebas de lo que defendía. El análisis dietético realizado llevó a la conclusión

de que ninguna de ellas resultaba plenamente fiable a la vista de los riesgos implicados para la salud, y que algunas eran totalmente condenables desde esta perspectiva (Toro, 1996).

COMER CON PRISAS

Muchas de las pautas culturales relacionadas con aspectos aparentemente formales de la comida han cambiado. La familia tradicional, especialmente la situada en el seno de la atmósfera judeocristiana, tenía estructurada su ingestión alimentaria a través de tres comidas: desayuno, comida, y cena, estas comidas no solamente eran ocasión para alimentarse, sino también de reunirse los miembros de la familia, interactuar, comunicarse y en definitiva convivir. En nuestros medios urbanizados, industrializados poco se conserva de estos hábitos. Las comidas suelen realizarlas por separado, cada vez más frecuentemente en medios ajenos al hogar. Muchos trabajadores y estudiantes comparten sus comidas cotidianas o sus ayunos con compañeros y compañeras. De ellos vendrán, pues, las influencias inmediatas que irán decidiendo las conductas y los contenidos de los hábitos alimentarios usuales (Toro, 1996).

Los restaurantes de comidas rápidas y similares son para muchos ciudadanos los principales sustitutos del comedor familiar. "Las comidas rápidas", en general rápidas y escasas, han ocupado el lugar de muchas "comidas lentas" hogareñas. Esta venta de alimentos y su oferta permanente permite consumirlos en cualquier momento del día. Así puede dejar de respetarse los horarios y contenidos tradicionales de las comidas: además cualquiera que sea la hora en que se coma, el alimento suele ingerirse con prisa (Toro, 1996).

EL AYUNO

El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, así como la amplia galería de candidatos a serlo, se practican ahora en función de la imagen corporal. Dios y los sacrificios por Él impuestos han sido sustituidos por la apariencia del cuerpo, por la silueta. Antiguamente el ayuno y la abstinencia estaban asociados a salvación, penitencia, ascetismo y culpa, pero en la actualidad la restricción alimentaria está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Pero se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina, ya que sólo mediante

un cuerpo delgado parece lograrse la aceptación social, y por ende, la aceptación de uno mismo (Toro, 1996).

DEPORTE COMO FACTOR DE RIESGO

En relación con el deporte como factor de riesgo para desarrollar un trastorno de la alimentación, las mujeres son las más afectadas; y según estudios en las disciplinas donde existe mayor incidencia son el atletismo y la gimnasia (Toro, 1996).

También se presentan la incidencia de alguno de estos tipos de trastornos antes mencionados en deportes donde es importante tener un peso corporal bajo, por ejemplo donde se establecen categorías con base en el peso: boxeo, lucha, halterofilia; deportes en donde un peso bajo mejora el desarrollo de los movimientos: gimnasia; deportes donde se requiere una figura delgada ante los jueces: patinaje artístico, gimnasia y deportes de resistencia como son: el fondo, medio fondo y el maratón. (Lemus y Rubin, 1993).

Davis (1992) realizó una investigación con el fin de investigar si existe relación entre las conductas de dieta de las atletas de alto rendimiento y las conductas patológicas para el control de peso de estas mismas; explorando también la importancia del peso y la composición corporal para la ejecución adecuada y la relación existente entre las medidas corporales objetivas y las subjetivas, los factores de personalidad y la preocupación por el peso corporal en una muestra de 99 mujeres atletas con un rango de edad de 13 a 30 años y un grupo control de 111 mujeres no atletas.

Los resultados que se encontraron fueron que el 61% de los sujetos desean perder peso aún cuando su IMC era menor de 20, mientras que el 74% de los sujetos control reportaba perder peso, sin embargo, sólo el 9.2% tenían un IMC abajo o igual a 20. Un dato importante que se encontró es que el 27% de las atletas estaban continuamente a dieta en comparación con el grupo control con un 9% de los sujetos.

Toro (1996) menciona, tres circunstancias que determinan la asociación de alguno de estos trastornos con el tipo de práctica deportiva:

- a) Que el deporte en general o una disciplina específica atraigan a sujetos que ya presentan un trastorno alimentario o están en riesgo de padecerlo, por ejemplo carrera de fondo o gimnasia.
- b) Que la practica deportiva en sí origine el trastorno del comportamiento alimentario.
- c) La actividad deportiva puede desencadenar el trastorno alimentario en personas que tienen una mayor predisposición biológica, social o psicológica.

Es difícil determinar con precisión cuantas personas padecen algún trastorno de la alimentación. Sin embargo los datos disponibles indican que van en aumento y que es conveniente conocer más acerca de ellos; y de los factores de riesgo que intervienen. Así poder actuar con prontitud en caso de sospecha y principalmente hacer lo posible por prevenirlos, emprendiendo programas de educación a nivel comunitario. Este tipo de trabajo necesita de la investigación de equipos multidisciplinarios para que reconozcan la interrelación entre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales (Toro, 1996).

CAPITULO II

IMAGEN CORPORAL

IMAGEN CORPORAL

Martínez-Fornés (1994) mencionan que la imagen corporal se elabora desde la infancia a partir de impresiones sensoriales múltiples: musculares articulares, cutáneos, visuales y auditivos integrándose con la participación de estructuras cerebrales localizadas en el lóbulo temporal, y cuando está representada esta construida, permanece constante e indeleble a lo largo de la vida del individuo.

Por otro lado Cervera (1995), afirma que para la formación de la imagen corporal intervienen diversos factores como los fisiológicos, psicológicos y sociales que se originan por el continuo contacto que se establece con el mundo exterior. En el área psicológica no sólo se origina por el interés que mostramos hacia nuestro propio cuerpo, sino por el interés que muestran las personas que nos rodean, y por las distintas partes que conforman nuestra imagen corporal; mientras que en el área social se integra con base en la observación de lo que hacen con su cuerpo las personas que están a nuestro alrededor.

El concepto de imagen corporal es muy amplio y son diversas las clasificaciones que hacen referencia a ella, existiendo entre las más completas la de Bruchon-Schweitzer (1992), quien define a la imagen corporal como la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo; como el conjunto de percepciones, representaciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. La imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio lo que corresponde también a la aprehensión del sí mismo como objeto y sujeto.

EXPLICACION SOCIAL

Bruchon-Schweitzer (1992) Explica desde un punto de vista psicosocial que la apariencia física particular de un individuo induciría en las personas de su alrededor unas previsiones perceptivas y unas conductas reales que a su vez modelarían las características psíquicas del sujeto al que se dirigen. Esta explicación psicosocial ve en la imposición de unas normas culturales muy convergentes, que asocian a un cuerpo íntegro y atractivo unas características psicológicas deseables.

EXPLICACION CONSTITUCIONALISTA

Ya no es el cuerpo tal como es (cuerpo en sí) sino el cuerpo tal como es percibido por los otros (cuerpo para el prójimo), esta mirada en segunda persona alcanza realmente la apariencia física del otro y a partir de ella se infieren diversos atributos sacados de una verdadera psicología implícita, normativa y reductora. Estas posiciones explicativas anteriormente descritas, tiene en común el considerar al individuo como modelado por unos determinantes externos (biológicos o socioculturales) y el aprehender un cuerpo objetivado por una mirada exterior (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen del cuerpo esta sujeta a distorsiones, evaluaciones favorables o desfavorables, y se ha intentado conocer que aspectos son los que afectaban a dichas evaluaciones, siendo su estudio cada vez mayor al conocer su importancia como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La satisfacción corporal parece depender de alguna manera de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal, y los cánones de belleza son a la vez apremiantes (delgadez inaccesible de las estrellas de cine y de las modelos) y normas comunes muy dictatoriales (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Gómez Pérez-Mitré (1998), realizó una investigación con una muestra de 162 adolescentes mujeres de edades entre 15 y 20 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio. En este estudio propuso un modelo de interrelación entre las variables cuerpo percibido (variable independiente), satisfacción corporal (variable mediadora) y trastornos de la alimentación (variable dependiente), probando el papel de la satisfacción corporal como mediador entre otras variables, partiendo del supuesto de que la autopercepción corporal pierde su efecto o relación con factores de riesgo de trastornos de la alimentación en cuanto se controla la satisfacción/insatisfacción corporal.

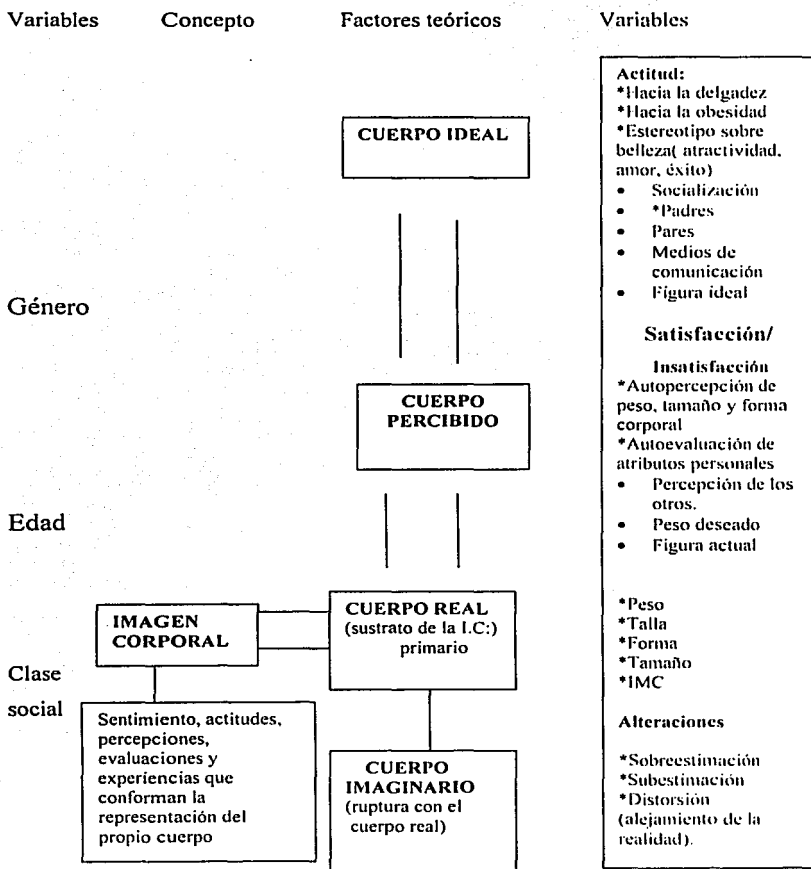
Utilizó para medir la variable independiente (cuerpo percibido) una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que mide "autopercepción del peso corporal", "peso deseado" y "mi peso comparado con mi peso ideal". Se le asignaron los puntajes más altos a las respuestas con mayor problema (autopercepción corporal más negativa). La variable dependiente (factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios) se midió por medio del factor 3 "preocupación por el peso y la comida" de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA). El factor 3 agrupa determinadas conductas alimentarias (p. Ej. Búsqueda de alimentos dietéticos) y por otra parte la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (variable interviniente o mediadora) que se midió por medio de una escala visual conformada por 9 siluetas de figuras femeninas que cubren un continuo de peso corporal desde una figura muy delgada (puntaje = 1), hasta una muy gruesa (puntaje=9), colocadas en orden azarosa, se presenta en dos ocasiones en el cuestionario para medir figura actual y figura ideal.

En los resultados se encontró que el 41.3% de la muestra se autoperciben de manera desfavorable (categoría 6 y 7); 19.2% se autopercebieron de manera aún más desfavorable (categoría 8 y 10); por el contrario, el 39 % mostró tener una autopercepción corporal favorable y muy favorable (categoría 3 y 4). Al obtenerse la media, se encontró una ligera insatisfacción (media=.694; $de = 1.4$).

Al final se correlacionaron las variables; se comprobó que la autopercepción subjetiva (o cuerpo percibido) es el mejor predictor de la satisfacción corporal, y se halló que cuando controla la satisfacción corporal, se pierde la relación significativa previa entre cuerpo

percibido y trastornos de la alimentación, comprobando así el modelo teórico propuesto por la autora. Esta misma autora propone el siguiente esquema de la estructura hipotética del concepto de imagen corporal:

ESQUEMA DE ESTRUCTURA HIPOTÉTICA DEL CONCEPTO IMAGEN CORPORAL



Fuente. Gómez Pérez-Mitré, (1997, p. 20)

Irving (1990, citado en Toro, 1996) investigó que impacto tenía la exposición a ilustraciones de cuerpos femeninos delgados y modelos sobrestimadas en la autoevaluación de una muestra de 162 mujeres estudiantes de preparatoria, las cuales autoreportaron variantes niveles de síntomas de bulimia; comprobando que las percepciones de los cuerpos femeninos por ellas mismas pueden verse afectadas por las ilustraciones exhibidas en revistas y otros medios.

El estudio de Cash (1994, citado en Toro, 1996) pone de manifiesto que la inmensa mayoría, más del 90%, de las personas que evalúan positivamente sus características físicas (apariciencia, "forma física" ó salud") cuentan con una buena adaptación psicológica: autoconcepto positivo, satisfacción general por sus vidas, ausencia de soledad y depresión, etc. Exactamente lo contrario sucede a las personas que valoran negativamente sus características físicas.

Otra investigación que realizaron (Tunner, Hamilton, Jacobs, Angood & Hovde Dwyer, 1997), tuvo el propósito de explorar si las ilustraciones de mujeres delgadas en revistas de moda, afecta la percepción de las mujeres acerca de sus propios cuerpos: o sea que si el impacto de la exposición a estas revistas de moda influye en su satisfacción de la imagen corporal. La muestra fue de 49 mujeres no graduadas inscritas en un curso introductorio de psicología en Nueva Inglaterra en un Colegio femenino, se asignaron a las participantes por dos condiciones experimentales: La mitad (n=24) fue asignada al grupo de revistas de moda, y la mitad restante al grupo de revistas de noticias. El peso medio de la muestra fue de (58.83 kg.) y un rango de (41.8 kg. a 72.72 kg.). La media de altura fue de 64.98 pulgadas y el rango de 60 a 71 pulgadas. La media de edad fue de 18.63 años y el rango de 17 a 21 años.

Como materiales de estímulo se utilizaron ocho revistas, cada una fue seleccionada en base a su popularidad y disponibilidad. Cuatro revista que tenían reputación de exhibir la moda de la delgadez ideal entre mujeres fueron escogidas: Vogue, Bazaar, Elle, Allure. Las cuatro revistas usadas en la condición control fueron: Time, Newsweek, US News & World Report y Business Week.

Se utilizó un cuestionario autoadministrado que constaba de tres partes, para calcular la satisfacción de las mujeres con su imagen corporal. La primera parte del cuestionario consistió en figuras adultas diseñadas e ilustradas por (Stunkard, Sorenson & Schulsinger, 1980; citado en Tunner, et. al., 1997)). A cada participante se le pidió que examinara nueve siluetas femeninas de tallas variables e indicara la figura que reflejara más claramente sus percepciones acerca de su propio tipo corporal, su tipo de cuerpo ideal y el tipo de cuerpo considerado para ser el más adecuado para la sociedad. Una escala de nueve puntos fue para la calificación de estas siluetas, los números más bajos correspondientes a las siluetas más delgadas.

La segunda parte de cuestionario contenía 31 reactivos desarrollados por los investigadores, los cuales valoraron las percepciones de los respondientes acerca de sus propios cuerpos y sus actitudes y conductas de hacer dieta; También había preguntas respecto al peso y talla actuales, y los ideales y deseados por cada participante. Otra de las preguntas fue cual de las ocho revistas fue la que leyeron antes de contestar el cuestionario.

Después de explicarles a las mujeres acerca del estudio, cada participante fue informada de que habría un pequeño retraso, se les sugirió que dejaran sus libros y otras cosas en el lobby y los siguieran a un pequeño cuarto donde esperarían a solas. El cuarto de espera contenía tres sillas y una mesa donde había cuatro revistas. Para la mitad de los participantes, el cuarto de espera contenía solo revistas de noticias y para la otra mitad había solo revistas de moda. En la sala de espera no había ni posters, ni fotografías de gente u otros materiales de lectura.

Los resultados en cuanto a la satisfacción con la imagen corporal, actitudes y conducta de hacer dieta y preocupación por la delgadez: Se encontró que las mujeres que vieron revistas de moda reportaron más frecuentemente sentirse muy frustradas acerca de su peso $t(37) p=.046$; hacer dieta $(37) p=.046$; pesarse a sí misma más de una vez a la semana $t(37)= 1.71$, $p=.048$; sentirse culpables mientras comen $t(37)=2.00$, $p=.27$; estar preocupadas por el deseo de ser delgadas $t(37)=1.87$, $p=.035$. Similarmente cuando fueron comparadas con las mujeres que vieron revistas de noticias, aquellas que vieron revistas de moda menos frecuentemente, reportaron estar contentas con sus cuerpos $t(37)=1.87$, $p=.035$ y sentirse satisfechas con la forma de sus cuerpos $t(37)= 2.22$, $p=.016$.

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

Navarro (1999) realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar si existía relación entre el inicio de la vida sexual activa y la imagen corporal (sobrestimación/subestimación ; satisfacción/ insatisfacción) . De acuerdo con los resultados expuestos se encontró que un cien por ciento de las adolescentes sin vida sexual activa reportaron vivir con su familia nuclear, mientras que menos de la décima parte de las adolescentes con vida sexual respondieron que no vivían con su familia nuclear.

Más de la mitad de la muestra de adolescentes sin vida sexual reportó haber presentado la menarca entre la edad de los 12 y 14 años, mientras que una tercera parte de las adolescentes con vida sexual la presentó entre la edad de los 9 y los 11 años por lo que se pudo relacionar en esta muestra la presencia de la menarca en una edad más temprana con el inicio de la vida sexual activa.

Por otra parte, se encontró que más de la mitad de la muestra sin vida sexual reportó no tener problemas con su forma de comer, aunque fue notable que la misma proporción de adolescentes de esta muestra de adolescentes con vida sexual activa resultó tenerlos. de esta forma entre las adolescentes de esta muestra se relacionó en mayor medida la vida sexual activa con problemas alimentarios. También respecto a la conducta dietaria sobresale que más de la mitad de la muestra de adolescentes sin vida sexual reportó no realizar dieta alguna en comparación con las adolescentes con vida sexual que en la misma proporción reportaron hacer dieta.

Respecto a la satisfacción con la imagen corporal reportada mediante la medición indirecta resultó ser menor a una cuarta parte de la muestra mientras que por medio de la medición directa se incrementó a una tercera parte, lo que indica que cuando se pregunta de manera directa su respuesta de satisfacción es notablemente menor, lo cual se ha interpretado como una respuesta influida por nuestra cultura, parece ser que las adolescentes mexicanas no están dispuestas a aceptar abiertamente dicha insatisfacción siendo contrario de lo que se reporta entre las adolescentes norteamericanas. Así fue claro el efecto de deseabilidad social en el que se dio una respuesta socialmente aceptada (Gómez Pérezmitré, Saucedo & Unikel, 2001).

En cuanto a la pregunta central de esta investigación acerca de (tener relaciones sexuales o no en la adolescencia se relaciona con la imagen corporal) fue negativa; es decir, parece ser que la satisfacción con la imagen corporal y la alteración con la misma se comportan de manera independiente del hecho de haber iniciado o no la actividad sexual. Sin embargo se encontraron tendencias que mostraron que las adolescentes que habían iniciado su vida sexual mostraron tener mayores problemas en la conducta alimenticia de riesgo.

En otra investigación realizada por (Rodríguez y Sánchez, 2001) que tuvo como propósito determinar la relación entre imagen corporal y autoestima tomando como variable de clasificación inicio o no de la vida sexual. Se tuvo como resultados que casi tres cuartas partes de la muestra no habían iniciado su vida sexual. De las adolescentes que las habían iniciado, la mayoría indicó que el comienzo de ésta fue dentro de un rango de edad de 15 a 19 años.

Ahora bien, las adolescentes que indicaron que sus relaciones sexuales eran satisfactorias la mayoría se encontraban satisfechas con su imagen corporal en comparación con las adolescentes con relaciones sexuales insatisfactorias quienes estaban insatisfechas con su imagen corporal. Así mismo se encontró que las adolescentes que tuvieron relaciones por causas ajenas a su voluntad se encontraban insatisfechas con su imagen corporal en comparación con las adolescentes que habían tenido relaciones por su voluntad quienes alcanzaron mayor porcentaje en cuanto a satisfacción con su imagen corporal. Puede

decirse entonces que las chicas que iniciaron su sexualidad por causas ajenas a su voluntad y que sus relaciones sexuales no eran satisfactorias estaban insatisfechas con su imagen corporal.

Con respecto a la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se encontró que de la muestra total casi la tercera parte respondió estar satisfecha con su imagen corporal. En el grupo con vida sexual existe una mayor insatisfacción positiva, es decir, que se quiere estar más delgada ésta misma tendencia se observa, en mayor grado, en el grupo sin vida sexual. Los resultados sugieren que en esta muestra la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que no tienen vida sexual que con las que tienen, contrario a los resultados obtenidos en el estudio de Navarro (1999), en el cual la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que tienen vida sexual.

En cuanto a la alteración de la imagen corporal también se encontró, en el grupo con vida sexual, menor alteración en comparación con el grupo sin vida sexual en el cual se presentó una mayor alteración del peso corporal. En ambos grupos la alteración de la imagen corporal se produjo en el sentido de una subestimación, es decir las adolescentes se autopercebieron más delgadas que su peso real (Índice de masa corporal IMC).

Entre los resultados obtenidos en un estudio realizado por (Martínez y Sánchez, 2001) se encontró que las adolescentes que no han iniciado su vida sexual se preocupan un poco menos por su peso que las que ya la han iniciado. Las jóvenes que no han iniciado su vida sexual respondieron haber hecho dieta en un porcentaje menor en comparación de las que si habían iniciado su vida sexual.

La mayoría de las adolescentes de este estudio reportó haber iniciado la práctica de dietas restrictivas entre los 12 y 17 años siendo las jóvenes que si han tenido vida sexual quienes inician la dieta mayormente de dicho rango de edad a comparación de las que no han iniciado vida sexual; y también son las que inician más tempranamente las dietas, alrededor de los 9 años o menos indicando que probablemente las adolescentes se encuentre ligeramente más preocupadas por su peso y por su imagen corporal a más temprana edad

que las que inician su vida sexual más tardíamente. No encontraron diferencias significativas en la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y la alteración de la misma en relación con el inicio de vida sexual entre las adolescentes, ni tampoco según el tipo de escuela a la que asisten (pública o privada).

INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria en tanto constituye el común denominador de las mismas, es decir, se encuentra presente tanto en la anorexia nervosa como en la bulimia y en la obesidad. Forma parte, en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sindromático. Así la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Thompson, (1990), En su teoría de la discrepancia del yo explica el desarrollo y mantenimiento del trastorno con la imagen corporal, en donde enfoca las tendencia individual de las comparaciones de su apariencia percibida con un ideal imaginado o con algún otro ideal. Este proceso de comparación puede deberse a una discrepancia entre el yo-ideal y el yo-real, lo que indica la insatisfacción con la imagen corporal. Es decir a mayor discrepancia percibida mayor insatisfacción y esto está directamente relacionado con las altas tasas en los trastornos alimentarios.

La constante es la insatisfacción corporal y por tanto la manifestación permanente de haber asumido el culto al cuerpo como valor adolescente y juvenil es de significativa relevancia. Todo este cúmulo de adolescentes y jóvenes mayoritariamente preocupados y angustiados por su cuerpo, habiendo interiorizado sobre todo las chicas el modelo estético de la delgadez cumpliendo su estabilidad psicofisiológica entre el ejercicio físico adelgazante y las dietas restrictivas (Toro, 1996).

Aquino (1998), realizó una investigación con el objetivo de determinar si se presentan factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios en un grupo de mujeres de entre 18 y 50 años; que realizan ejercicio físico (aeróbicos 84%, entrenamiento con pesas 10%, natación 2% y karate 2%) y mujeres sedentarias. Aplico la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), (Gómez Pérez-Mitré. 1998) también un inventario de razones para hacer ejercicio (INRAJE) (Gómez Pérez-Mitré. 1997) a las mujeres que hacían ejercicio, además efectuó mediciones antropométricas al 20% de la muestra total de la población para estimar el Índice de Masa Corporal (IMC).

Entre los resultados obtenidos se encontró que las mujeres que realizaban ejercicio físico entrenaban entre 1 y 2 horas diarias, por lo que no hacían ejercicio en exceso; por otra parte, en promedio en ambos grupos de mujeres que presentaron sobrepeso y deseaban tener un peso menor que el que tenían, No obstante las mujeres sedentarias estuvieron más insatisfechas con su imagen corporal.

En cuanto a la alteración de la imagen corporal y su relación con el IMC, en ambos grupos se observó que la estimación de la figura corporal actual coincidió con su peso real y en este sentido, no hubo alteraciones de la imagen corporal, puesto que se autopercebían con sobrepeso y su IMC real indicaba sobrepeso, sin embargo, las que hacían ejercicio subestimaron su imagen corporal; es decir, se consideraron más delgadas de lo que realmente eran.

La estimación de IMC en ambas muestras indicó que las mujeres que hacen ejercicio presentan un sobrepeso mayor que las que no lo hacían; así mismo, quienes hacen ejercicio consideran más importante la figura corporal para tener éxito en diferentes rubros de su vida. Las mujeres que no hacían ejercicio han recurrido más ocasiones a las dietas restrictivas para controlar su peso, además, comenzaron a presentar esta conducta a edades más tempranas que las que hacen ejercicio físico, no obstante, a partir de los 18 años la mayoría de las mujeres de la muestra total ya habían practicado algún tipo de dieta.

Con respecto a lo que se obtuvo en el INRAJE mostraron que los principales motivos por los cuales hacen ejercicio es el deseo de modificar su cuerpo y controlar su peso, autoaceptarse y sentirse aceptadas por otros y sentir que tienen control y disciplina sobre su cuerpo; en cambio, consideran que es menos importante practicar ejercicio para mejorar su calidad de vida y su salud. De igual manera, recurren a la práctica de ejercicio físico porque les hace sentir bien o les ayuda a olvidar los problemas.

Los resultados del EFRATA respecto a los factores de riesgo relacionados con los trastornos alimentarios, mostraron que las mujeres que hacían ejercicio tenían hábitos alimenticios inadecuados (como se comprueba por el sobrepeso), pero al mismo tiempo se preocupan por la comida y evitar comer tortilla, harinas o grasas, pero pasan por períodos que comen en exceso y procurar hacer más ejercicio para controlar el peso. Por su parte, las mujeres sedentarias tienden a recurrir a conductas psicológicamente compensatorias, con el fin de aliviar tensiones y sentirse bien, aunque no se encontró diferencias significativas.

También se observó que las mujeres que realizan ejercicio físico tienen mejores hábitos alimenticios que las sedentarias y en general; no se observó la práctica de conductas de evitación o compensatorias. En relación con obesidad y sobrepeso, la insatisfacción con la imagen corporal tiene un fundamento real, es decir, en la obesidad puede existir un importante exceso de grasa corporal, o no tan importante, por ejemplo en el caso del sobrepeso, y darse de cualquier manera esa sobrevaloración. Dicha insatisfacción se caracteriza, además por la fragmentación del conocimiento del propio cuerpo. La persona obesa se relaciona pobremente con su cuerpo: lo "ven" poco, no lo quieren ver; si lo ven reflejado lo desconocen, lo rechazan; lo "usan" poco, es sedentaria y lo "disfrutan" poco (Braguinsky, 1987). Se ha encontrado que el porcentaje más alto (90.5) de las mujeres que acuden a tratamientos para "reducción" de peso, está formado no precisamente por obesas ni siquiera por mujeres con sobrepeso importante, sino por personas que, de acuerdo con su Índice de Masa Corporal, se encuentran dentro de los límites del peso normal, con leve sobrepeso, y aun con peso inferior al normal (Stunkard, 1984, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

La insatisfacción con la imagen corporal señala una influencia cultural ya reportada en otros estudios (por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001), que se interpreta como un fenómeno de discapacidad social, esto es que no se acepta una respuesta pública de insatisfacción con la imagen corporal; mientras que en Estados Unidos varios investigadores (Cash & Pruzinsky, 1990., Fallon, 1994., citados en Gómez Pérez-Mitré, 2001) señalan que la respuesta de insatisfacción corporal son normativas (es lo esperado, lo socialmente aceptado), a diferencia de las respuestas obtenidas en población mexicana, se ha encontrado que cuando se pregunta directamente “que tan satisfecha...”, los porcentajes más altos corresponden a que se está satisfecha o muy satisfecha con la imagen corporal, como si lo culturalmente aceptado o esperado fuera no quejarse de algo tan privado como es la forma del propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

Un paradigma procedente de unas corrientes interaccionistas de la psicología social y del desarrollo descritas por Bruchon-Schweitzer (1992) menciona que la interdependencia entre apariencia física y personalidad se construiría durante nuestra experiencia de relación. Nuestra apariencia induciría en el entorno unas actitudes coherentes, que a su vez afectarían a nuestras actitudes y nuestros comportamientos. Este modelo postula la existencia de un refuerzo social diferencial, en el cual es importante tomar en cuenta estas tres hipótesis:

- 1) El entorno social, principalmente las personas que tienen un papel significativo en él; percibe la apariencia física de un sujeto de manera concordante.
- 2) Esta apariencia física del sujeto induce en los otros unas percepciones, evaluaciones y comportamientos repetidos y coherentes en los diversos medios en los que se desenvuelve, ya que unas apariencias diferentes suscitan actitudes también diferenciadas más o menos favorables o desfavorables.
- 3) Los sujetos de estas actitudes las perciben y después las interiorizan progresivamente, hasta el punto de que afectan de manera significativa su imagen de sí mismos y sus comportamientos; en definitiva su personalidad se adapta poco a poco a las expectativas sociales de que ha sido objeto.

La mayor parte de los autores partidarios de la corriente interaccionista han considerado implícitamente que la dimensión más importante de la percepción del cuerpo, el de los otros y el nuestro era evaluativa, esto se refiere a unas normas ideales (Bruchon-Schweitzer, 1992).

CUERPO COMO VALOR SOCIAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Es difícil entender este dramático rechazo al sobrepeso sin situarlo en un contexto histórico y social en el que la condena del sobrepeso y por tanto su prevención y lucha contra el mismo constituyen prácticas y encarnan valores extraordinariamente difundidos en el mundo occidental. Es difícil encontrar otras temáticas que se compartan y manifiesten tan colectiva y unitariamente. ¡ Cuán lejos estamos de los tiempos y sociedades en que la obesidad, las redondeces, la exuberancia, especialmente en la mujer, eran vistas como signo de fertilidad, símbolo de riqueza, señal de fortuna, y, en última instancia, como características físicas integradas en los patrones de belleza! (Toro, 1996).

Sin embargo menciona Fallon, Katzman, Wooley (1990) que existen y sobre todo han existido, importantes diferencias individuales o de grupos en el seno de una misma cultura. Así, durante el renacimiento las carnosas mujeres de Tiziano fueron pintadas al mismo tiempo que Granach reproducía eróticas féminas delgadas. Este hecho da idea de la existencia de subculturas con concepciones distintas del atractivo femenino. Así, esos pintores renacentistas vivían insertos en una sociedad que, aunque polarizada sin duda sobre un patrón estético sumamente consensuado y difundido, mantenía cierta heterogeneidad.

Es imposible hacer referencia a la imagen corporal y a su integración en el autoconcepto del individuo sin plantear los criterios de evaluación estética del cuerpo femenino y su evolución a lo largo del tiempo y de las diversas culturas. Se ha dicho que la evaluación de la estética corporal guarda estrecha relación con el vestido, aunque quizás mejor sería decir

con el desnudo. Las zonas corporales que en los vestidos quedan al descubierto tienden a ser las que concentran más atención social y por consiguiente más pueden constituirse en objeto de evaluación estética y/o sexual (Fallon, Katzman, Wooley, 1990).

El cuerpo femenino sigue siendo así lo tiene interiorizado toda mujer su elemento básico de atractivo interpersonal, de valoración social. Las exigencias sociales concernientes a la estética corporal deben ser asumidas por la mujer y el estar delgada se ha constituido en el objetivo a perseguir (Toro, 1996).

Toro (1996) Menciona que únicamente mediante la delgadez corporal parece posible alcanzar una autoestima suficiente. El anhelo de la delgadez está galvanizando a toda una sociedad, se trata de un fenómeno de radical novedad, por sus dimensiones, en la historia de la humanidad; esta participación está dramáticamente alarmante en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en la que se desarrollan sus vidas.

Principalmente en la adolescencia es donde se dan los cambios corporales, y se obliga a fijar la atención sobre el propio cuerpo e integrarlo en la autoimagen general tras su imprescindible evaluación. Es ése el momento en el que la adolescente compara su imagen (mental) corporal con el modelo estético corporal vigente en su medio social, modelo que asume plenamente, anhelando y procurando que su cuerpo, renovado y recién estrenado, se aproxime máximamente a aquel (Fallon, Katzman, Wooley, 1990).

Podemos ver que la cultura establece la norma (un cuerpo delgado): la biología individual suministra razones para la inadecuación o la limitación (p. ej., un cuerpo grueso); la cultura proporciona el procedimiento aceptable para modificarla (comer menos), y el status como miembro del grupo cultural (esto es, ser mujer y poseer una autoestima dependiente de los atributos físicos) influye en el vigor con que el individuo persigue los procedimientos de modificación (Toro, 1996).

El atractivo no reside exclusivamente en el volumen del cuerpo, claro está. El rostro, el cabello, los ojos, las manos, la forma de moverse y caminar, el color de la piel, etc., son otro tantos factores, que conjuntamente, y también por separado, constituyen el atractivo físico de cualquier persona. La valoración preferente de una u otra característica dependen del momento histórico de cada sociedad o grupo social. Pero es evidente que el volumen corporal constituye el sujeto esencial de atracción física, y por tanto personal en nuestro aquí y ahora. Los estudios de la apariencia y el atractivo físico en general han demostrado que la persona considerada atractiva, comparada con quién no lo son, recibe más apoyo y aliento para desarrollar repertorios conductuales socialmente fiables y competentes (Toro, 1996).

Por el contrario, las personas no atractivas suelen encontrar ambientes sociales que oscilan entre la indiferencia y el rechazo, desalentando el desarrollo de habilidades sociales y de un autoconcepto positivo. Las personas físicamente atractivas reciben más reforzamiento social por los mismos comportamientos que sus iguales menos atractivas (Cash, 1990).

No es de extrañarse que en las mujeres, la obesidad esté asociada a movilidad social negativa, es decir, a descenso de nivel socioeconómico. Tal fenómeno sería el resultado de la conciencia de todas esas manifestaciones segregacionistas más ó menos encubiertas: académicas, sociales, laborales, y personal-afectivas. Sin olvidar por supuesto, las consecuencias de su propio nivel de autoestima. Se produciría, pues, una especie de "Selección natural" de mujeres delgadas que tendrían más éxito en sus vidas gracias a esa característica de su físico (Stunkard, 1975, citado en Toro, 1996).

Mazur (1986, citado en Toro, 1996), señala que sea cual fuere la variabilidad geográfica de las normas de belleza que halla existido en otras épocas, el desarrollo de los medios de comunicación de masas a lo largo del siglo XX tiende a imponer en todo el mundo unas normas tanto de belleza como de moda más uniformes que en ningún otro momento. Las exposición a distintos medios de comunicación promueve una imagen extrema de cuerpo ideal, creando así una insatisfacción por el propio cuerpo que conduciría a incrementar la sintomatología relativa a los trastornos del comportamiento alimentario.

La promoción y multiplicación de los medios de comunicación de masas constituyen un fenómeno que, con toda probabilidad, es el principal responsable de la difusión del trastorno a través de todo el tejido social. Se trata de unos medios que, junto a todas sus sugerencias e informaciones verbales, incluyen profundamente imágenes de todo orden y, especialmente imágenes de cuerpo humanos. A través de las imágenes, sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que, entre muchas otras consecuencias, facilitan la difusión y consiguiente interiorización colectiva de la cultura de la delgadez. Pero estos mensajes promotores de adelgazamiento no son sólo reflejo de los valores estéticos dominantes referidos al cuerpo, sino también se trata de publicidad directa o encubierta al servicio de potentísimos o incluso modestos grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir disminuciones de peso o supuestas remodelaciones de la silueta corporal (Stice: 1993; citado en Toro, 1996).

La valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores, esta drásticamente determinada por la cultura ambiental. Una cultura puede determinar los criterios de la valoración, concretamente los concernientes a la estética corporal, pero por supuesto no pueden conseguir que todos sus miembros moldeen sus cuerpos de acuerdo con aquellos criterios. Los desfases entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada individuo concreto serán, forzosamente, fuente de malestar, de ansiedad (Fallon, Katzman, Wooley, 1990).

CAPITULO III

ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta. Este período de transición implica cambios significativos en una o más áreas del desarrollo. La adolescencia temprana puede ser la transición más extrema de todo el ciclo de la vida, que incluye cambios en todos los aspectos del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social.

Dicha etapa puede ser una experiencia en general grata, pero llena de dificultades y vicisitudes que se han de encontrar en un sendero lleno de temores, anhelos, pérdida de objetos infantiles, con los consecuentes duelos, soledad, dependencia, aprendizaje formal, exámenes escolares, dudas sobre la propia capacidad y sensaciones de extrañamiento y convicción de que no se es comprendido.

En esta época de rápidos cambios físicos, sociales y emocionales, buscamos nuestra identidad, nos rebelamos ante la autoridad, luchamos por nuestra independencia, buscamos ser aceptados por nuestros compañeros, pasamos por cambios en nuestro cuerpo y en la imagen que tenemos de nosotros mismos. La adolescencia es una etapa de búsqueda y comprensión de valores. Hay un conflicto entre los valores propios y los de nuestros padres, amigos y maestros (Pick, y Vargas, 1999).

Monroy (1994), menciona que, etimológicamente la palabra adolescencia proviene de ad: a, hacia y olescere de olere: crecer. Es decir, significa la condición y proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de crisis, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal. Para Rodríguez (1997), el vocablo adolescencia proviene del verbo latino adolecer que quiere decir crecer; esto significa no sólo el crecimiento físico sino el desarrollo mental.

Baron (1996) define a la adolescencia como un período que empieza con el inicio de la pubertad, un estirón súbito en el crecimiento físico que se acompaña por la madurez sexual

y que termina cuando los individuos asumen los papeles y responsabilidades asociadas con la vida adulta.

La Organización Mundial de la Salud (1989) define a la adolescencia como un fenómeno psicosocial, comprendido entre los 10 y los 19 años y la juventud como el que se ubica entre los 19 y 24 años. Debido a que los datos de las investigaciones existentes narran resultados de personas de 10 a 24 años, pues no ha habido un consenso de edades seleccionadas, en el presente se considera que la juventud comienza con la adolescencia y se discuten conductas de rango de 10 a 24 años.

La adolescencia temprana señala la transición para salir de la niñez, y la adolescencia posterior, la transición hacia la edad adulta; ningún periodo está demarcado abruptamente. Antes del siglo XX, los niños ingresaban al mundo de los adultos cuando maduraban físicamente o cuando comenzaban a aprender algún arte u oficio, pero en la actualidad el inicio de la edad adulta es menos claro.

Existen varias razones, la primera es que la pubertad empieza a una edad más temprana que en otras épocas, de manera que es más largo el tiempo entre la pubertad y la edad adulta. La complejidad de la sociedad actual que exige más tiempo para la educación, lo cual pospone la llegada para ser adultos. Otra es que en las sociedades industriales modernas existen pocos indicadores definitivos para establecer la edad adulta, a diferencia de las culturas tradicionales que, por lo general, marcan su llegada con un rito de "ingreso a la edad". El ritual puede llevarse a cabo a determinada edad, como el bar mitzvah y el bat mitzvah, el rito judío de consagración que se utilizan para dar la bienvenida a la sociedad adulta a los muchachos y a las chicas de 13 años de esa religión. También puede relacionarse con un hecho específico como la primera menstruación de la niña que las tribus apaches celebran con un ritual de cuatro días de cánticos desde el alba hasta el anochecer (Papalia, 1999).

Papalia y Wendkos (1999) señalan que los jóvenes en Estados Unidos se consideran adultos a diferentes edades, según el indicador que utilicen. Existen varias definiciones legales sobre ser adulto: a los 18 años, las personas pueden casarse sin consentimiento de

sus padres; a los 17 pueden ingresar al ejército; de los 18 a los 21, de acuerdo con la ley de cada estado, pueden firmar contratos. Según las definiciones sociológicas, las personas se consideran adultas cuando pueden mantenerse por sus propios medios o han elegido una carrera, se han casado o han organizado una familia. También existen definiciones psicológicas; con frecuencia se considera que la madurez cognoscitiva coincide con la capacidad para el pensamiento abstracto. La madurez emocional puede depender de logros como descubrir la propia identidad, independizarse de los padres, desarrollar un sistema de valores y establecer relaciones maduras de amistad y amor (Papalia, 1999).

En México, el censo de 1990 nos indica que el 12 por ciento de la población total se encuentra entre los 10 y los 14 años (10,175,510 adolescentes) y el 13 por ciento entre 15 y 19 años (10,620,185 adolescentes). De éstos el 14 por ciento (3,390,498) de 10 a 14 años y 13 por ciento (3,136,675), de 15 a 19 años están en áreas rurales. De los jóvenes entre 15 y 19 años el 49.7 por ciento de los varones y el 53.9 por ciento de las mujeres sólo estudian; el 31.8 por ciento de los varones y el 14.3 por ciento de las mujeres sólo trabajan; el 10 por ciento de los varones y el 4.5 por ciento de las mujeres trabajan y estudian, y el 8.5 por ciento de los varones y el 27 por ciento de las mujeres ni estudian ni trabajan. El 12 por ciento de los jóvenes entre 15 y 19 años están casadas y el 6.3 por ciento en unión libre. El 4.4 por ciento de los varones están casados y el 2.3 por ciento en unión libre (Monroy, 1994).

Es importante observar que el 17.1 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de área rural están casadas, en comparación con el 9.9 por ciento de las de área urbana. Otro dato digno de considerar para hablar de adolescencia, en relación con la sexualidad, es la tasa de fecundación que en el grupo de 15 y 19 es de 132 (10.1 por ciento) para 1970 y 84 (11 por ciento) para 1986. En el grupo de 20-24 para 1970 es de 307 (23.4 por ciento) y para 1986 es 202 (36.5 por ciento) (Monroy, 1994).

No debe olvidarse que si bien las definiciones cronológicas son estadísticamente convenientes, en realidad existe una gran variación en la sincronización y la duración, aunque no en la secuencia de los cambios biológicos, sociales y psicológicos que

caracterizan este periodo de transición que, en la mayoría de las culturas, se inicia con la pubertad (OMS, 1989).

CAMBIOS FÍSICOS

Por lo general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse. Aunque los cambios físicos de esta época de la vida son trascendentales, no surge de una sola vez al final de la niñez. Los cambios biológicos que señalan el final de la niñez producen un rápido crecimiento en estatura y peso, cambios en la forma y las proporciones del cuerpo, y el logro de la madurez sexual; el comienzo de la menstruación en las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción), y el desarrollo de las características sexuales secundarias que son señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores (Papalia, 1999).

La pubertad tarda casi cuatro años y comienza alrededor de dos años antes en las niñas que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este periodo hacia los nueve o diez años de edad, y llegan a la madurez sexual hacia los 13 o 14 años. Sin embargo hay niñas en las que pueden presentarse las primeras señales a los siete años o después de los 14, llegando a la madurez sexual a los 9 o 16. La edad promedio para que los chicos entren a la pubertad es a los 12 años y alcanzan su madurez sexual a los 14. Sin embargo, en niños pueden comenzar a manifestar sus cambios a los nueve años o a los 16, y llegar a la madurez a los 11 ó 18 años (Chumlea, citado en Papalia, 1999).

SECUENCIA HABITUAL DE LOS CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA

CARACTERÍSTICAS FEMENINAS

EDAD DE APARICIÓN

Crecimiento de los senos	8 -13
Crecimiento del vello púbico	8 -14
Crecimiento del cuerpo	9.5-14.5(promedio máximo, 12)
Menarquia.	10-16.5 (promedio 12.8)
Vello axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que pueden llevar a la aparición del acné.	Casi al mismo tiempo de la aparición del vello axilar.

CARACTERÍSTICAS MASCULINAS

EDAD DE APARICIÓN

Crecimiento de los testículos y el saco escrotal	10 - 13.5
Crecimiento del vello púbico	10 -15
Crecimiento del cuerpo	10.5-16 (promedio 12.5)
Crecimiento del pene, la prostata y las glándulas seminales.	11 -14.5 (promedio 12.5)
Cambio de la voz	Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene.
Primera eyaculación de semen	Casi un año después del inicio del crecimiento del pene.
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición Del vello púbico.

Fuente: (Papalia & Wendkos, 1999 pp. 533).

Los cambios físicos de la adolescencia siguen una secuencia que es mucho más consistente que su aparición real, aunque este orden varía en cierta forma de una persona a otra; las secuencias habituales aparecen en los cuadros anteriores. Algunas personas pasan por la pubertad con rapidez mientras que otras lo hacen con más lentitud. En una niña, por ejemplo, pueden crecer sus senos y el vello casi en la misma proporción; sin embargo, el vello corporal de otra chica puede crecer mucho más rápido que los senos y el patrón de su vello como adulta aparece un año antes de que se desarrolle el pecho. Los mismos tipos de variaciones aparecen entre los muchachos (Tobin-Richards, Boxer, Kavrell y Petersen, 1984, citado en Papalia, 1999).

Cabe mencionar que cuando comienza la pubertad, en algún momento determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a secretar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico.

La pubertad, entonces, se presenta como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal fisiológica; su respuesta en una niña es que los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de la hormona femenina estrógeno, y en un muchacho, que sus testículos aumentan la producción de los andrógenos, particularmente de testosterona. Tanto varones como mujeres tienen ambos tipos de hormonas pero las chicas tienen niveles mayores de estrógenos y los muchachos de andrógenos. Hacia los siete años de edad, los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican a la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimulan el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal. (Papalia, 1999).

La menarquía es el signo más evidente de la maduración sexual en las niñas, la primera menstruación, o expulsión mensual de tejido uterino. esta se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino. En promedio, una niña en Estados Unidos menstrúa por primera vez hacia los 13 años (12.8 años) siendo el rango normal entre los 10 y 16.5 años. Esta condición se presenta alrededor de dos años después del desarrollo de los senos y del crecimiento de su útero, y después del crecimiento repentino, ese aumento se detiene (Papalia, 1999).

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones, en especial con la agresión en el muchacho y la agresión y la depresión en las niñas (Brooks-Gunn, 1988, citado en Papalia, 1999). Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambios en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario recordar que en los seres humanos la influencia social se combina con la hormonal y puede predominar. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de la hormona testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que sus amigos hacen que con lo que sus glándulas producen (Brooks-Gunn y Reiter, 1990, citado en Papalia, 1999).

LA TENDENCIA SECULAR

Sobre la base de fuentes históricas, los defensores de la teoría del desarrollo han deducido la existencia de una tendencia secular, es decir un descenso en la edad en que se inicia la pubertad y los jóvenes llegan a la estatura de adultos y alcanzan su madurez sexual. Una tendencia secular solamente puede observarse a través de varias generaciones. Esta tendencia, que incluye aumento en la estatura y el peso en la edad adulta, comenzó hace cerca de 100 años y se ha presentado en Estados Unidos, Europa Occidental y Japón, pero aparentemente no en algunas otras naciones (Chumlea, 1982, citado en Papalia, 1999).

La explicación más obvia para esta tendencia secular parece ser un estándar de vida más alto. Los niños son más saludables, están mejor nutridos y reciben mejor cuidado para madurar más temprano y crecer más. Esta explicación tiene el respaldo de la evidencia: la

edad de la madurez sexual se presenta más tarde en las naciones menos desarrolladas que en las industrializadas, por ejemplo las niñas bundi de Nueva Guinea no comienzan a menstruar sino desde una edad promedio de 18 años. en comparación con el promedio de 12.8 años en Estados Unidos (Tanner, 1989, citado en Papalia, 1999).

Una señal temprana de maduración es el crecimiento repentino del adolescente. un aumento evidente de la estatura y el peso que, por lo general, comienza en las niñas entre los nueve años y medio y los 14 años y medio (por lo común hacia los diez años), y en los muchachos entre los diez años y medio y los 16 años (usualmente hacia los 12 ó 13 años). En general dura cerca de dos años, y poco después que el crecimiento repentino termina. el joven alcanza su madurez sexual. El crecimiento en la estatura virtualmente llega a su máximo hacia los 18 años de edad. Antes del crecimiento repentino. los varones son 2% más grandes que las niñas. Entre los 11 y los 13 años, las chicas son más altas. pesadas y fuertes. Después del crecimiento repentino los muchachos vuelven a ser más grandes casi en 8%. El crecimiento repentino en los varones es más intenso; su aparición tardía permite un período de crecimiento adicional ya que el crecimiento antes de la pubertad se presenta a un ritmo mayor que después de ella.

Chicos y chicas crecen de manera diferente durante la adolescencia. Ellos son más grandes en su conjunto, sus hombros son más amplios, sus piernas más largas con respecto al tronco y sus antebrazos son más largos con respecto a los brazos y a su estatura. La pelvis de ellas se ensanchan para dar cabida a un posible embarazo. y en su piel se forman capas adicionales de grasa para darle un aspecto más redondeado.

En ambos sexos, el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. Incluso los ojos crecen. produciendo un aumento en la miopía durante este periodo. La mandíbula inferior se hace más grande y gruesa y ambas mandíbulas junto con la nariz se hace más prominentes: los incisivos de ambas mandíbulas sobresalen más (Papalia, 1999).

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS

Las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción. En las mujeres son los ovarios, el útero y la vagina; en los hombres, los testículos, la próstata y las vesículas seminales. Durante la pubertad, estos órganos crecen y maduran.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS / ORGANOS SEXUALES

MUJERES	HOMBRES
Ovarios	Testículos
Tropas de falopio	Pene
Utero	Escroto
Vagina	Vesícula seminal
	Próstata

Fuente: (Papalia, 1999, pp-536).

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación. En los muchachos, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, y el principal signo de la madurez sexual es la presencia de semen en la orina. Un muchacho es fértil tan pronto exista evidencia de esperma. Como la menstruación, el momento de la aparición del semen es altamente variable y resulta difícil determinar cuándo se presenta.

A menudo, en la pubertad, los muchachos se despiertan con una mancha húmeda o seca y dura en la cama: una emisión nocturna o eyaculación involuntaria de semen que por lo regular se conoce como sueños húmedos. La mayoría de los adolescentes tienen estas emisiones que son perfectamente normales y que se pueden presentar o no en relación con un sueño erótico (Papalia, 1999).

CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

Las características sexuales secundarias son signo fisiológico de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los varones. Otros implican cambio en la voz la textura de la piel y el crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal, típico del hombre o la mujer adulta.

CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

MUJERES	HOMBRES
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Cambio en la voz	Cambio en la voz
Cambio en la piel	Cambio en la piel
Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis	Ensanchamiento de los hombros

Fuente:(Papalia, 1999, pp-537).

El primer signo de la pubertad en las niñas suele ser el crecimiento de los senos. Los pezones crecen y se proyectan hacia fuera; la areola (el área pigmentada que rodea los pezones) se ensancha y los senos adquieren primero una forma cónica y después, redonda.

En general, los senos se desarrollan por completo antes de la primera menstruación. Para aumentar su aflicción; algunos muchachos experimentan durante su adolescencia un crecimiento temporal del pecho; esto es normal y puede durar entre 12 y 18 meses.

El crecimiento del vello en diferentes zonas del cuerpo también es una señal de madurez. El vello púbico, que en un principio es liso y suave, y después se vuelve grueso, oscuro y rizado, aparece de acuerdo con diferentes patrones en hombre y mujeres. El vello axilar también aparece. A menudo, los muchachos adolescentes se sienten felices cuando les crece el vello de la cara y del pecho.

La piel de hombres y mujeres se vuelve más gruesa y aceitosa. El aumento en la actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) lleva al surgimiento de espinillas y puntos negros que son un martirio en la vida de muchos jóvenes. El acné es más común en los muchachos que en las niñas y parece estar relacionado con las crecientes cantidades de testosterona.

Las voces de chicos y chicas se hacen más profundas, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial entre los muchachos, en respuesta a la producción de hormonas masculinas (Papalia, 1999).

Monroy (1994) menciona que entre los hombres y las mujeres, existen claras diferencias físicas y quizá también mentales. Las diferencias entre el hombre y la mujer se producen porque algunos órganos del cuerpo responden a la acción de las hormonas, también se ven afectados por estas hormonas el cerebro y otras partes del cuerpo. En el varón, reaccionan al andrógeno los músculos, el esqueleto, la piel, los folículos pilosos y la laringe. La testosterona determina que el hombre sea más alto que la mujer, que tenga los brazos y las piernas más largas y las manos y los pies más grandes. También desarrolla una musculatura más robusta, que le hace en general más fuerte y más veloz que la mujer. Tiene el pecho y los hombros más anchos, y la pelvis más estrecha. Durante la pubertad, su piel se vuelve grasa (a veces le sale acné), y las glándulas sudoríparas cambian, dando a su sudor un olor más intenso. La testosterona influye en la forma que toma el cabello: éste se hace más grueso, y adquiere un aspecto masculino o femenino. En el varón aparece el vello en la zona púbica, en la cara, en las axilas y en el pecho; con el desarrollo de la laringe, la voz también se hace más grave.

ASPECTOS PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON LOS CAMBIOS FÍSICOS

La adolescencia es quizá la época más complicada de todo el ciclo de vida. los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa: entre tanto, sus cuerpos continuamente los traiciona. La voz de ellos se quiebra a veces cuando quieren parecer como un hombre maduro y su pene se pone erecto en los momentos más

inoportunos. Ellas ocultan sus senos incipientes bajo trajes anchos y cada mes se preocupan porque la sangre de su periodo le puede manchar la ropa (Papalia, 1999).

Una de las grandes paradojas de la adolescencia es el conflicto entre el anhelo de un joven por encontrar su propia identidad, formar un yo único y el arrollador deseo de ser exactamente igual a sus amigos. Cualquier cosa que aleje a un joven del grupo puede ser inquietante, y los adolescentes a menudo se descomponen si su madurez sexual llega mucho antes o mucho después que el de sus amigos (López, 1990).

SENTIMIENTOS HACIA LA APARIENCIA FISICA

López. (1990) menciona que la mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismo, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se miran en un espejo. Cualquier cosa que haga que los muchachos piensen que tienen aspecto femenino o que las niñas parecen masculinas, los hará sentir miserables. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales.

Las chicas tienden a ser menos felices con su aspecto que los muchachos de la misma edad, sin duda por el gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres. Cuando a los adolescentes se les pregunta qué es lo que menos les agrada de sus cuerpos, a menudo los chicos responden "nada", mientras que las chicas se quejan principalmente de sus piernas y caderas (Tobin-Richards y col., 1983, citado en Papalia, 1999).

CAMBIOS PSICOLOGICOS

La adolescencia también es un proceso social y emocional. Se considera que dura casi una década: comienza alrededor de los 12 años y termina hacia los 20. Sin embargo, sus comienzos se inician mucho antes y sus consecuencias psicológicas continúan mucho después.

Las hormonas sexuales afectan también la conducta, principalmente por la acción de la testosterona sobre los centros y circuitos sexuales del cerebro. Los niños prepúberales tienen emociones sexuales, pero son emociones relativamente débiles. El enorme incremento de testosterona, que segregan los testículos a partir de la pubertad, hacen que el joven sienta un gran interés por la sexualidad y un gran deseo de experiencias sexuales, esta gran fuerza se denomina libido.

La libido femenina aumenta durante la pubertad, y esto es asimismo efecto de la acción de la testosterona sobre el centro sexual. Las glándulas suprarrenales y sus ovarios producen la pequeña cantidad de testosterona necesaria y suficiente para provocar el deseo sexual femenino (Monroy, 1994).

MANIFESTACIONES DEL PROCESO PSICOLÓGICO

Existen ciertas manifestaciones del proceso psicológico por el que atraviesa el adolescente, que son observables en su conducta habitual, en términos relativamente generales descrita por (Knobel, 1989, citado en Monroy, 1994):

Búsqueda de sí mismo y de la identidad. Esto es el poder llegar a utilizar la genitalidad en la procreación es un hecho biopsicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la identidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad adolescente.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la de la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, por lo menos en parte, el proceso grupal de que participa el adolescente.

La tendencia grupal: Se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la familia, y el grupo aparece al mismo tiempo como continentador de las ansiedades de sus integrantes.

Necesidad de intelectualizar y fantasear: Forma típica del pensamiento adolescente. Pueden ser considerados mecanismos defensivos frente a la imposición de la realidad, de renunciar a los aspectos infantiles, lo que obliga al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar. De ahí también la necesidad de refugiarse en el mundo interior. “Un autismo positivo”, al decir de Aberastury, “que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales (Knobel, 1989, citado en Monroy, 1994).

Las crisis religiosas: El adolescente puede presentarse como un ateo exacerbado, o como un místico fervoroso, lo cual constituiría las posiciones externas. También puede aparecer la preocupación metafísica.

Desubicación temporal: El adolescente convierte el tiempo en presente y activo, como una forma de manejarlo. A veces las urgencias son enormes y las postergaciones aparentemente irracionales.

Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad: oscilación entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital.

Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta: La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para ser controlado; el adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca.

Separación progresiva de los padres: Constituye una de las tareas básicas, concomitante a la identidad adolescente, pues en el grupo encuentra la seguridad necesitada.

Constantes fluctuaciones del humor y el estado de ánimo: Éstos se relacionan con un sentimiento básico de ansiedad y depresión vinculado a los duelos. El repliegue autista se manifiesta como sentimiento de soledad, frustración, desaliento y aburrimiento. Durante este repliegue, el adolescente se prepara para la acción y elabora constantemente sus

vivencias y fracasos. Cuando el adolescente sumergido en la desesperanza más profunda elabora y supera sus duelos, puede proyectarse en una relación a veces desmedida. Si los intentos de elaboración fallan, los cambios de humor pueden aparecer como microcrisis manicodepresivas (Knobel, 1989, citado en Monroy, 1994 pp.701-703).

CONSOLIDACIÓN DEL YO.

De acuerdo con López (1990), durante toda su vida anterior, el adolescente, ha necesitado guía, orientación y apoyo por parte de sus padres y de otras figuras en el medio social y escolar. Estas figuras funcionan como extensiones del yo del niño y del adolescente (auxiliares yoicos). La adolescencia progresivamente altera esta situación. El desarrollo del aparato cognoscitivo, del sentido de realidad, así como de la individuación e identidad, permite al individuo formar sus propio puntos de vista acerca de su pasado, presente y futuro. Estos puntos de vista son puestos en tela de juicio por él mismo, y son confrontados continuamente con la realidad durante el proceso adolescente. Antes de cada consolidación, el niño y el adolescente ven parcialmente como real lo que sus mayores le dicen que es real; ahora toda noción es confrontada con lo que su percepción y su aparato cognoscitivo le dicen que es real.

El yo se ha fortalecido durante la adolescencia a expensas de la maduración biológica que vino a ser promotora de funciones psicológicas de nuevo alcance, tanto para el aparato perceptual, como para el cognoscitivo. El pensamiento abstracto permite un nuevo orden en el establecimiento de esquemas cognoscitivos, y la información que ahora recibe, y la que anteriormente había recibido, adquieren nuevos sentidos y significados.

Las funciones defensivas puestas en juego para el manejo de los conflictos infantiles, interaccionando con las nuevas funciones cognoscitivas, sufren un acomodo funcional definitivo al final de la adolescencia. A través de este acomodo, forman parte de la estructura del carácter que finalmente cristaliza. A través de esta consolidación, el

movimiento regresivo y progresivo, como función del yo, deja de ser necesitado para la búsqueda de ordenamiento de los afectos sentidos hacia diferentes figuras del presente y del pasado, ya que estos afectos son la resonancia, en el consciente, de las motivaciones instintivas que progresivamente se ordenan hacia las figuras presentes; habiéndose diferenciado de las motivaciones más primitivas y conflictivas dirigidas hacia los objetos tempranos. Estas son motivaciones tempranas escindidas que han de ser neutralizadas, sintetizadas y ordenadas finalmente en torno a motivaciones establecidas en base a relaciones presentes y a motivaciones relevantes a la realidad instintiva presente. La sublimación y neutralización, como funciones del yo, cristalizan un sistema de acomodo y de lo defensivo, consolidando un organismo psicológico funcional, en el que el intento es poner todas las estructuras logradas durante la adolescencia, al servicio de la adaptación en forma estable (López, 1990).

Rodríguez (1997) menciona que al empezar la adolescencia, el chico se torna narcisista lo que permite el proceso de maduración. En esta época se fortifica el yo, dando al joven una fuerza unificadora que impide la anulación de sus múltiples identificaciones e incrementa la confianza en sí mismo. Sin embargo el narcisismo también ejerce influencias negativas sobre el yo y esta doble acción da lugar a un ir y venir entre el orgullo y la contrición. De ahí que los adolescentes padezcan una arrogante megalomanía, que puede dificultar sus relaciones con los demás.

Cuando el yo narcisista vive un amor frustrado, fácilmente se desilusiona y pierde la esperanza de ser amado y admirado, explicando así su intolerancia para la crítica y el sentimiento de soledad, pues piensa que nadie lo quiere. Muchos adolescentes, sobre todo ellas, creen vivir un gran éxtasis amoroso, alimentado por sus fantasías, y no basado en el objeto amoroso. En esta época la fantasía amorosa domina la realidad y crea los objetos amorosos idealizados. Cuando las fantasías son ideológicas o sociales, y no sólo de carácter egocéntrico, conducen a la desilusión. Muchas veces los padres inmaduros y narcisistas, por sus propias fantasías, llevan a sus hijos al fracaso (Rodríguez, 1997).

La inquietud del adolescente, su irritabilidad y sus conflictos consigo mismo y con su medio lo hacen sentirse incomprendido; lo hacen vivir entre dos mundos, ya que piensan

volver al pasado, pero se resiste, tratando de ir hacia el futuro, y cuando lo logra puede caer en depresiones. La tarea del adolescente consiste en pasar de la fase narcisista a otra en que las relaciones con un verdadero objeto amoroso lo guían a una unificación favorable de sus afectos e impulsos instintivos. Al encontrar este afecto amoroso resolverá también el problema edípico replanteado en la pubertad (Rodríguez, 1997).

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA.

Etapas	Independencia	Identidad	Imagen
Adolescencia Temprana (10-13 años)	<ul style="list-style-type: none"> -Menor interés en los padres. - Intensa amistad con los adolescentes del mismo sexo. -Ponen a prueba la autoridad. -Necesidad de privación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía. -Estado de turbulencia. -Falta control de los impulsos. -Metas vocacionales irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por los cambios puberales. -Incertidumbre acerca de su apariencia.
Adolescencia (14-16 años)	<ul style="list-style-type: none"> -Período de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres. -Aumento de la experimentación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conformidad con los valores de los pares. - Sentimiento de invulnerabilidad. - Conductas omnipotentes generadoras de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Preocupación por la apariencia. -Deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda.
Adolescencia (17-19 años)	<ul style="list-style-type: none"> -Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. -Las relaciones íntimas son prioritarias. -El grupo de pares se torna menos importante. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de un sistema de valores. -Metas vocacionales reales. -Identidad personal y social con capacidad de intimidad. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aceptación de la imagen corporal.

Fuente: Silber, Maddalenoy Suárez (1992, pp. 48).

DESARROLLO COGNOSCITIVO

Los adolescentes no solamente parecen diferentes de los niños en edad escolar: también piensan diferente, pueden pensar en términos de lo que podría ser verdadero y no sólo en términos de lo que es verdad. Puede imaginar posibilidades, puede razonar sobre hipótesis. Sin embargo, a menudo se encuentra entre el pensamiento de los niños y el de los adultos porque aún está limitado por formas del pensamiento egocéntrico. La inmadurez cognoscitiva afecta a los jóvenes en su vida diaria de muchas formas que incluyen la manera como piensan sobre temas morales (Papalia, 1999).

La explicación que predomina acerca de la naturaleza de los cambios en la forma de pensar de los adolescentes se debe a (Piaget, 1968 citado en Papalia, 1999). De acuerdo con este investigador los adolescentes entran al nivel más elevado del desarrollo cognoscitivo, el cual denominó operaciones formales, y que está marcado por la capacidad para el pensamiento abstracto. Llegar al nivel de las operaciones formales permite a los adolescentes contar con una nueva forma para manipular u operar la información. En la etapa de las operaciones concretas, los niños pueden pensar con lógica solamente con respecto a lo concreto, aquí y ahora. Los adolescentes ya no tienen límites, ahora pueden manejar abstracciones, comprobar hipótesis y ver posibilidades infinitas (Piaget, 1968 citado en Papalia 1999).

Este avance abre muchas pautas nuevas. Permite que los jóvenes analicen doctrinas políticas y filosóficas y que, en ocasiones, formulen nuevas teorías para formar la sociedad; incluso les permite reconocer que en algunas situaciones no hay respuestas definidas. La capacidad para pensar en términos abstractos también tiene ramificaciones emocionales. En edades anteriores, los niños pueden amar a un padre y odiar a un compañero. Ahora "el adolescente puede amar la libertad u odiar la explotación. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan la mente y el sentimiento;" se vuelven conscientes de cómo podría ser el mundo (Ginsburg y Oppen, 1979, citado en Papalia, 1999).

Al llegar a la etapa de las operaciones formales, un nivel cognoscitivo que se alcanza a menudo en la adolescencia temprana. Ahora puede pensar en términos de lo que podría ser verdad y no sólo en términos de lo que vio en una situación concreta. Puede imaginar una variedad de posibles soluciones, es capaz de aplicar el razonamiento hipotético deductivo. Una vez que desarrolla una hipótesis, puede construir un experimento científico y demostrarlo. Considera todas las relaciones posibles que podrían existir y avanzar a través de ellas; una a una, para eliminar las falsas y llegar a la verdadera (Papalia, 1999).

Piaget, (1968, citado en, Papalia, 1999) nos dice que las personas en la etapa de operaciones formales están mejor preparadas para integrar lo que ha aprendido en el pasado con sus problemas del presente y su planeación para el futuro. Son capaces de aplicar estos procesos de pensamiento a los problemas y soluciones de la vida diaria y, además, a la formación de teorías filosóficas y políticas complejas. Claro está que las operaciones que llegan a la etapa del pensamiento formal no siempre lo utilizan.

De acuerdo con Piaget (1968 citado en Papalia 1999), los cambios internos y externos en la vida de un adolescente se combinan para llegar a la madurez cognoscitiva. El cerebro ha madurado, y el ambiente social es más amplio y ofrece más oportunidades para la experimentación. La interacción entre los dos tipos de cambios es esencial. Incluso si el desarrollo neurológico de un joven ha avanzado tanto como para permitirle llegar a la etapa del razonamiento formal, puede que nunca lo logre si no recibe estímulos culturales y educativos.

Entre las características típicas del pensamiento de los adolescentes esta el tener problemas para organizar en su mente las cosas más simples. Son impulsivos y piensan que sus padres no pueden hacer todo bien. Con base en su trabajo clínico con los adolescentes y sus familias, Elkind (1984, citado en Papalia 1999) delineó algunos comportamientos y actitudes típicas que surgen de sus aventuras sin experiencia dentro del pensamiento abstracto:

Encontrar fallas en la figura de autoridad. Con su nueva capacidad para imaginar un mundo ideal, los adolescentes comprenden que las personas que una vez reverenciaron caen de su pedestal y los jóvenes se sienten impulsados a decirlo alto y con frecuencia.

Tendencia a discutir. A menudo los adolescentes utilizan la discusión como una manera de practicar nuevas destrezas para explorar los matices de un tema y presentar un caso desde su punto de vista.

Indecisión. Los adolescentes tienen problemas para ajustar sus mentes incluso con cosas muy sencillas porque son más conscientes de las nuevas opciones que ofrece la vida.

Autoconciencia. La autoconciencia extrema de los jóvenes tiene mucho que ver con la audiencia imaginaria, un observador que existe sólo en su mente, quien está preocupado como ellos por su conducta y por sus pensamientos. Los adolescentes pueden ponerse en la mente de otra persona: pueden pensar acerca de lo que alguien más piensa. Sin embargo, como tienen problemas para distinguir entre lo que les interesa a ellos y lo que les interesa a los demás, suponen que los demás piensan de ellos igual que ellos mismos.

Centrarse en sí mismos. Es la creencia de los adolescentes de que ellos son especiales, de que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que rigen al resto del mundo. De acuerdo con Elkind (1986, citado en Papalia, 1999). Este aspecto del egocentrismo juvenil demuestra con mucha fuerza en la adolescencia temprana y se convierte en la base de una buena parte del comportamiento autodestructivo porque los adolescentes piensan que se hallan protegidos mágicamente contra el peligro. Una niña piensa que ella no puede quedar embarazada; un muchacho cree que él no puede morir asesinado en la autopista: los adolescentes piensan que ellos no pueden quedar atrapados por las drogas. Este mismo autor cita este supuesto inconsciente de invulnerabilidad " estas cosas le suceden a otras personas, no a mí" para explicar porqué muchos adolescentes toman riesgos. A medida que los adolescentes maduran en sus procesos de pensamiento, son más capaces de pensar en su propia identidad, establecer relaciones adultas y decidir cómo y dónde ajustarse dentro de la sociedad. Además, pueden considerar mejor los aspectos morales (Elkind 1986, citado por Papalia, 1999).

Podemos concluir que la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta: comienza con la llegada de la pubertad en donde se presenta un rápido crecimiento físico y cambios psicológicos que llevan a la madurez sexual.

El individualismo, la rebeldía, el conflicto con la autoridad, el temor a la responsabilidad exagerada y a sus propios conflictos, la sensación de culpa en relación con su familia a la que están fuertemente unidos y sobre todo, las dificultades que experimenta al tratar de armonizar su aspiración ideal intensificada con su sexualidad exacerbada, ejerce sobre él adolescentes grandes demandas que le hacen caer fácilmente en un estado de agotamiento espiritual y físico: son muchos los factores que influyen en su forma de pensar, razonar y actuar (Papalia, 1999).

CAPITULO IV
SEXUALIDAD

SEXUALIDAD

La sexualidad no es un caballo salvaje que deba domarse y luego ejercitarse periódicamente. Es un potencial con el que nacemos y que debe desarrollarse y nutrirse. Es tan importante preocuparnos por realizar nuestras capacidades sexuales como por realizar nuestras habilidades intelectuales o artísticas (Katchadourian & Lunde, 1997).

La pregunta "¿Qué es la conducta sexual?" es engañosamente simple, y en realidad es imposible de contestar. La mayoría de las personas estarían de acuerdo en que implica más de sólo el coito, pero qué tanto más es otro asunto. Una definición fisiológica basada en la tumescencia de los órganos sexuales o en el orgasmo, aunque no deja de tener mérito, deja fuera grandes áreas de actividad que se reconocen comúnmente como sexuales, además incluirían ciertas conductas como las erecciones en niños muy pequeños, cuya naturaleza sexual puede dudarse. Un examen cercano de la conducta humana revela que cualquiera y todos los objetos y actividades pueden tener un significado sexual. Así, el concepto se vuelve tan global que posiblemente no pueda cuantificarse para comparación y análisis (Katchadourian & Lunde, 1997).

A la pregunta ¿Qué es la sexualidad? Todavía no hay una teoría completa y consistente del desarrollo psicosexual que sea aceptable en forma general. En el lenguaje corriente, la palabra "sexo" se usa con frecuencia para aludir al varón o a la hembra (sexo biológico) o para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital ("hacer el acto sexual") (Masters, Johnson, & Kolodny, 1995). Por regla general, la palabra "sexualidad" se emplea con un significado más amplio que el vocablo "sexo", ya que pretende abarcar todos los planos del ser sexual.

Según Masters et. al., (1995) al hablar de sexualidad nos referimos a una dimensión de la personalidad y no, exclusivamente, a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica; por lo tanto, la sexualidad humana es un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicológicos, conductuales, clínicos, morales y culturales. Ninguna dimensión de la sexualidad, tomada aisladamente, tiene validez universal.

Ahora bien Monroy (1976) dice que "el sexo es el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que distinguen a los seres humanos en dos grupos: masculino y femenino" pp. 30. Así mismo, afirma que la sexualidad es un fenómeno complejo que tiene componentes biológicos, hormonales, culturales y educativos, es más que el sexo, ya que es parte del crecimiento y de la personalidad, es la manifestación del sexo en la conducta de relación del individuo con otros del mismo o diferente sexo, es una función natural de todos los seres humanos, que aparece y madura a través de la edad.

¿POR QUE NOS COMPORTAMOS SEXUALMENTE?

Katchadourian & Lunde (1997) sostienen que existen ciertos procesos fisiológicos como el comer cuyo propósito primario es evidente de inmediato; con respecto al sexo este lo podemos comparar con cualquiera de las funciones físicas, podemos, así mismo referirnos metafóricamente al "hambre sexual"; de hecho, en algunos momentos las personas y los animales pueden preferir copular que comer. Sin embargo, el sexo no es una actividad necesaria para sostener la vida, excepto en el amplio sentido de la conservación de la especie.

Katchadourian & Lunde (1997) opinan que aunque las comparaciones con otras funciones fisiológicas pueden ser inadecuadas, con dificultad podemos negar que los orígenes de la conducta sexual humana están arraigados en el equipo biológico; pero también debemos considerar otros factores por que, aunque indispensables, la biología no es todo lo que tiene que ver con el sexo. Toda conducta es, en última instancia, el resultado de la interacción de tres tipos de fuerzas: biológicas, psicológicas y sociales. Al discutir estos determinantes de la conducta sexual no tratamos de implicar que sea necesaria una elección entre estos tres factores, se entiende que son complementarios e integrantes.

Orígenes biológicos de la sexualidad

Para Katchadourian & Lunde (1997) la explicación biológica de la conducta sexual en general se ha basado en el concepto del instinto. Esta idea de una fuerza innata ha

demostrado ser muy útil, pero hasta ahora los científicos han fracasado en definir de modo suficientemente específico lo que significan términos como "instinto" e "impulso"; así mismo, afirman que puesto que el sexo y la reproducción están ligados tan íntimamente, es comprensible que una explicación de la conducta sexual es, tan sólo, la necesidad de reproducirse. En este sentido, el sexo es parte de un "instinto" reproductor mayor, un incentivo biológico profundamente arraigado en los animales para aparearse y perpetuar sus especies; pero los animales inferiores posiblemente no pueden saber que el apareamiento ocasiona la reproducción. Por esta razón no sabemos quién hizo el importante descubrimiento en alguna época prehistórica de que el coito conduce al embarazo.

Aunque para los seres humanos son evidentes las consecuencias reproductoras de la cópula, la conducta sexual no puede explicarse científicamente en términos teleológicos como una conducta en la que participan los animales con objeto de reproducirse, gran parte de la conducta sexual animal, y en especial la humana, no sirve para la reproducción (Katchadourian et al., 1997).

Una explicación más sencilla y probable es que los humanos y otros animales participan en el sexo porque es placentero: el incentivo está en el acto mismo, más bien que en sus posibles consecuencias. La conducta sexual en este sentido surge de un "impulso" psicológico que asociado con el placer sensorial y sus consecuencias reproductoras son un resultado colateral (aunque vital). Se ha demostrado por ejemplo, que hay "centros del placer" en el cerebro (en el tálamo, hipotálamo, y mesencéfalo) que cuando se estimulan eléctricamente hacen experimentar a los animales un placer intenso (la estimulación de ciertas áreas adyacentes causa un gran dolor o molestia). Cuando un animal tiene la oportunidad de estimular estos centros del placer persistirá haciéndolo en exclusión de toda otra actividad: no tomará tiempo para comer aunque esté muriendo de hambre (Katchadourian & Lunde 1997).

Determinantes psicológicos de la conducta sexual

De acuerdo Katchadourian & Lunde (1997) si las explicaciones biológicas de nuestra conducta sexual fueran por completo satisfactorias no sería necesario que fuéramos más adelante, pero como por ahora no bastan, debemos buscar factores adicionales para explicar la conducta sexual de los individuos.

Al discutir los determinantes psicológicos de la conducta, a menudo debemos tratar acerca de niveles diferentes de análisis del organismo humano, en un sentido, las fuerzas psicológicas o sociales son meramente reflejos y manifestaciones de procesos biológicos subyacentes. Por ejemplo, Freud (citado en Katchadourian y Lunde, 1997) argumentó que la libido o impulso sexual es la representación psicológica de un instinto sexual biológico. En otro sentido, los factores psicológicos son independientes de lo biológico, aun cuando deben mediar a través de los mecanismos neurofisiológicos del cerebro, pues ni el pensamiento ni la emoción pueden ocurrir en un cráneo vacío, sin embargo, estos mecanismos se consideran sólo como los intermediarios a través de los cuales operan el pensamiento y la emoción, más bien que sus determinantes primarios.

Para Katchadourian et. al. (1997) las teorías de la motivación psicológicas de la conducta sexual son fundamentalmente de dos tipos: en primer lugar está la que incluye la teoría psicoanalítica, en la cual los factores psicológicos se consideran como representaciones o extensiones de fuerzas biológicas; en contraste, muchas teorías del aprendizaje suponen que los patrones de conducta sexual son en gran parte adquiridos a través de muchos mecanismos psicológicos y sociales.

Si bien las causas o determinantes de un cierto tipo de conducta no deben confundirse con los propósitos para los que sirven, y aunque esas distinciones no sean siempre fáciles de reconocer, también es útil examinar las varias metas de la conducta sexual. Por ejemplo, cuando una persona participa en el sexo expresamente para satisfacer el deseo físico o para aliviar una "tensión sexual", podemos decir que el sexo ocurre "para su propio provecho". Para la mayoría de la gente el sexo también tiene un componente emocional, donde adquiere un significado más como expresión de afecto o de amor hacia el compañero.

Si suponemos que las metas principales de la sexualidad son la reproducción y la obtención de placer, pueden distinguirse metas secundarias, pero de ningún modo banales, que son "no sexuales"; entre éstas sobresalen el sexo como medio para expresar y obtener amor. Esto puede implicar un afecto profundo y genuino o sus parodias superficiales y estereotipadas. Las mujeres han tendido tradicionalmente a ceder sus cuerpo a cambio de esa seguridad y apoyo emocional; ya que éstas participan en el acto sexual por la satisfacción de ser abrazadas y acariciadas (Katchadourian y Lunde, 1997).

De acuerdo con los mismos autores, las adolescentes pueden participar en encuentros sexuales promiscuos, pero tristes, para mantener su popularidad y aceptación de sus compañeros. Debajo de esa conducta está una defensa contra la soledad que es efectiva, cuando mucho, durante un breve lapso, por lo que deben repetirse y sostenerse de manera frenética. Esta misma consideración se aplica a los varones que también son propensos a los excesos sexuales para defenderse contra las dudas sobre su propia masculinidad y poder.

La contribución del sexo a la autoestima es de lo más importante, cada uno de nosotros necesita una convicción profunda y firmemente arraigada de dignidad personal, aunque nadie puede esperar ser universalmente amado y admirado, debemos recibir cierta apreciación de "otras personas significativas" y de nosotros mismos.

Un componente importante de la autoestima de una persona es su postura sexual ante sí misma y ante los demás, el papel del sexo en la autoestima varía según los individuos, y el grupo en que se desarrolla, así mismo algunos atributos sexuales tienen una significación más difundida que otros, por ejemplo, la confianza en la virilidad es vital para la mayoría de los varones y la impotencia antes de la vejez es humillante (Katchadourian & Lunde, 1997)).

En contraste, las mujeres tradicionalmente han estado mucho menos preocupadas por su capacidad para experimentar el orgasmo, aunque esta actitud está cambiando al menos en Occidente. Para la mayoría de las mujeres la asociación entre sexo y autoestima siempre les

ha parecido menos directa, en comparación con los hombres. Las mujeres están más preocupadas por ser atractivas, deseables y dignas de ser amadas. Las deficiencias en estos atributos tienden más a dañar su autoestima que la capacidad de respuesta sexual (Katchadourian & Lunde, 1997).

Evidentemente, la sexualidad es un importante elemento del concepto de sí mismo de un individuo, o sentido de identidad. En el niño, la percepción de la diferenciación sexual precede a la de todos los demás atributos sociales: el pequeño sabe de sí mismo como niño o como niña mucho antes que aprenda a asociar el sí mismo con grupos nacionales, étnicos, religiosos y culturales.

Aunque desarrollar el conocimiento del propio sexo biológico es asunto un tanto sencillo, la adquisición del sentido de identidad sexual es un proceso relativo y culturalmente más complejo. De manera tradicional hemos supuesto que el sexo biológico (macho y hembra) y sus atributos psicológicos (masculino y femenino) son dos lados de la misma moneda. En sociedades tradicionales y estables esta suposición pudo haber sido (y todavía puede ser) válida, pero en las sociedades tecnológicamente avanzadas y más fluidas en lo estructural esa correspondencia directa entre el sexo biológico y los atributos psicológicos está siendo desafiada con más y más fuerza conforme las funciones ocupacionales y sociales de hombres y mujeres se vuelve progresivamente indistinta (Katchadourian, et. al., 1997).

Por último, el sexo figura de modo notorio en la identidad espiritual o moral del individuo; al menos en las culturas occidentales se toma como una unidad de medida de manera más consciente que ninguna otra forma de conducta tanto a nivel público como personal. Muchos de nosotros nos sentimos más culpables y somos a menudo castigados con más severidad por transgresiones sexuales que por otras faltas (Katchadourian & Lunde, 1997).

Los factores sociales en la conducta sexual

Así como las funciones psicológicas están íntimamente relacionadas con las fuerzas biológicas, del mismo modo están ligadas a los factores sociales. Para Katchadourian et. al. (1997), las distinciones entre lo que es primordialmente psicológico y lo que es social, a menudo tienden a ser arbitrarias; por regla general, al referirse a los factores sociales o culturales el énfasis radica en lo interpersonal sobre lo intrapsíquico y en procesos de grupo sobre los propios internos.

La sexualidad a menudo se considera como una fuerza cohesiva que mantiene junta a la unidad familiar; en este sentido está supeditada a una meta social y las organizaciones sociales facilitan de modo recíproco las metas sexuales al proporcionar compañeros y contactos sexuales. Así mismo, la sexualidad puede tener una influencia divisora y esta capacidad puede ser la razón de la ambivalencia con la que se considera el sexo en muchas sociedades (Katchadourian & Lunde, 1997).

También el sexo simboliza posición social, los animales machos dominantes en una cuadrilla y los hombres poderosos en la sociedad, por lo general tienen la primera elección sobre las hembras más deseables así como los pedazos de carne más jugosos. La belleza es naturalmente agradable a la vista, pero más allá de esa atracción la compañía de una mujer hermosa es un testimonio y un tributo al nivel social de un hombre aun cuando ella pueda ser aburrida en la cama. El valor del sexo como indicador de posición social empuja a los hombres de ciertas culturas a tener amantes (Katchadourian et al. 1997).

En varios lugares y en varias épocas el sexo se ha utilizado para los fines más altos y más bajos. aunque la sexualidad es ajena a las principales tradiciones occidentales modernas de adoración religiosas, otras religiones han tenido componentes sexuales claros, como atestiguan las estatuarias eróticas que adoran los templos de la india y los monumentos fálicos de los tiempos antiguos (Katchadourian y Lunde. 1997).

En resumen, el sexo ha sido explotado de manera más torpe y despiadada que ninguna otra necesidad humana. El cuerpo femenino, en particular, ha sido una mercancía desde la más remota antigüedad, aunque las mujeres se han beneficiado económicamente de la prostitución, los hombres han obtenido más que su parte de las ganancias de este comercio. La prostitución es el ejemplo más evidente del uso del sexo para un fin práctico, pero de ninguna manera es el único, los favores sexuales se intercambian por otros servicios entre esposas y amigos. El sexo se usa para mantener la posición social, obtener popularidad, entrapar y conservar esposas y compañeros, y así sucesivamente (Katchadourian et al. 1997).

Son innumerables otras utilizaciones del sexo:

a) Los antiguos romanos usaban amuletos en forma de órganos sexuales masculinos. b) Algunas personas usan el sexo para curar cefaleas, calmar los nervios o contra el insomnio. El sexo, pues, puede ser utilizado para fines "sexuales" y "no sexuales". A la inversa, la gratificación sexual puede lograrse a través del orgasmo, así como por el desplazamiento y la sublimación del impulso sexual en muchísimas actividades "no sexuales", tanto ordinarias como extraordinarias (Katchadourian et. al.1997).

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD

Kaplan (1988) menciona que la sexualidad es una función humana relativamente simple, pero, durante largo tiempo, nuestra sociedad no ha considerado la sexualidad como una función natural, biológica; se le consideraba como algo pecaminoso, maligno y peligroso, y su estudio era tabú en hospitales, laboratorios e incluso escuelas.

Por esta razón hasta hace muy poco tiempo, a los científicos serios les resultaba en extremo difícil llevar a cabo investigaciones sobre sexualidad, los médicos sabían mucho más de la fisiología de otras funciones corporales tales como la digestión, la respiración y la nutrición, y eran capaces de ofrecer tratamientos eficaces para muchas enfermedades de carácter no sexual. Hasta estas últimas décadas, hemos ignorado lo relativo a las relaciones sexuales humanas. No entendíamos claramente las causas de los problemas sexuales, y nuestro tratamiento de los trastornos sexuales que afectan a millones de

personas no era muy eficaz. Por fortuna, las actitudes negativas de nuestra sociedad acerca de la sexualidad están cambiando, la gente responsable se está replanteando prejuicios arraigados, y está llegando a la conclusión de que la reproducción y la sexualidad son funciones naturales, biológicas, y de que muchas de nuestras actitudes son irracionales y negativas. Así, por primera vez en la historia de Occidente –en la época histórica que nos ha tocado vivir–, la sexualidad se ha convertido en tema legítimo de estudio (Kaplan, 1988).

Entre las personas más importantes que han contribuido a nuestro conocimiento sobre la sexualidad humana destacan:

Sigmund Freud (1988) descubrió que los orígenes de los problemas neuróticos de los adultos residían en los problemas sufridos en la infancia; Cuando estudiaba el desarrollo infantil, hizo el asombroso “descubrimiento” de que los niños pequeños tienen “sensaciones” sexuales. Antes, a los niños pequeños se les consideraba “inocentes”; se creía que la experiencia sexual se iniciaba en la adolescencia, ahora sabemos que las sensaciones y las conductas eróticas empiezan con el nacimiento, y que pasan por un claro proceso de desarrollo, como todas las demás funciones humanas.

Freud (1988) fue más allá; advirtió que las necesidades eróticas del niño deberían ser representadas, y que no debía hacerse sentir culpable ni atemorizado a causa de ellas, nos enseñó que muchos problemas psíquicos tienen su origen en los conflictos sexuales que creamos en nuestros hijos desde una edad muy temprana. Concretamente, nos llamó la atención sobre el hecho de que la excesiva o brusca represión de la sexualidad infantil da lugar a conflictos inconscientes que pueden determinar que la persona se vuelva neurótica y quede psíquicamente afectada para toda la vida.

Otro pionero fue Alfred Kinsey, ya que junto con sus colaboradores, Pomeroy, Gebhard y Martin (citado en, Kaplan 1988), investigaron los hábitos sexuales de miles de hombres y mujeres norteamericanos, de todas las edades y procedentes de diversos entornos socioeconómico-religiosos. La investigación de Kinsey se centraba en el tema del tabú de la sexualidad; lo cual provocó un escándalo. El descubrimiento más importante de Kinsey fue que la mayor parte de las personas normales gozan de la sexualidad de diversas maneras a lo largo de sus vidas, y ello no parece causar ningún daño.

Unas décadas después, los valientes innovadores William Masters y Virginia Johnson (citado en, Kaplan 1988) estudiaron las relaciones sexuales humanas en un laboratorio, por primera vez en la historia. No hay nada realmente extraordinario en el hecho de observar una función biológica en el marco de un laboratorio, pero nadie se había atrevido a estudiar los órganos genitales de hombres y mujeres y su funcionamiento durante la excitación sexual de la misma manera científica, hasta que Masters y Johnson tuvieron el valor de hacerlo.

Durante un período de diez años observaron, midieron y estudiaron unos catorce mil actos sexuales en un laboratorio preparado especialmente para esto; también idearon instrumentos especiales que les hacían posible registrar reacciones sexuales anteriormente desconocidas. Por ejemplo, inventaron un instrumento de plástico transparente, en forma de pene, que contenía una luz y una minúscula cámara, y que nos permitió averiguar, por primera vez, lo que ocurre en el interior de la vagina de una mujer durante la penetración. Masters y Johnson estudiaron la biología del coito, de la masturbación, del sexo durante la menstruación, las relaciones sexuales en los ancianos, las relaciones de los homosexuales y la conducta sexual de los pacientes con problemas sexuales. Estos estudios proporcionaron una información de valor incalculable, por una parte, confirmaban la conclusión de Kinsey en el sentido de que la sexualidad no causa ningún daño físico ya que incluso, los sujetos solían encontrar agradable las experiencias eróticas que realizaban en el laboratorio (Kaplan, 1988).

Masters y Johnson a su vez describieron la fisiología normal de la respuesta sexual del hombre y la mujer, tema que hasta entonces constituía un misterio incluso para los médicos. Sus estudios destruyeron también muchos mitos que habían surgido de una combinación de ignorancia y prejuicios; mostraron, por ejemplo, que, cuando una persona envejece, su actividad sexual cambia, pero no necesariamente se detiene. Registraron la actividad sexual de personas de más de ochenta años. Así mismo, demostraron que las mujeres gozan del sexo tanto como los hombres, si no más, y que el punto desencadenante del orgasmo femenino está en el clítoris, y no en la vagina, como se había creído hasta el momento. Los datos reunidos por estos investigadores, y por algunos otros, nos han proporcionado la base que se necesitaba para elaborar por fin una idea clara y racional de lo

que es la sexualidad en el hombre y en la mujer y de cuáles son las causas de los problemas sexuales (Kaplan, 1988).

Los nuevos datos que se han descubierto sobre la sexualidad no pueden, por sí mismos, curar a una paciente con problemas, pero se ha producido un enfoque terapéutico que se basa, por una parte, en nuestra nueva y racional comprensión de la fisiología sexual y, por otra, en nuestro conocimiento tradicional de la medicina y la psiquiatría. Esta nueva terapéutica sexual, que utiliza una combinación de técnicas sexuales y psicoterapéuticas que se aplican a las emociones, ofrece ahora esperanza a muchas personas a las que en el pasado no se podía ayudar (Kaplan, 1988).

ETAPAS DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Para Kaplan (1988) nuestra vida sexual puede dividirse en seis etapas:

- 1) El período que abarca desde el nacimiento hasta los cuatro años aproximadamente;
- 2) La primera infancia (a la que los psicoanalistas denominaron fase edípica), que abarca entre los cuatro y los seis años aproximadamente;
- 3) La segunda infancia o “período de latencia”, que dura aproximadamente de los seis años a la pubertad;
- 4) La adolescencia,
- 5) La madurez;
- 6) La vejez, desde la menopausia al final de la vida.

Los primeros años

De acuerdo con Kaplan (1988), es posible que la sexualidad empiece a existir ya antes del nacimiento. Algunos científicos opinaban que existen claras erecciones prenatales. De lo que no cabe duda es de que la sexualidad existe inmediatamente después del nacimiento, así mismo, muchos niños nacen con una erección, y muchas niñas tienen secreción vaginal desde el primer día de su vida.

Los niños muy pequeños parecen experimentar placer y responder sexualmente cuando se les acaricia, y sobre todo al tocar sus genitales; los bebés suelen sonreír y emitir sonidos de placer cuando se produce algún contacto con su pene o su clitoris durante el baño y el cambio de pañales, así mismo tienen a menudo erecciones cuando se les toma en brazos y se les acaricia. Estas reacciones no son aprendidas, sino que forman parte de nuestra herencia biológica (Kaplan, 1988).

Las sensaciones sexuales primarias (como llevarse las manos a los genitales) las experimentan, probablemente, los bebés de todas las culturas. Lo que varía grandemente son las reacciones de los padres ante esta incipiente sexualidad infantil. Algunos se alegran de observar las respuestas sexuales de sus pequeños, y otros se horrorizan. Nadie puede recordar estas tempranas experiencias, porque el cerebro inmaduro de un bebé no formara aún recuerdos visuales y verbales claros. Sin embargo, los recuerdos emocionales, es decir, las asociaciones que no se perciben de una manera consciente ni verbal, se crean en una etapa muy temprana de la vida, mucho antes de que se desarrollen los conceptos verbales e intelectuales; y estas asociaciones preverbales no desaparecen. Aunque no las recordemos, siguen existiendo, y tienen una gran influencia en sus reacciones durante toda su vida (Kaplan, 1988).

Los abrazos, las caricias y otras formas de contacto afectuoso no genitales entre el niño y las personas que cuidan de él se consideran también básicas para su futuro bienestar emocional y sexual. El contacto físico es muy agradable y reconfortante para los bebés, y los prepara para el amor y la confianza en la vida adulta, así como para desarrollar su sensualidad (Kaplan, 1988).

LA PUBERTAD

Kaplan (1988) sostiene, que la pubertad comienza alrededor de los diez años y suele terminar hacia los dieciocho. La pubertad determina importantes cambios físicos y psíquicos. Los órganos genitales crecen y adquieren funcionalidad, de modo que el individuo es capaz de tener hijos. Se desarrollan las características sexuales secundarias, y

el niño y la niña poco diferenciados –podríamos llamarlo “unisex”- se convierten claramente en un chico o una chica. El interés por la sexualidad aumenta notablemente durante la pubertad. El joven es ahora también capaz de enamorarse.

Todos estos notables cambios vienen determinados por las hormonas sexuales. Hacia los diez u once años, el “reloj biológico” que todos hemos heredado pone en marcha las gónadas, y el cuerpo se ve invadido por las hormonas sexuales. los estrógenos y la testosterona inciden en alguna medida en todas las células del cuerpo, pero los efectos más visibles son los que se producen en las células de los genitales y de los órganos que representan las características sexuales secundarias; los genitales masculinos, que casi no habían crecido desde el nacimiento, alcanzan ahora su tamaño adulto, y los testículos empiezan a producir espermatozoides, así mismo los órganos reproductores masculinos internos crecen también y se desarrollan (Kaplan, 1988).

En el caso de la mujer, la vulva y los órganos internos de la reproducción, es decir, el útero y los órganos anexos, responden a los altos niveles de estrógeno, y también se desarrollan y asumen su función adulta. Los ovarios inician su ciclo mensual de producción de óvulos, y la chica empieza a tener sus reglas o período menstrual (Kaplan, 1988).

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Masters et. al. (1995), definen al periodo de la adolescencia, que comprende de los 12 a los 19 años, como una época de rápidos cambios y difíciles empresas. El desarrollo físico es solo un parte de este proceso, por que los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de la serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar solo algunos. Pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes

sentimientos sexuales, escogiendo como participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión: una época en que la maduración intelectual y emocional corren paralelas con el desarrollo físico y generan una libertad y un creciente apasionamiento vital. La adolescencia suele ser una fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Masters y Johnson, 1995).

Masters y Johnson (1995), opinan que los adolescentes no saben realmente todo lo que se puede saber sobre el sexo, a pesar de que muchos de ellos actúan como si lo supieran. Además de tener una información incompleta, inexacta o malinterpretada, muchos adolescentes carecen de comodidad personal para con los asuntos sexuales. Los adolescentes de catorce años son propensos a preocuparse por la forma "correcta" de dar un beso en la boca, o cómo manejar la desenfrenada pasión física de un novio o novia; los de 16 años puede que se sientan inseguros acerca de cómo "hacer" el sexo oral; casi todos los adolescentes se preocupan con la pregunta; "¿Es normal mi vida sexual?" La actitud sofisticada de los adolescentes oculta frecuentemente un sentimiento subyacente de ansiedad y confusión personal.

Para Masters y Johnson (1995), Mientras los adolescentes luchan con la evolución de su sexualidad, un determinado número de temas definidos entran en juego. Estos incluyen:

1.- Los lazos existenciales entre el desarrollo puberal, la imagen del cuerpo y la propia apariencia. Los adolescentes sienten una especial preocupación por su atractivo personal, cosa que está estrechamente ligada a la forma en que consideran su propio cuerpo, es decir, la imagen de él, para bien o para mal, vivimos en una sociedad que frecuentemente mide el valor personal en términos de atractivo; influidos por el cine y la televisión, los adolescentes captan estos hechos básicos a gran velocidad. La preocupación de los adolescentes con respecto a la apariencia física tiene habitualmente más importancia para ellos que para los demás. Una de las razones que provocan esta atención centrada en la

imagen física, es que el o la adolescente no tienen todavía un sentido claro de su identidad como persona así que, para el o la adolescente, "el aspecto que tenga" y "cómo me ven los demás" equivale muy poderosamente a "quién soy yo". Otro motivo es que la mayoría de los adolescentes jovencitos, que no han desarrollado aún un amplio sentido de la autoestima, se basan en sus logros, características personales y relación con los demás para contrarrestar la percepción de su propia falta de atractivo.

La preocupación del adolescente respecto a la imagen del cuerpo se complica aún más por el hecho de que su cuerpo está pasando por una odisea propia: cambiando de tamaño, forma, y otras características casi inexplicables que forman parte del proceso de la pubertad. Las jovencitas manifiestan una aguda consciencia del desarrollo de las mamas, no sólo en términos comparativos: ¿qué puesto ocupan entre las otras chicas de su curso o de su grupo de amigas? (Los chicos también advierten, y a veces clasifican, el desarrollo de las mamas de las muchachas; en parte por esta razón, el estar bien dotada puede resultar a veces tan embarazoso como presentar un desarrollo inferior al normal).

Los chicos están menos sujetos al escrutinio sexual por su apariencia, ya que su desarrollo sexual básico es menos visible; pero su masculinidad física es medida por ellos mismos y por los demás en términos de estatura, tamaño de los músculos, aparición de vello facial y el desarrollo de una voz de timbre más grave. Las preocupaciones de esta índole se hacen menores a lo largo del tiempo, al progresar la maduración psicológica y el desarrollo físico, pero durante la primera mitad de la etapa adolescente estos temas, como puede comprenderse, tienen una importancia vital (Simmons y Rosenberg, 1975). Y dado que durante la adolescencia existe una relación indudable entre el atractivo físico y la aceptación social (Kleck, Richardson, y Ronald, 1974; Daniel, 1982; Chermín, 1985, citado en Masters et al., 1995). Entonces la preocupación por la imagen del cuerpo tiene bastante lógica.

2.- La tarea de aprender novedades acerca del propio cuerpo, y sus respuestas y necesidades sensoriales y sexuales. Además de concentrarse en su aspecto externo, los adolescentes tienen que aprender cosas nuevas sobre su propio cuerpo. Esto no resulta tan fácil como parece, porque existen muchos aspectos de la pubertad que nadie se molesta en comentar

con ellos, y esta falta de información provoca fuentes de ansiedad predecibles. Una de las principales formas en que los adolescentes aprenden a reconocer su cuerpo es mediante la inspección física y la exploración. Muchos de los adolescentes jovencitos pasan horas examinando los recovecos de sus genitales y preocupándose por las diferencias de tamaño. La inspección física se extiende generalmente a la exploración física, y los adolescentes de ambos sexos experimentan para saber qué sienten con las diversas formas de tocarse y qué clase de respuestas producen cada una. Los adolescentes quieren descubrir simplemente cuántos y cuán rápidamente pueden excitarse, cómo integrar sus fantasías con sus respuestas físicas, durante cuánto tiempo pueden permanecer excitados, cuán rápidamente pueden recuperar la excitación una vez que la han dejado languidecer, qué sensación produce el orgasmo, y qué se siente cuando uno se excita pero no tiene un orgasmo. Todo esto es en parte de una forma de ensayo para posteriores relaciones sexuales interpersonales, y en parte una forma de autodescubrimiento y de llegar a sentirse cómodo con el propio cuerpo y sus reacciones. Tanto la curiosidad como el deseo de "actuar como lo adulto" son componentes normales del principio de la adolescencia.

El aprendizaje acerca del propio cuerpo no sólo tiene lugar cuando los adolescentes están solos: también ocurre cuando tocan o son tocados por los demás, besan o son besados, se desnudan o ven cómo se desnudan otros (Masters y Johnson, 1995).

3.- La forja de una personalidad. El eminente psicólogo Erik Erikson (1990) creía que la búsqueda de la identidad y el vencer la confusión de identidad son los problemas centrales evolutivos de la adolescencia. Esta búsqueda se le hace más difícil a los adolescentes a causa de una cantidad de barreras potenciales que incluyen las expectativas de rígidos roles de género (esteriotipos culturales acerca de los rasgos y comportamiento apropiado en hombres y mujeres) y el problema resultante de ello: orientación sexual.

4.- El aprendizaje de las relaciones sexuales y románticas. El aprendizaje acerca de las relaciones sexuales y románticas comienza por lo general al principio de la adolescencia cuando los chicos y chicas practican las necesarias habilidades sociales que requieren las actividades de grupo como el salir a bailar, las fiestas y las "citas" en grupo para ir al cine.

Para la mayoría de los adolescentes, la práctica de lo que más tarde se convertirá en relaciones más "serias" adopta la forma del emparejamiento. Generalmente, el grado de compromiso emocional e intimidad sexual en sus relaciones aumenta a medida que los adolescentes se hacen mayores y más experimentados.

Tanto en las relaciones amorosas como en las otras interacciones sociales, un aspecto importante de las etapas media y final de la adolescencia es el aprendizaje de las reglas del juego y el arte de la negociación sexual; esto incluye aprender cómo establecer los límites, cómo comunicarse respecto al sexo con o sin palabras, cómo evitar los malos entendidos y cómo enseñarle a la pareja lo que a uno le gusta y lo que no le gusta. La habilidad y la confianza que los adolescentes adquieren en dichas negociaciones sexuales se convierten en componentes de gran importancia de los sentimientos sexuales futuros (Masters et. al. 1995).

5.- El establecimiento de un sistema propio de valores sexuales. El proceso de desarrollar un sistema propio de valores sexuales está ligado a la tarea de encontrar una identidad cómoda. Al intentar responder a la pregunta "¿Quién soy yo?", el adolescente está buscando también la respuesta a preguntas como ¿Qué es lo que yo defiendo? ¿En qué creo? ¿A quién debo escoger como modelo?. Establecer gradualmente un conjunto de valores sexuales es en parte consecuencia de este importante aspecto de la adolescencia. De forma semejante, los adolescentes deben escoger entre el sexo como forma de expresión de intimidad y afecto, o como una forma de gratificación más casual sin ataduras de ninguna clase, o como algo reservado para una relación amorosa. Estas decisiones no las toman en un vacío moral o intelectual; los valores de la familia, los valores religiosos y los valores de los amigos más próximos del adolescente juegan un importante papel en la educación global (Jessor y Jessor, 1975).

NECESIDAD DE INDEPENDENCIA EN LA ADOLESCENCIA

Para Masters et. al., (1995) a medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de

la misma o parecida edad. Los adolescentes buscan la mutua compañía para procurarse apoyo y guía, mientras albergan el propósito de enmendar los errores de otras generaciones. Sin embargo, no tardan en darse cuenta de que los individuos que forman parte de su grupo de edad tienen unas aspiraciones, controles sociales y normas de conducta propios. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas. Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varía según las colectividades sociales y, al mismo tiempo, son un reflejo de las subculturas étnicas y económicas en el seno de cada comunidad.

Las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras o amores románticos. Sucede con frecuencia que los factores personales no son compatibles con los requerimientos del grupo de edad afín (Masters y Johnson, 1995).

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de demostrar su aptitud para tomar decisiones propias y de revelarse a la escala de valores de la otra generación. Pero la conquista de esa libertad no es fácil, ya que los adolescentes adquieren de un modo u otro un considerable legado sexual de sus mayores y de la generación correspondiente, en el que se incluyen pautas discriminatorias hacia el sexo femenino y un intenso sentimiento de culpabilidad sexual. Han cambiado ante las actitudes que la conducta, puesto que hoy está muy extendida la idea de la igualdad entre ambos sexos. No obstante, perdura en ciertos aspectos el criterio de la superioridad del varón. Aún se espera que sea éste el que tome la iniciativa sexual, y si es la mujer la que lo hace, lo más probable es que se le tache de "atrevida". Los adolescentes no se han desembarazado de todo vestigio de problemas sexuales, mala información y desconcierto en materia de sexualidad; más bien parece que hayan sustituido determinados problemas por otro contingente de dificultades (Burkhart, 1981).

COMO SE MOLDEA EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Hay que recordar siempre que todos los adolescentes son distintos, las diferentes comunidades (o incluso los vecindarios distintos de una misma comunidad) están frecuentemente sujetos a valores culturales, presiones de su grupo de amigos y expectativas sociales sorprendentemente distintos; todo esto, combinado con otras variables –que incluyen factores socioeconómicos y religiosos, así como modelos de rol de género–, conforma el surgimiento y la expresión del comportamiento sexual.

Monroy (1994) define que la identidad sexual es el aspecto psicológico de la sexualidad y comprende tres elementos indivisibles: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

Así la identidad de género, constituye la dimensión psicológica de la sexualidad, es el sentirse hombre o mujer y manifestarlo externamente a través del rol de género, que se refiere a todo lo que una persona hace o dice para indicar a otros y/o a sí mismo, el grado en que se es hombre, mujer o inclusive si se siente ambivalente. En otro sentido, la orientación sexual se refiere a la atracción, gusto o preferencia de la persona para elegir compañero sexual.

Monroy (1994) menciona que se debe tener presente que el ser humano es un ser social pues se concibe asociado con otros formando grupo donde cada quien satisface sus necesidades físicas, afectivas y sociales. En adición la cultura (valores, normas, creencias, etcétera) moldean el comportamiento de los miembros de la sociedad con el fin de lograr la convivencia social. Este moldeamiento incluye los patrones de la conducta sexual, pues es necesario para la interacción social. En cada persona, dependiendo de su historia psicológica, el contexto tiene diferentes efectos ésta, a su vez, se ha formado internamente en un interjuego con el exterior.

Es a través del proceso de socialización que la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una manera determinada y quienes se salen de las pautas establecidas, sufren de una fuerte presión social encaminada a controlar su conducta; y dependiendo del equipo

psicológico con que cada uno cuente, se darán los efectos, reacciones y modificaciones en cada persona. El estudio comparativo de diversas culturas revela que la conducta sexual varía en mayor o menor grado de una a otra y que los roles sexuales están condicionados por la concepción particular que cada sociedad tenga de ellos (Monroy, 1994).

La misma autora indica que la sexualidad recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos; esto nos hace pensar en la gran importancia de los factores externos que influyen en la formación de la sexualidad, como son:

- a) Los estereotipos culturales. Son el grupo de acuerdos implícitos que permiten a un grupo de personas cooperar y funcionar a través del tiempo según las condiciones económicas, políticas, etcétera.
- b) Los estereotipos de género. Son los acuerdos sociales generales sobre los roles que se asignan tanto a hombres como a mujeres. Tanto los estereotipos culturales como los de género, deben ser lo suficientemente rígidos como para permitir el orden, así como flexibles para dejar que el cambio se lleve a cabo.
- c) Los esquemas de género. Es la percepción que adquiere el individuo de lo que la sociedad espera de él, como hombre o como mujer y que se trasmite a través de la familia que le da al individuo un sentimiento de identidad (Monroy 1994 pp. 705 y 706).

El papel de los padres no se ha tomado mucho en cuenta, tal vez debido a que generalmente hay poca comunicación en los temas sexuales entre ambos. Para Monroy (1980) la familia constituye el primer grupo social en el que el niño o adolescente vive y es en donde comprende su papel sexual en la vida y sus relaciones con el otro sexo. También es donde aprende a colaborar para el beneficio de su núcleo social, así como a recibir y dar cariño, respetar los derechos de los demás, ser responsable, honesto, a estar satisfecho de su identidad sexual, a identificarse con el padre o con la madre. Y, lo que es muy importante, las pautas de comportamiento para su vida familiar y futura.

La influencia de los compañeros es importante, según algunos estudios realizados en Estados Unidos de América, en relación con el inicio de las relaciones sexuales. La información dada por los compañeros de la misma edad es más confiable y creíble para los

adolescentes en comparación con la brindada por los adultos. (Katchadourian & Lunde, 1997).

En los medios de comunicación, de unos años para acá, se encuentra información sexual más explícita al alcance de los adolescentes, en paneles, mesas redondas y otros programas científicos culturales, en escenas eróticas, materiales pornográficos, información sobre sexo seguro, etc. Esta, más la información implícita de la comercialización del sexo en revistas, periódicos, radio, televisión y videos, hacen que nuestros adolescentes estén bombardeados de información sexual indiscriminada (Monroy, 1994).

La influencia de la religión y los valores sexuales están íntimamente ligados a la filiación religiosa y generalmente atados al conservadurismo y a la restricción. Pero en este punto lo importante es el grado en que el adolescente se sienta comprometido a sus enseñanzas y más si se entremezclan con la imagen materna.

Influencia de otros factores. La educación, el empleo, la situación socioeconómica, las políticas gubernamentales, las características de personalidad (impulsividad, la habilidad de posponer la gratificación), la coerción física o psicológica, el uso de fármacos y el alcohol son otros factores que influyen en la sexualidad.

Como se observa, la sexualidad se va moldeando por los factores externos y, por lo tanto, se puede influir sobre algunos de los factores que la modifican para que pueda ser vivida con más naturalidad, aminorando la presión a la que se encuentra sometida en nuestra sociedad. Es evolutiva pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto a partir de sus transformaciones, trasciende el centro de la persona, se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo (Monroy, 1994).

¿QUÉ ES UNA RELACIÓN SEXUAL?

Pick y Vargas-Trujillo (1999), describen la relación sexual como toda interacción con otra persona que implica una excitación creciente y culmina en el contacto físico íntimo. En el

coito el hombre introduce el pene en la vagina de la mujer; este acto sucede generalmente después de varios pasos, tales como tomarse la mano, besarse, acariciarse, sentirse excitado.

Rodríguez y Aguilar (1997) dicen que la relación sexual es la actividad que lleva a cabo una pareja con el fin de intercambiar placer, de expresar sus emociones, demostrar amor y comunicación profunda. La relación sexual es un contacto de muchas partes del cuerpo, incluyendo la penetración del pene en la vagina, el cual también tiene como objetivo la reproducción.

Para Fenwick y Walker (1997), la relación sexual es una forma de contacto íntimo entre dos personas, se origina en la función biológica que busca perpetuar la especie mediante el embarazo de la mujer y el nacimiento de un hijo; pero las parejas también hacen el amor porque lo disfrutan.

En todas las sociedades, los jóvenes experimentan un aumento de deseo sexual Kaplan (1988) sostiene que existen diferencias normales en la intensidad del instinto sexual de cada individuo. La sexualidad es mucho más importante para algunas personas que para otras, pero, durante la pubertad, la libido de toda persona sana se hace mucho más fuerte de lo que lo era durante la infancia.

Las elevadas dosis de testosterona han activado los centros sexuales del cerebro; el cómo se manifieste y se viva este nuevo instinto sexual depende de las primeras experiencias de cada joven, de su personalidad, de lo que espera de él o ella su familia y su sociedad, de las oportunidades que tiene, y también de lo que espera de él o ella su grupo social concreto. Por todo ello existe una gran variedad en la forma y la intensidad con que los jóvenes expresan sus deseos sexuales (Kaplan, 1988).

Algunos jóvenes reprimen totalmente sus emociones sexuales, pero esto es muy infrecuente. La mayoría de los adolescentes tienen afectos, a menudo centrados en una persona. Estos afectos a veces se manifiestan sólo en ensueños y fantasías, que a su vez pueden ir acompañados de la masturbación. Otros jóvenes no evitan el contacto con el sexo opuesto, sino que, por el contrario, lo buscan activamente. Organizan fiestas, que ahora

incluyen a chicos y chicas, y planean otras actividades que en principio incluyen a grupos o pandillas de chicos y chicas, y que, más adelante, pueden efectuar una pareja (Kaplan, 1988).

La actividad sexual real que se desarrolla varía mucho entre los chicos y chicas normales. Físicamente, son capaces de experimentar deseo y excitación, y tener un orgasmo. Los jóvenes suelen aprender con personas de su misma edad y experiencia, y se van aproximando de manera gradual a la relación sexual completa. Algunos adolescentes optan por abstenerse de llegar al coito mientras no estén casados, y otros rechazan esta abstinencia. Pero la mayoría de ellos se permiten a sí mismos varios grados de placer erótico, aun cuando no lleguen al acto sexual completo (Kaplan, 1988).

Algunos jóvenes limitan su actividad sexual a las salidas en pareja, a tomarse de las manos, a los besos. Otros se entregan al juego preliminar, al toqueteo. "meterse mano", es decir que se besan y se acarician mutuamente durante largo rato. Otros jóvenes permanecen célibes hasta el matrimonio, o al menos hasta que se comprometen seriamente con otra persona, y en cambio otros se sienten libres de tener relaciones sexuales completas antes de este momento (Kaplan, 1988).

En el pasado existía un doble código de conducta moral. Se esperaba de los chicos que tuviesen experiencias sexuales prematrimoniales, mientras que de las chicas se esperaba que permanecieran vírgenes hasta el matrimonio. Pero este doble código moral está cambiando, y cada vez hay más chicas que inician experiencias prematrimoniales (Kaplan, 1988).

Crooks y Baur, (2000) afirman que en las últimas cuatro décadas ha sucedido un aumento significativo en el número tanto de hombres como de mujeres que experimentan el coito antes de los 19 años de edad. Este aumento se ha vuelto considerablemente más acentuado entre las mujeres

CAPITULO V

PLAN DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

De acuerdo con el objetivo de la presente investigación, se pretendió determinar si el inicio / no iniciado de la vida sexual se relaciona con:

- 1) La variable imagen corporal (satisfacción/insatisfacción).
- 2) La variable conducta alimentaria compulsiva.
- 3) La variable dieta crónica restrictiva.
- 4) La variable preocupación por el peso y la comida.

HIPOTESIS:

Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes, hombres y mujeres, que han iniciado vida sexual y los que no la han iniciado, en las variables:

- 1) Imagen corporal (satisfacción/insatisfacción).
- 2) Conducta alimentaria compulsiva.
- 3) Dieta crónica restrictiva.
- 4) Preocupación por el peso y la comida.

DEFINICION DE VARIABLES:

Variables Independientes:

- Sexo: Masculino / femenino
- Inicio o no de la vida sexual.

Variables Dependientes:

- Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.
- Conducta alimentaria compulsiva.
- Dieta crónica restrictiva
- Preocupación por el peso y la comida

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES:

Vida sexual activa:

La relación sexual es toda interacción con otra persona que implica una excitación creciente y culmina en el contacto físico íntimo. En el coito el hombre introduce el pene en la vagina de la mujer. Este acto sucede generalmente después de varios pasos, tales como tomarse de la mano, besarse, acariciarse, sentirse excitado. En esta investigación se utilizó el término "relación sexual" para referirse al coito (Pick & Vargas-Trujillo, 1999).

Imagen corporal:

La imagen corporal es un concepto global compuesto por diferentes variables, entre ellas se encuentra la variable satisfacción/insatisfacción. La definición más completa es la desarrollada por Bruchon-Schweitzer (1992), quien concibe la imagen del cuerpo como un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas formas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa.

Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal:

Percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Conducta alimentaria compulsiva:

Son aquellas formas, hábitos, costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la alimentación que no constituyen trastornos de alimentación propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurren en los casos clínicos.

Dieta crónica y restrictiva:

Es la dieta que es insuficiente y no provee al individuo de la energía necesaria para su normal funcionamiento y se produce lo que se llama una alimentación hipocalórica, una restricción alimentaria que se mantiene por un periodo prolongado, puede llegar a producir efectos de inhibición del deseo de comer (Casado, 1967).

Precupación por el peso y la comida:

La preocupación por el peso y la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso y a comer "demás", interés por el control de peso a través de una ingesta alimentaria restrictiva y ejercicio, ocupando esto gran parte de energía de la persona para conseguir su objetivo.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

Vida sexual activa:

Es la respuesta afirmativa o negativa al reactivo del cuestionario que pregunta: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?.

Imagen corporal – satisfacción/insatisfacción:

La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se obtuvo a través de las diferencias entre figura actual y figura ideal, una diferencia igual a cero se interpreto como satisfacción; diferencias positivas y negativas se interpretaron como insatisfacción. Cuanto más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Conducta alimentaria compulsiva:

Conducta alimentaria de riesgo (compulsiva). Fue el puntaje obtenido por las respuestas dadas a la escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), Gómez Pérez-Mitré (1995), que exploro conductas alimentarias compulsivas y que se clasificaron dando el puntaje más alto a la respuesta que calificó mayor problema.

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dieta crónica – restrictiva:

Se midió a través del factor de EFRATA que mide dieta crónica –restrictiva, un puntaje alto indicó un mayor problema. Las variables que forman el factor se presentan en seguida:

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

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

Preocupación por el peso y la comida:

Se obtuvo a partir del factor de EFRATA que mide preocupación por el peso y la comida, un valor alto indicó mayor problema. Las variables que forman el factor se presentan en seguida:

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

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

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio fue de carácter confirmatorio, de campo, transversal y de tipo correlacional. Con un diseño factorial de 2 X 2.

MÉTODO

MUESTRA:

Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística formada por N=221 adolescentes hombres y mujeres, de nivel bachillerato. La muestra fue extraída de una población formada por hombres y mujeres adolescentes que asisten a una escuela preparatoria privada. Se formó una submuestra del 20% de la muestra original (N=221), con el método de Selección Sistemática Aleatoria para la obtención de las medidas antropométricas (peso y talla).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron de la muestra a los adolescentes que presentaron algún defecto o problema físico notorio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se seleccionó a los sujetos que cumplieron con las siguientes características:

Sexo: Femenino y masculino.

Edad: 13 a 19 años

INSTRUMENTOS:

Se aplicó el "Cuestionario de Alimentación y Salud", en su versión para hombres y mujeres de Gómez Pérez-Mitré, (1993, 1993b, 1995).

Este instrumento se ajusta a un cuestionario de formato mixto constituido por preguntas cerradas, dicotómicas, escalares con 5 opciones de respuesta y una escala visual.

El cuestionario exploró las siguientes áreas:

- a) **Sociodemográfica** (sección A): Esta área esta compuesta por 23 reactivos que exploran aspectos relacionados con la edad, el sexo, la ocupación de los padres ingreso mensual familiar, etc. (ver anexo).

b) Conducta alimentaria de riesgo:

Se aplicó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de Alimentación (EFRATA), compuesta por 11 factores y consistencia interna total (Alpha = .8660).

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva con 9 reactivos y Alpha = .8602 (Ver anexo).

Factor 2: Preocupación por el peso y la comida con 8 reactivos y Alpha = .8076 (Ver anexo).

Factor 4: Dieta Crónica y Restrictiva con 5 reactivos y Alpha = .8052 (Ver anexo).

c) Imagen corporal.

Para la estimación indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se utilizó una escala visual que correspondió a la sección C y G, en las que se presentan 9 siluetas en cada sección de la figura humana que cubre un continuo de peso, que va de una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras estuvieron colocadas al azar, apareciendo en lugares diferentes en una y otra sección.

En la sección C se le indicó al sujeto "observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquellas que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal actual" (figura actual).

La sección G que estaba ubicada lejos de la sección anterior se le pidió al sujeto "observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener (figura ideal).

La estimación indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se obtuvo con la diferencia entre figura ideal y figura actual.

PROCEDIMIENTO:

Se acudió a una escuela privada de nivel bachillerato, y se solicitó permiso a los directivos de la escuela para la aplicación del instrumento en forma colectiva, se les aplicó el cuestionario a los adolescentes que aceptaron participar de forma voluntaria.

Se dieron las siguientes instrucciones: "La Facultad de Psicología de la UNAM, está llevando a cabo una investigación con el propósito de conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil de nivel medio y así poder contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad. El logro de nuestro propósito depende de ti, de tu cooperación, la información es confidencial. Gracias".

Se formó una submuestra del 20% de la muestra original (N=221), con el método de Selección Sistemática Aleatoria con el propósito de tomar medidas antropométricas (peso y talla).

APARATOS:

Se obtuvo una muestra con selección sistemática al azar del 20 % de la muestra original, se les tomó medidas Antropométricas (peso y talla). El peso corporal se midió con una báscula Excell electrónica portátil con una capacidad de 300 kg., la talla o estatura se midió con un estadiómetro de madera de 2 metros.

CAPITULO VI

RESULTADOS

RESULTADOS.

El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación entre el inicio/no inicio de la vida sexual activa, en hombres y mujeres adolescentes con la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) y detectar a su vez aquellas conductas alimentarias de riesgo. Para llevar cabo el análisis estadístico de los datos, se utilizó el Paquete Estadístico de las Ciencias Sociales (SPSS), versión 8.0 para Windows.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra no probabilística quedó constituida por N=221 adolescentes de nivel bachillerato de escuelas privadas del D.F. La muestra se subdividió de la siguiente manera: n1 = 34 hombres que no habían iniciado su vida sexual, n2= 84 mujeres que no tenían vida sexual activa, n3= 62 hombres con vida sexual activa y n4=41 mujeres sexualmente activas.

La media de edad de la muestra total fue de 17.13 teniéndose una desviación estándar de 1.33. Así mismo el grupo 1 obtuvo una X de 16.56 y una s= .94 para el grupo 2 la media fue de 16.76 y una s= 1.17. El grupo 3 obtuvo una X 17.55 y una s=1.42 y el grupo 4 obtuvo una X 17.66 y una s=1.38 (ver tabla 1). Es importante hacer notar, que los chicos (ambos sexos) que no habían iniciado su vida sexual, eran un año más jóvenes que los que ya la habían iniciado.

Tabla 1. Media y Desviación estándar por grupos.

Sexo	Media de edad x	Desviación estándar S
Grupo 1 Hombre sin vida sexual activa	16.5587	.9430
Grupo 2 Mujeres sin vida sexual activa	16.7645	1.1730
Grupo 3 Hombres con vida sexual activa	17.5505	1.4203
Grupo 4 Mujeres con vida sexual activa	17.6667	1.3768

DESCRIPCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA VIDA SEXUAL ACTIVA

Como se observa en la tabla 2 la mayoría de los jóvenes reportaron no trabajar no importando su sexo ni si habían o no iniciado su vida sexual, sin embargo existe un mayor porcentaje de hombres y mujeres que han iniciado su vida sexual y que trabajan.

TABLA 2. Porcentajes de la variable trabajo

	TRABAJA	NO TRABAJA	TOTAL
HOMBRES CON VIDA SEXUAL ACTIVA	23%	77%	100%
MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA	12.2%	88.8%	100%
HOMBRES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA	11.8%	88.2%	100%
MUJERES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA	3.6%	96.4%	100%

Para la pregunta con quien vives la tabla 3 nos muestra que sin importar el inicio o no de la vida sexual ambos grupos viven en su mayoría con sus padres siendo notorio que en el grupo de mujeres adolescentes con vida sexual activa un mayor porcentaje (26.8%) vive solo con padre ó madre en comparación con los hombres con vida sexual activa (19.4%).

TABLA 3. Porcentajes de la variable ¿con quien vives?

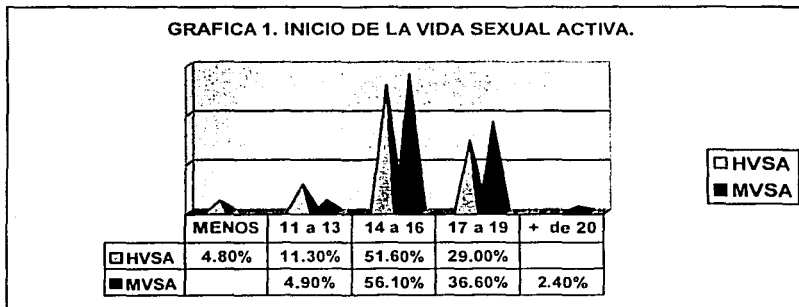
	HOMBRES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA (HSVS)	HOMBRES CON VIDA SEXUAL ACTIVA (HCVS)	MUJERES SIN VIDA SEXUAL ACTIVA (MSVS)	MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA (MCVS)
VIVE CON FAMILIA NUCLEAR	88.2%	77.4%	78.6%	73.2%
VIVE SOLO CON PADRE/MADRE	8.8%	19.4%	19.0%	26.8%
VIVE CON AMIGOS		1.6%		
VIVE CON HERMANOS			2.4%	
VIVE SOLO(a)		1.6%		
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En la tabla 4 y gráfica 1 observamos que un porcentaje mayor más del 50% tanto de varones como de mujeres iniciaron su vida sexual de los 14 a los 16 años, cabe hacer notar que un porcentaje ligeramente mayor de mujeres iniciaron de 17 a 19 años. Es interesante mencionar que ninguna de las mujeres iniciaron su vida sexual antes de los 11 años a diferencia de los hombres los cuales en una proporción pequeña comenzaron a una edad más temprana siendo en este caso antes de los once años de edad.

Tabla 4. Edad de inicio de la vida sexual activa

	HOMBRES CON VSA	MUJERES CON VSA
ANTES DE 11	4.8%	
DE 11 A 13 AÑOS	11.3%	4.9%
DE 14 A 16 AÑOS	51.6%	56.1%
DE 17 A 19 AÑOS	29.0%	36.6%
+ DE 20 AÑOS		2.4%
NO CONTESTARON	3.3%	
TOTAL	100%	100%

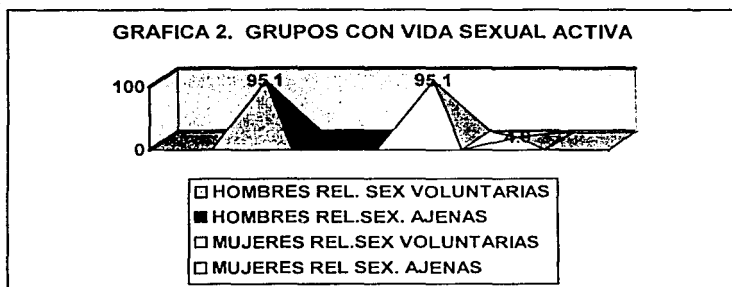
GRAFICA 1. INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA.



En la tabla 5 y gráfica 2 podemos observar que casi el total de los adolescentes con vida sexual activa respondieron que ésta se inició por voluntad propia (95.1%) y solo un porcentaje menor respondieron que por circunstancias ajenas a su voluntad (2.9).

Tabla 5. Tus relaciones sexuales fueron.

HOMBRES CON VIDA SEXUAL ACTIVA		MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA	
POR VOLUNTAD PROPIA	CIRCUNSTANCIAS AJENAS A SU VOLUNTAD	POR VOLUNTAD PROPIA	CIRCUNSTANCIAS AJENAS A SU VOLUNTAD
95.2%	4.8%	95.1%	4.9%
TOTAL = 100%		TOTAL = 100%	



En la tabla 6 podemos observar que un porcentaje mayor de los hombres respondieron que sus amigos habían influido en su decisión de iniciar su vida sexual en comparación con el grupo de mujeres con vida sexual activa.

Tabla 6. Para iniciar tu vida sexual influyeron amigos

	SI INFLUYERON AMIGOS	NO INFLUYERON AMIGOS	TOTAL
HOMBRES CON VIDA SEXUAL ACTIVA (HVSA)	22.7%	77.3%	100%
MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA (MVSA)	14.6%	85.4%	100%

En cuanto al tiempo de conocer a tu pareja podemos observar en la tabla 7 que las mujeres con vida sexual activa llevaban un mayor tiempo de conocer a la persona (34.1%) con la que entablarían una relación íntima, a diferencia de los hombres (14.5%) para quienes con tan solo horas de conocer a la pareja bastaba para entablar una relación sexual.

Tabla7. Tiempo de conocer a tu pareja

TIEMPO DE CONOCER A TU PAREJA	HOMBRES	MUJERES
24 HRS. O MENOS	14.5%	2.4%
24 HRS. A 4 MESES	32.3%	17.1%
4 MESES A 11 MESES	29.0%	34.1%
11 MESES A 1 AÑO	3.2%	14.6%
1 AÑO A 1.5 AÑOS	6.5%	19.5%
1.5 AÑO A MAS	9.7%	12.2%
NO CONTESTARON	4.8%	
TOTAL	100%	100%

En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos como se puede observar en la tabla 8 los varones tienen un porcentaje ligeramente mayor que las mujeres del uso de ellos pero si comparamos con la tabla anterior también son los varones quienes con mayor frecuencia entablan relaciones casuales.

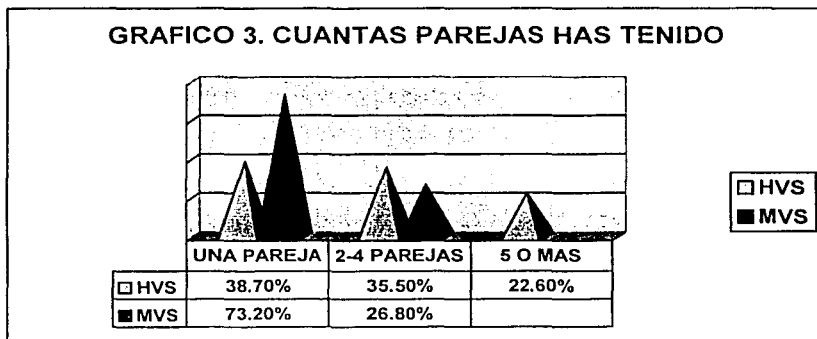
Tabla 8. Utilización de métodos anticonceptivos.

	HOMBRES	MUJERES
SI UTILIZA METODOS ANTICONCEPTIVOS	74.2%	72.5%
NO UTILIZA METODOS ANTICONCEPTIVOS	21.0%	27.5%
TOTAL	100%	100%

Como podemos observar en la tabla 9 y en la gráfica 3 con respecto a la pregunta ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? Un alto porcentaje de mujeres (73%) respondieron que una a diferencia de los hombres quienes en sólo 39% aceptaron que habían tenido a solo una pareja; un 58% respondió haber tenido desde 2 a más de 5 parejas sexuales.

Tabla 9. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

PAREJAS SEXUALES	HOMBRES	MUJERES
UNA	38.7%	73.2%
2 A 4	35.5%	26.8%
5 O MÁS	22.6%	
TOTAL	100%	100%



DESCRIPCION DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON IMAGEN CORPORAL

Elección de Figura Ideal

La elección de la figura ideal es una de las variables más importantes porque nos muestra que tanto los y las adolescentes han interiorizado el concepto de delgadez. Como puede observarse en la tabla 10 y gráfica 4, el grupo de adolescentes sin vida sexual activa querían tener un peso muy por debajo del normal mientras que en el grupo con vida sexual activa el porcentaje total mostró una mayor preferencia hacia las siluetas delgadas. Cabe señalar que en el grupo que no había tenido relaciones sexuales un porcentaje pequeño deseaban una silueta más llenita (sobrepeso) a diferencia de los que tenían vida sexual.

Entre los hombres con vida sexual activa y sin vida sexual activa no se encontraron diferencias, en cambio entre las mujeres, el 44% deseaba una figura ideal emaciada y un 49% figura ideal delgada. Prácticamente el total (93%) de la muestra deseaba una figura que iba de muy delgada a delgada.

Tabla 10. Elección de la figura ideal

<i>FIGURA</i>	<i>HSVS</i>	<i>MSVS</i>	<i>MUESTRA TOTAL SVS</i>
1.EMACIACION		4.8%	3.4%
2.EMACIACION	8.8 %	28.6%	22.9%
3.DELGADEZ	32.4%	36.9%	35.6%
4.DELGADEZ	52.9%	15.5%	26.3%
			88.2%
5.PESO NORMAL	5.9%		1.7%
6.SOBREPESO		1.2%	.8%
7.SOBREPESO		10.7%	7.6%
8. OBESIDAD		2.4%	1.7%
			10.1%
<i>FIGURA</i>	<i>HCVS</i>	<i>MCVS</i>	<i>MUESTRA TOTAL CVS</i>
1.EMACIACION		12.2%	4.9%
2.EMACIACION	9.7%	31.7%	18.4%
3.DELGADEZ	37.1%	31.7%	35.0%
4.DELGADEZ	50.0%	17.1%	36.9%
			95.2%
5.PESO NORMAL	3.2%		1.9%
6.SOBREPESO			
7.SOBREPESO		7.3%	2.9%
8. OBESIDAD			
Total	100%	100%	100%

Satisfacción/insatisfacción con la Imagen corporal

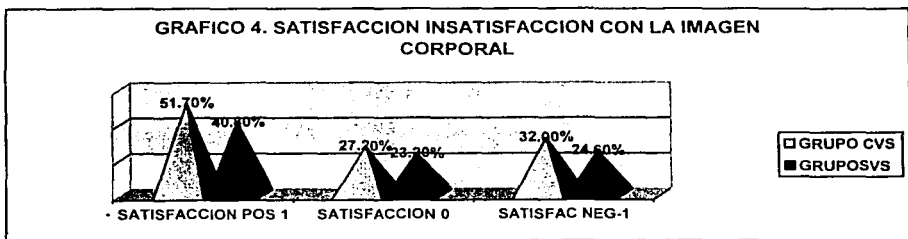
En cuanto a la variable satisfacción/insatisfacción con la figura, podemos observar en la tabla 11 que los hombres sin vida sexual activa se encontraban más satisfechos que los demás grupos (incluyendo las mujeres sin vida sexual).

Cabe señalar que la insatisfacción positiva se presenta porque se desea tener menor peso mientras que la insatisfacción negativa se considera aquella en la que la persona desea subir de peso. Es importante mencionar que, entre los hombres de ambos grupos los porcentajes de insatisfacción se dividen casi por partes iguales a la insatisfacción positiva y negativa. Entre las mujeres de ambos grupos el mayor porcentaje se ubicó en la insatisfacción positiva (desean estar más delgadas).

Tabla 11 Satisfacción-Insatisfacción con la Figura

	<u>HSVS</u>	<u>MSVS</u>	<u>MUESTRA TOTAL</u> <u>SVS</u>
INSATISFACCION NEGATIVA (-)	29.4%	22.6%	24.6%
SATISFACCION (0)	41.2%	16.7%	23.7%
INSATISFACCION POSITIVA (+)	29.4%	60.7%	50.7%
	<u>HCVS</u>	<u>MCVS</u>	<u>MUESTRA TOTAL</u> <u>CVS</u>
INSATISFACCION NEGATIVA (-)	37.1%	24.4%	32.0%
SATISFACCION (0)	30.6%	22.0%	27.2%
INSATISFACCION POSITIVA (+)	32.3%	53.7%	40.8%

Puede verse que hay mayor porcentaje de satisfacción en hombres sin vida sexual (41%) que entre los hombres con vida sexual activa (31%), mientras que entre las mujeres esto se invierte ya que hay mayor satisfacción entre las mujeres con vida sexual activa.



VARIABLES RELACIONADAS CON CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Seguimiento de dieta restrictiva

En cuanto a la pregunta en los últimos seis meses hiciste dieta para controlar tu peso observamos en la tabla 12 que un porcentaje alto de mujeres con vida sexual la hacían como método de control de peso. Se observó que los hombres, independientemente del inicio o no inicio de la vida sexual, presentaron porcentajes relativamente pequeños de seguimiento de dieta restrictiva.

Tabla 12. ¿Hiciste dieta para controlar tu peso?.

	HSVS	MSVS	HCVS	MCVS
SI REALIZAN DIETA	20.6%	55.4%	25.8%	61.0%
NO REALIZAN DIETA	76.5%	44.6%	74.2%	39.0%

Entre los hombres los porcentajes mayores son para los que no realizaban dietas mientras que entre las mujeres está relación se invierte, si se compara por vida sexual, tanto los hombres como las mujeres que tienen vida sexual activa hacen dieta en un porcentaje ligeramente más alto que los hombres y mujeres sin vida sexual activa.

Tabla 13. ¿Cuántas veces hiciste dieta para controlar tu peso?.

OPCIONES	HSVS	MSVS	HCVS	MCVS
NUNCA	85.3%	45.2%	75.8%	41.5%
A VECES	8.8%	29.8%	14.2%	22.0%
FRECUENTEMENTE	2.9%	10.7%	3.2%	12.2%
MUY FRECUENTEMENTE	2.9%	11.9%	3.2%	17.1%
SIEMPRE		2.4%	3.2%	7.3%

En relación a la pregunta si en los últimos seis meses has hecho dieta podemos observar en la tabla 14 que las jóvenes sin vida sexual habían realizado dieta en los últimos seis meses, mientras que en el grupo que no tenían vida sexual el porcentaje era mayor en mujeres(53%) pero menor en hombres (9%).

Tabla 14. Dieta en los últimos seis meses.

	HSVS	MSVS	HCVS	MCVS
SI DIETA 6 MESES	8.8%	52.7%	17.7%	50.0%
NO DIETA 6 MESES	14.7%	47.3%	21.0%	50.0%

En la tabla 15 podemos observar que tanto los jóvenes que habían iniciado su vida sexual como en las que no, la edad oscilaba entre los 15 a los 17 años siendo mayor el porcentaje de mujeres con vida sexual activa que realizaban dieta en ese mismo rango de edad.

Tabla 15. Edad en la que hiciste tu primera dieta.

Edad	HSVS	MSVS	HCVS	MCVS
Menos de 9 años	2.9	5.8	3.2	7.4
9-11 años		5.8	6.5	11.1
12-14 años		53.8	4.8	29.6
15-17 años	20.6	30.8	16.1	48.1
18-20 años		1.9	6.5	3.7
21 o más	2.9	1.9	1.6	

PRUEBA DE HIPOTESIS

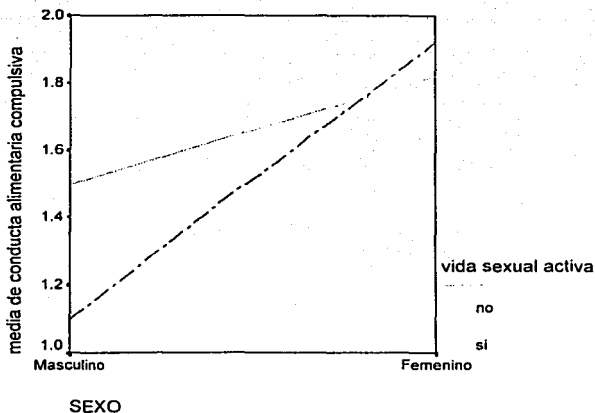
En lo que se refiere a la variable conducta alimentaria compulsiva se encontró diferencias estadísticamente significativas tanto en el efecto principal sexo como en la interacción sexo y vida sexual (ver Tabla 16). Las medias (incluidas en la tabla 17) y en la gráfica 4 de interacción señalan que fueron las mujeres de ambos grupos, especialmente las que no han iniciado su vida sexual, las que presentaron mayor problema de conducta alimentaria compulsiva. Entre los hombres, los que habían iniciado su vida sexual presentaron más problema que los que no habían iniciado su vida sexual, siendo éstos últimos los que menos problemas presentaron de los cuatro grupos. Por lo tanto, rechazamos hipótesis nula y aceptamos alterna, estos hallazgos nos permiten confirmar la hipótesis de trabajo 1: "Se encontrarán diferencias significativas en conducta alimentaria compulsiva entre los adolescentes, hombres y mujeres, que han iniciado vida sexual y los que no la han iniciado".

Tabla 16. ANOVA Conducta alimentaria compulsiva por sexo y vida sexual

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	16.019	2	8.010	13.888	.000
Sexo	15.261	1	15.261	26.461	.000
Vida sexual	.758	1	.758	1.315	.253
Interacción de doble entrada sexo por vida sexual	2.996	1	2.996	5.194	.024
Explicada	19.015	3	6.338	10.990	.000
Residual	123.999	215	.577		
Total	143.014	218	.656		

Tabla 17. Medias y D. E.s de la variable conducta alimentaria compulsiva

SEXO	VIDA SEXUAL	X	D.E.
Masculino	Sin	1.0980	.6308
	Con	1.4964	.7163
	Total	1.3553	.7102
Femenino	Sin	1.9192	.8319
	Con	1.8187	.7630
	Total	1.8873	.8090
Total	Sin	1.6826	.8618
	Con	1.6209	.7477
	Total	1.6541	.8100



Gráfica 4. Interacción significativa de las variables sexo por vida sexual activa

En la variable preocupación por el peso y la comida se encontraron diferencias estadísticamente significativas sólo en el efecto principal sexo (ver tabla 18). Estos hallazgos llevan a aceptar hipótesis nula y no confirmar la hipótesis de trabajo 2: "Se encontrarán diferencias significativas en la preocupación por el peso y la comida entre los adolescentes, hombres y mujeres, que han iniciado vida sexual y los que no la han iniciado".

Las medias (incluidas en la misma tabla) indican que fueron las mujeres (independientemente del inicio del inicio o no de la vida sexual) quienes presentaron mayor problema de preocupación por el peso y la comida.

Tabla 18. ANOVA Preocupación por el peso y la comida por sexo y vida sexual

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	20.816	2	10.408	18.865	.000
Sexo	19.752	1	19.752	35.802	.000
Vida sexual	1.064	1	1.064	1.929	.166
Interacción de doble entrada sexo por vida sexual	.888	1	.888	1.609	.206
Explicada	21.703	3	7.234	13.113	.000
Residual	119.168	216	.552		
Total	140.871	219	.643		

Medias y D.Es. de la variable preocupación por el peso y la comida		
	X	D.E.
Masculino	1.7336	.6269
Femenino	2.3378	.8253

Como se puede observar en la Tabla 19, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable dependiente "dieta crónica y restrictiva" en los efectos principales sexo ($F(1, 216)=18.656, p=.000$) y vida sexual ($F(1,216)=4.803, p=.029$). Fueron las mujeres ($X=1.84$) quienes presentaron mayor seguimiento de dieta crónica y restrictiva que los hombres ($X=1.32$). Por vida sexual, fueron los que habían iniciado su vida sexual ($X=1.66$ vs $X=1.57$) los que presentaron mayor problema con el seguimiento de dieta (ver Tabla 20). Estos resultados, llevan a aceptar la hipótesis alterna y permiten confirmar la hipótesis de trabajo 3: "Se encontrarán diferencias significativas en dieta crónica restrictiva entre los adolescentes, hombres y mujeres, que han iniciado vida sexual y los que no la han iniciado".

Tabla 19. ANOVA Dieta crónica restrictiva por sexo y vida sexual

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	19.023	2	9.511	11.729	.000
Sexo	15.128	1	15.128	18.656	.000
Vida sexual	3.895	1	3.895	4.803	.029
Interacción de doble entrada sexo por vida sexual	.840	1	.840	1.036	.310
Explicada	19.863	3	6.621	8.165	.000
Residual	175.155	216	.811		
Total	195.018	219	.890		

Tabla 20. Medias y D.E.s de la variable dieta crónica restrictiva

SEXO	VIDA SEXUAL	X	D.E.
Masculino	Sin	1.0412	.6185
	Con	1.4677	1.0211
	Total	1.3167	.9189
Femenino	Sin	1.7912	.8872
	Con	1.9553	.9272
	Total	1.8454	.9002
Total	Sin	1.5732	.8844
	Con	1.6618	1.0090
	Total	1.6147	.9437

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal sólo en el efecto principal sexo (ver tabla 21). Las medias (incluidas en la misma tabla) sugieren que fueron las mujeres ($X=.78$) quienes presentaron mayor insatisfacción que los hombres ($X=.21$). Estos resultados llevan a aceptar hipótesis nula y no permiten confirmar la hipótesis de trabajo 4: "Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción) entre los adolescentes, hombres y mujeres, que han iniciado vida sexual y los que no la han iniciado".

Tabla 21. ANOVA Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal por sexo y vida sexual

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrada	F	Sig.
Efectos principales	18.070	2	9.035	2.064	.076
Sexo	17.994	1	17.994	5.186	.024
Vida sexual	.076	1	.076	.022	.883
Interacción de doble entrada sexo por vida sexual	.049	1	.049	.014	.905
Explicada	18.119	3	6.040	1.741	.160
Residual	752.876	217	3.469		
Total	770.995	220	3.505		
Medias y D.E.s de la variable satisfacción/insatisfacción					
SEXO		X	D.E.		
Masculino	.2083	1.36	.82		
Femenino	.7840	2.15	.37		

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se mencionó en capítulos anteriores el objetivo de la presente investigación fue conocer como se relaciona el inicio /no inicio de la vida sexual activa, en hombres y mujeres adolescentes con la imagen corporal (satisfacción /insatisfacción) y detectar aquellas conductas alimentarias de riesgo.

Con tal propósito se trabajó con una muestra total de 221 adolescentes, compuesta por 34 hombres que no habían iniciado su vida sexual, 84 mujeres que no habían iniciado su vida sexual, 62 hombres con vida sexual activa y 41 mujeres con vida sexual activa.

De los adolescentes de ambos sexos con vida sexual activa, la mayoría la había iniciado entre los 14 y los 19 años; estos resultados coinciden con los reportados por Rodríguez y Sánchez (2001) quienes investigaron la relación entre el inicio de la vida sexual y la autoestima en adolescentes, además de confirmar estudios previos (Pick de Weis, Díaz-Loving, Andrade-Palos, 1988, y Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1995; citado en Rodríguez y Sánchez, 2001). Estos datos sugieren que los adolescentes de nuestro país inician su vida sexual entre los 14 y los 19 años.

Cuando se preguntó a los sujetos sobre el tiempo que tenían de conocer a su primera pareja sexual, un alto porcentaje de los adolescentes señaló que de 4 a 11 meses, estos resultados concuerdan con los reportados por Sánchez y Rodríguez (2001) quienes encontraron que las mujeres de su muestra tenían de 8 meses a más de 1 año y medio de conocer a sus parejas.

Sin embargo, en el presente estudio un porcentaje considerable (14%) de los hombres y sólo el 2% de las mujeres reportaron conocer como mínimo 24 horas o menos; y como máximo 24hrs. a 4 meses a su primera pareja sexual; esto es reflejo de aspectos culturales de la sociedad mexicana, en donde a los hombres no sólo se les permite sino que se les motiva a relacionarse sexualmente desde las primeras citas y a tener no una pareja sino varias; mientras que en las mujeres las relaciones sexuales se dan en un contexto de una relación estable acompañada de un componente afectivo. Estas afirmaciones sirven de marco, a las respuestas dadas por los adolescentes a la pregunta: ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales? La mayoría de las mujeres contestó que sólo una; mientras que un alto porcentaje de los hombres reportaron de dos a más de cinco parejas.

Con respecto al uso de anticonceptivos, casi tres cuartas partes de los adolescentes de ambos sexos reportó utilizarlos, el cual representa un mayor porcentaje al indicado por la encuesta realizada por la Secretaría de Gobernación (citada en Martínez y Sánchez, 2001) quienes reportan que un 13.09% de los adolescentes sexualmente activos utilizaban algún anticonceptivo.

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con imagen corporal, se encontró que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, estos hallazgos coinciden con los reportados por Rodríguez y Sánchez (2001), Martínez y Sánchez (2001) y Navarro (1999) quienes tampoco encontraron relación entre el inicio de la vida sexual y la insatisfacción corporal. Sin embargo, en la presente investigación se encontraron diferencias significativas en esta variable por sexo; siendo las mujeres quienes presentaron mayor insatisfacción. Estos resultados nos llevan a concluir que la satisfacción/insatisfacción con la Imagen Corporal no depende del inicio o no de la vida sexual, sino del sexo de los adolescentes ya que constantemente se han encontrado diferencias en esta variable (Cruz y Estrada, 2001; San German, 2000, Bolaños, 1998). Es interesante hacer notar que en la mayoría de estas investigaciones y en la realizada por Gómez Peresmitré y col. (2001) la insatisfacción de los hombres es porque desean tener una silueta más robusta; sin embargo en el presente estudio los hombres mostraron una media de insatisfacción positiva ($X=2.083$, desean ser más delgados) aunque con los músculos marcados.

Sin duda los hallazgos aquí presentados contribuyen a las afirmaciones de Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel (2001) quienes señalan que tanto hombres como mujeres se encuentran en una cultura en donde "ellas" tienen que ser delgadas para ser bellas y exitosas y ellos musculosos para ser atractivos.

Cuando se exploraron las variables relacionadas con conducta alimentaria de riesgo se encontraron diferencias significativas en los factores de EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios) que miden conducta alimentaria compulsiva y dieta crónica restrictiva, estos resultados coinciden con los reportados por Martínez y Sánchez (2001) quienes afirman que las mujeres con inicio de la vida sexual presentaron mayor seguimiento de dieta que aquellas que no la habían iniciado. Esta misma variable también produjo diferencias significativas por sexo, los datos mostraron que fueron las mujeres, mas que los hombres, con mayor seguimiento de dieta crónica restrictiva.

Otras de las variables de estudio, fue la preocupación por el peso y la comida; interesaba saber si difería la preocupación dependiendo del inicio o no de la vida sexual; no encontrándose diferencias; sólo en la variable sexo, siendo las mujeres quienes manifestaron mayor preocupación por el peso y la comida así como mayor seguimiento de dieta restrictiva, estos resultados son consistentes con la literatura aun en investigaciones transculturales (Acosta, 2000 quien comparó adolescentes mexicanos y españoles de ambos sexos).

Entre los resultados teóricamente más interesantes se encuentra la interacción estadísticamente significativa entre las variables Conducta alimentaria compulsiva (variable dependiente) y sexo e inicio de la vida sexual (variables independientes). Esta interacción señaló curiosamente que las chicas sin inicio de vida sexual presentaron ligeramente mayor conducta alimentaria compulsiva que aquellas que ya la iniciaron; el grupo de hombres sin vida sexual fue el que presentó menor problema del total de los cuatro grupos. Es importante hacer notar que al comparar los dos grupos de hombres, fueron aquellos con vida sexual activa los que manifestaron mayor conducta alimentaria compulsiva.

Con base en la información de la muestra aquí estudiada, se puede concluir que:

1. Los resultados arrojados por la presente investigación contribuyen a la generalización de la afirmación: "La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal no depende de la vida sexual sino del sexo de los adolescentes" dado que son consistentes con los reportados en investigaciones previas.
2. Las mujeres manifiestan mayor insatisfacción que los hombres.
3. Tanto mujeres como hombres (en diferente proporción) quieren ser más delgados, aunque éstos desean una figura musculosa.
4. Tanto las mujeres como los adolescentes (ambos sexos) con inicio de vida sexual manifiestan mayor seguimiento de dieta crónica restrictiva.
5. La conducta alimentaria compulsiva se puede explicar a partir de la interacción del sexo y el inicio o no de la vida sexual.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- ✓ La principal limitación de la investigación tiene que ver con la selección de los sujetos ya que se trabajó con una muestra no probabilística.
- ✓ Se sugiere realizar mayor investigación sobre la interacción que se presenta entre el inicio de la vida sexual y las conductas alimentarias anómalas como factores de riesgo en trastornos alimentarios. Así como indagar si estos factores cambian de frecuencia e intensidad dependiendo del nivel socioeconómico.
- ✓ En estudios posteriores introducir el enfoque de perspectiva de género relacionado con la presente línea de investigación.
- ✓ Considerar estos factores de riesgo, en la instrumentación de programas de prevención dirigidos a padres de familia, niños y adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, G.M.V. (2000). Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: Imagen corporal y conducta alimentaria, una investigación transcultural entre México y España. Tesis Doctoral. Departamento de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad de Almería, España.

Aguirre, A. (1996). Psicología de la adolescencia. España: Ariel.

Aquino, G. (1998). Trastornos de la Alimentación: Detección de factores de riesgo en mujeres que hacen deporte y que no lo hacen. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Asociación Psiquiátrica Americana (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Mason.

Asociación Psiquiátrica Americana (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona: Mason.

Baron, R. (1996). Psicología. México: Prentice Hall.

Bolaños, M. 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.

Bourges, H. (1987). Obesidad y sus riesgos. Cuadernos de nutrición. 3 (4), 6 – 21.

Braguisky, J. (1987). Obesidad, patogenea, clinica y tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.

Burkhart, K., (1981). Growing into love. Nueva York: Putman.

Casado, D. (1967). Perfiles del hambre. Madrid: Edicusa.

Cash, T.F. (1990). Physical attractiveness: an annotated bibliography of theory and research in the behavioral sciences. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 11, 83.

Cauwels, J. (1983). Bulimia: the Binge-Purge Compulsion. Nueva York: Doubleday

Cervera, F.R. (1995). El psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de niños mexicanos con alteraciones de la imagen corporal. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Crooks, R., y Baur, K. (2000). Nuestra sexualidad. México: Thomson.

Cruz, A. D. y Estrada, M. F. (2001). Factores de Riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, autoatribución y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Davis, C. (1992). Body image, dieting behaviours, and personality factors: A study of high performance female athletes. International Journal of Sports Psychology, 23, (1-2), 33-34.

Erikson, E. (1990). Identidad juventud y crisis. Madrid: Taurus.

Fallon, P., Katzman, M.A. y Wooley, S. C. (1990). Feminint perspectives on eating disorders Nueva York: Guilfor Press.

Fenwick E., y Walker R. (1997). Guía sexual para adolescentes. Buenos Aires: Atlántida.

Freud, S. (1988). Introducción al psicoanálisis. Madrid: Alianza.

Gómez Pérez- Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.

- Gómez Pérez-Mitré, G., (1993a) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27
- Gómez Pérez-Mitré, G., (1993b) Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la 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), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40.
- Gómez Pérez- Mitré (1998). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo?". Revista de Psicología y ciencia social, 2, (1), 27-33.
- Gómez Pérez- Mitré, G. y Ávila, A.E. (1998). Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso. Revista Iberoamericana, 13, (2), 37-45.
- Gómez Pérez-Mitré, 2001 Anorexia y bulimia acechan a niñas y jóvenes mexicanas. Problemas de conducta alimentaria en niñas y adolescentes mexicanas. Gaceta UNAM. 2-07-01. No. 3469, pp. 4-5.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M. T. y Unikel, S. C. (2001). Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en trastornos de la alimentación. En N. Calleja y G. Gómez Pérez-Mitré. Psicología Social: investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica
- Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A., Jauregui, J., Tafoya, S. Y Unikel, C. (2001). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras de género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1) 4-15.
- Jessor, S., y Jessor R. (1975). Transition from Virginity to Nonvirginity Among Youth: A Social Psychological Study Over Time. Developmental Psychology, 11: 473-484.

- Kaplan., H.(1988). El sentido del sexo. México: Grijalbo.
- Katchadourian, H.A., y Lunde, D. (1997) Las bases de la Sexualidad Humana. México: Continental.
- Lemus, P. y Rubio, P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4) 459-464.
- León, S. Y. (1998), Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- López, M. (1990), La encrucijada de la adolescencia. Antología para el curso: manejo psicoafectivo del adolescente. AMPPA. México: Porrúa.
- Lubin, P. y Rubio de L. P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, 46 (4) 459-464.
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder.
- Martínez, B. y Sánchez, O. (2001). Relación que existe entre inicio de vida sexual e imagen corporal, y conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Martínez-Fornés (1994). La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia. México: Espasa Calpe.
- Masters, W. y Johnson, V. (1995). La Sexualidad humana. Tomo I y II. Barcelona: Grijalbo.
- Mendoza, F.E. (1996) La autoestima individual como un factor determinante en la relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

- Morea, L. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria. <http://www.monografias.com>.
- Monroy, A.,(1976). Nuestros niños y el sexo. México: Pax-México
- Monroy, A.,(1980).El educador y la sexualidad humana. México: Pax-México.
- Monroy, A., (1994). La sexualidad en la adolescencia. Antología de la Sexualidad Humana. Tomo II. CONAPO. México: Porrúa.
- Murrieta, M. (1997). Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Navarro, C. M. (1999). Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal (satisfacción/insatisfacción, sobreestimación/subestimación). Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Olascoaga, J. (1969). Nutrición normal para toda la familia. México: Méndez
- Organización Mundial de la Salud (1989). "Discusiones Técnicas sobre la Salud de la Juventud", (pp. 1-9). Suiza: OMS
- Palma, E. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuaderno de nutrición. 20 (5) 21-28.
- Palmero, F., y Fernández- Abascal, E. (1998). Emoción y adaptación. Barcelona: Ariel.
- Papalia, D. (1999). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D. E., y Wendkos, O. S. (1999). Psicología del desarrollo. México: Mc.Graw-Hill
- Plazas, C. (1997). Prevenir la anorexia y la bulimia. Cuaderno de Nutrición. 20 (5) 37-40

- Palma, E. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuaderno de nutrición, 20 (5) 21-28.
- Pick, W.S., y Vargas-Trujillo E., (1999). Yo adolescente. México: Planeta.
- Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quintín O. J. (1990). Nutrición normal para toda la familia. México: MC.
- Rodríguez de Nassar E. (1997) Yo madre, yo psicóloga. México: María Angeles González.
- Rodríguez, G. y Aguilar, G. (1997). Hijo de tigre pintito, hablemos de sexualidad. México: SEP.
- Rodríguez, P. y Sánchez, G. (2001). Inicio de la vida sexual y su relación con la autoestima e imagen corporal en adolescentes mexicanas. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- San German, J. L. (2000) Factores de Riesgo asociados con conducta alimentaria. Obesidad en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Schutze, G. (1980). Anorexia mental. Barcelona: Heder.
- Silber, T., M., Maddaleno M., y Suárez., O. E. (1992) "Manual de medicina de la adolescencia". Washington: OPS
- Simmons, R. G., y Rosenberg, F. (1975). Sex, sex-Roles, and Self-Image Journal of Youth and Adolescence, 4: 225-258, 1975.

Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Assesment and treatment. Elmsford, Nueva York: Pergamon.

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

Toro, J., y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

Tunner, S L., Hamilton, H., Jacobs, M., Angood, L. M., y Hovde Dwyer D. (1997). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college woman: an exploratory a analysis. Adolescence, 32, 127, 602-613.

Uriarte, B. (1992) Psicopatología básica moderna. México: Sianex.

ANEXO

SECCION "A" (XX)

1. ¿Qué estas estudiando?
 - A) Secundaria
 - B) Carrera Técnica
 - C) Carrera Comercial
 - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
 - E) Licenciatura
 - F) Posgrado

2. ¿Trabajas?
 - A) Si
 - B) No

3. Actualmente vives con:
 - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
 - B) Padre o Madre
 - C) Hermanos (s)
 - D) Esposa o Pareja
 - E) Sola
 - F) Amigo

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos
 - A) Soy hija única
 - B) Soy la mayor
 - C) Ocupo un lugar intermedio
 - D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más años

6. ¿Has tenido información sobre sexualidad?
 - A) Si
 - B) No

7. ¿Tienes vida sexual activa?
 - A) No. Pasar a la pregunta 18
 - B) Si Pasar a la siguiente pregunta

8. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

- A) Antes de los 11 años
- B) De 11 a 13 años
- C) De 14 a 16 años
- D) De 17 a 19 años
- E) De 20 o más

9. Tus relaciones sexuales fueron

- A) Por voluntad propia
- B) Por circunstancias ajenas a mi voluntad

10. En tu decisión sobre tener relaciones sexuales ¿influyeron tus amigos?

- A) Sí
- B) No

11. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a tu primera pareja sexual?

- A) 24 horas o menos
- B) Más de 24 horas a 4 meses
- C) Más de 4 meses a 11 meses
- D) Más de 11 meses a 1 año
- E) Más de 1 años a un año y medio
- F) Más de 1 año y medio o más

12. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?

- A) Una
- B) De dos a cuatro
- C) Cinco o más

13. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

- A) Sí
- B) No

14. Tus relaciones son o han sido satisfactorias.

- A) Sí
- B) No

15. Después de tu primera relación sexual ¿Ha cambiado tu forma de comer?

- A) Sí
- B) No

16. Si respondiste afirmativamente la pregunta anterior, ¿De que manera a cambiado?

- A) Ha aumentado
- B) Ha disminuido
- C) No me he percatado

17. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

18. El ingreso familiar es aproximadamente de:

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

19. ¿Quién o quienes aportan al ingreso familiar?

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

20. Años de estudio de tu padre:

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

21. Años de estudio de tu madre:

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

22. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

23. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

SECCION "A" (XY)

1. ¿Qué estas estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermanos (s)
- D) Esposa o Pareja
- E) Sola
- F) Amigo

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hijo única
- B) Soy el mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy el más chico

5. Edad de tu primera emisión nocturna.

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

6. ¿Has tenido información sobre sexualidad?

- A) Sí
- B) No

7. ¿Tienes vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 18
- B) Sí Pasar a la siguiente pregunta

8. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

- A) Antes de los 11 años
- B) De 11 a 13 años
- C) De 14 a 16 años
- D) De 17 a 19 años
- E) De 20 o más

9. Tus relaciones sexuales fueron

- A) Por voluntad propia
- B) Por circunstancias ajenas a mi voluntad

10. En tu decisión sobre tener relaciones sexuales ¿influyeron tus amigos?

- A) Sí
- B) No

11. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a tu primera pareja sexual?

- A) 24 horas o menos
- B) Más de 24 horas a 4 meses
- C) Más de 4 meses a 11 meses
- D) Más de 11 meses a 1 año
- E) Más de 1 años a un año y medio
- F) Más de 1 año y medio o más

12. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales?

- A) Una
- B) De dos a cuatro
- C) Cinco o más

13. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

- A) Sí
- B) No

14. Tus relaciones son o han sido satisfactorias.

- A) Sí
- B) No

15. Después de tu primera relación sexual ¿Ha cambiado tu forma de comer?

- A) Sí
- B) No

16. Si respondiste afirmativamente la pregunta anterior. ¿De que manera a cambiado?

- A) Ha aumentado
- B) Ha disminuido
- C) No me he percatado

17. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

18. El ingreso familiar es aproximadamente de:

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

19. ¿Quién o quienes aportan al ingreso familiar?

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

20. Años de estudio de tu padre:

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

21. Años de estudio de tu madre:

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

22. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

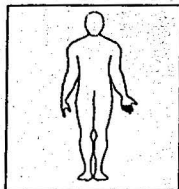
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

23. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

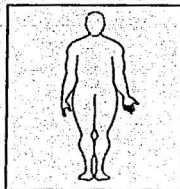
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

10-SECCIÓN C

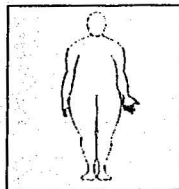
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



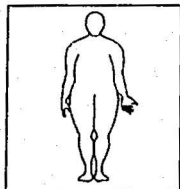
(A)



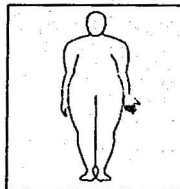
(B)



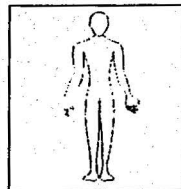
(C)



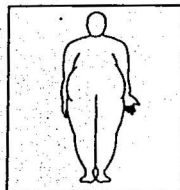
(D)



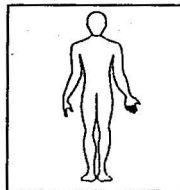
(E)



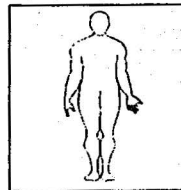
(F)



(G)

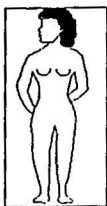


(H)



(I)

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



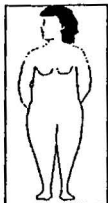
(A)



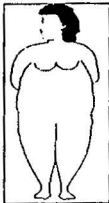
(B)



(C)



(D)



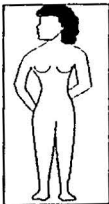
(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN

E

1. En el último año :

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

16 - SECCIÓN E

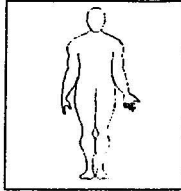
En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

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

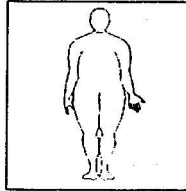
- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que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

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre	
22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39.Como a escondidas					
40.Disfruto cuando como con otras personas					
41.Como hasta sentirme inconfortablemente lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42.No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43.Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44.Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45.Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46.Como tan rápido que los alimento se me atragantan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47.Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

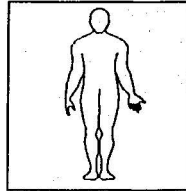
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



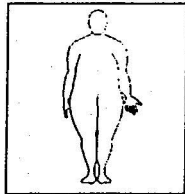
(A)



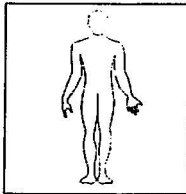
(B)



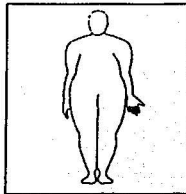
(C)



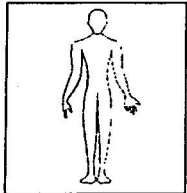
(D)



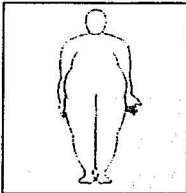
(E)



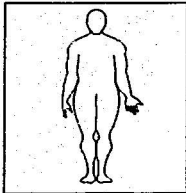
(F)



(G)



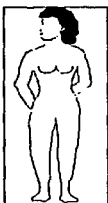
(H)



(I)

23 - SECCIÓN G

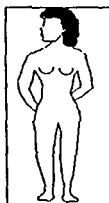
I. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



(A)



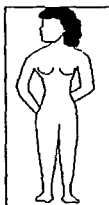
(B)



(C)



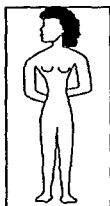
(D)



(E)



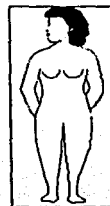
(F)



(G)



(H)



(I)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN