



Universidad del Aconcagua
Repositorio Institucional

Adaptación del Cuestionario Influencia de los Modelos Estéticos Corporales en población adolescente mendocina

AUTOR/ES

RIVEROS CABIBBO, ANDREA LILIANA

DIRECTOR

PÁRAMO, MARÍA DE LOS ÁNGELES

TIPO DE TRABAJO

TESINA

AÑO

2011

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

“Adaptación del Cuestionario Influencia de los Modelos Estéticos Corporales en población adolescente mendocina”

Alumna: Riveros Cabibbo, Andrea Liliana

Directora: Dra. María de los Ángeles Páramo

Mendoza, Junio de 2011

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Dra. María de los Ángeles Páramo

NOTA

AGRADECIMIENTOS:

A mí directora de tesina, María de los Ángeles Páramo, por su incondicionalidad, predisposición, esfuerzo, tiempo, dedicación, conocimientos y experiencia compartidos, para el logro de ésta investigación.

A Eduardo Escalante, por su participación, generosidad, voluntad y colaboración en el cálculo de pruebas estadísticas, que favorecieron el enriquecimiento de este trabajo.

A los directivos de los colegios en donde pude aplicar el cuestionario: Antonio Micielli y Sandra Silvestre; a Fernando Riveros por su predisposición para realizar el contacto con una de las Instituciones y el consiguiente pedido de autorización; y a los alumnos y alumnas que participaron en la toma del cuestionario, cuya participación y colaboración hizo posible este trabajo.

A Marilyn y Verónica, por su colaboración.

A mi familia, por su confianza, apoyo incondicional y por su esfuerzo en hacer posible mis estudios.

A Sergio, por acompañarme siempre y ayudarme a crecer como persona.

A mis amigas y compañeras de la facultad: Paula, Jose y Carina, y a mis amigas de la vida: Carolina, Celeste y Luz, por ser una parte importante de mi vida.

RESUMEN

En los últimos años, los trastornos de la alimentación han incrementado su prevalencia en nuestro contexto, siendo la adolescencia el periodo de mayor vulnerabilidad. Frente a los múltiples interrogantes, los modelos socioculturales brindan un importante apoyo teórico para explicar los altos niveles de trastornos de la conducta alimentaria, y su incidencia en el desarrollo y mantenimiento de los mismos. Estos modelos, enfatizan desmesuradamente la conveniencia de la delgadez como sinónimo de belleza y éxito social.

En base al postulado anterior, y teniendo en cuenta que se carece en nuestro contexto de instrumentos que nos permitan evaluar dicha influencia, permitiendo así una detección precoz de emociones, cogniciones y conductas de riesgos; es que se plantearon los objetivos del presente trabajo. Los objetivos son adaptar el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales- CIMEC 40- (Toro, J., S/F) a una muestra de adolescentes mendocinos; y describir la influencia de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético actual, en estos adolescentes.

Para tal fin, se aplicó el cuestionario mencionado a una muestra de 120 adolescentes entre 13 y 17 años. A partir de los datos obtenidos, se aplicaron pruebas estadísticas para calcular la confiabilidad y validez del instrumento. Asimismo, los resultados hallados, se analizaron con estadística descriptiva, trabajando con los porcentajes de cada opción de respuesta. Los datos se discuten en función de las diferencias de edad y género, encontrándose resultados relevantes.

ABSTRACT

Eating disorders have lately increased in our context, particularly during adolescence, for this is the period of greatest vulnerability. In response to several questions related to this topic, the sociocultural models provide an important theoretical background to explain the high levels of disorders in eating behaviours and their incidence in their development and permanency. These models highly emphasize that slimness means beauty and social success.

Based on the previous postulate, and taking into account that our context lacks instruments which allow us the evaluation of such influence and, consequently, the early detection of emotions, cognitions and risky behaviours, the objectives of this work aimed at adapting the Questionnaire of the Infuence of the Body Aesthetic Models – CIMEC 40 – (Toro, J., S/F) to a sample of adolescents from Mendoza and describing the influence that the agents and situations of the present aesthetic models have on these adolescents.

To this end, the questionnaire was applied to a sample of 120 adolescents aged between 13 and 17. From the data obtained, statistical tests were applied in order to calculate the reliability and validity of the instrument. Besides, the results were analyzed by using descriptive statistics, dealing with the percentages of each answer option. The data are discussed considering age and sex differences which show relevant results.

ÍNDICE

HOJA DE EVALUACIÓN	3 -
AGRADECIMIENTOS:	4 -
RESUMEN	5 -
ABSTRACT	5 -
ÍNDICE	6 -
INTRODUCCIÓN	9 -
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	11 -
CAPÍTULO I: ADOLESCENCIA	12 -
1.1. Adolescencia	12 -
1.2. Desarrollo físico.....	14 -
1.2. a. La Pubertad	14 -
1.3. Desarrollo Cognoscitivo	17 -
1.3. a. Características funcionales de las operaciones formales.....	17 -
1.4. Desarrollo Social.....	20 -
1.5. Desarrollo Psicológico	22 -
1.5. a. El autoconcepto.....	22 -
1.5. b. La Imagen Corporal	23 -
1.5. c. La autoestima	27 -
CAPÍTULO II: PSICOPATOLOGÍA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	29 -
2.1. Trastornos de la conducta alimentaria	29 -
2.2. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.	30 -

2.2. a. Anorexia Nerviosa (AN)	- 30 -
2.2. b. Bulimia Nerviosa (BN)	- 33 -
2.2. c. Epidemiología y Prevalencia de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.....	- 35 -
2.2.d. Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	- 38 -
2.3.Vigorexia	- 45 -
2.4.Ortorexia	- 48 -
CAPÍTULO III: POSMODERNISMO, SOCIEDAD DE CONSUMO: CULTURA DE LA DELGADEZ.....	- 50 -
3.1.Breve contextualización socio- histórica.....	- 50 -
3.2. Sociedad de Consumo y Cultura de la Delgadez	- 52 -
3.3. Los medios de comunicación y su incidencia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria ...	- 56 -
SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	- 61 -
CAPÍTULO IV: ASPECTO METODOLÓGICO	- 62 -
4.1. Objetivos del trabajo.....	- 62 -
4.2. Método.....	- 62 -
4.2. a. Tipo de Estudio.....	- 62 -
4.2. b. Descripción de la muestra.....	- 62 -
4.2. c. Instrumento de evaluación.....	- 63 -
4.2. d. Procedimiento.....	- 64 -
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	- 65 -
5.1. Factores del cuestionario.....	- 65 -
5.1. a. Influencia de la Publicidad.....	- 65 -
5.1. b. Malestar Corporal	- 78 -
5.1. c. Influencia de los modelos estéticos.....	- 88 -

5.1. d. Influencia de las relaciones sociales.....	- 94 -
5.2. Confiabilidad y validez de la escala	- 101 -
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	- 110 -
6.1. Influencia de la Publicidad	- 110 -
6.2. Malestar Corporal	- 113 -
6.3. Influencia de los Modelos Estéticos.....	- 117 -
6.4. Influencia de las Relaciones Sociales	- 120 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	- 127 -
ANEXO	- 133 -

INTRODUCCIÓN

La actual sociedad, es producto de cambios vertiginosos, políticos, económicos, culturales y sociales, los cuales han repercutido en los modos de vida presentes. Considerando la posmodernidad, como edad de la cultura, la cual se está transitando; en la cual la imagen ha tomado una preponderancia tal, que el aspecto externo cobra una importancia desmesurable y los valores estéticos exigen un control extremo y cuidadoso de la imagen corporal. En efecto, la idealización de la “delgadez”, como equivalente a belleza, éxito y aceptación social, repercute y ejerce influencia en el psiquismo de las personas, particularmente en los adolescentes, que se ven más vulnerables, al encontrarse en un periodo en el cual se suscitan grandes cambios físicos, cognitivos, psicológicos, sociales, y al hallarse en una búsqueda de identidad, y de personas y objetos con los cuales identificarse.

Tomando como base dicho marco social, es que se considera que los mensajes que se transmiten y se reciben constantemente de nuestro contexto, como así la forma en que se descodifican, son un factor social, que influyen en la percepción de la propia imagen corporal, siendo un factor de riesgo, ya que pueden desencadenar una insatisfacción hacia el propio cuerpo y consecuentemente derivar en algún trastorno de la conducta alimentaria.

Asimismo, si se toma en cuenta que existe la necesidad, y que no contamos con escalas apropiadas que midan y brinden información sobre la internalización de los actuales modelos estéticos corporales, se considera de suma utilidad contar con instrumentos adaptados a nuestra cultura argentina, especialmente regional, para la evaluación de nuestros adolescentes. Es por esto, que la finalidad del presente estudio tiene por objeto la adaptación del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos -CIMEC 40- (Toro, J., S/F) a una muestra de adolescentes mendocinos. Además, a través de este instrumento se trata de describir los resultados más relevantes en cuanto a la influencia de la publicidad, el malestar corporal, es decir el malestar frente a situaciones que cuestionen la autopercepción corporal, la influencia de los modelos estéticos vigentes y la influencia de las relaciones sociales.

En efecto, el presente estudio conlleva como beneficios, un aumento en el conocimiento de las influencias socioculturales en el psiquismo de adolescentes mendocinos y la posibilidad de contar con un instrumento que permita la identificación precoz de emociones, cogniciones y conductas que puedan ser riesgosas para la salud, con el fin de actuar interdisciplinariamente sobre las mismas.

La presente Tesina se divide en dos partes:

En la Primera Parte se presenta el Marco Teórico, el cual se subdivide en 3 capítulos. En el primer capítulo se aborda la adolescencia como etapa de desarrollo, describiendo los cambios que se producen a nivel físico, cognoscitivo, social y psicológico. En el segundo capítulo se hace referencia a la parte psicopatológica, enfocándose en los trastornos de la conducta alimentaria, a saber: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, vigorexia y ortorexia. El tercer capítulo está dedicado a detallar los aspectos más relevantes de nuestra cultura socio-histórica y su relación con los trastornos de la alimentación.

En la Segunda Parte se aborda el Marco Metodológico, en el cual se describen los objetivos, el tipo de estudio, la muestra, el instrumento de evaluación y los procedimientos empleados para la realización del presente estudio. Ulteriormente, se presenta de manera gráfica los resultados y se discuten los hallazgos más relevantes. Finalmente, se presentan algunas conclusiones a las que se ha podido arribar a través del estudio realizado. Considerando que la muestra empleada es de carácter No Probabilística Intencional, las conclusiones deberían circunscribirse a la muestra estudiada y no podrían generalizarse al resto de la población.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: ADOLESCENCIA

En el presente trabajo se toma como período de interés a la adolescencia, considerándola una etapa en la cual se suscitan grandes cambios y donde la existencia de vulnerabilidad frente a los mismos puede desencadenar conductas de riesgo. En esta investigación la atención se centrará en las conductas alimentarias. Es por ellos que es preciso realizar una descripción de las características más relevantes que se corresponden en dicha etapa.

En este capítulo, se intentará responder a interrogantes como: ¿qué se entiende por adolescencia?, ¿qué cambios inexorables son propios de dicho periodo?, ¿cómo influyen tales cambios en el psiquismo de los jóvenes?, ¿cómo es vivida esta etapa en nuestra sociedad?, ¿existen diferencias en la adolescencia de “hoy” con respecto a la de “ayer”?

1.1. Adolescencia

Adolescencia, etiológicamente hablando proviene del latín “adolescere”, que significaba para los romanos “ir creciendo”, “convertirse en adulto” (G. Obiols y Silvia Di Segni de Obiols, 2001: 40). Se trata de un período de crecimiento y maduración del ser humano, una travesía necesaria para convertirse en adulto. La Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como la “época de la vida formada por todos los individuos entre 10 y 19 años”, considerándose primera adolescencia al grupo que va de los 10 a los 14 años y segunda al de los de 15 a 19 años (Rodríguez Rigual, 2003:104).

Hablar de la duración de la adolescencia implica diferenciar ante todo dos términos: adolescencia y juventud. Para muchos autores, estos han sido sinónimos aunque presentan diferencias significativas. Un “adolescente”, es un ser humano que pasó la pubertad y que todavía se encuentra en etapa de formación, ya sea en lo referente a su capacitación profesional, a la estructuración de su personalidad o a la identidad sexual. En cambio “joven”, cuando este término se refiere al adulto joven, designa a alguien que ya ha adquirido responsabilidades y cierta cuota de poder, que ha madurado su personalidad y tiene establecida su identidad sexual, más allá de que no tenga una pareja estable o no sea totalmente autosuficiente en lo económico. Pero algunos autores de habla inglesa, no diferencian ambos términos (G. Obiols y Silvia Di Segni de Obiols, 2001).

En lo que sigue se hablará de “adolescente” o “joven” como sinónimos, dejando en claro que el término “joven” excluye al “adulto joven”.

Al hablar de adolescencia, se hace mención a un momento vital en el que suceden multitud de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Se considera a la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta (Moreno y Del Barrio, 2000).

El concepto de transición, hace referencia al periodo de cambio, crecimiento y desequilibrio que funciona como puente entre un punto relativamente estable en la vida del ser humano y otro relativamente estable, pero diferente. Esta transición tiene su origen en los cambios hormonales propios de la pubertad, los cuales interactúan con diversos factores

individuales, familiares y sociales para facilitar el éxito o fracaso en las tareas de desarrollo propias de la edad. En la adolescencia, al igual que en otros períodos de la vida se espera que las personas cumplan algunas tareas de desarrollo específicas, que difieren de una cultura a otra y del momento histórico particular en el que viven (Vargas Trujillo y Barrera, 2002).

Es importante tener en cuenta a la cultura, porque tal como Moreno Y Del Barrio (2000) refieren, para poder entender y explicar la adolescencia, es necesario examinarla en el contexto sociocultural en que se desarrolla, ya que los adolescentes son en gran parte el reflejo de la sociedad que les está educando. Sin ir más lejos, haciendo un poco de historia, es sabido que por ejemplo en la Edad Media, la adolescencia no era tenida en cuenta como una etapa del ciclo de la vida, ya que la persona era considerada un niño hasta los 7-9 años, momento a partir del cual comenzaba a trabajar con los adultos, y por lo tanto se lo trataba como tal. Durante la industrialización, en cambio, el liberar del trabajo a muchos jóvenes, sobre todo en los sectores medios urbanos, propicia la aparición de una nueva etapa de la vida: la adolescencia, ya no como un rito de pasaje o iniciación, sino como una etapa que se extiende desde la pubertad hasta los 18 años y que cuenta con conflictos propios. Actualmente, en las sociedades occidentales industrializadas, estamos viviendo un momento sociocultural en el que la adolescencia se está alargando hasta edades cada vez más avanzadas, por cuestiones económicas y educativas, a la vez que la edad media a la que comienza se está adelantando en uno o dos años.

Autoras como Antona, Madrid y Alaez (2003), coinciden que la adolescencia actual aparece como una categoría estirada cronológicamente hacia ambos extremos. Hacia la infancia porque, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación, la maduración fisiológica hormonal tiende a adelantarse; y hacia la juventud como consecuencia del estiramiento del periodo de preparación y formación, y por las escasas oportunidades que encuentran los jóvenes para insertarse social y económicamente en el mundo adulto.

El contexto social e histórico del desarrollo es tan importante para la etapa de la adolescencia como las diferencias individuales (Jessor, 1993; citado en Craig, 2001). Los adolescentes alcanzan la mayoría de edad en un "nicho cultural" (ambiente social) que influye en todos los aspectos de su vida, desde las novedades y las modas hasta la economía y las oportunidades educacionales, desde el tiempo libre y la salud hasta la nutrición. El nicho cultural define pues lo que es la adolescencia.

Craig (2001), agrega y sostiene que son varios los factores que se combinan para hacer de la adolescencia un nicho cultural muy peculiar en las sociedades modernas. Entre éstos podemos citar la segregación por edad, la dependencia económica prolongada, los grandes acontecimientos de la época que le toque vivir al adolescente y la influencia de los medios masivos de comunicación.

Durante mucho tiempo y aún en la actualidad, se arraiga en nuestro contexto, la creencia de que la adolescencia, al ser un periodo de transición, es un período conflictivo y lleno de tensiones. Fue G. Stanley Hall, en su obra *Adolescence (1904)*, uno de los primeros en describir la adolescencia como un período tormentoso y turbulento. Según Hall, la etapa adolescente, al tener su origen en los cambios biológicos y hormonales, es inevitablemente un período de tormenta y tensión. Sin embargo, desde los años cincuenta, muchos autores se han cuestionado la concepción de la adolescencia como una etapa conflictiva (Alonso, Lujan y Machargo, 1998).

Los datos de las investigaciones indican que no se pueden atribuir sólo a las hormonas los cambios que experimentan los niños al llegar a la pubertad: las tensiones y dificultades que aparecen en los comienzos de la etapa pueden ser debidos más a las influencias medioambientales que a los cambios fisiológicos. Crecen y se hacen adultos en un contexto cultural específico, que determina en gran manera su desarrollo (Craig, 1997).

Desde hace tiempo, muchos autores han señalado, que las mayores o menores dificultades y conflictos de la adolescencia guardan estrecha relación con el contexto familiar, escolar y social. Las actitudes del adolescente son fenómenos reactivos, originados por el medio ambiente. (Bandura, 1964; Grinder, 1976; Nickel, 1978; citado en Alonso y cols.; 1998).

En relación con lo anterior, Oliva Delgado (2007) opina sobre la importancia del contexto social como factor de influencia en la adolescencia:

...hay suficientes datos procedentes de estudios realizados en diversos países que indican que durante la adolescencia aumentan las conductas de riesgo, surge una mayor inestabilidad emocional y son más frecuentes los conflictos entre padres e hijos. Las razones de estas dificultades están muy relacionadas con el carácter transicional de esta etapa, sujeta a numerosos cambios y a la asunción de nuevos roles por parte de chicos y chicas. Pero, además, hay que destacar el impacto que tienen sobre el desarrollo adolescente muchas de las transformaciones sociales, económicas, tecnológicas y demográficas que están afrontando nuestro país, y los países de nuestro entorno. Así la ampliación de los límites temporales de esta etapa, la mayor presencia de los medios de comunicación y de las nuevas tecnologías en la vida de los jóvenes, la mayor diversidad étnica y cultural de nuestra sociedad o los cambios que ha experimentado la familia son, sin duda, factores estresantes con una importante repercusión sobre la forma en que nuestros chicos y chicas viven la transición entre la niñez y la etapa adulta. (pp.234-235)

A continuación se describirán los cambios más relevantes correspondientes al periodo de la adolescencia.

1.2. Desarrollo físico

1.2. a. La Pubertad

La pubertad es considerada el período que marca el inicio de la adolescencia, periodo en el cual se desencadenan la mayor parte de los cambios fisiológicos y físicos, teniendo consecuencias a nivel social, como individual, influyendo en la identidad.

El término *pubertad* en su origen debió referirse a la aparición del vello púbico, ya que está emparentado con los términos latinos *pubertas* [vello/barba; pubertad/mocedad] y *pubes* [pubis; juventud] (Diccionario Ilustrado Latino-Español VOX), cada uno de los cuales reúne en sus dos acepciones un elemento anatómico y una etapa del ciclo vital, lo que indica que ya desde antiguo, el final de la niñez era claramente marcado por hechos fisiológicos (Moreno y Del Barrio, 2000).

La pubertad es un fenómeno biológico cuyo tiempo de aparición y velocidad de desarrollo varía según las regiones del mundo, las clases socioeconómicas y las épocas históricas. Existen, sin embargo, algunas generalizaciones: la pubertad tendría su inicio alrededor de los 8 años hasta aproximadamente los 14 años. En dicho período se da una diversidad de cambios biológicos, dando lugar a la maduración completa de los órganos sexuales y por lo tanto a la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. Aparece entonces la primera menarquía en las mujeres y la primera espermaturia o también conocida como primera eyaculación en los hombres. Esto es

posible gracias a un aumento considerado en la producción de hormonas sexuales. Para que esta descarga hormonal ocurra, es necesario que el sujeto haya alcanzado un peso corporal adecuado, ya que estudios han demostrado que es precisa una acumulación de “leptina” en sangre, una hormona proteína secretada por los tejidos grasos, la cual incita al hipotálamo (parte del cerebro que se encarga de regular la acción de las glándulas endocrinas) a que éste envíe señales a la hipófisis o glándula pituitaria, la cual ordenarán a las glándulas sexuales que aumenten su secreción (Barón, 1996).

Por lo tanto, las *características sexuales primarias* son los órganos necesarios para la reproducción. En la mujer, los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Durante la pubertad se da el crecimiento del útero y el revestimiento de la vagina se hace más grueso. En el caso de los varones, los testículos empiezan a crecer, más tarde el pene se alarga y el saco del escroto se agranda y se hace pendulado (Berger 1997). En el caso de las chicas, este crecimiento no se advierte tan fácilmente porque los órganos son internos a diferencia de los chicos. Como se dijo anteriormente, el principal signo de madurez en los varones, es la producción de esperma y en el caso de las chicas es la menstruación, la primera llamada menarquía, indica que la ovulación está teniendo lugar.

En éste periodo, se perciben asimismo cambios correspondientes a los denominados *caracteres secundarios*, en los hombres: el crecimiento del vello en la cara, la voz más grave y los hombros más anchos, en las mujeres: el crecimiento de las mamas; y en ambos: la aparición del vello púbico, axilar y corporal, y la textura de la piel (Papalia, Wendkos Olds y Duskin Feldman, 2004).

Se producen por lo tanto, cambios en la composición corporal y en el esqueleto, ocasionándose un aumento y redistribución de la grasa que origina una variación en las proporciones corporales, de forma que los chicos adquieren unas espaldas más anchas y en las chicas aumenta el tamaño de las caderas y glúteos. También se desarrollan los sistemas circulatorio y respiratorio, que conduce a un aumento de la fuerza y la resistencia, especialmente entre los chicos. Estos cambios, están relacionados con el llamado *estirón del adolescente*, que puede ser definido como un rápido incremento en la estatura y peso, que por lo general empieza en las mujeres entre los 9 y 14 años y en los varones entre los 10 y 16 años. El estirón afecta prácticamente a todas las dimensiones del cuerpo, tanto esqueléticas como musculares. Dado que cada uno de estos cambios sigue su propio cronograma, algunas partes del cuerpo pueden parecer desproporcionadas por un tiempo. Estos notables cambios físicos tienen ramificaciones psicológicas. La mayoría de los adolescentes están más preocupados por su apariencia que por cualquier otro aspecto de sí mismos, y muchos están disconformes con su imagen. Las muchachas tienden a sentirse más insatisfechas con su apariencia que los chicos, y esto se debe, en gran parte, a que culturalmente se le da mayor énfasis a los atributos físicos de las mujeres (Barón, 1996).

Existe una diferencia en la aparición y percepción de tales cambios según el género, habitualmente las chicas empiezan a experimentar tales cambios entre los 9 y los 13 años, aproximadamente dos años antes que los chicos, quienes alrededor de los 13 comienzan a percibirlos. Al mismo tiempo, existen también variaciones intraindividuales que parecen depender de influencias genéticas, físicas, emocionales y ambientales (Moreno y Del Barrio, 2000).

Los efectos psicológicos del momento de aparición de la pubertad dependen de cómo el adolescente y otras personas de su mundo interpreten los cambios que la acompañan. Es más

probable que los efectos de la maduración temprana o tardía sean negativos cuando los adolescentes están mucho más o menos desarrollados que sus pares, cuando no consideran que los cambios sean ventajosos y cuando varios eventos estresantes ocurren aproximadamente al mismo tiempo (Barón, 1996). Berger (1997), agrega que la forma en que cada adolescente en particular responde a los cambios de su cuerpo depende de muchos factores, como la comprensión que tenga de lo que está sucediendo, las conversaciones con sus padres y compañeros sobre la pubertad y los valores de la cultura.

Los adolescentes se enfrentan entonces a la difícil y dura tarea de asimilar un cuerpo nuevo. Contempla con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Sumado a esto la influencia de la cultura predominante de la época que se ve mediatizada por los medios de comunicación, los cuales sin duda, desempeñan un papel significativo en la promoción de imágenes con criterios irreales de belleza asociadas al éxito. Por lo que el adolescente sorprendido, avergonzado e inseguro se compara sin cesar con otros y revisa su autoimagen, la cual no siempre coinciden con el modelo estético socialmente aceptado, sobre todo en lo que respecta al "ideal" que se propone, principalmente para las mujeres, y con el que continuamente nos bombardean los medios de comunicación, donde lo que prevalece son las caderas y cinturas estrechas, líneas corporales bien delimitadas y definidas, glúteos redondeados, etc. De ahí que sientan mucha ansiedad e inseguridad cuando su imagen, menos que perfecta, no corresponde a los hermosos ideales que ven en los medios masivos. Esta insatisfacción por parte de las muchachas con su cuerpo se incrementa en el curso de la adolescencia, mientras que por el contrario, en los hombres estos cambios, los acercan más al modelo estético: espaldas anchas, brazos más fuertes, rasgos varoniles más marcados, sin embargo, a veces estos no son suficientes en relación al "ideal". Para los jóvenes, quizás aún más para las adolescentes, aceptar tales cambios implica un gran esfuerzo psíquico (Maganto y Cruz, 2000).

Un estudio realizado en San Luis, Argentina confirma que existe una correlación positiva entre la insatisfacción con la imagen corporal y aspectos de los trastornos alimentarios. Es decir que, la insatisfacción corporal interactúa con múltiples factores predisponentes y desencadenantes, constituyendo un componente nuclear en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Esto se agrava si se agrega que en este estudio se corrobora que la mayoría de las adolescentes (sufran o no de trastornos alimentarios) presentan una gran preocupación por la imagen corporal: aparece la idea sobrevalorada de control de peso, las conductas de dieta y el miedo a engordar (Rivarola, 2003). En torno a este tema, se ha comprobado que la distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género, es decir, se dan con una frecuencia significativamente superior en el sexo femenino que en el masculino (Maganto y Cruz, 2000).

El cuerpo es entonces, el testigo de los cambios inexorables que acontecen y que dan inicio a la adolescencia. Todos estos cambios conllevan repercusiones tanto a nivel psicológico, social como conductual. Es decir, que estos cambios, si son bien recibidos y asimilados sólo serán parte de este proceso de desarrollo vital, pero en caso contrario, podrían desencadenar conductas de riesgo para la salud de los jóvenes.

A continuación se desarrollará otro de los grandes cambios que tienen lugar en este periodo.

1.3. Desarrollo Cognoscitivo

El desarrollo cognoscitivo en la adolescencia, hace referencia a la modificación que sufren los jóvenes en la forma de aprehender la realidad. Estos cambios están ligados a los procesos de razonamiento, el cual modifica a su vez la manera de manipular, conocer, entender y resolver las distintas situaciones.

García (1981), refiriéndose al desarrollo cognitivo del adolescente, explica que en la adolescencia, el sujeto alcanzará un nivel superior en el desarrollo de la inteligencia: el *pensamiento formal*. El razonamiento del adolescente supera las limitaciones espacio-temporales de la lógica concreta propia de la etapa anterior, es decir se libera de la concreción que impone la realidad y consigue orientar su discurso tanto hacia el pasado como el futuro, lo posible y lo imposible. El adolescente no sólo opera con objetos, sino también con clases y relaciones. Convierte sus procesos cognitivos en objeto del propio pensar, o dicho de otra manera, conceptualiza su propio pensamiento.

Craig (2001), agrega que durante la adolescencia se produce una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio, e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida.

El juicio crítico es característica fundamental de los seres humanos. En la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo. El estímulo de esta capacidad permitirá al joven analizarse mejor, criticar al mundo familiar y a la cultura que le rodea, desarrollar una identidad y una personalidad más amplia y una fundamentación más sólida de sus valores, pensamientos y afectos. Es decir, podrá ser creador y no solamente reproductor (Donas Burak, 2001).

La teoría piagetiana considera que el funcionamiento intelectual presenta una constancia a lo largo del ciclo mental del ser humano que tiene que ver con dos sub-procesos que actúan para llevar a cabo la adaptación al medio: *la asimilación*, que corresponde a la incorporación de información externa a la estructura cognitiva previa y *la acomodación* produciendo transformaciones en dicha estructura; todo ello de acuerdo al nivel de desarrollo cognoscitivo del individuo. Estos sub-procesos, actúan de manera dialéctica produciendo un juego incesante de asimilaciones y acomodaciones, con el objetivo de que la estructura alcance estados de equilibrio más estables produciendo cambios cualitativos en dicha estructura (Cano de Faroh, 2007).

Según Inhelder & Piaget (1955-1972) el periodo de las operaciones formales se inicia entre los 11 y 12 años para consolidarse entre los 14 y 15 años. A continuación se describirán las características correspondientes al periodo de las operaciones formales, el cual se da lugar en la etapa adolescente.

1.3. a. Características funcionales de las operaciones formales

■ **Lo real es un sub-conjunto de lo posible:** el sujeto no se limita a contemplar solamente las relaciones aparentes entre los elementos que conforman un problema, sino que busca englobar esas relaciones con el conjunto de relaciones que concibe como posibles, con el objeto de evitar que posteriormente nuevos hechos resulten contradictorios. Las relaciones que

no son obvias, sino posibles, deben ser deducidas por el sujeto mediante operaciones lógicas de pensamiento, y pueden considerarse virtuales y que no intervienen efectivamente en la situación considerada (Cano de Faroh, 2007: 151-153).

■ **Carácter hipotético-deductivo:** es precisamente la existencia de multiplicidad de operaciones virtuales en cada situación específica, lo que lleva al sujeto a plantearse hipótesis, para decidir cuáles de ellas someter a prueba y luego ver si se confirma o no. Sin embargo, el sujeto de esta etapa tiene la capacidad de probar simultánea o sucesivamente varias de las hipótesis planteadas, aplicando para ello un razonamiento deductivo que le llevará a dilucidar las verdaderas consecuencias de las acciones que ha efectuado sobre la realidad. Como vemos, la deducción en esta etapa no contempla solamente las realidades percibidas, sino que se refiere también a enunciados hipotéticos. Es decir, que le permite pensar no solo lo que es, sino también lo que podría llegar a ser, pensar alternativas, poner dichas hipótesis a prueba hasta comprobarla o refutarla. De esta manera el adolescente puede integrar los conocimientos adquiridos en el pasado con los del presente, y en función de la experiencia pensar y armar planes para el futuro. Puede pensar acerca de la relación de relaciones y otras ideas abstractas. Esta capacidad del sujeto de las operaciones formales avanzadas, no la han desarrollado totalmente los sujetos del sub estadio de las operaciones formales incipientes (11-13 años), ya que estos, si bien se formulan hipótesis no las comprueban adecuadamente, debido a que no aíslan los factores entre sí, ni llegan a combinarlos de todas las maneras posibles.

■ **Carácter proposicional:** esta propiedad tiene que ver con la capacidad de operar sobre proposiciones verbales y no solo directamente sobre objetos. Es decir que tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones en vez de objetos concretos únicamente (pensamiento proposicional). Es capaz de entender plenamente, y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y las críticas literarias, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía y moral, en las que son abordados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad.

Owen (1996, citado en Barón 1996: 448) indica que “con el advenimiento del pensamiento formal, el adolescente pueden volverse más diestros para adoptar una perspectiva social, la habilidad para entender el punto de vista y el nivel de conocimiento de otra personas y para hablar en consecuencia”.

Hacia la mitad y el final de la adolescencia aumenta el interés por los problemas sociales, políticos y morales. El adolescente comienza a aprender conceptos holísticos sobre la sociedad y sus instituciones, además de principios éticos que trascienden los que han aprendido en las relaciones interpersonales. Su conocimiento del mundo se vuelve más complejo con el tiempo, conforme va adquiriendo experiencia y conceptualiza teorías y escenarios más complejos (Craig, 2001).

Un aspecto importante del pensamiento de las operaciones formales es la capacidad para analizar los procesos del propio pensamiento. Los adolescentes lo hacen con mucha frecuencia, además de conocerse a sí mismos, conocen a los demás. Al tomar en cuenta las ideas de los otros, en combinación con la inquietud de los adolescentes por su propia “metamorfosis”, se origina una clase especial de egocentrismo. Suponen que los demás están tan fascinados con su personalidad como ellos. A veces, no distinguen sus preocupaciones de las de los otros. Tienden a sacar conclusiones precipitadas sobre las reacciones de quienes los rodean y a suponer que adoptarán la misma actitud de complacencia o de crítica que ellos. Craig (2001) sostiene que el egocentrismo

normalmente empieza a desaparecer entre los 15 y los 16 años, a medida que se dan cuenta de que la gente no les presta mucha atención y de que también ellos están sujetos a leyes naturales como cualquier otra persona.

Sin embargo, esta condición no se logra inexorablemente en todos por igual, ya que algunos sujetos nunca logran alcanzar dicho pensamiento, o si lo logran no siempre lo ponen en funcionamiento o lo consiguen en tiempos distintos. La maduración del cerebro y la estimulación ambiental juegan un papel importante en la adquisición en esta etapa, al igual que la educación y la cultura. Además, es importante tener en cuenta, que si bien el adolescente se acerca sustancialmente al tipo de pensamiento adulto, todavía se siguen vislumbrando aspectos inmaduros en el mismo. Tal como Barón (1996) lo considera, el adolescente puede ser grosero con los adultos, tienen problemas para decidir, y a menudo actúan como si el mundo entero girara a su alrededor.

Elkind (citado en Barón, 1996: 448), considera que la inmadurez del pensamiento, nombrada anteriormente, se manifiesta al menos en seis formas:

● **Idealismo y carácter crítico:** a medida que los adolescentes prevén un mundo ideal, se dan cuenta de lo lejos que está de serlo el mundo real, del cual hacen responsables a los adultos. Están convencidos que saben mejor que los adultos cómo funciona el mundo y con frecuencia encuentran defectos en sus padres.

● **Tendencia a discutir:** los adolescentes buscan constantemente la oportunidad de probar y demostrar sus nuevas habilidades de razonamiento formal.

● **Indecisión:** los adolescentes pueden mantener en la mente muchas alternativas al mismo tiempo pero debido a la inexperiencia, carecen de estrategias efectivas para elegir entre ellas.

● **Hipocresía aparente:** los jóvenes adolescentes a menudo reconocen la diferencia entre la expresión de un ideal y los sacrificios que es necesario hacer para estar a la altura del mismo.

● **Autoconciencia:** los adolescentes ahora pueden razonar acerca del pensamiento, el suyo y el de otras personas. Sin embargo, en su preocupación por su propio estado mental, los adolescentes a menudo suponen que todos los demás están pensando en lo mismo que ellos piensan. Elkind se refiere a esta autoconciencia como *audiencia imaginaria*, es decir, un "observador" conceptualizado que está tan preocupado por los pensamientos y conductas del joven como él mismo.

● **Suposición de ser especial e invulnerable:** Elkind usa el término *fabula personal* para denotar la creencia de los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única y que no están sujetos a las reglas que gobiernan al resto del mundo. Esta forma de egocentrismo subyace a buena parte de la conducta de riesgo y a la autodestructiva.

Estos patrones de pensamiento inmaduros pueden resultar de la inexperiencia de los adolescentes con el pensamiento formal. Esta nueva forma de pensamiento, que fundamentalmente transforma la manera en que se miran a sí mismos y al mundo, les resulta tan poco familiar como la nueva forma de su cuerpo, y en ocasiones se sienten igual de torpes en su uso.

A partir de lo expuesto, se puede concluir entonces, que el pensamiento adolescente va a tomar características mentales de etapas anteriores, pero las combinará mediante nuevos procesos lógicos internos para constituirse en una nueva forma de pensamiento, que poseerá características diferentes y que será la que imperará en la persona de allí en adelante. Solo en esta etapa la persona podrá contemplar las múltiples variables que comporta un problema, de forma simultánea; será ese pensamiento lógico el que permite al individuo acceder a la ciencia. Además la habilidad para pensar de manera abstracta tiene implicaciones psicológicas, emocionales y por supuesto conductuales. Es decir que el adolescente realizará toda una dinámica interna compuesta de aspectos cognitivos, emocionales y que luego se manifestarán en sus conductas, es decir que todo este movimiento, donde el adolescente podrá reflexionar, haciendo uso del pensamiento hipotético-deductivo, con el cual podrá ver las distintas alternativas y luego tomar una decisión que pondrá en acción.

1.4. Desarrollo Social

La adolescencia también implica modificaciones en su contexto social. A continuación se hará una descripción de las mismas.

La entrada a la adolescencia supone una mayor riqueza, variedad y complementariedad en las experiencias sociales. Se produce una expansión, diversidad y complejidad de los espacios donde son posibles las interacciones sociales, mientras que al mismo tiempo se debilita la referencia familiar; sin embargo la familia sigue siendo un espacio donde el joven puede encontrar contención.

Este debilitamiento de la referencia familiar se da porque nace en el adolescente una búsqueda de independencia: desea más privilegios y libertades, como así también menos supervisión adulta. Esta necesidad de autonomía, provoca ciertas tensiones familiares. En general, el valor que se concede a los grupos de iguales se corresponde con una cierta desidealización de los padres. Sin embargo, frente a estos deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y estos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos (Rodríguez Fernández, 2009).

Surge en los adolescentes interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía. Las relaciones intra-generacionales permiten afirmar la identidad y refuerzan los procesos de independización y diferenciación. La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. El poder de un grupo es uno de los elementos constitutivos de esa identidad (Krauskopf, 1994). Rodríguez Fernández (2009) acerca de la importancia de los grupos de pares agrega, que los jóvenes aprenden y adquieren las destrezas interpersonales que son valiosas para vivir en sociedades complejas, en constante cambio. Con sus iguales, los adolescentes se forman acerca de las relaciones horizontales, más equitativas y menos jerárquicas.

Moreno y Del Barrio (2000) opinan que la relación con los amigos permite modelar y remodelar los valores y las identidades: observando conductas en otros, discutiendo ideologías discrepantes, minimizando algunos aspectos del yo y reafirmando otros. Además, afirman que la amistad en la adolescencia cumple una función importante que es el apoyo emocional. Los amigos llenan el vacío afectivo derivado del proceso de desvinculación de los padres. Las experiencias

compartidas, al estar todos atravesando momentos parecidos en su desarrollo, crea vínculos entre los amigos adolescentes.

El joven establece por lo tanto, lazos más estrechos con el grupo de compañeros. Estos suelen tener un curso típico, en un primer momento, se relacionan con pares del mismo sexo, luego se van fusionando con el sexo contrario, para de esta manera, ir consolidando las relaciones de pareja. Krauskopof (1994), agrega que las relaciones sentimentales sirven a muchachos y muchachas como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad.

Para los adolescentes la amistad significa entablar relaciones duraderas, que se construyen a lo largo del tiempo, basadas en la confianza, la intimidad, la comunicación, el afecto y el conocimiento mutuo, marcando la transición hacia las amistades adultas (Berndt y Perry, 1990; Buhrmester, 1990; Hartup y Stevens, 1999; Laursen, 1996; citados en Papalia y otros, 2004). Durante este periodo se valora a los amigos principalmente por sus características psicológicas, y por ello los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos como pueden ser: la soledad, la tristeza, las depresiones, entre otras. Esta concepción de la amistad en los adolescentes es posible por el avance cognitivo que se produce en la toma de perspectiva social, que consiste en adoptar la posición de una tercera persona para analizar más objetivamente sus relaciones, es decir, tal y como las vería el otro, se va consolidando así el sentimiento de empatía, que ayudará también en la formación de futuras actitudes sociales (Rodríguez Fernández, 2009).

El buen comportamiento de los jóvenes con los amigos, refleja en parte lo que han aprendido sobre las relaciones íntimas en casa. La vida familiar diaria, proporciona a los niños situaciones de aprendizaje sobre la revelación personal, la confianza, la lealtad, el conflicto, el compromiso y el respeto. Es decir que los adolescentes responden a sus compañeros en el contexto de las prácticas culturales con las que crecieron en el hogar: el nivel socioeconómico, la ocupación, el origen étnico y religioso de sus padres. La calidad de las relaciones que los adolescentes puedan establecer con su grupo de amistad es importante. En la medida en que los individuos puedan identificarse con un grupo e integrarse en él, derivaran los beneficios correspondientes desde el punto de vista del apoyo emocional, la ayuda, y el aprendizaje social y es probable que esto se refleje a su vez en su autoestima (Kirchler y cols., 1995; citado en Rodríguez Fernández, 2009). Siempre habrá alguna diferencia entre la concepción del mundo de sus parientes y la de sus compañeros. Todo adolescente habrá de “negociar el límite” entre las distintas visiones del mundo cuando defina su identidad (Craig, 2001).

Aberastury (1985; citada en Rodríguez Fernández, 2009) considera que la amistad cumple una función integrativa en la sociedad. El adolescente tiene el problema de hacerse un lugar en la sociedad adulta, está en búsqueda de una identidad propia, el joven adolescente, se preocupa de quién es, qué es y de qué hacer con eso. El hecho de sentirse parte de un grupo, ayuda al joven a sentirte miembro integrante en el mundo y en la sociedad, lo cual se logra contribuyendo a reforzar y socializar el yo.

El grupo de pares adquiere entonces importante significancia en el desarrollo del adolescente, ayuda a éste en su capacidad de socialización e integración a una sociedad compleja. Las redes de compañeros se convierten en esenciales para la adquisición de habilidades sociales. Además, el adolescente busca el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, emocionales y sociales de esta etapa, lógicamente elige aquellos que se encuentran atravesando el mismo proceso. La igualdad recíproca que caracteriza a las relaciones en esta etapa favorece el

aprendizaje de respuestas positivas a las crisis que sufre el adolescente (Epstein, 1983; Hawkins y Berndt, 1985; citado en Craig, 2001).

1.5. Desarrollo Psicológico

Se considera importante para los fines de dicha investigación, profundizar en el presente apartado acerca de la conformación del autoconcepto, la imagen corporal y la autoestima en el periodo de la adolescencia haciendo hincapié en las posibles repercusiones psicológicas.

1.5. a. El autoconcepto

Rodriguez Fernandez (2009) define el autoconcepto como la imagen o noción que cada uno de nosotros tiene de sí mismo, de quiénes somos. Este conocimiento incluiría la comprensión que tenemos de nosotros mismo como seres físicos, sociales y psicológicos. Éste tiene sus comienzos desde la infancia y continúa hasta la vejez, sufriendo cambios, pero aquellos más notables son durante el período de la adolescencia, en el cual se producen determinadas crisis psicosociales que deben ser superadas y en las cuales la sociedad ejerce gran influencia. En consecuencia, en la adolescencia el objetivo fundamental reside en lograr un autoconcepto/identidad coherente y congruente, es decir que exista armonía entre lo que se aspira a ser y lo que realmente se es.

Amezcu Membrilla y Pichardo Martínez (2000) definen al autoconcepto como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan.

No cabe duda de que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto que es la autoimagen, puesto que el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás. Existe también un componente afectivo y evaluable que es la autoestima; así, cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas.

Continuando con los autores Amezcu Membrilla y Pichardo Martínez (2000), estos sostienen que la interpretación de este constructo ha ido variando a lo largo de los años. Uno de los enfoques que comentan es el multidimensional de Harter (1990), quién identificó ocho dominios del autoconcepto: competencia académica, competencia laboral, competencia deportiva, apariencia física, aceptación social, amistad íntima, atracción romántica y comportamiento.

Se hará hincapié en la dimensión que hace referencia a la apariencia física, ya que a los objetivos de dicha investigación presenta significancia investigativa.

El *autoconcepto físico* no solo resulta una característica psicológica por sí misma relevante, sino por las relaciones que mantiene con numerosas características psicológicas así como un variado elenco de comportamientos sociales.

El autoconcepto físico figura, como se dijo anteriormente, como una dimensión del autoconcepto, y aunque su naturaleza multidimensional no ofrece dudas, cuál es el número e identidad de los subdominios que lo componen sigue siendo un tema abierto o en discusión. El dominio físico ha estado usualmente representado por las dimensiones de *apariencia física* y

habilidad física (Fox, 1988; Marsh y Shavelson, 1985). Harter (1985) indica dos elementos *competencia atlética* y *apariencia física*, como representativos del dominio físico. Sin embargo Francoi y Shields (1984) diferencian tres dimensiones del autoconcepto físico: *habilidad física*, *apariencia física* y *conductas de control de peso*. Sonstroem (1984), distingue *la estatura, el peso, la constitución del cuerpo, el atractivo, la fuerza* y un largo etcétera. Bracken (1992), por su parte, distingue las dimensiones de *competencia física, apariencia física, forma física y salud*. Por otro lado, Marsh, Richards, Johnson, Roche y Redmayne (1994) opinan que el autoconcepto físico se compone de nueve subdominios: *fuerza, obesidad, actividad física, resistencia, competencia (habilidad) deportiva, coordinación, salud, apariencia y flexibilidad*. Queda patente, por lo tanto, que la problemática de cuáles y cuántos son los subdominios del autoconcepto físico sigue presente (Esnaola Etxaniz, 2008).

Independientemente de los subdominios que acepten como parte del autoconcepto físico, la trayectoria evolutiva del autoconcepto físico general es bastante desconocida, ya que no existen estudios longitudinales que hayan analizado el desarrollo, sino estudios transversales o diferenciales comparando distintas edades o grupos poblacionales. El autoconcepto físico parece experimentar un descenso durante la preadolescencia (12 a 14 años) y una mayor diferenciación interna durante la adolescencia y la juventud (Nuñez y Gonzalez- Pienda, 1994 en Esnaola Etxaniz, 2008).

Autores como Goñi Grandmontagne; Rodríguez Fernández, y Ruiz de Arzúa García (2004) sostienen que el autoconcepto físico viene a ser una especie de termómetro del bienestar personal y social en cualquier momento de la vida pero muy especialmente en la adolescencia y la juventud. Un autoconcepto positivo resulta básico para la convivencia en sociedad.

No resulta difícil argumentar que entre el autoconcepto y el bienestar psicológico individual se producen interacciones, así Umberson y Hughes (1987) encontraron una relación fuerte entre el atractivo físico y el bienestar subjetivo.

Estudios comprueban que en la adolescencia, las mujeres suelen puntuar más bajo que los varones en autoconcepto físico, lo cual posiblemente no es más que el reflejo fiel de la presión social mucho más exigente en este sentido sobre la mujer que sobre el varón. Otros estudios confirman que las personas más delgadas son las que ofrecen la percepción física más positiva, mientras que las personas con sobrepeso manifiestan peor autoconcepto físico que las de peso normal (Toro, 2001). Estos datos invitan a sopesar hasta qué punto la auto-aceptación de nuestros adolescentes depende de su adecuación a los estereotipos estéticos sociales.

1.5. b. La Imagen Corporal

La imagen corporal es otro concepto que también cobra un valor propio a los objetivos de la presente investigación, es por ello que nos detendremos a profundizar sobre su concepto.

Es importante saber que no es lo mismo hablar de autoconcepto y de imagen corporal, si bien existe una interrelación entre ambos conceptos.

La imagen corporal es definida por Raich (2000; citado en Salaberria, Rodríguez y Cruz 2007), como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente y la vivencia que tiene del propio cuerpo. Rivarola (2003) refiere que dicha imagen se va gestando durante la niñez y es en la adolescencia donde resulta trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de muchas

personas, especialmente en la etapa de la adolescencia. Es decir, que al igual que el autoconcepto, la imagen corporal va construyéndose evolutivamente. Así en diferentes etapas de la vida vamos interiorizando la vivencia de nuestro propio cuerpo, que puede sufrir variaciones importantes. Entre los 4 y 5 años, los niños, comienzan a utilizar el cuerpo para describirse a sí mismos y vivenciarlo en sus fantasías, se integran así los sentidos de la vista, el tacto, el sistema motor y sensorial. En la adolescencia, se vive el cuerpo como una fuente de identidad, de autoconcepto y autoestima. Es la etapa de la introspección, y el auto-escrutinio, de la comparación social, de la autoconciencia de la propia imagen física y del desenvolvimiento social, que podrá dar lugar a la mayor o menor satisfacción con el cuerpo.

Según Cash y Pruzinsky, 1990 y Thompson (1990; citado en Salaberria, Rodriguez y Cruz 2007: 172), la imagen corporal se compone de las siguientes variables:

- **Aspectos perceptivos:** precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o en sus partes. Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

- **Aspectos cognitivos-afectivos:** actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él. Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencia de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

- **Aspectos conductuales:** conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo. Pueden ser su exhibicionismo, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje, etc.

La percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo, está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico (Guimón, 1999). Así Rosen (1995) señala que la imagen corporal es el modo en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007).

Según Cash y Brown (1987; citado en Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007: 173), las *alteraciones de la imagen corporal* pueden concentrarse en dos aspectos:

- **Alteración cognitiva y afectiva:** insatisfacción con el cuerpo, sentimientos negativos que nuestro cuerpo suscita.

- **Alteraciones perceptivas:** que conducen a la distorsión de la imagen corporal. Inexactitud con el que se estima el cuerpo, su tamaño y su forma.

Rosen, (1995; citado en Salaberria y cols., 2007: 175) en cambio, distingue cuatro niveles de respuesta en los que se pueden presentar los síntomas, especialmente en las situaciones en las que la persona puede ser observado:

- **Nivel Psicofisiológico:** respuestas de activación del Sistema Nervioso Autónomo (sudor, temblor, dificultades de respiración, etc.).

- **Nivel Conductual:** conductas de evitación, camuflaje, rituales de comprobación y tranquilización, realización de dietas, ejercicio físico, etc.

● **Nivel Cognitivo:** preocupación intensa, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, sobreestimación y subestimación, auto-verbalizaciones negativas sobre el cuerpo. Las preocupaciones pueden ser patológicas, obsesivas, sobrevaloradas, e incluso delirantes.

● **Nivel emocional:** insatisfacción, asco, tristeza, vergüenza, etc.

A *nivel cognitivo*, Cash (1991; citado en Salaberria y cols., 2007: 175), ha identificado los principales esquemas relacionados con la imagen corporal y que se presentan en las personas con insatisfacción de la imagen corporal:

- La gente atractiva lo tiene todo.
- La gente se da cuenta de lo erróneo de mi apariencia en primer lugar.
- La apariencia física es signo de cómo soy interiormente.
- Si pudiera cambiarme como deseo, mi vida sería mucho mejor.
- Si la gente supiera como soy realmente a ellos no les gustaría.
- Si controlo mi apariencia, podré controlar mi vida social y emocional.
- Mi apariencia es responsable de muchas cosas que ocurren en mi vida.
- Debería saber siempre como parecer atractivo.
- El único modo en que me podría gustar mi apariencia es modificándola.

Neziroglu y Yaryura Tobias (1993; citado en Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007: 175) señalan que en las personas con distorsión de la imagen corporal, aparecen las siguientes suposiciones: “necesidad de perfección, necesidad de agradar para ser aceptado por los otros, necesidad de presentar a los demás una apariencia física perfecta y la creencia de que es terrible que los otros vean las propias imperfecciones”.

Las consecuencias de la insatisfacción con la imagen corporal son variadas, así es posible distinguir diversas características psicológicas, como son: pobre autoestima, depresión, ansiedad social, inhibición y disfunciones sexuales, desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, inicio de tratamientos cosméticos, quirúrgicos, dermatológicos, capilares, etc., de forma reiterada y con demandas irracionales (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Sarwer, Wadden, Pertschuck y Whitaker, 1998; citados en Salaberria, Rodriguez y Cruz 2007).

En general cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con el mismo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar, interfiriendo negativamente en la vida cotidiana, se puede hablar de un *trastorno de la imagen corporal*.

¿A qué es posible adjudicarle la formación de una imagen corporal negativa? Autores como Salaberria, Rodriguez y Cruz (2007: 176), consideran que en la formación de la imagen corporal negativa confluyen factores históricos o predisponentes y factores de mantenimiento.

Dentro de los Factores Predisponentes encontramos:

▀ **Sociales y Culturales:** proponen un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal (lo bello es bueno, la adoración es la delgadez, la estigmación de la gordura, la falacia sobre la manipulación del peso y del cuerpo). Toro (1988), señala la presión cultural sobre las mujeres hacia la delgadez, y en el hombre hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponente.

▀ **Modelos familiares y amistades:** el modelado de figuras importantes como son los padres excesivamente preocupados por el cuerpo y el atractivo, con continua verbalizaciones negativas sobre el mismo y prestando una excesiva atención, hace que un niño/a aprenda esas actitudes. Por otro lado, ser criticado o sufrir burlas hacia el cuerpo por parte del grupo de iguales hace a una persona más vulnerable.

▀ **Características personales:** la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la autonomía y sentimientos de ineficacia pueden hacer que una persona se centre en lograr un aspecto físico perfecto para compensar sus sentimientos.

▀ **Desarrollo físico y feedback social:** los cambios en la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el índice de masa corporal o el peso y las características del cuerpo, pueden ser factores de vulnerabilidad.

▀ **Otros factores:** la obesidad infantil, los accidentes traumáticos, las enfermedades, haber sido víctima de abuso sexual, haber fracasado en danza o deportes, las experiencias dolorosas con el cuerpo, etc., sensibilizan hacia el aspecto físico y hacen más autoconscientes a una persona sobre su apariencia física.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal, incorporando actitudes, esquemas, ideales, percepciones, y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo e insatisfactorio que permanecen latentes hasta la aparición de un suceso desencadenante, entendiéndose como tal, la exposición del cuerpo, el escrutinio social, la comparación social, el que alguien cercano solicite un cambio, etc., son acontecimiento que activan el esquema de la imagen corporal de tipo negativo y que producen malestar.

Dentro de los factores de mantenimiento se encuentran:

▀ **Suceso activante:** la dismorfia y el malestar conducen a la realización de conductas de evitación, rituales, comprobaciones que activen pensamientos y autoevaluaciones negativas que realimentan la insatisfacción y que resultan ineficaces para manejar las situaciones, las emociones, las preocupaciones y los pensamientos negativos, y que resultan ser factores de mantenimiento.

Estudios demuestran que la insatisfacción corporal es un fenómeno que afecta a los adolescentes a edades cada vez más tempranas y con mayor predominancia en el género femenino. Los resultados manifiestan que la insatisfacción, a unos niveles no patológicos, es decir debidos fundamentalmente a los múltiples cambios que debe tolerar el adolescente, se mantiene constante desde los 13 hasta los 17 años. También se encuentra que la insatisfacción corporal se relaciona directamente con las influencias socioculturales que contribuyen a la internalización de los modelos estéticos vigentes. Ésta internalización, cada vez se hace a edades más tempranas.

Resultados hallados en investigaciones demuestran que a medida que aumenta el nivel de insatisfacción, la influencia de los medios de comunicación y del entorno social inmediato, aumentan también la valoraciones y actitudes hacia el propio cuerpo (Rodríguez y Cruz, 2008).

1.5. c. La autoestima

Es bien sabido que la autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluyen en los estudios que intentan explicar los comportamientos que afectan a la salud de los adolescentes. Documentación sobre salud mental han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social así como en la salud mental en general.

Autores como Montt y Ulloa Chavez (1996: 31), entienden por autoestima:

la valoración que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo, se expresa en actitud de aprobación o reprobación e indica hasta donde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso.

Es decir, que sería un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo. Es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben su autoimagen. Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismo en comparación con otros, la imagen que perciben que los otros tienen de él, y la imagen de cómo quisiera ser. Es posible considerar que a mayor discrepancia entre la imagen ideal, es decir la que se quisiera ser, habría mayor alteración de la autoestima.

Autores como Moreno y Del Barrio (2000), consideran que:

...una autoestima positiva vendría señalada por la seguridad y la confianza en uno mismo y la capacidad para relacionarse adecuadamente con los demás. Un adolescente seguro no teme manifestar sus propias opiniones, no vacila al hablar con otro, no rehúye la mirada, no tiene problemas para entablar amistades o para trabajar en grupo. Por el contrario, un adolescente con autoestima negativa o bien la manifiesta mostrándose sumiso, autocríticamente continuamente, evitando el contacto con otros o bien adopta el papel inverso, es decir, intenta dominar a los demás, exhibe sus méritos, habla y gesticula como bravucón, etc. (p. 96).

En las valoraciones que una persona realiza sobre sí misma, no se concede igual importancia a las diversas facetas de su personalidad o áreas en que se desenvuelve. El que determinados rasgos influyan en diverso grado en la autoestima, no depende sólo de los juicios de la persona aislada, sino que suele estar en consonancia con la opinión de las personas que son significativas en su vida y de su medio sociocultural más amplio. Las valoraciones de los adolescentes van a depender de figuras familiares y muy destacadamente, del grupo de compañeros o de los medios de comunicación. Lo más importante para los adolescentes es ser aceptados y reconocidos por sus pares. Estudios demuestran que los compañeros de clases parecen tener más importancia que los amigos íntimos en la autoestima (Coleman y Hendry, 2003).

Retomando a Moreno y Del Barrio (2000), éstas refieren que:

El éxito escolar, la capacidad de hacer amigos o desarrollar relaciones familiares equilibradas cumplen un papel en la autoestima de los adolescentes. Pero existe otra dimensión especialmente influyente en la autoevaluación y que se mantiene constante desde la niñez a la edad adulta y en ambos sexos: *el atractivo físico*. Diferentes investigaciones han encontrado que, sin embargo, el grado de satisfacción con la apariencia física comienza a diferenciarse entre chicos y chicas a finales

de la niñez y, en la adolescencia, las chicas muestran claramente una menor satisfacción, lo que a su vez influye en su autoestima. Resulta obvio el papel que desempeñan en este hecho los valores sociales y los medios de comunicación que enfatizan la importancia del atractivo físico, para los hombres y las mujeres, y además imponen a éstas últimas cánones de belleza absurdos e inalcanzables. (p.96)

Autores como Coleman y Hendry (2003), agregan que la autoestima es un concepto que se encuentra en estrecha relación con la imagen. La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la satisfacción con la imagen corporal correlaciona muy alto con la autoestima global.

Investigaciones han hallado que la insatisfacción corporal, correlaciona con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de desórdenes de la conducta alimenticia, como anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes, ya que para esta población la apariencia está más centrada en el autoconcepto y la evaluación de los demás, y socioculturalmente la belleza ideal femenina es ser ultra delgada, la que es inalcanzable e insalubre (García Fernández y Garita Azofeifa, 2007). Asimismo, en nuestra cultura, se asocia atractivo físico con éxito social, por lo tanto la belleza influye en gran medida en la vida de las personas, sobre todo en las mujeres, siendo la delgadez un componente importante de cuan atractiva y deseable se puede considerar, es decir que el peso y la apariencia, toman una alta prioridad en la vida.

A partir de lo expuesto, es posible pensar que los múltiples cambios que se van produciendo a lo largo de la adolescencia nos llevarían a presagiar fluctuaciones importantes. No obstante, esta estabilidad/inestabilidad, no se produce en todos los individuos sino que más bien los ascensos o descensos en la autoestima están ligados a características de personalidad individuales. Junto a esto, como se describió en párrafos anteriores, parecen darse diferencias de género relacionadas con áreas específicas, en que chicos y chicas valoran más en los niveles globales de autoestima. Así, se ha encontrado que, una vez comenzados los cambios puberales, la autoestima de los chicos es más elevada y va aumentando conforme progresan hacia la edad adulta, mientras que la autoestima de las chicas es menor y disminuye a lo largo de la adolescencia; la diferencia fundamental se da en las valoraciones que unos y otros hacen de sus capacidades físicas y de su apariencia física.

Block y Robins, (1993; citado en Moreno y Del Barrio, 2000) han encontrado en sus trabajos que existe una relación positiva entre conformidad con los estereotipos de hombre y mujer y una mayor autoestima.

Todo lo descrito en la presente sección, nos lleva a detenernos a reflexionar sobre cuán importantes es el entorno en el que la adolescencia y el adolescente se desarrolla, ya que su contexto familiar, social o cultural, ejercen significativa influencia en el psiquismo del mismo, participando directa o indirectamente en la conformación de su autoconcepto y por consiguiente de la autoevaluación y valoración que harán de sí mismos.

Autoconcepto, imagen corporal, autoestima, son constructos psicológicos que correlacionan entre sí y que darán por resultado una mayor o menor satisfacción personal. Como ya hemos visto anteriormente, un bajo autoconcepto físico se asocia directamente con baja autoestima y esto a su vez se relaciona con el riesgo a padecer trastornos alimentarios, dejándonos una brecha abierta como alerta diagnóstica de trastornos alimentarios.

CAPÍTULO II: PSICOPATOLOGÍA: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Existe evidencia de que en los últimos años se ha producido un aumento significativo de patologías alimentarias. Frente a los interrogantes que se plantean sobre a qué se deben tales aumentos, se encuentran tantas preguntas como intentos de respuestas. Revisando bibliografía, artículos, se encuentran textos que desde diferentes teorías vierten opinión sobre el tema, pero ninguno llega a explicar la totalidad del fenómeno.

En el presente capítulo se intentará responder a interrogantes tales como: ¿qué son los trastornos de la conducta alimentaria? ¿Qué factores se consideran que intervienen en su etiología? ¿Qué prevalencia tiene en nuestra sociedad?

2.1. Trastornos de la conducta alimentaria

Los llamados comúnmente trastornos de la alimentación son de hecho trastornos de la conducta que se tienen en relación con la alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria, etc. Son patologías de la conducta que involucran el cómo alimentarse, el modo y la forma de hacerlo. Pueden provocar alteraciones más o menos graves, tanto en el cuerpo como en la psiquis del individuo. Entre dichos trastornos los que se consideran más importantes, por la gravedad que conllevan, son la anorexia y la bulimia nerviosas, A estos dos últimos se suma, por su relación con la actividad física, la patología que se denomina vigorexia (obsesión en torno al culto al músculo) (Zagalaz, Romero y Contreras, 2003).

Autores como Perpiña (1994; citado en Rivarola 2003) entienden por *trastorno de la conducta alimentaria*:

aquellas alteraciones en las cuales la conducta alimentaria está perturbada; fundamentalmente, como consecuencia de los dramáticos intentos reiterados que los pacientes hacen para controlar su cuerpo y su peso corporal. (p. 150)

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son procesos muy complejos en los que no existe una única causa sino que intervienen múltiples factores (Calvo Viñuela, Aroca Palencia, Armero Fuster, Díaz Gómez y Rico Hernández, 2002). En consonancia con esta aseveración, autores como Saucedo Molina y Unikel Santoncini (2010), agregan que dentro de esta determinación multifactorial, es posible nombrar factores genéticos (desórdenes hormonales, etc.), familiares, socioculturales (cultura de la delgadez) y psicológicos (rasgos de personalidad), altamente relacionados entre ellos.

Las alteraciones de la conducta alimentaria se caracterizan por presentar alteraciones en la percepción de la imagen corporal, el peso, disturbios graves del comportamiento alimentario y sentimientos de baja autoestima (Berner, Piñero y Valente, 2004).

El DSM IV (1996) caracteriza a los trastornos alimentarios como alteraciones graves de la conducta alimentaria e incluye dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia. A su vez, clasifica como trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TANE) a aquellos que no cumplen con todos los criterios establecidos para el diagnóstico de anorexia y/o bulimia nerviosa. Uno de éstos es el trastorno por "atracción", el cual comparte algunas características con la Bulimia Nerviosa, aunque no se observan en él conductas compensatorias encaminadas a la eliminación de calorías; otro es la eliminación de alimentos después de masticarlos, para evitar deglutirlos.

2.2. Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

2.2. a. Anorexia Nerviosa (AN)

Toro (1996; citado en Mateos Parra, y Solano Pinto, 1997), considera que hasta hace poco más de diez años, la anorexia nerviosa y la bulimia, eran conocidos sólo en círculos minoritarios, no se estudiaban en las facultades de Medicina o Psicología y, por supuesto, no hacían eco de ellos la prensa ni demás medios publicitarios. Sin embargo ya en 1694, Morton describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera descripción clínica de la denominada anorexia. Pero fue Gull en 1874, quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue en 1873, calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que Gull, una enfermedad psicógena. A finales del siglo XIX, en el año 1893, Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 Simonds, patólogo alemán, describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. A partir de los años 30, la anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico.

Es importante aclarar que las explicaciones de esta época se encuentran muy influenciadas por los modelos psicoanalíticos que predominaban en ese momento.

El DSM IV (1996) describe a la *anorexia nerviosa* como aquella que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, autores como Zagalaz, Romero y Contreras (2003), consideran que la anorexia (del vocablo griego *anorektous*) se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicha carestía, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Toro (1999; citado en Zagalaz, Romero y Contreras, 2003) define la anorexia nerviosa como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. Rivarola (2003), la define como un trastorno psicológico que se caracteriza por la realización de ayunos deliberados con la finalidad de perder peso debido a un temor intenso a convertirse en obeso. García Rodríguez (1993; citado en Zagalaz, et al, 2003), la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social. Para Way

(1996; citado en Zagalaz, et al, 2003) es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla; de modo que, la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima. García Rodríguez (1993; citado en Zagalaz, et al, 2003), dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación en el que parte de que la anorexia es una enfermedad psicosomática que se apoya en tres pilares básicos: dos psicológicos, que son una fobia a la obesidad y una deificación de la delgadez; y uno somático, que es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta que resultan alterados a partir de una desnutrición prolongada.

En el conjunto de la extensa literatura sobre la anorexia, todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad de origen psíquico, aunque con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación de la imagen corporal. Es decir, que existe una alteración en la percepción del peso y de las siluetas corporales. Algunas personas se encuentran “obesas” mientras que otras dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, especialmente abdomen, las nalgas y los muslos, les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas “obesas”.

Los criterios para el diagnóstico de *anorexia nerviosa* siguiendo el DSM IV - TR (2000: 659-660) son: rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo considerando la edad y la talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal, alteraciones 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, en las mujeres pos puberales: presencia de amenorrea (al menos tres ciclos menstruales).

Dentro de la anorexia nerviosa considera dos tipos:

- ▀ Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas.
- ▀ Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas.

Sin embargo, autores como Lenoir y Silber (2006), toman en cuenta que en la anorexia nerviosa durante la niñez, hay diferencias sustanciales en cuanto a las manifestaciones clínicas. Los hallazgos clásicos suelen ser menos evidentes, por ejemplo, puede haber menor pérdida de peso, ya que primero la restricción calórica disminuye o detiene el crecimiento pondoestatural. Además, a menor edad no puede establecerse si una adolescente temprana es todavía premenárquica o si ha desarrollado una amenorrea primaria. Las niñas suelen deshidratarse con mayor facilidad que las adolescentes. Esto ocurre probablemente porque las niñas no comprenden el concepto de las calorías y simplemente restringen toda ingesta, incluso evitando el agua. La mayoría de las adolescentes, en cambio, se encuentran bien hidratadas al momento del diagnóstico, ya que ingieren agua y otras bebidas sin calorías, con el conocimiento de que esto no les traerá una ganancia de peso. Las adolescentes tienden a estar más emaciadas y bradicárdicas.

Es importante destacar los aportes de los autores anteriormente citados, porque están marcando una diferencia con respecto al DSM IV- TR (2000), ya que se denota que no necesariamente se requiere amenorrea o una pérdida de peso predeterminada. De no tenerse en

cuenta este criterio, algunos niños claramente afectados se clasificarían como trastorno alimentario no especificado, con el riesgo de no recibir la intensidad de tratamiento requerido.

A continuación se expondrán de manera didáctica las características distintivas de la anorexia (Divenosa y Costa, 2002: 69).

En cuanto a la anorexia encontramos:

- Falta de conciencia de la enfermedad
- Miedo intenso a la obesidad
- Distorsión del esquema corporal (se ven gordos a pesar de tener bajo peso)
- Rechazo a mantener el peso en nivel normal
- Caída del cabello
- Amenorrea- Piel seca
- Hipotensión-Hipotermia
- Cortan los alimentos en trozos pequeños
- Comen lentamente
- Mastican largo rato antes de tragar
- Prefieren pequeñas porciones
- Tiran, escupen o esconden la comida
- Pueden consumir anorexígenos, laxantes y/o diuréticos, o vomitar
- Cuentan las calorías
- Tienen rituales con la comida
- Realizan hiperactividad para bajar de peso
- Se aíslan socialmente
- El carácter se vuelve irritable
- Existe depresión en el 40 o 45% de los casos
- Tienen conductas obsesivas
- Autoexigencia
- Rechazo a la sexualidad
- Pueden darse atracones
- Usan ropa suelta (se tapan el cuerpo)
- Suelen ser excelentes estudiantes y primeros promedios

2.2. b. *Bulimia Nerviosa (BN)*

El término *bulimia*, deriva del griego *boulimos*, que a su vez deriva de la fusión de *bous* (buey) y *limos* (hambre), literalmente “hambre de buey” (Rava y Silver, 2004).

La conducta alimentaria relacionada con el atracón y posterior vómito autoinducido con la intención de seguir comiendo se remonta a la época de la antigua Roma. En el siglo XVIII, James (1743) describió una entidad como *true boulimus* caracterizada por una intensa preocupación por la comida, ingesta de importantes cantidades de alimentos en períodos cortos de tiempo seguido de desmayos, y otra variante *caninus appetitus*, en donde tras la ingesta se presentaba el vómito. En el siglo XIX, el concepto de bulimia se incluyó en la edición 1797 de la Enciclopedia Británica y en el Diccionario médico y quirúrgico publicado en París en 1830 y luego fue olvidada. Fue recién en 1979 que Russell publicó la primera descripción clínica exacta de la enfermedad. En su trabajo describió 30 pacientes con peso normal que además de un intenso temor a engordar presentaban atracones y vómitos. La llamó en su momento “bulimia nerviosa”, una variante ominosa de la “anorexia nerviosa” (Rava y Silver, 2004). Algunos autores consideran que la bulimia nerviosa es la falla en el sostén del ayuno de la anorexia nerviosa; sin embargo Bonsignore (2004), considera que se trata de una entidad diferente, si bien comparte algunos de los síntomas, sobre todo los psicológicos, con la AN.

Actualmente el DSM IV propone una definición contemporánea de la bulimia nerviosa, caracterizada por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Toro y Vilardell (1987; citado en Zagalaz, et al, 2003), consideran que la bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia, describe a quienes la padecen como comedoras convulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para acallar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas. Rivarola (2003), la define como un patrón de alimentación anómalo, con episodios de ingesta voraz seguidos por maniobras para eliminar las calorías ingeridas. Se estima que el valor calórico en un episodio de voracidad puede llegar de 3.000 kcal hasta 10.000 kcal en periodos muy cortos de tiempo. Según Rava y Silver (2004), estos episodios de ingesta compulsiva no pueden prevenirse ni interrumpirse una vez iniciados. El paciente tiene la sensación de una pérdida total de control sobre ellos.

Es importante aclarar que por lo general los pacientes que padecen dicho trastorno, habitualmente presentan peso normal, aunque éste puede estar ligeramente aumentado o disminuido (Bonsignore, 2004). Esta es una razón por la que el diagnóstico puede ser tardío, ya que el hecho de no tener grandes alteraciones de peso y el ocultamiento de los síntomas por largos períodos de tiempo, hace difícil su reconocimiento.

Dentro de los criterios del DSM IV- TR (2000: 665) para el diagnóstico de bulimia nerviosa, se encuentra: presencia de atracones recurrentes, caracterizándose el atracón por: ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias, sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo. Los atracones y las conductas inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses. La

autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta, la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

El DSM IV- TR (2000) distingue dos tipos:

● 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 o enemas en exceso.

A continuación se presentaran las características distintivas de la bulimia, expresadas de manera pedagógica (Divenosa y Costa, 2002: 70).

- Episodios recurrentes de voracidad
- Conciencia de que el patrón alimentario es anormal
- Sentimiento de no poder parar la ingesta
- Oscilaciones significativas de peso
- Deterioro o perdida de piezas dentarias en vomitadores
- Alternan con ciclos restrictivos
- Tienen conductas compensatorias como: escupir, abuso de líquidos para compensar el hambre, provocar el vómito, abusar de laxantes y diuréticos. Estas últimas pueden provocar la muerte por paro cardíaco al ocasionar la pérdida de potasio
- Ayuno
- Hiperactividad
- Cortan los alimentos en trozos grandes
- Comen rápidamente
- Apenas mastican o tragan sin masticar
- Prefieren grandes porciones
- Engrosamiento glandular (parótida) en vomitadores
- El carácter se vuelve irritable
- Se sienten culpables
- Comen a escondidas
- Roban para comprar comida
- Obsesión por la silueta y el peso
- Oscilan entre autoexigencia y el abandono
- Oscilan entre la euforia y la depresión
- Pueden ser muy impulsivos

- Suelen abandonar todo lo que emprenden

Tradicionalmente se ha considerado que estos desórdenes de la alimentación, es decir la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa, eran entidades separadas, sin embargo no es extraño que estas condiciones se alternen en la misma persona a lo largo de diferentes períodos de su vida (Rivarola, 2003). Es bueno aclarar entonces, que si bien pueden encontrarse en estado puro, son dos caras de una misma moneda, se pasa de la bulimia a la anorexia y a la inversa. Luego de periodos prolongados de no comer, se puede producir un atracón y luego viene el vómito provocado por la culpa que genera el haber comido.

2.2. c. Epidemiología y Prevalencia de la Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa.

Los estudios epidemiológicos de cualquier enfermedad permiten no sólo recoger información acerca de posibles factores etiológicos o de riesgo, sino también recopilar datos imprescindibles para la programación de una asistencia médica racional y eficaz.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, y cuadros afines o no especificados han alcanzado en los últimos 30 años una especial relevancia, constituyendo un proceso patológico mayoritariamente identificado en la población femenina adolescente y juvenil. Tal relevancia se justifica por la aparente progresión de su prevalencia en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas, progresión que ocasionalmente ha sido etiquetada de "epidémica". A ese aparente incremento de la prevalencia se suma la práctica inexistencia de tales trastornos en los países del Tercer Mundo y en las áreas no occidentalizadas de los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, el carácter epidémico de los TCA y su progresiva difusión en las últimas décadas distan mucho de ser hechos aceptados por todos. Aunque la opinión generalizada apoya aquellos supuestos, existen estudios documentados que ponen en duda tales aseveraciones. Tal como Toro (2000: 543-544) señala, en contra de lo que parece ser un hecho palpable, se han utilizado las siguientes argumentaciones:

- el incremento de la prevalencia no es más que una consecuencia de la oficialización, difusión y sucesivas modificaciones de los criterios diagnósticos de los TCA;
- estos pacientes antes eran atendidos al margen de la asistencia psiquiátrica, por lo que difícilmente podían aparecer en estudios de epidemiología clínica psiquiátrica;
- el número de casos graves (hospitalizados) resulta tergiversado por la elevada frecuencia de reingresos;
- la propia sobrevaloración pública y médica de estos trastornos conduce a diagnosticar muchos casos que en épocas anteriores podían pasar desapercibidos o ser clasificados en el grupo de otras enfermedades;
- el incremento de expertos en TCA aumenta el diagnóstico de pacientes afectados (en última instancia que la oferta incrementaría la demanda).

De hecho, el *quid* de la cuestión radica en la inexistencia de estudios epidemiológicos metodológicamente correctos, realizados en épocas suficientemente remotas, que permitan comparar sus resultados con otros estudios actuales llevados a cabo en las mismas poblaciones. Sin embargo, revisiones exhaustivas de los estudios disponibles han concluido que como promedio

la incidencia de anorexia nerviosa ha pasado de 0,37 (por año y 100.000 habitantes) en la década de los sesenta y 0,64 en la década de los setenta, a 6,3 en la década de los ochenta. El incremento de la anorexia nerviosa en los años ochenta parece confirmado en Europa Occidental, América del Norte, Japón y, muy probablemente, Europa Oriental y la antigua Unión Soviética. Todo ello estrechamente asociado a la difusión de los valores occidentales que acompañan al desarrollo socioeconómico, y más concretamente a la difusión del modelo estético corporal femenino delgado cuya vigencia se inicia en Occidente tras la Primera Guerra Mundial, diseminándose y generalizándose a partir de la segunda Guerra Mundial (Toro, 2000).

Autores como Lenoir y Silber (2006), afirman que la AN es básicamente una enfermedad de la clase media y alta de las áreas metropolitanas, convirtiéndose hoy en una enfermedad global que no respeta raza, clase social, sexo, ni edad y compromete incluso a niños menores de doce años. La prevalencia de AN es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10:1, es decir que la prevalencia de la anorexia nerviosa entre los hombres es de una décima parte de la de las mujeres. Es por ello que la mayoría de los pacientes son mujeres. La bulimia también afecta a los varones en la misma proporción (1 a 10). Es posible asociar tales resultados a la "condición social de la mujer", la que se pone de manifiesto a través de la anorexia nerviosa y otros trastornos afines.

Investigaciones manifiestan que más del 90% de las mujeres están insatisfechas con su imagen corporal, el 70% están preocupadas por su peso, aunque sólo el 25 % están excedidas desde el punto de vista médico; y, concretamente, más del 40 % están a dieta como una forma de modificar la situación (Crispo, Guelar y Figueros, S/F).

El aumento de incidencia de la anorexia nerviosa, junto con la repercusión consiguiente en los profesionales de la salud, ha permitido constatar que todavía sabemos muy poco acerca de este género de trastornos, según Toro y Vilardell (1989; citados en Lenoir y Silber, 2006) entre el 30% y el 40% de las pacientes anoréxicas recuperan la normalidad; entre el 30% y el 40%, mantiene sintomatología anoréxica, aunque significativamente mejorada; entre un 10% y un 20%, siguen un cuadro de cronificación del trastorno, y de un 5 a un 10% fallecen como consecuencia de la enfermedad o por suicidio. Sin embargo, otros estudios han hallado que la mortalidad a corto plazo es relativamente baja, 1 a 5%, aunque la mortalidad a largo plazo asciende al 20%, y casi la mitad corresponden al suicidio.

En el mundo occidental, en este momento, sufren anorexia nerviosa entre el 0,2% al 0,8% de la población general y entre el 1% y el 2% de las muchachas adolescentes (Toro, 2000). Bonsignore (2004), considera que en la actualidad, la Bulimia Nerviosa ha pasado a ocupar el primer lugar entre los TCA, desplazando a la Anorexia Nerviosa (excepto en algunas poblaciones de adolescentes menores de 16 años). Otras investigación, divulgan que la prevalencia de anorexia nerviosa entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que en la bulimia alcanza 3% (González Macías, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

No existen datos epidemiológicos suficientes en la Argentina, sin embargo La Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ALUBA¹) emitió un nuevo informe que revela un incremento de casi el 50% en las patologías alimentarias entre las adolescentes, registrado en el último decenio, según su relevamiento de algo más de 100.000 casos. Estos datos son los únicos existentes sobre la temática en el país. Síndromes incompletos denominados “etnos” son cada vez mayores. Estos son desórdenes alimentarios a los que les falta algún síntoma para ser considerados como alguna de las patologías que nos ocupan: Anorexia Nerviosa y Bulimia.

Los resultados encontrados en el año 2000 por la ALUBA manifiestan que:

- se registró un nivel de patologías del 9% en el total de adolescentes mujeres encuestadas, en tanto en el último informe el índice llega al 12%;
- se detectó un 26 % de la población encuestada con desordenes alimentarios, en tanto que en el estudio más reciente este guarismo alcanza el 37%;
- las patologías tienen mayor incidencia en la adolescencia aunque la edad de comienzo es cada vez más temprana. Si la enfermedad se cronifica puede acompañar al individuo toda la vida;
- se detectó que la presencia en la familia de patologías del espectro bipolar, es la más frecuente entre las jóvenes que presentaron patologías.

Los resultados arrojan que uno de cada veinticinco jóvenes argentinos sufre de Bulimia o Anorexia.

Además, la ALUBA, elaboró una estadística sobre 2.346 encuestas en distintas ciudades del país, e informó un 5,3% de todo tipo de patología alimentaria en los distintos niveles educativos: 58,4% en el secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. Estas cifras superan ampliamente las de otras partes del mundo y es probable que se deba a los criterios empleados para diagnosticar la enfermedad y metodología de las encuestas.

Investigaciones recientes realizadas por la ALUBA registran que sólo en la última década subieron un 350% las patologías alimentarias entre los adolescentes varones. El número surge de un relevamiento que hizo esta asociación durante los últimos tres años en colegios de nivel secundario tanto públicos como privados de todo el país, y en el que participaron algo más de 100.000 chicos.

Esto indica que desde el trabajo realizado en el 2000 en comparación con el realizado en los últimos tres años, se ha registrado un incremento de un 12% a un 21% de adolescentes con desórdenes alimentarios.

La información proveniente de otros países iberoamericanos es escasa. En Perú se estudiaron las historias clínicas de 58 pacientes con AN atendidos entre 1982 y 1998, donde se

¹ ALUBA: Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia, fue fundada en el año 1985 por iniciativa de la Dra. Mabel B. Bello. Sus programas de tratamiento son difundidos y ampliamente reconocidos por la Academia Americana de Patología Alimentaria (USA), el Consejo Europeo de Patología Alimentaria y en congresos, simposios y eventos científicos de la especialidad a nivel mundial.

A partir de 1990 el modelo terapéutico y su implementación trascienden las fronteras. Se crean dos centros en Montevideo (Uruguay), y en 1995 uno en Barcelona (España). Desde 1992 su terapéutica fue incorporada por la Universidad de Buenos Aires en los cursos de posgrado, presenciales y a distancia, destinados a profesionales médicos y psicólogos. Trece centros de atención terapéuticos funcionan en las Delegaciones que ALUBA tiene en el interior de Argentina.

encontró una prevalencia del sexo femenino de 91,4% y un 87,9% de pacientes menores de 24 años. En Maracaibo, Venezuela, se estudió una población de 1.363 alumnos seleccionados al azar, con una prevalencia de AN del 0% (1,58% para bulimia nerviosa). En Chile se estudió una población de 284 alumnos universitarios, con una prevalencia de 9,86% de trastornos de la conducta alimentaria (12,6% para las mujeres, 3,49% para los hombres). En Colombia se estudiaron 10 pacientes con AN, de los cuales 90% eran mujeres y el promedio de edad fue de 13 años. En Minas Gerais, Brasil, se estudiaron 1.807 estudiantes escolares entre 7 y 19 años, con una prevalencia de 13,3% de trastornos de la conducta alimentaria (1,1% con bulimia nerviosa). En Navarra, España, se estudió una población femenina representativa de 2.862 participantes de 12 a 21 años de edad, encontrándose una prevalencia de 3,1% de trastornos alimentarios y de 0,3% de anorexia nerviosa. En Barcelona, España, se estudiaron 108 pacientes con anorexia nerviosa de los cuales el 90,7% eran mujeres y la edad promedio, de 15 años.

La AN puede comenzar en la niñez y casi siempre aflora en la adolescencia y adultez temprana. Sin embargo, el DSM IV- TR (2000), considera que el inicio de la anorexia nerviosa es hacia la mitad o finales de la adolescencia (14-18 años), siendo muy raro la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. Otras investigaciones han hallado que en la actualidad se observa que comienza a edades cada vez más tempranas. Hay un mayor riesgo de AN entre familiares de primer grado. Se discurre que aproximadamente un tercio de los pacientes con AN desarrollarán bulimia nerviosa.

La bulimia nerviosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. No obstante, a largo plazo, los síntomas de muchos individuos parecen disminuir. Los periodos de remisión superiores a un año se asocian a un mejor resultado a largo plazo.

Es importante que tomemos conciencia de lo que estos porcentajes reflejan, y que intentemos detectar y registrar qué es lo que está pasando a nuestro alrededor, en nuestra familia, en la escuela y en el grupo de amigos.

2.2.d. Etiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Como ya se ha aclarado con anterioridad, estas enfermedades son de carácter multicausal, ya que intervienen factores biológicos, familiares, psicológicos y sociales, y por tanto es de suma importancia que su abordaje sea de carácter interdisciplinar.

Los factores comunes a todos los TCA son la preocupación extrema por el peso y la imagen corporal, y las prácticas reiterativas de control del peso

Dentro de los *factores genéticos*, Toro (2001: 334-335) comenta que “se ha hallado que estos desempeñan un papel significativo en la etiopatogenia de la anorexia nerviosa, aunque todavía falta la necesaria confirmación de la genética molecular. Investigaciones recientes han demostrado que los neurotransmisores cumplen un papel muy importante en la regulación del hambre y la saciedad, sobre todo en las vías de la serotonina y la noradrenalina, lo que contribuye a la expresión de conductas alimentarias específicas. Ejemplo de una disfunción en estas vías pueden ser los factores biológicos que indiquen la vulnerabilidad a desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria.

Partiendo de la aparente implicación de disfunciones serotoninérgicas en la anorexia nerviosa, se ha ido definiendo el papel que bien podría desempeñar el gen *5HT-2A*. Un metaanálisis de los 5 estudios realizados hasta la fecha, señala que dicho gen se presenta en pacientes anoréxicas con mucha más frecuencia que en controles, situándose la heredabilidad de la anorexia nerviosa entre el 41 y el 72%.

Todo parece indicar que esta supuesta disposición genética, que además no se da en todos los pacientes, sólo se manifestaría bajo los efectos de la malnutrición. Precisamente ha sido la constatación de alteraciones serotoninérgicas consiguientes a alteraciones nutricionales lo que permitió formular la hipótesis de aquella disposición.

Eso es lo que se ha podido observar en voluntarios sanos sometidos a dietas hipocalóricas, quienes, tras la administración de d-fenfluramina², experimentaban modificaciones significativas en la prolactina plasmática, cuya liberación refleja cambios en la serotonina central. Sin embargo, lo más interesante, es que las concentraciones basales de prolactina disminuían de modo significativo precisamente en las mujeres, pero no en los varones. Ello supondría una mayor vulnerabilidad genética de la mujer a las alteraciones nutricionales, lo que guardaría relación con su mayor riesgo de presentar anorexia nerviosa en el caso de seguir dietas restrictivas. Es preciso considerar que los estudios de genética molecular se han realizado exclusivamente con pacientes mujeres. Quizás sólo una minoría de varones responda así a dietas hipocalóricas relativamente severas, y quizás esta minoría sea la que cuente con la antes mencionada predisposición genética.

Lo lógico, es pensar en la probable eficacia terapéutica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Hasta la fecha se han realizado tres estudios controlados que coinciden en que la fluoxetina³ no es superior al placebo en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Sin embargo, la administración de ISRS tras la recuperación ponderal parece reducir drásticamente el riesgo de recaídas. Este hecho subraya la importancia de la malnutrición en la anorexia nerviosa y mantiene vigente ¿provisionalmente? un aserto: no se dispone de ninguna terapia biológica realmente eficaz en la anorexia nerviosa”.

En cuanto a los *factores familiares*, para algunos autores, la familia sigue siendo el principal agente responsable del trastorno (lo ha sido, supuestamente, de toda la psicopatología). Así, Sánchez Barbudo (2007), considera que es fundamental en los TCA, el tema del significado de la comida en la interacción madre-hija. La comida es una de las primeras experiencias de intercambio con la madre. Es un objeto que viene a introducirse en la relación, que el bebé puede aceptar o rechazar cuando está saciado, más allá del deseo de la madre. Se convierte en un primer acto de diferenciación madre-hijo que contribuirá al proceso de individuación relacional.

Continuando con el autor, éste toma a Stierlin para definir la “individuación” como aquella capacidad de autodeterminarse, autodiferenciarse, autorregularse, autoafirmarse, así como la disposición de aceptar la responsabilidad de la conducta propia. Esta individuación se realiza en forma continua a los largo de la vida.

² La fenfluramina pertenece a los fármacos llamados anoréxicos o anorexígenos debido a que su principal efecto es la supresión del apetito que sus efectos primarios aunque pueden estar implicados otros efectos sobre el sistema nervioso central o sobre el metabolismo. La fenfluramina se utiliza en el tratamiento de la obesidad.

³ La fluoxetina es un fármaco Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), con propiedades antidepressivas. Está indicado para tratar la depresión moderada a severa, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la bulimia nerviosa, trastornos alimentarios en general, los trastornos de pánico y el trastorno disfórico premenstrual.

Toda persona necesita, para madurar, separarse de los padres y desarrollar una identidad propia y distinta de la de sus progenitores.

En el proceso de individuación Stierlin (S/F; citado en Sanchez Barbudo, 2007: 443-444) encuentra dos grandes caminos posibles:

- **Individuación “CON”:** sería un proceso de individuación con el acuerdo de la familia. Hace referencia a la adquisición de información y diferencias recogidas en el exterior, que supondrán conflictos intrafamiliares (crisis), pero que los propios padres fomentan. Así, aceptar que los hijos traigan amigos de la calle supone la llegada de estilos distintos y posibles conflictos.

- **Individuación “CONTRA”:** producto de la primera individuación y del crecimiento del niño, se produce sin acuerdo del grupo familiar. Resulta típica de la adolescencia y se expresa en forma de desobediencia, intolerancia a los límites, etc. En resumen supondría algo así como “hay que desobedecer para ser”. Parece que esta individuación estaría perturbada en los TCA.

Sánchez Barbudo (2007) señala, que en las familias con TCA la necesidad de relacionarse entre sí es tan intensa que se hace a costa de la identidad, de la diferenciación. Es decir, aquellas diferencias adquiridas en el mundo exterior no son incorporadas al grupo familiar o son neutralizadas con distintos mecanismos. Y parece que no es posible ser diferente y además tener sus propias necesidades. Los hijos y los padres no pueden renegociar el equilibrio cercanía-distancia, de derechos-obligaciones diferentes.

En cuanto a la interacción familiar en la AN, Minuchin (1978; citado en Sánchez Barbudo, 2007), describe una familia “psicosomatógena”, generadora de alteraciones psicósomáticas, con un funcionamiento basado en pautas que estimulan la somatización: aglutinación, sobreprotección, rigidez y falta de resolución de conflictos. El paciente se ve involucrado en el conflicto parental. Selvini, et al., (1990, 1999; citado en Sánchez Barbudo, 2007) afirma que las familias de pacientes con anorexia tendrían algunos problemas de comunicación: cada miembro intenta imponer las reglas de la relación, se rechaza la comunicación con el otro, los padres no asumen el liderazgo, los padres tienen una desilusión recíproca que son incapaces de reconocer y la ocultan tras una fachada de unidad conyugal, las alianzas y coaliciones son negadas y nadie asume responsabilidades cuando algo va mal.

Por su parte, White (1983, citado en Sánchez Barbudo, 2007), afirma que en las familias de estos pacientes se da un sistema rígido de creencias implícitas, que se transmiten de generación en generación. Describe las siguientes características: graves dificultades para la individuación y para la solución de problemas y presencia de las ideas estereotipadas de los sexos en una sociedad patriarcal (el valor de una mujer está en relación con el grado de dependencia y del cuidado hacia los demás y para sentirse digna y valiosa debe conseguir el ideal de la delgadez).

En cuanto al modelo bidimensional, Strober y Yager (1985; citado en Sánchez Barbudo 2007: 447), describen dos familias en estos pacientes:

- **Familias centrípetas:** excesiva cohesión, falta de permisividad, poca expresión emocional, pobres contactos extrafamiliares.

- **Familias centrífugas:** escasa cohesión, altamente conflictivas, con miedo al abandono, excesiva dependencia, falta de control y conflicto de pareja.

El modelo multidimensional (Garfinkel y Garner; citado en Sanchez Barbudo, 2007: 447) supone una posición crítica con los modelos anteriores y una expresión de la heterogeneidad de las familias con TCA. Es la teoría actual más aceptada que, en resumen, supone asumir que no hay familias-tipo sino que lo que realmente hay son factores de riesgo y dificultades familiares que actuarían como elementos predisponentes.

“Las funciones de la familia persiguen dos grandes metas: la protección psicosocial de sus miembros y la acomodación a una cultura y su transmisión. La familia provee a cada uno de sus miembros de un sentimiento de identidad independiente que se encuentra mediatizado por el sentido de pertenencia. La familia de origen se constituye en el paradigma de la adhesión de sus reglas y demás rasgos, que se expresa en las características y estilo de personalidad de cada uno de sus integrantes” (Sánchez Barbudo, 2007:448).

La sociedad ha ido cambiando, y estos cambios por supuesto han generado repercusiones en las familias. Las modificaciones de las condiciones básicas de vida por los grandes procesos asociados a la globalización y a la modernización (en especial las migraciones, los nuevos patrones de consumo, las nuevas formas de inserción laboral, la revolución de las comunicaciones, las nuevas formas de organización social, denominadas de la “sociedad en red”), influyen de manera importante en la percepción que las familias tienen de sí mismas, así como de la percepción de los sujetos en tanto esposo/a, hijos/as y respecto a su familia extensa.

Antes de entrar en los cambios específicos acontecidos en la familia es importante hacer referencia en que la familia “normal” puede describirse como un sistema abierto, con flexibilidad de pautas, en constante transformación y que permanentemente actúa con otros grupos de la sociedad y se acomoda a sus demandas y propuestas. Lo que parece fuera de duda es que para que una familia sea funcional tiene que estar abierta.

Sin duda estamos en un periodo de transición “de la antigua a la nueva familia” en el que las pautas “de siempre” parece que no valen y las “de ahora” no parecen consolidadas. ¿Qué está cambiando? (Sánchez Barbudo, 2007: 449)

- Cambios en las Pautas: mandatos, normas, preceptos, funciones de cada miembro, funciones del sistema.

- Cambios en los subsistemas: conyugal, parental, funciones de los hermanos, características y funciones de cada uno de los miembros.

Parece que lo antiguo y lo nuevo se interceptan, conviven a la vez. Vemos “antiguos padres” (no revisionistas, antiguos, inflexibles, etc.) y “nuevos padres” (revisionistas, modernos, flexibles, etc.) y en cada familia vemos pautas de convivencia “antiguas” y “modernas”.

Lo más llamativo es una declinación de las bases de sustentación de un modelo patriarcal de familia, que se caracteriza por la autoridad ejercida por el padre sobre la esposa y los hijos Sánchez Barbudo (2007).

En la familia tradicional observamos un sistema de valores tradicional, unos estilos de vida tradicionales y una alimentación tradicional. En las nuevas familias hay nuevos (distintos) sistemas de valores, nuevos (distintos) estilos de vida y una nueva (distinta) alimentación.

Continuando con el autor, se presentarán a modo comparativos las características que él describe de la familia tradicional y de la nueva familia correspondientemente (Sánchez Barbudo, 2007:451-452):

En las familias tradicionales encontramos con suma frecuencia que se trata de familias “numerosa” (padre/madre y 3, 4...hijos), hay mayor rigidez en roles y funciones, hay una marcada distancia relacional padres/hijos, la familia adopta expresión de “clan” (jerarquías, normas, tradiciones y hasta un lenguaje), hay una elevada aglutinación entre los miembros, está muy ajustada a ritos (por ejemplo en torno a la comida), muy centrada en el recuerdo, en su historia, con la “misión” de sostener la estructura familiar aun con sus disfunciones, tendiente a negar el conflicto y cargada de “secretos” y ocultaciones. En el caso de las nuevas familias se observa que no son numerosas (padre/madre, padre/madre y 1 hijo...), hay mayor flexibilidad en roles y funciones, menos distancia relacional padres/hijos, no es una familia-clan (menos jerarquía, normas y apego a tradiciones), con menos aglutinación entre sus miembros (disgregación) y menos apego a los ritos. Además, se centran en proyectos y en el futuro, permite la ruptura de la estructura familiar aun a costa de un alto precio afectivo, tiende a lo explícito y es más probable airear secretos y cuestiones ocultas.

Pareja: la familia tradicional es resistente a la separación, es frecuente que una vez casados se siga viviendo en la casa paterna, el hecho de casarse es el “pasaporte” para formar familia, vivir juntos, tener hijos, etc., la expresividad afectiva del hombre está limitada por temor a perder su rol jerárquico, hay “prisa” por tener hijos, se casan 20 y 30 años y suele ser heterosexual. En las nuevas familias se está “a favor” de la separación/divorcio, casados o viviendo juntos se sigue siendo independiente, no es preciso casarse para formar familia y tener hijos, el hombre expresa su afectividad efusivamente con la palabra y el cuerpo, se demora la llegada de los hijos, se casan más allá de los 30 años en muchas ocasiones y puede ser hetero u homosexual.

Hombre: el varón, en la familia tradicional, trabaja fuera de casa y no suele atender tareas domésticas ni de la crianza de los hijos. Se presenta autoritario frente a la sumisión de la mujer, toma la iniciativa (y la palabra) y la mujer le secunda. En las nuevas familias trabaja fuera de casa y participa en las tareas domésticas, atiende a los hijos, comparte la autoridad y las decisiones se toman compartidas con la mujer, quien aporta su iniciativa.

Mujer: destinada al trabajo doméstico y a la crianza de los hijos en la familia tradicional, se apresuraba a tener hijos “por la edad” y por connotaciones sociales. En las nuevas familias trabaja fuera de casa y también organiza el hogar, atiende a los hijos, muchas veces ayudada por una asistenta. No se apresura a la hora de tener hijos ni por la edad ni por presión social.

Es posible concluir entonces, que parece que las nuevas familias obedecen a una crisis de la sociedad industrial. Los valores que priman tienen que ver con el acceso a una vida acomodada, lo cual supone, entre otras cosas, no tener hijos (decisión claramente cultural, propia de una sociedad postmoderna).

Con esta nueva perspectiva de la realidad familiar que nos propone Sánchez Barbudo (2007) surgen interrogantes que invitan a la reflexión: ¿Seguirán teniendo protagonismo, en la génesis de los TCA, las fuerzas biológicas, psicológicas, familiares y sociales de igual forma que hasta ahora? ¿Tomarán más peso unas sobre otras? ¿Desaparecerá alguna?

Por su parte, Toro (1999), en relación a la estructura familiar, considera que en el terreno de los TCA, hace tiempo que esto cambió. No se ha encontrado ninguna estructura, ni dinámica familiar asociada específicamente a un tipo de TCA. En cambio, está cobrando importancia el papel de la familia en la transmisión de preocupaciones especiales acerca de la alimentación y el control del peso ya desde la niñez. Hacia ahí, hacia el culto al cuerpo delgado en familia, probablemente deban dirigirse los principales tiros de la imprescindible acción preventiva. Es decir, que éste autor adhiere más a la idea de que no existe una estructura que caracterice a familias de personas con anorexia o bulimia nerviosa, sino que existen factores de riesgo, relacionados con estilos educativos o modelos, que pueden proceder de esa familia.

Así, Susana Tamaro (S/F; citada en Sánchez Barbudo, 2007:455) parafrasea:

Lo cierto es que cada uno de nosotros es fruto de la complejidad de las generaciones y con ese bagaje es con lo que nos insertamos en la sociedad.

En cuanto a los *determinantes psicológicos* de los TCA, autores como Gonzalez Mácias, Unikel, Cruz y Caballero (2003), consideran que los rasgos de personalidad ocupan un lugar muy importante en el origen de los TCA. A través de estudios se han obtenido datos convincentes al relacionar los TCA con determinados rasgos del temperamento y carácter, que aparentemente pueden ser determinantes en la presentación, el origen, el curso y la evolución de los mismos. Es decir que consideran a los rasgos de personalidad, de acuerdo con su intensidad y forma de expresión, como factores importantes, que influyen en la conducta alimentaria, y determinantes para el origen, la evolución, el pronóstico y el tratamiento.

Las dificultades para establecer una relación entre los TCA y los trastornos de personalidad, radica en que estos últimos pueden comportarse como un factor predisponente, una influencia en el pronóstico y la evaluación, una complicación influida por el daño físico o una entidad completamente independiente, que de cualquier manera afectaría la relación del individuo con su medio. Sin embargo, el sustento para estudiar la personalidad en los TCA, se fundamenta en la observación de patrones específicos de comportamiento, como la baja tolerancia a la frustración y el deficiente control de impulsos de las pacientes con BN, o la inflexibilidad y la necesidad de control estricto en las pacientes con AN.

En investigaciones actuales, se ha hallado que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con TCA va de 53 a 93%. Por otro lado, se observa que la manifestación simultánea de más de un trastorno de la personalidad se da con una frecuencia superior a la de la población general, sobre todo en las pacientes bulímicas con historia previa de AN. Los distintos estudios realizados en pacientes con diferentes tipos de trastorno alimentario, señalan la presencia de rasgos obsesivos de 27 a 61% de las diversas muestras descritas; timidez y dependencia, de 21 a 48%, y ansiedad de 51 a 64% de los casos. Las primeras investigaciones realizadas están de acuerdo en que el tipo de personalidad predominante, que va de 69 a 87%, queda comprendido por la combinación de rasgos obsesivos, de inhibición y conformismo.

Gordon (S/F; citado en Gonzalez Mácias, Unikel, Cruz y Caballero, 2003), propone que el origen de los TCA se ha asociado a menudo con acontecimientos estresantes en alguna etapa de la vida en que el individuo es más susceptible de padecerlos (abuso físico, psicológico o sexual, sobreprotección, control excesivo, carencia de figuras de autoridad o reglas establecidas), con fenómenos ambientales determinantes (medios de comunicación, modas, estereotipos y

prototipos de belleza), y con rasgos de carácter que dificultan el manejo de los estresores y las influencias emocionales (baja autoestima, inestabilidad emocional, conductas obsesivas).

En la actualidad, muchos autores están de acuerdo en que los trastornos alimentarios, pudieran ser una dificultad propia del desarrollo de la adolescencia como resultado de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias del proceso de crecimiento, lo que se complica particularmente ante la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad.

Los estudios acerca de los rasgos de personalidad de los pacientes con TCA muestran la presencia de un cúmulo de rasgos "neuróticos". Patton y colaboradores encontraron, en 1990 (citados en Gonzalez Mácias y cols., 2003), que los síntomas neuróticos y depresivos, así como las características obsesivas de la personalidad, se asocian con factores de riesgo para el desarrollo del trastorno alimentario. En 1999, Díaz y su equipo, encontraron que a mayor duración de la enfermedad, existen más síntomas de depresión.

Dos estudios realizados para determinar la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con AN mostraron que el trastorno por evitación fue más frecuente (14–16%); en segundo lugar se ubicó el trastorno dependiente (5–10%) y, finalmente, el trastorno obsesivo compulsivo (6–7%).

Hallazgos de diversos estudios sobre la personalidad de pacientes con antecedentes de AN controlada, permitieron identificar patrones específicos de comportamiento, como una tendencia a la inhibición, una dificultad en la expresión emocional, una falta de iniciativa y un elevado grado de conformismo. Lo anterior sugiere que son inherentes a la AN y no una consecuencia de la inanición.

Se ha descrito que hasta 30% de las pacientes anoréxicas presentan características obsesivas en su personalidad; de hecho, existen similitudes clínicas entre personalidad obsesiva y los trastornos alimentarios restrictivos. Estudios clínicos y familiares coinciden en la observación de las siguientes características comunes de comportamiento premórbido en las pacientes con ANR: obsesividad, rigidez, perfeccionismo, dependencia y tendencia a la evitación social.

Cabe aclarar aquí que los sujetos con ANR (anorexia nerviosa restrictiva) muestran una buena adaptación educacional, pero un deficiente ajuste social, sexual y marital, así como perfiles que sugieren depresión, aislamiento social y ansiedad, donde la depresión es la escala más elevada y, algunas veces, la única clínicamente elevada. Las pacientes con ANCP (anorexia nerviosa compulsivo/purgativa), muestran perfiles con mayor gravedad y menor precisión de rasgos. La depresión y la ansiedad son rasgos prominentes, pero la elevación en otras escalas muestra rasgos expresivo-dramáticos ausentes en las pacientes restrictivas.

En cuanto a los paciente con bulimia nerviosa, se ha encontrado que la comorbilidad psiquiátrica es muy alta, sobre todo en el caso de los trastornos afectivos (43.5%), el abuso de sustancias (18.5%) y los trastornos de ansiedad (69%). A su vez, la prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes bulímicas fluctúa entre 21 y 77%, siendo el límitetrofe y el histriónico los más comunes.

Existen diversos estudios, que ponen de manifiesto la contundente relación entre la BN y el trastorno de personalidad límitetrofe. Este ha mostrado ser más frecuente entre las pacientes bulímicas. De la misma forma que en las pacientes con AN, la desnutrición podría influir en la expresión de los rasgos de personalidad. La mayoría de los estudios se han hecho en pacientes que

presentan el cuadro activo por lo que, al igual que en la AN, tampoco existen conclusiones definitivas.

La gran diversidad de instrumentos empleados para estudiar la personalidad coinciden en definir a los pacientes con BN como personas impulsivas, con elevada sensibilidad hacia las relaciones interpersonales, baja autoestima, decisiones y actos impulsivos, además de conductas impredecibles, agresivas y descontroladas.

Casper y colaboradores (S/F; citados en Gonzalez Mácias y colab., 2003) comentan que los pacientes bulímicos son más extrovertidos que los anoréxicos, pero manifiestan más ansiedad, culpa, sensibilidad interpersonal y más quejas somáticas. Johnson y Larson (citados en Gonzalez Mácias y colab., 2003), compararon una muestra de 15 mujeres bulímicas de peso normal con mujeres sin trastorno alimentario. De este modo encontraron que presentaban un mayor grado de patología, que se expresaba a través de estados de ánimo disfóricos y fluctuantes. También observaron que pasaban más tiempo solas, dedicaban mucho tiempo a actividades relacionadas con la comida, y su estado psicológico general reflejaba más tristeza, soledad, debilidad, pasividad e irritabilidad que los controles. Los autores mencionan que aun cuando en las pacientes anoréxicas coexiste un trastorno afectivo con la bulimia, éste no se manifiesta en conductas de fatiga, aletargamiento y falta de motivación, sino que es de tipo activo, por lo que su estado de ánimo se mantiene en alerta y ellas muestran mayor labilidad emocional. Debido a la vulnerabilidad que existe en la BN, en cuanto a estados de ánimo eufórico y fluctuante, similar a los del alcoholismo, puede darse el caso de que se adquieran conductas adictivas a fin de disminuir dichos síntomas. Por otro lado, se menciona que el tiempo que absorben las conductas que giran alrededor de la comida, como los atracones y la práctica de métodos de purga, provoca aislamiento social, además de que estas conductas pueden convertirse en un mecanismo de regulación de la ansiedad.

Los trastornos anteriormente descritos (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) son lo más comunes dentro de los trastornos de la alimentación, pero en la actualidad se han identificado nuevos perfiles. Se encuentran la vigorexia, ortorexia, dismorfia corporal, síndrome del atracón, como las nuevas patologías que afectan a gran parte de nuestra sociedad. A continuación se realizará una breve descripción de las mismas.

2.3. Vigorexia

En los últimos años, estudios han registrado un increíble incremento del número de hombres que sienten insatisfacción con su cuerpo. Esta insatisfacción con la imagen corporal ha llevado a los varones a iniciar una serie de conductas para mejorar su aspecto, tales como dietas, uso de cosméticos, práctica de ejercicio físico y otras.

La práctica del ejercicio físico con el fin de mejorar la estética y no con el objetivo de mejorar la salud es un hábito que se está extendiendo entre los hombres y que está llevando a la aparición de nuevos trastornos como es la vigorexia.

La vigorexia, también conocida como "Complejo de Adonis", es la adicción al ejercicio físico. Es un trastorno en el cual las personas realizan prácticas deportivas en forma continua, con gran fanatismo a punto tal de poner a prueba constantemente su cuerpo sin importar las consecuencias. Se trata de una excesiva práctica del deporte debido a una obsesiva preocupación por el aspecto físico. La preocupación excesiva por la figura acompaña a una distorsión del

esquema corporal. Los pacientes se ven enclenques, sin musculatura, flácidos e intentan corregirlo mediante la práctica deportiva sin límites, sin tener en cuenta los riesgos que conlleva la realización de sobreesfuerzos musculares. No sólo los pacientes presentan obsesión por el ejercicio sino también por la forma de alimentación, así se alimentan casi exclusivamente con hidratos de carbono y proteínas, eliminando las grasas de su dieta con el fin de obtener más masa muscular (Martell Alonso, 2006).

Este desorden emocional puede desencadenarse en un proceso obsesivo-compulsivo que provoca en los pacientes una sensación de fracaso personal, abandonando las actividades normales del día a día para dedicarse casi con exclusividad a conseguir esa mejoría física que les proporciona sentirse mejor psicológicamente

El psiquiatra estadounidense Harrison G. Pope acuñó el término en 1993. Por entonces, lo bautizó como la anorexia reversa, por estar más relacionada con los varones que con las féminas.

Las cifras ponen de manifiesto que aspirar a tener una buena musculatura no es, precisamente, un caso aislado. Un estudio del doctor Pope, indica que de los nueve millones de hombres que acuden regularmente a un gimnasio, algo más del 10% podría ser vigorético. Se ha hallado en numerosas investigaciones que los hombres que practican deportes de gimnasio tienen más afectaciones de la imagen corporal que los hombres que no lo hacen (Baile Ayensa, Monroy Martínez, Garay Rancel, 2005).

La población diana más susceptible, pertenece a la de los hombres entre 18 y 35 años, pero también afecta a las mujeres en menor medida. El nivel socioeconómico de estos pacientes es variado, pero generalmente es más frecuente en la clase media-baja.

Se observa en los sujetos que padecen dicho trastorno una predisposición biológica, deseo de corregir un defecto imaginario y conducta narcisista. Autores como Baile Ayensa y cols., (2005), interpretan que en la mayoría de los casos, se trata de sujetos con baja autoestima, pocos maduros, que piensan que tienen poco atractivo con el sexo opuesto, exigentes consigo mismos, perfeccionistas, introvertidos y extremistas.

Autores como Martell Alonso (2006), consideran que se trata fundamentalmente de un trastorno de la sociedad posmoderna, en la que la cultura predominante se sobredimensiona el valor del cuerpo y su estética por encima de otros aspectos del ser humano.

La mayoría de los desórdenes de la alimentación como la bulimia y la anorexia, y muchos otros trastornos de la salud tienen su raíz más profunda en hábitos culturales que se alejan del concepto de salud como equilibrio. Este modelo cultural, que exige a la mujer ser absolutamente delgada, también requiere del hombre ciertos "retoques" en su físico. El modelo de hombre actual no sólo está despojado de lípidos, sino que ha desarrollado su masa muscular hasta lograr el tipo atlético.

Ese estado puede lograrse con mucho sacrificio y a largo plazo, respetando ciertas leyes naturales y metabólicas, o se puede recurrir a atajos no tan naturales pero aparentemente más efectivos, al menos en el corto plazo. Para agrandar la masa muscular no sólo son necesarios grandes aportes de proteína, sino un proceso de entrenamiento especializado e individualizado.

Los estimulantes incluyen varios tipos de drogas que aumentan la actividad orgánica, principalmente por sus efectos en el sistema nervioso central, músculo liso y esquelético.

Estudios han hallado estrecha relación entre el ejercicio físico y la liberación de endorfinas. Las endorfinas son un grupo de hormonas fisiológicas que ocasionan analgesia y una sensación de felicidad y relajación. Son los también llamados opiáceos endógenos, ya que producen los mismos efectos que los analgésicos derivados de opio. Estas moléculas se encuentran implicadas en una gran variedad de situaciones. Se liberan con el ejercicio físico y el orgasmo, y producen una sensación de placer natural a diferencia de algunas drogas. Combaten el estrés y mejoran la inmunidad (Cortesi 2005; citado en Martell Alonso, 2006).

Según algunos investigadores las endorfinas se liberan a la circulación cuando se alcanza el 76% de la frecuencia cardiaca máxima de entrenamiento. También se libera cuando la persona experimenta algún proceso agradable; la liberación de las endorfinas aumentará aún más esa alegría. Se ha observado que en la depresión, los niveles de endorfinas son muy bajos o incluso nulos. La liberación de estas hormonas tiene como fin contrarrestar el dolor o la sensación de cansancio extremo que el ejercicio intenso y prolongado produce en el deportista. Cuanto más ejercicio realizan, mayor es la cantidad de endorfinas que liberan a sangre y por tanto, mejor se sienten. La consecuencia es que cada vez realizan más ejercicio físico para buscar mayor sensación de placer. A medida que pasa el tiempo, se requiere una mayor cantidad de endorfinas para poder soportar el dolor, y sólo se obtienen más con un ejercicio más prolongado e intenso, provocando una verdadera adicción a esta sustancia.

Se observan múltiples consecuencias derivadas de la vigorexia, se encuentran numerosos problemas orgánicos y lesiones que pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva, desproporciones entre las partes corporales son muy frecuentes, por ejemplo, un cuerpo muy voluminoso con respecto a la cabeza.

La sobrecarga de peso en el gimnasio repercute negativamente en los huesos, tendones, músculos y las articulaciones, sobre todo de los miembros inferiores, con desgarros y esguinces.

La alimentación es otro problema muy frecuente e importante, ya que consumen muchas proteínas e hidratos de carbono y poca cantidad de grasa en un intento de favorecer el aumento de la masa muscular. Ocasionándoles muchos trastornos metabólicos.

El uso de anabólicos es también otra consecuencia que se asocia a la vigorexia, en un intento de mejorar el rendimiento físico e incrementar el volumen de sus músculos. Con el uso de estas sustancias no se obtiene ningún beneficio, sino todo lo contrario, ya que producen muchos trastornos en el organismo como masculinización e irregularidades del ciclo menstrual en las mujeres, acné, problemas cardíacos, atrofia testicular, disminución de la formación de espermatozoides y retención de líquidos, entre otros.

En cuanto a la dimensión psicológica, se ha asociado dicho trastorno a depresión y/o ansiedad, deterioro de las relaciones sociales, afectación en el trabajo y/o estudio.

Dentro de las consecuencias biológicas, se hallan cambios metabólicos que repercuten sobre el hígado y el aparato cardiovascular que aumentan los niveles de colesterol, depresión del centro respiratorio, disfunción eréctil, hipertrofia prostática, hipogonadismo y ginecomastia, amenorrea, ciclos anovulatorios (Cortesi 2005; citado en Martell Alonso, 2006).

2.4. Ortorexia

La tendencia de culto al cuerpo y trastornos alimentarios son hechos evidentes en la sociedad occidental actual, en la que se ha interiorizado que un buen aspecto físico y salud son sinónimos de felicidad y por extensión, las personas se sienten atraídas por todas las actividades y productos saludables. De la mano viene un emergente trastorno alimentario: la ortorexia, nuevo cuadro de distorsión de la ingesta alimentaria habitual. Éste fue descrito por Steven Bratman en 1997, denominándolo "ortorexia nerviosa".

La ortorexia, del griego "orthos" correcto y "orexis" apetito, es un cuadro obsesivo-compulsivo que describe una extremada apetencia y selección de alimentos considerados saludables por el individuo, llegando a configurar con este ritual una dieta restrictiva y un aislamiento social compensatorio.

Aranceta Bartrina (2007), sostiene que las personas adscritas a esta tendencia tienen una gran sensibilidad por evitar los alimentos que contienen o podrían tener colorantes, conservantes, pesticidas, ingredientes genéticamente modificados, grasas poco saludables o contenidos excesivos en sal, azúcares y otros componentes. La forma de preparación (verduras cortadas de determinada manera) y los materiales utilizados (sólo cerámica o sólo madera, etc.) también son parte del ritual obsesivo. Por el contrario, sienten una sensación confortable al configurar y hacer realidad un menú, una ración o un plato elaborado exclusivamente con productos orgánicos, ecológicos, o con determinados certificados de salubridad.

En algunos aspectos las personas con tendencia ortoréxica u ortorexia tienen antecedentes o rasgos comunes con los pacientes que padecen anorexia. Nos encontramos ante personas meticulosas, ordenadas, con una exagerada necesidad de auto-cuidado y protección.

La configuración de la dieta diaria ocupa buena parte de su tiempo que podría establecerse o contemplarse en cuatro sub-apartados. Un primer apartado que se dedica a pensar con preocupación y detenidamente qué va a comer ese día o los siguientes; una segunda fase relacionada con la compra meticulosa e hiper crítica de cada uno de los ingredientes; una tercera fase relacionada con la preparación culinaria de estos ingredientes en la que también tendrán que estar presentes técnicas y procedimientos que no se relacionen con peligros para la salud; la cuarta fase es una fase de satisfacción, confort o culpabilidad en función del cumplimiento adecuado de los tres apartados precedentes (Aranceta Bartrina, 2007: 313).

Si alguno de los días no es posible o no ha sido posible cumplir estos ritos, se instaura un sentimiento de culpabilidad y preocupación por la trasgresión o por el no cumplimiento del perfil interiorizado. Esta situación intensa ocasiona el aislamiento social de estas personas que no acuden a eventos colectivos o a comidas convencionales ante la certeza de que no van a poder incorporar los alimentos y bebidas "saludables" que para ellos son de insoslayable necesidad.

Las personas con ortorexia, son personas muy estrictas, de percepción vulnerable, controladas y exigentes consigo mismas y con los demás. Las mujeres, el periodo de adolescencia y quienes se dedican a deportes como el culturismo, el atletismo y otros, son los grupos más vulnerables (Aranceta Bartrina, 2007:313).

Prestar atención a lo que se come y mostrar interés por una alimentación saludable es en general una medida que ayuda a mantener y a potenciar la salud y el bienestar. Cuando la

obsesión por "comer sano" se lleva al extremo, cuando la "comida sana" se convierte en una obsesión, llega un punto en que todo gira en torno a la comida y todo conduce a restricciones severas con las complicaciones que conlleva incluido el aislamiento social grave. Controlar lo que se come, imponerse prohibiciones y programar detalladamente las comidas, se convierte en una prioridad para poder sentirse seguros, tranquilos y dueños de cada situación. En general, existe un deseo de verse perfectos, lo que coincide con otros trastornos de la conducta alimentaria tales como la anorexia y bulimia nerviosas.

Puede que se trate de un trastorno alimentario más común y menos evidente que la anorexia y la bulimia, pero de lo que no cabe duda es, de que se ha convertido en un área de interés cada vez más creciente.

Aranceta Bartrina (2007: 314), quien sostiene que "aunque todavía no están suficientemente contrastados, se han propuesto algunos criterios diagnósticos para la ortorexia:

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la "calidad" de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- Planificación excesiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación".

En estudios comunitarios se plantea la importancia de conocer el impacto de los llamados "alimentos saludables" en la dieta tradicional de los consumidores; es decir que alimentos se suplantán, desplazan o complementan; cuáles son las carencias que ocasiona este perfil de dieta de diseño supuestamente saludable. La recogida de estos datos es de interés prioritario para valorar el perfil nutricional de personas adictas a productos sanos, como el caso de la ortorexia; aquellas que unen la actividad física obsesiva con el consumo de alimentos, suplementos o fármacos de acción anabolizante (vigorexia) o las personas que incorporan gran cantidad de nuevos alimentos en el modelo alimentario de niños o ancianos con resultados todavía no bien conocidos (Aranceta Bartrina, 2007:315).

En el presente apartado se realizó una descripción acerca de los trastornos que cada vez con mayor frecuencia se encuentran en nuestra sociedad, como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, pero también dedicamos un espacio a aquellos que son menos conocidos y que sin embargo están abarcando cada vez más territorio y pisando fuerte en nuestra sociedad, se está haciendo referencia a la vigorexia y la ortorexia.

En la siguiente sección, se realizará una descripción de nuestra sociedad, por consiguiente de su cultura, aquella la cual nos envuelve; considerándola un agente que ejerce importante influencia en cada uno de los individuos y se atribuye que es uno de los factores que cada vez está tomando mayor presencia y peso en la determinación de un trastorno de la conducta alimentaria.

CAPÍTULO III: POSMODERNISMO, SOCIEDAD DE CONSUMO: CULTURA DE LA DELGADEZ

En la presente sección se tratará de relacionar el incremento sufrido en las últimas décadas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria con la actual sociedad de consumo. Se intentará analizar y responder dentro del marco de lo social, cuáles son los paradigmas predominantes de salud, qué estereotipos sociales predominan, qué relación se encuentra con el éxito o la moda, buscando la vinculación de cada uno de ellos con los TCA y la influencia que tienen en el carácter epidémico de estas enfermedades.

3.1. Breve contextualización socio- histórica

Se tomará la definición de “cultura” del antropólogo Clifford Geertz (S/F; citado en Adamson, 1997) quien escribió:

Creyendo con Max Weber que el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre. (p.1)

Cultura por lo tanto es esa urdimbre, es decir esa trama de significaciones que toda sociedad crea para sí misma y que le permite reconocerse como tal.

Desde que en la antigua Grecia, Heráclito afirmó que todo cambia permanentemente, y Parménides replicó que lo esencial es inmutable, calibrar la entidad y el significado de los cambios ha resultado bastante problemático. Sin embargo, el cambio parece ser el denominador común de las últimas décadas. En la Argentina, como en todo el mundo, en la política como en la economía, en la tecnología como en las ideas y la vida cotidiana, en las comunicaciones como en la educación, rápidos y significativos cambios culturales han transformado la vida de gran parte de los hombres (Adamson, 1997).

La posmodernidad, como edad de la cultura, debe comprenderse por referencia a lo que se denomina “modernidad”, ya sea que se la considere como su contrapartida, como su continuidad o su superación.

Tal como Gladys Adamson (1997: 1) sostiene, puede ser útil comparar las ideas rectoras de la Modernidad, algo que diversos autores concuerdan en afirmar que comenzó a concluir luego de la década de 1950. La Modernidad se caracteriza por la confianza en el progreso, por la búsqueda de una razón globalizante que dé cuenta del momento histórico y su devenir, la postulación de metas ideales, un fuerte sentido de la vida signada por responsabilidades acerca del mundo, responsabilidad por el otro, aun en el heroísmo, el imperio de la razón. Esta modernidad correspondía a la Industria Capitalista o al capitalismo industrial con sus fábricas, sus organizaciones obreras, sindicales.

La posmodernidad, corresponde a un momento histórico diferente que corresponde al “Capitalismo Tardío”, a una “Sociedad de Consumo”, a una sociedad de la informática, de los medios masivos de comunicación, a una sociedad de una tecnología sofisticada.

Para Lyotard (S/F; citado en Castillo, 2006), la posmodernidad es la cultura que correspondería a las sociedades posindustriales, sociedades que se habrían desarrollado en los países capitalistas avanzados a partir de los años cincuenta sobre la base de la reconstrucción de posguerra. La expresión “posmodernidad” fue ocupando un espacio a partir de los años ochenta. Desde su uso en los medios de comunicación en primer término, y en el vocabulario de algunos jóvenes posteriormente.

La posmodernidad, sería entonces la época del desencanto, del fin de las utopías, de la ausencia de grandes proyectos que desencadenaban en la idea de progreso. El proyecto de la “modernidad” apostaba al progreso: se creía que la ciencia avanzaba hacia la verdad, el arte se expandiría como forma de vida y la ética encontraría la universalidad de normas fundamentadas racionalmente. No obstante las conmociones sociales y culturales de los últimos decenios parecen contradecir los ideales modernos (Carrillo Durán, Jimenez Morales y Sánchez Hernandez, 2000).

Gilles Lipovetski (S/F; citado en Adamson, 1997: 3), este autor sostiene que asistimos a una nueva fase en la historia del individualismo occidental y que constituye una verdadera revolución a nivel de las identidades sociales, a nivel ideológico y a nivel cotidiano. Esta revolución se caracteriza por: un consumo masificado tanto de objetos como de imágenes, una cultura hedonista que apunta a un confort generalizado, personalizado, la presencia de valores permisivos y light en relación a las elecciones y modos de vida personales.

En el contraste se ve la diferencia.

Lo interesante de pensar, es que la Modernidad plasmada como sociedad disciplinar constituyó una subjetividad y una forma de ejercer un control de esta subjetividad. Como lo señala M. Foucault, el control de las mentes y las conciencias permitió el control sobre los cuerpos y las prácticas sociales de los sujetos.

La posmodernidad no implica una liberación del control social. La posmodernidad no nos libera de una estrategia de control global. La manera de ejercer dicho control varía. Ahora dicho control se ejerce a través de la seducción, de una oferta de consumo, de objetos o de imágenes, consumo de hechos concretos o de simulacros (Adamson, 1997).

En la posmodernidad predomina la comunicación por la imagen: “no lo diga, muéstrelo” es la consigna. La multiplicación de las imágenes puede producir saturación en los receptores y condenar a las imágenes a una vida efímera, sin embargo su objetivo no es el de perdurar, sino más bien a provocar impacto y orientar una conducta; impacto y conducta que se buscará reforzar con nuevas imágenes. Aunque el espectador es bombardeado por las imágenes, no necesariamente permanece pasivo frente a las mismas (Castillo, 2006).

La experiencia de esta sublevación de la imagen es clara en el ámbito de la estética corporal. El culto al fitness revela la apremiante necesidad de cultivar un esmerado, detallista, minucioso perfil que cuadre con los criterios y estándares del “buen lucir”.

Los factores sociales han influido de modo distinto según las culturas considerándose un síndrome delimitado culturalmente, vinculado a la construcción de estereotipos de género y a la imagen del cuerpo.

Continuando con Castillo (2006), dicho autor sustenta la idea de que la imagen del cuerpo ha ido presentando diferentes características en cada momento histórico. Así, ya desde el origen de la tradición aristotélica se desarrolla, una concepción de la naturaleza femenina y del cuerpo

equivalente a la de imperfección. Como afirmara Baudrillard (S/F; citado en Anaya, 2004), después de una era de puritanismo, se ha "redescubierto" el cuerpo. Su presencia, o más bien omnipresencia, especialmente la del cuerpo femenino, en la publicidad, la moda, la cultura de masas (el culto higiénico, dietético o terapéutico, la obsesión de juventud, de elegancia, de virilidad o de feminidad, los cuidados, los regímenes, etc.), intentan que hoy sea el cuerpo, y no el alma, el objeto de salvación. En este proceso de secularización del cuerpo, la belleza y el erotismo son dos principios fundamentales al servicio de los cuales la alimentación parece quedar subordinada en las sociedades de consumo.

Vivimos en una sociedad en la que el culto al cuerpo es más que una realidad. Se trata de una sociedad que estigmatiza la gordura con tendencias "lipofóbicas" o "antiobesidad". Así, investigaciones muestran que en las mujeres el temor a ser gordas es más fuerte que el deseo de ser delgadas.

Tal como sostiene Francisca Anaya (2004), la alimentación, tan unida a la salud, tiene una dimensión cultural muy importante. Tanto es así, que a medida que han ido cambiando las sociedades, también lo han hecho los hábitos alimentarios, así como las enfermedades relacionadas con ellos. De este modo, en las ciudades italianas de la Edad Media, la gordura era un signo de riqueza y también de salud y, por tanto, más seductora, ya que la delgadez significaba hambre, enfermedad y, por tanto, pobreza. Esta sublimación de la obesidad es característica de todas las sociedades subalimentadas, en las que el alimento es una preocupación esencial para la mayoría de la población. Por el contrario, en las sociedades de la abundancia como la nuestra, la repulsión que entraña la obesidad resulta tanto más chocante en cuanto que desnutrición y pobreza significan, en este caso, grasa sobrante.

En efecto, en las modernas sociedades de consumo, la preocupación dietética y por la salud ha adquirido unas formas muy particulares, y de algún modo opuestas a las concepciones dominantes en épocas anteriores.

La preocupación por la salud y por la forma física se proyecta en dos manifestaciones diferentes, pero complementarias: el régimen para cuidar la línea y el ejercicio para mantener la forma.

En esta preocupación y deseo de delgadez en la sociedad, desempeñan una importante influencia los medios de comunicación social. De los múltiples factores que contribuyen a la etiopatogenia de los TCA, se sospecha que hoy día los más determinantes son los socioculturales: no solamente la sobrevaloración del aspecto físico que se hace en la actualidad, sino también la modificación de hábitos alimentarios, el cambio en las relaciones con la familia, la acción nociva de los medios de comunicación y el "contagio" basado en la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar entre los adolescentes (Anaya, 2004).

3.2. Sociedad de Consumo y Cultura de la Delgadez

Ya en secciones anteriores se ha expuesto el papel que juegan las relaciones familiares, los factores biológicos y psicológicos. En este apartado nos detendremos a analizar la influencia del factor sociocultural. Es importante para ello adentrarnos en el contexto socio-histórico actual.

El cambio conceptual acontecido en nuestra sociedad tiene que ver con las grandes revoluciones acaecidas en los últimos tiempos: revolución industrial, científica, demográfica, social y sexual. Estas revoluciones, tal como lo plantea Castillo (2006), han dado paso a la creación de

necesidades en el individuo, impuestas en gran medida por el sistema de producción, las multinacionales, la publicidad y los medios de comunicación. En este entorno de posmodernismo, nace la *sociedad de consumo*. El individuo se transforma en un espectador de los medios de comunicación, manipulados por el comercio y las grandes empresas, donde se deja de consumir lo que se necesita, para necesitar lo que se consume. Las necesidades pasan de ser vital a impuestas. El individuo pasa de tener la necesidad de vestir a necesitar determinada marca de ropa, sustituye la necesidad de transporte por el consumo de determinados vehículos, y el concepto de salud corporal deja su lugar a lo socialmente aceptado como bello.

A finales del siglo XX queda consolidado el auge del prestigio, la juventud y la imagen como valores en las sociedades occidentales; la belleza y el atractivo se convierten en su estandarte. En la actualidad vivimos en un mundo supeditado a la imagen y en el que existe una notable ausencia de valores tradicionales que han cedido terreno a nuevos valores que otorgan protagonismo a la superficialidad, al “parecer” más que al “ser”, al disfrute, al placer, al hedonismo, a lo efímero y material frente a lo eterno y espiritual. Estos cambios son recogidos, reflejados y potenciados por los medios de comunicación. Son poderosos agentes de socialización, es decir, potentes instrumentos de aprendizaje de conductas y de creación de modelos. Las nuevas actitudes, valores y creencias son transferidas a través de los modelos sociales mostrados y, al interiorizarlos, generan percepciones y conductas reales por las que se rigen hombres y mujeres y que adoptan como lógicas y naturales (Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga, 2008).

Dentro de este contexto, uno de los muchos "valores" que actualmente están calando en las sociedades más desarrolladas es el “culto al cuerpo” como canal de manifestación y símbolo de belleza y éxito. El cultivo del cuerpo ha sustituido al cultivo del espíritu, lo cual conduce al relativismo, cuando importa más la imagen que aquello que la imagen representa.

Continuando con los autores Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga (2008), estos coinciden y agregan que nos encontramos ante el desarrollo de una cultura somática, una cultura de atención al cuerpo, que es objeto de inversión y esfuerzo, ya que su correcta presentación ante los demás es un activo para quien lo posee. El cuerpo es el componente material con el que se relaciona con los otros por lo tanto “tienes que cuidarlo porque los demás lo necesitan y lo desean”. El cuerpo forma parte de la identidad personal y social; el “ego” se manifiesta a través de lo corporal. Todas las vivencias, experiencias, sensaciones y percepciones son recibidas a través de éste, y en una sociedad donde el disfrute, el placer y el presente se han erigido como valores ideales, sólo se podrán alcanzar a través de nuestra realidad corpórea. El cuerpo es hoy como el jardín del yo que demanda cuidados minuciosos y cotidianos; obligando a realizar diversas técnicas para su mantenimiento y fortalecimiento (dietas bajas en calorías, disciplina deportiva, etc.).

En síntesis, la realidad somática ocupa un lugar central en el proceso de mediación de la experiencia humana, convirtiéndose en un medio y un valor tan fuerte que se ha transformado en sujeto de culto, en un bien de uso y consumo sobre el que recaen expresiones simbólicas y alegóricas de la perfección y la felicidad. A esta sobreestimación corpórea, han contribuido decisivamente los medios de comunicación y la publicidad. El hedonismo corporal no sólo se presenta como una actitud individual, sino también como una imposición mediática y figurativa del cuerpo como símbolo del deseo y el erotismo humano. Se hace uso del miedo individual al rechazo social por culpa de no responder a los cánones de belleza establecidos. La forma corporal adecuada, y por tanto la aceptada, es impuesta socialmente. Esta imagen idealizada se construye en base al concepto de “el buen cuerpo”, un valor al que se puede y debe aspirar, que provocará

sentirse mejor con uno mismo, verse más sano, más atractivo y que abrirá las puertas del éxito y el prestigio social.

En la percepción social de lo bello, la belleza está íntimamente asociada a la sensualidad, sensualidad de los cuerpos y de los objetos, y cuando la belleza se hace discurso, su finalidad manifiesta es precisamente la seducción por la vía de la sensualidad. No se está hablando de la belleza intelectual o espiritual, sino de la apariencia externa de las cosas, de lo que entra directamente por la vista e impacta a la conciencia. Hace tiempo que la exposición pública de la belleza dejó de ser una exclusiva femenina y el cuerpo del hombre se exhibe en la publicidad televisiva, en las revistas y en las pasarelas de moda. La belleza y el cuerpo se han convertido así en soporte del lenguaje de la moda, de los perfumes, de los productos de higiene corporal, de los coches y de cualquier otro producto (Sennett, 1980; citado en Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga, 2008).

Tal como afirman los autores Carrillo Durán, Jimenez Morales, Sánchez Hernandez (2000), el ideal de belleza que propugnan los medios de comunicación de masas, pasa por la extrema delgadez, una idea de belleza representada por los modelos, mujeres y hombres cuyas proporciones, peso y altura son una auténtica excepción estadística. Nos enfrentamos a ideales imposibles, que muestran la delgadez como símbolos de independencia, éxito social, personal y profesional. Los valores de antaño quedan relegados a un segundo plano, enmascarados por el abuso de la moda y la publicidad, poniendo en crisis el modelo de mujer asociado a la maternidad y sus redondeces.

Haciendo un poco de historia, es a partir de los años sesenta, que los cuerpos escuálidos se introducen en la sociedad a través de publicidades de moda, lo que se ha dado en llamar el fenómeno *Twiggy* (inglesa esquelética que se introdujo en la moda occidental a través de las portadas y publicaciones). La aparición de este fenómeno es un hecho clave para entender el incremento epidémico de los TCA, potenciado y sostenido por el consumo impuesto por las multinacionales del cuerpo que hacen que el modelo de la delgadez siga vigente. La preocupación por el cuerpo y la imagen corporal está tan extendida en la sociedad actual que se llega a entender como anormal la despreocupación por la apariencia; el culto al cuerpo, junto a la insatisfacción que produce, se convierte en factor que predispone a padecer anorexia o bulimia. La presión social es aceptada por los ciudadanos, y como consecuencia, es patente la obsesión por el cuerpo y sus medidas supuestamente excesivas e irreales.

Como ya se expuso en párrafos anteriores, las dimensiones de la mujer han sido valoradas de forma distinta a lo largo de la historia del mundo desarrollado, siendo actualmente el momento en el que ostenta mayor presión social. La imagen de un modelo de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión significativa en todos los miembros de la población. Quienes se identifican y/o comparan con ese modelo suelen padecer baja autoestima.

La sociedad y el consumo están pues estrechamente relacionados, ya que la sociedad actual está fuertemente marcada por las prácticas de consumo, dirigidas por la publicidad, el marketing y en definitiva los medios de comunicación, que se hacen eco de industrias de importantes sectores como la moda, los cosméticos o las industrias farmacéuticas, creando necesidades en los sujetos consumistas, muy vulnerables ante el actual marco social.

En la sociedad de consumo, la acción se dirige y orienta en función de las exigencias del mercado, es decir del sistema productivo. Se desvanece un sistema tradicional en que los artesanos atendían a la demanda de los ciudadanos (Castillo, 2006).

Muchos de los métodos para mantenerse delgado y sano están totalmente comercializados. Existe un verdadero mercado que ofrece las más diversas formas de adelgazar consumiendo. La salud, se sitúa en un entorno social excluyente, insano, fruto del desarrollo económico que lanza al mercado el más extenso abanico de productos milagrosos, capaces, según las publicidades, de conseguir el éxito social a través del consumo de los mismos, éxito social que el consumidor enmascara bajo la apariencia de delgadez excesiva, escasez de curvas y reducción de centímetros.

No son pocas las vías de acceso al mundo de la “perfección”. La venta de productos dietéticos se ha incrementado en los últimos años en un 400%. La publicidad, las tiendas dietéticas y las ventas a través de internet están al alcance de todos. La sociedad de consumo introduce al ciudadano en una vorágine de productos sin prospecto, donde solo se destacan beneficios ocultando al comprador las contraindicaciones y perjuicios que conlleva su consumo, publicidad engañosa, que muestra siluetas esbeltas, altas y delgadas a través de una publicidad subliminal, que actúa sobre el destinatario mediante estímulos de imagen corporal, éxito sexual y prestigio social, es decir que no solo la publicidad directa incita a un consumo de productos para adelgazar (Toro, 2001).

En este esquema de modelos estéticos, juega un papel importante la publicidad indirecta. El cine, la televisión o la fotografía, que muestran modelos de medidas extremas, contribuyen a determinar el estado de opinión y la evaluación corporal del individuo, creando un creciente mercado del cuerpo. El ánimo de la persona queda supeditado a un elenco de imágenes con mensajes indirectos, que concretan y potencian un estereotipo estético muy alejado de parámetros de salud normales.

La sociedad de consumo, dirigida por la comunicación, dicta las normas y cánones que hay que seguir con respecto al peso y las dietas, todo lo que no entre en los márgenes queda fuera de los parámetros de belleza socialmente admitidos. Se ha comprobado que uno de cada cuatro mensajes que aparecen en los medios de comunicación invita de alguna manera a perder de peso.

Es precisamente en el marco social dibujado donde encuentran parte de su caldo de cultivo los trastornos de la alimentación, generando una alarma social, ya que el componente sociológico que conlleva dicha enfermedad es muy significativo. Los factores socioculturales pueden relacionarse con los TCA como detonantes o mantenedores de estas enfermedades (Carrillo Durán y cols., 2000). La delgadez como fenómeno social se alza de forma imparable, dejando a su paso enfermedades como los TCA, contra los que se hace difícil la lucha sin la colaboración de los agentes sociales que intervienen en el proceso de creación de necesidades.

Es posible sostener entonces, que una de las características básicas de nuestra época y de nuestro mundo occidental es la “Cultura de la Delgadez”. La delgadez, se ha constituido en objetivo casi colectivo en el ámbito cultural de los países desarrollados.

Tal como afirma Toro (1999), nuestra sociedad rechaza la obesidad. Ya a los 10-11 años de edad, los niños gordos y obesos, obtienen de sus compañeros unas interacciones significativamente más negativas que las mantenidas por los niños de peso normal. Esto supone compartir, asumir e interiorizar comportamientos y actitudes adultas. Es lógico que la presión en

pro de la delgadez, sobre todo femenina, resulte más traumática en la adolescencia, una época del desarrollo en la que es preciso asumir y conceptualizar las modificaciones sobrevenidas en los caracteres sexuales secundarios. Así, el sobrepeso adolescente, se halla sistemáticamente asociado a depresión, a una baja autoestima y a un autoconcepto negativo generalizado. La posibilidad de ser rechazado, por no compartir los módulos establecidos, lleva a los adolescentes a rechazarse. Y ese rechazo tiene consecuencias. ¿A qué conduce todo ello? Por un lado a la patología y por otro lado a hechos como los que ocurrieron en 1981 en E.E.U.U: invertir 10 billones de dólares en productos y servicios relacionados con el adelgazamiento.

Por supuesto, no sucede lo mismo en todas las sociedades. Ya hemos dicho que la cultura de la delgadez es un fenómeno propio del mundo desarrollado, de la sociedad opulenta. No hay cultura de la delgadez en el tercer mundo; no busca adelgazarse quien tiene hambre. En la India el obeso goza de prestigio social, es envidiado. Hay escasísimos obesos en la India. Por supuesto los hay mucho más en el mundo occidental. Pero no están homogéneamente distribuidos. En efecto, la mayor parte de mujeres y niñas obesas de los países desarrollados se encuentran en las clases bajas de la población. Los valores predominantes, incluyendo los estéticos, se gestan en las clases altas y desde ellas se extiende al resto (Toro, 1999).

Los adolescentes, especialmente las adolescentes, viven en una sociedad que cuenta y promueve un modelo de cuerpo determinado. A ellos les llega a través de muy diversos canales que además interactúan y se superponen. El grupo de edad, el grupo de compañeros es tan trascendente en la adolescencia dada su radical influencia en la gestación de muchos valores, juega un papel primordial: las conversaciones, preocupaciones compartidas, críticas a terceras personas, comentarios recibidos sobre el propio cuerpo, etc. Los medios de comunicación social, como ya se describió anteriormente, también están desempeñando sin duda un papel fundamental: prensa, televisión, cine, revistas ilustradas, radio, vidrieras, publicidades, están sistemáticamente al servicio de la cultura de la delgadez.

Frente a ese panorama, podemos preguntarnos: si le es difícil resistirse a estos estímulos a una persona sana, ¿cómo se resiste quien presenta una percepción de su silueta como deformada y gorda, quien cree que la delgadez es sinónimo de éxito social?

3.3. Los medios de comunicación y su incidencia en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Tal como sostienen las autoras Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga (2008), abordar el análisis de la imagen del cuerpo en los medios de comunicación, resulta interesante porque éste constituye un aspecto insoslayable de nuestra experiencia cotidiana: nuestra existencia se sostiene sobre la vivencia del cuerpo y además nos sirve para relacionarnos con los demás y con el mundo. Nuestra vida como seres sociales parte de una percepción psicobiológica y cultural de la corporalidad. En este sentido, la experiencia de la corporalidad está determinada por las constricciones orgánicas pero también por la sociedad y la cultura. Dicho en otros términos, esta percepción se relaciona con sus dimensiones y conformación, limitaciones (por ejemplo por la edad o eventuales patologías) y capacidades del cuerpo en cada momento vital del sujeto y también con las constricciones de la cultura en la medida en que históricamente ciertas visiones del cuerpo se potencian y otras se inhiben; por consiguiente nuestra percepción y nuestra vivencia del cuerpo están mediadas culturalmente.

Por eso indagar hoy en la propuesta que hacen los medios de comunicación es indagar en la percepción actual en torno al cuerpo. Las descripciones históricas, demuestran que se posee una visión del cuerpo mediada culturalmente que responde a los valores y criterios estéticos válidos en cada momento socio-histórico. Buena parte de esta mediación cultural proviene de las representaciones transmitidas por los medios de comunicación, y una parte importante por la publicidad. Por eso, estudiar los modelos del cuerpo que presenta un tipo específico de mensajes como son los publicitarios, es adentrarse en el conocimiento de los procesos de mediación comunicativa que comprometen la transformación de las representaciones culturales. De ahí la importancia que tiene todo producto comunicativo y en especial el publicitario.

Si se piensa en la adolescencia desde el momento actual, es posible encontrarse con que estos ocupan un gran espacio en los medios de comunicación. Dichos medios, los consideran un público importante, las empresas saben que son un mercado de peso y generan toda clase de productos para ellos. Aparece socialmente un modelo de adolescente a través de los medios masivos en general y de la publicidad en particular.

La publicidad intenta a través de las palabras y las imágenes, “hacer creer algo”, e implícitamente “hacer hacer algo” al destinatario. Se trata de dar salida a los productos; no ya de satisfacer, sino de crear necesidades. Los excedentes obligan a los profesionales del marketing y a los investigadores de la psicología motivacional, a fabricar por medio de los enunciados esas necesidades de la misma forma que se fabrican los productos (Márquez Guerrero, 2007).

Según Sánchez Corral (1997; citado en Márquez Guerrero, 2007: 488), el destinatario del mensaje publicitario puede verse incitado a la acción desde: “el deber-hacer”, sintiéndose intimidado o provocado; o bien, desde: “el querer-hacer”, sintiéndose tentado o seducido.

Continuando con la autora Márquez Guerrero (2007), ella sostiene que la argumentación publicitaria construye el concepto del cuerpo humano en su estado natural como una realidad inacabada, defectuosa o imperfecta. La presentación de una imagen negativa del locutorio, a través del léxico y de la utilización de metáforas, constituye un recurso estratégico que busca generar sentimientos de insatisfacción, insuficiencia y, por tanto, rechazo, miedo e indefensión. De ese modo, conduce al destinatario hacia el efecto perlocutivo deseado: la búsqueda de la protección a través de la adquisición del producto. La identificación con una imagen negativa de aquellos que no poseen los objetos, frente a la imagen idealizada de los que están vinculados con la marca anunciada, pone en marcha un proceso de adhesión irracional al producto. Lejos del modelo de belleza clásico, la publicidad muestra un rechazo de lo natural, que se traduce en una idea de la belleza como “lucha contra la naturaleza”.

En conclusión, la sociedad de consumo nos enseña a querer metas, y nos educa sobre lo que debemos desear. Los anuncios no solo son un mensaje constituido por un conjunto de estímulos que afecta al sector del mercado en la medida en que sugieren o incitan a la compra de productos, sino que también, como todo producto comunicativo, tiene otras dimensiones culturales, sociales, ideológicas y políticas.

En nuestra sociedad, damos producción al cuerpo según los gustos y exigencias de la cultura que compartimos, nuestras prácticas sobre el cuerpo (entre ellas la del consumo) se conforman a partir de la imagen y valores-estéticos deseables en torno a él. Juventud, esbeltez extrema, belleza, sensualidad y perfección en las formas, conforman los valores actuales. Lucerga (2004; citado en Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga, 2008: 312) plantea las señas de identidad del

cuerpo postmoderno en la sociedad actual, que son las que se encuentran en la mediación cultural de la publicidad: fragmentación, banalización de la estética corporal, ausencia de trascendencia y cuerpo comercializado. La belleza y el atractivo físico se asocian con lo bueno y lo deseable. Por otra parte, la belleza siempre es un valor tanto a nivel cultural, como a nivel comercial: lo bello vende. De todos es sabido que los elementos llamativos o distintos atraen la atención y benefician el recuerdo, así tendemos a recordar mejor las cosas sobresalientes, por ejemplo los rostros muy atractivos.

La publicidad, los anuncios y, sobre todo, los anuncios de productos de estética y belleza, presentan ahora un cuerpo humano ahogado por una ilusión simbólica y lucrativa de la perfección y la felicidad; una perfección simbolizada a través de esbeltas y delgadas modelos de pasarela, y hombres musculosos, depilados y escultóricos (Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga, 2008: 313).

Para conseguir su significación global, la publicidad se apropia del lenguaje fílmico, aquel que no solo nos envuelve con su discurso verbal, sino que busca a través del lenguaje no verbal, es decir el visual, acaparar nuestra atención e inocular dichas imágenes en nuestras mentes. Sin poner en duda la necesidad y riqueza de ambos canales, hay que resaltar que el mayor peso connotativo del mensaje publicitario es generado, principalmente, a través de los códigos no verbales de la realidad.

Tal como lo afirman los autores Fanjul Peyró y Romero Calmache (S/F), la comunicación no verbal forma parte de la condición humana. Desde sus orígenes el hombre ha hecho uso de elementos no verbales para desarrollar su comunicación, haciendo alusión a nuestra época prehistórica y, posteriormente, en combinación con la comunicación verbal. Teniendo en cuenta estas premisas, no es difícil de suponer que la tradición, la riqueza y el valor social de los componentes no verbales de la comunicación sean, en muchos aspectos, mayores que los de la verbal. La mayoría de personas son poco conscientes de la cantidad de información que transmiten y reciben a través de aspectos no verbales (gestos, miradas, expresiones, ropa, apariencia física, etc.).

En consonancia, Alain Finkielkraut (S/F; citado en Obiols, Di Segni de Obiols, 2001: 37) identifica: "lo adolescente con lo no verbal, ubicado en el hemisferio derecho del cerebro donde también asienta la fantasía, la creatividad, la imaginación. El hemisferio izquierdo, sede de la racionalidad, la lógica y todo aquello que desarrollamos a partir de la educación, incluido el lenguaje, ha perdido terreno sobre todo en la comunicación entre los jóvenes, la cual se desarrolla casi exclusivamente a través de imágenes y con poco intercambio a nivel personal".

Al hablar de comunicación no verbal, se hace necesario citar, como referente al estudio de los componentes no verbales de la comunicación, a la conocida como Escuela de Palo Alto o Universidad Invisible.

Sus miembros (Birdwhistell, Bateson, Mead, Schefflen y Goffman, entre otros) se preocupan, más que por el contenido o la forma de la comunicación, por el contexto y por los efectos: la pragmática de la comunicación humana. Estos autores plantean un paradigma sistémico de la comunicación, un sistema abierto caracterizado por la totalidad, la retroalimentación y la equifinalidad. Esta perspectiva da lugar a una concepción de la comunicación más global, basado en estructuras no lineales. La comunicación se concibe como un sistema de canales múltiples en el que el autor social participa en todo momento, tanto si lo desea como si no: por sus gestos, su mirada, su silencio e incluso su ausencia.

De los cinco axiomas metacomunicacionales, el más conocido y controvertido es aquel que dice "...no hay no-conducta, o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible no comportarse" (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002: 50; citado en Fanjul Peyró y Romero Calmache, S/F). Todo tiene valor de mensaje, por tanto, es imposible no comunicar. Autores como Birdwhistell o Mehrabian (citado en Fanjul Peyró y Romero Calmache, S/F) han demostrado que los componentes no verbales de la comunicación aportan entre un 65 y un 93% de la información y significación social sobre la verbal. Además afirman que, en el caso de producirse contradicción entre lo que se está expresando verbalmente y lo que se está comunicando de forma no verbal, el mensaje que prevalece es este último. Todo ello, refuerza la importancia esencial que los componentes no verbales de la comunicación poseen en el proceso de significancia del mensaje.

La publicidad, al tratar de simular o recrear, en la mayoría de sus piezas, situaciones o historias en las que participan personas que interactúan, bien entre sí o bien con el espectador-receptor, plasma y hace uso de la comunicación no verbal humana en la elaboración de sus mensajes. La mayoría de valores, criterios y normas sociales que la publicidad transmite lo hace de forma latente a través de los contextos en los que enmarca la comunicación, los modelos utilizados, comportamientos de éstos, situaciones referidas y estereotipos. El mayor peso de la función social de la publicidad, viene dado pues a través de los aspectos connotados del mensaje, es decir, en el nivel no verbal de la comunicación (Fanjul Peyró y Romero Calmache, S/F).

El aspecto y atractivo físico de los protagonistas de un anuncio es una variable no verbal que forma parte del constructo significativo del mensaje publicitario. Las narraciones y estereotipos físicos difundidos por la publicidad, permiten la fácil transmisión de ideas, valores, cultura, actitudes y comportamientos que serán los modelos "ideales" a seguir, es decir que son utilizados para que la multitud se identifique con ellos y/o los convierta en ideales deseables.

El culto al cuerpo como valor cultural de la sociedad actual queda también reflejado, y potenciado con la utilización publicitaria de modelos ideales que transmiten, connotativa y simbólicamente, una serie de valores materialistas, hedonistas y de poder, propios de la sociedad de consumo en la que nos encontramos. El aspecto físico "ideal" transmitido socialmente por los medios y la publicidad, influye sobre el establecimiento de las relaciones sociales y los juicios que sobre la propia imagen corporal o la de los demás se hará.

Con respecto al atractivo físico, Díaz, Pandolfi y Perfetti, (1999; citado en Fanjul Peyró y Romero Calmache, S/F), agregan y concluyen que éste responde a un constructo social determinado culturalmente y que varía según patrones de estética raciales y tendencias de la moda. Asimismo, parece demostrar así su capacidad de influencia sobre el establecimiento de relaciones sociales, la autoimagen y en las conductas que de este hecho se podrían desprender. Por tanto, se vuelve a afirmar que el aspecto y el atractivo físico están en la base de la autoestima de las personas, su condicionamiento y por qué no, su sentimiento de pertenencia, que puede llegar a determinar la actitud ante la vida o poner en peligro la calidad de ésta (Mc Phail, 2002; citado en Fanjul Peyró y Romero Calmache, S/F).

Desde el ámbito médico, las voces se han alzado claras, como explica Toro (1988), refiriéndose a los TCA, el constante bombardeo de la TV, entre otros medios, parece capaz de conseguir "el lavado de cerebro" (mejor el "ensuciado de cerebro"), que tan peligroso está resultando para la salud mental y somática de una parte muy importante de la población. En esta línea, los medios de comunicación y por lo tanto la publicidad, podrían influir a la hora de tomar la decisión de adelgazar como factor precipitante de los TCA.

Durante las última décadas, comenta Toro (1988), que ha sido ampliamente tratado el papel de los medios en la infancia y la adolescencia, en concreto el papel de la TV. La investigación sobre la relación de la TV y la juventud se concreta en tres perspectivas diferentes:

▀ La primera considera que los jóvenes son receptores pasivos, expuestos a la manipulación mediática. Es la corriente del “impacto”, desarrollada desde la sociología clásica con conexiones con la psicología conductista, fundamentalmente con las teorías del aprendizaje social. La TV, como medio más extendido, sería el más perverso ante audiencias desprotegidas. El objeto de estudio es, fundamentalmente, la audiencia: hábitos de consumo televisivo, etc.

▀ La segunda, inspirada preferentemente desde la sociología del conocimiento y la psicología social y cognitiva, entiende la existencia de filtros mediadores, variables contextuales. Entre el mensaje y el receptor se interponen rasgos de carácter individual, social o cultural que condicionan y relativizan la recepción. El objeto de estudio: el propio medio, la función socializadora del medio.

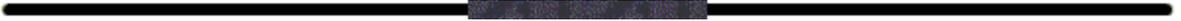
▀ La tercera sitúa la cultura televisiva juvenil como una de las facetas integrantes de la cultura general. Habría que situar el objeto de estudio en el proceso de recepción, con lo que los métodos de investigación sobre sujetos de esta franja de edad supondrían el procedimiento de estudio (pp. 27-28).

La potencialidad de estereotipar de la publicidad, como la de los medios en su conjunto, parece manifestarse vigorosa y pujante sobre una audiencia de cualquier edad, aunque, la audiencia juvenil parece especialmente vulnerable (Toro, 1999; citado en Rosalía, Álvarez, Mancilla (2000). En el contexto de los TCA, la publicidad en TV ha sido considerada tradicionalmente un elemento susceptible de influir en la anorexia y bulimia.

A modo de reflexión, es posible plantearse que la posmodernidad es un estadio histórico el cuál actualmente atravesamos. Desde los medios se crean imágenes de “lo joven, lo bello”, de eso no hay dudas. Necesitamos los estereotipos, son modelos a seguir y de ordenamiento del mundo. Pero cabe preguntarnos qué tipo de modelos, de representaciones acerca de nosotros mismos generan los medios de comunicación masiva como los principales difusores de imaginarios del mundo posmoderno, a su vez cabe preguntarnos qué grado de participación tenemos en esa construcción.

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO



CAPÍTULO IV: ASPECTO METODOLÓGICO

4.1. Objetivos del trabajo

Los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

- Analizar la adaptación del cuestionario “Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-40)” (Toro, J., S/F) en una muestra piloto de adolescentes mendocinos.
- Explorar la existencia de la influencia de los modelos estéticos, a partir del análisis de los factores que evalúa el cuestionario, en adolescentes mendocinos.

4.2. Método

4.2. a. Tipo de Estudio

La presente investigación es *cuantitativa*, ya que se usa la recolección de datos y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento en una muestra de adolescentes mendocinos. Por otro parte el estudio es de tipo *Descriptivo*, ya que se tratará de decir cómo es y cómo se manifiesta un determinado fenómeno (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2006). Se trata de un diseño *Instrumental*, ya que dentro de esta categoría se han considerado, todos aquellos estudios encaminados al desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño como la adaptación de los mismos (Montero y León, 2002).

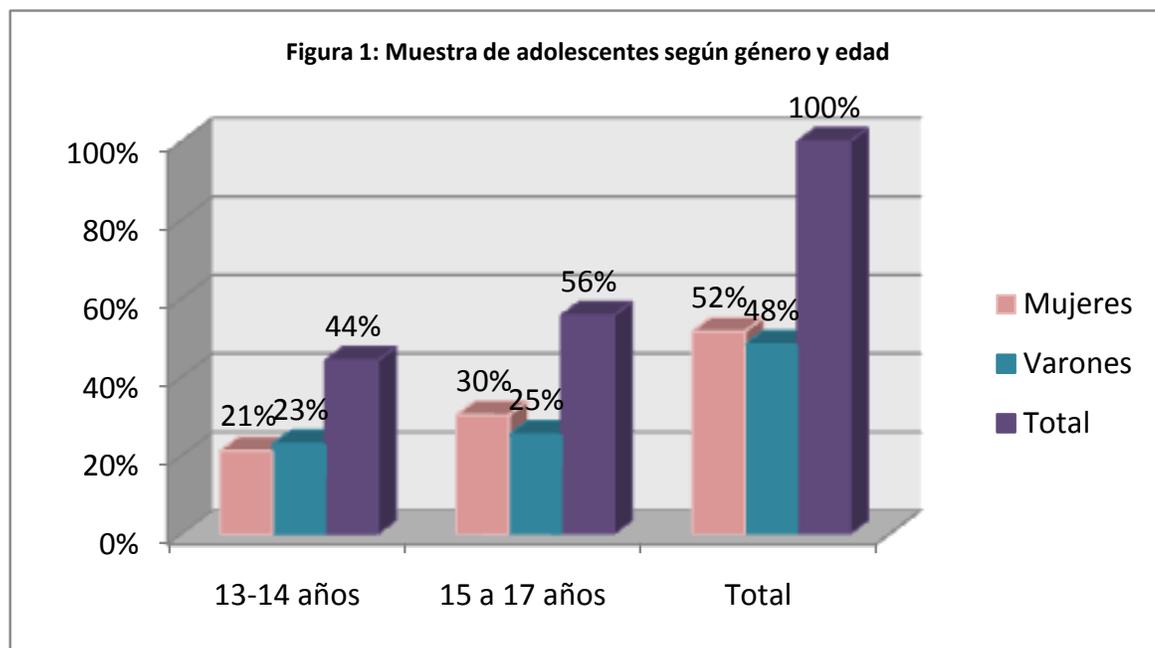
4.2. b. Descripción de la muestra

La muestra utilizada es de carácter *No Probabilística Intencional*, siendo por lo tanto una muestra dirigida que supone un procedimiento de selección informal y arbitrario en función de los objetivos previamente establecidos (León y Montero, 2003). Los sujetos fueron seleccionados por poseer características de interés para la investigación, a saber, tener entre 13 y 17 años, ser del género masculino y femenino, y asistir a colegios de la provincia de Mendoza. Cabe destacar que, al tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones deberían circunscribirse a la muestra estudiada y no podrían generalizarse a toda la población.

La muestra completa del presente estudio está formada por un total de 122 adolescentes con un rango de edad comprendido entre los 13 y los 17 años. Con respecto a la edad, 24 sujetos (20%) tienen 13 años, 34 sujetos (28%) tienen 14 años, 36 sujetos (30%) tienen 15 años, 9 sujetos (6%) tienen 16 años, 19 sujetos (16%) tienen 17 años. En cuanto al género, 63 sujetos (52%) pertenecían al sexo femenino, 59 sujetos (48%) correspondían al sexo masculino.

Si se agrupa la muestra en función de la edad y el género, se observa que el 21% total de la muestra son mujeres de entre 13 y 14 años (26 sujetos), el 23% son varones de la misma edad (28 sujetos), el 30% de las mujeres tienen 15, 16 ó 17 años (37 sujetos) y el 25% restante de la muestra pertenece a los varones que forman parte del mismo rango de edad (31 sujetos). En

conjunto el 48% de los sujetos encuestados tienen entre 13 y 14 años, y el 52% restante tienen 15, 16 ó 17 años (Figura 1).



La correspondiente muestra se obtuvo gracias a la colaboración de 2 colegios de la provincia de Mendoza. De la Escuela Italiana XXI di Aprile participaron 74 sujetos (61%), y de la Escuela San Andrés 48 sujetos (39%).

Ambos colegios se encuentran ubicados en el centro de la provincia de Mendoza. En las dos instituciones, los alumnos pertenecen a una clase socioeconómica alta. De la Escuela Italiana 34 sujetos (46%) eran adolescentes mujeres, el 40 restante eran varones (54%), con edades comprendidas entre los 13, 14, 15 y 16 años. En cuanto al colegio San Andrés, 29 sujetos (60%) de los que participaron eran mujeres y 19 varones (40%), cuyas edades iban de los 14 a los 17 años.

4.2. c. Instrumento de evaluación

El instrumento utilizado para la realización del presente estudio es el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales -CIMEC 40- (Josep Toro, S/F), el cual consta de diferentes versiones (CIMEC- 35, CIMEC- 26), concretamente el que se utilizó en este estudio es el original, el CIMEC 40, que consta de 40 ítems, divididos en 4 factores. Cada factor evalúa una dimensión particular, el primer factor, denominado "Influencia de la Publicidad", está compuesto por 15 ítems, el segundo factor evalúa el "Malestar Corporal" y está constituido por 11 ítems, el tercer factor investiga la "Influencia de los Modelos Estéticos" compuesto por 6 ítems, y el último factor indaga sobre la "Influencia de las Relaciones Sociales" incluye 8 ítems.

Los ítems se responden por medio de una escala de Likert en donde las opciones de respuesta son: sí siempre, casi siempre, a veces, muy pocas veces y nunca.

4.2. d. Procedimiento

En un primer momento se adaptó el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-40) de Josep Toro (S/F) al contexto, a través de una revisión de las palabras y frases, es decir, del lenguaje y la forma de redacción, para que sean comprendidas por la población y además para que pueda ser administrado al género masculino, ya que el cuestionario estaba redactado para ser dirigido sólo a la población femenina. Este trabajo se realizó en conjunto con la directora de la tesina.

En un segundo momento se seleccionaron las escuelas en las cuales se aplicaría el cuestionario, se les pidió autorización a los directivos de las mismas a través de una nota formal donde se les detallaba la justificación del estudio y se anexaba el cuestionario.

En un tercer momento, se realizó la aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada, se aseguró la confidencialidad de las respuestas, ya que los cuestionarios eran anónimos. En cada curso se explicó cómo debía completarse el cuestionario y se aclaraban las dudas que podían ir surgiendo durante la administración del mismo. La aplicación del cuestionario demandaba de 20 a 25 minutos aproximadamente.

Finalmente, los datos obtenidos se analizaron con estadística descriptiva, trabajando con los porcentajes de cada opción de respuesta. Se utilizó también, el Statistical Package for the Social Science (SPSS) para calcular la confiabilidad y la validez del cuestionario. Los resultados se discutieron en función de la diferencia de edad y género.

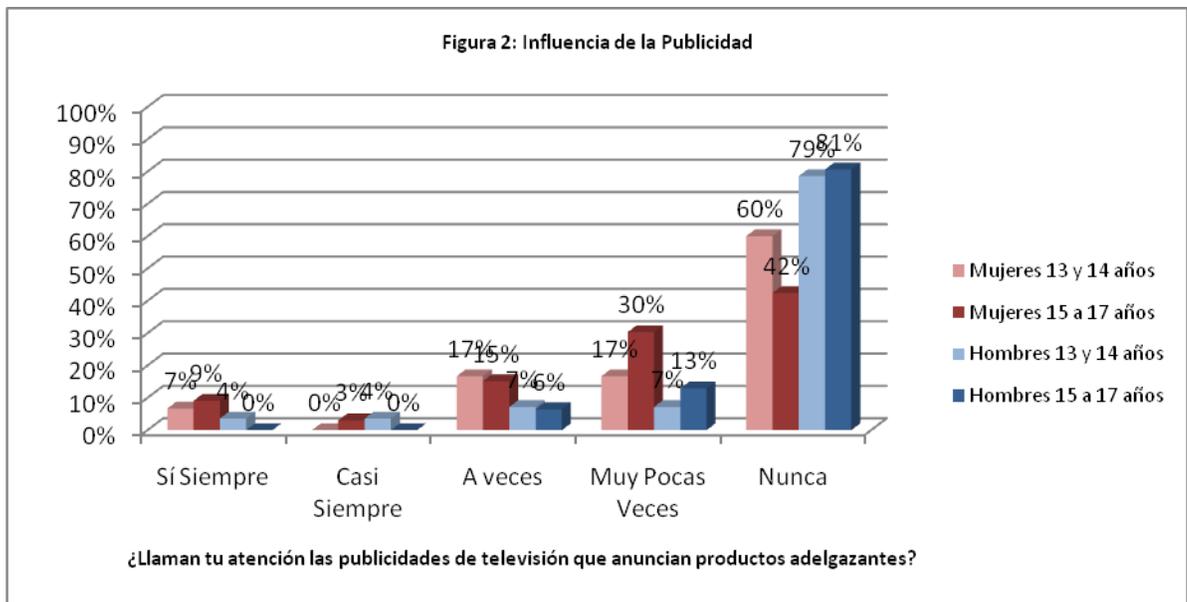
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se obtendrán los resultados del correspondiente trabajo, realizándose análisis descriptivos del total de la muestra y análisis diferenciales en función de la edad y el género. Se ilustrarán y comentarán los resultados estableciendo diferencias entre los distintos factores que el cuestionario evalúa.

Se comenzará a describir el primer factor que evalúan la influencia de la publicidad, es decir las que ejercen los mensajes publicitarios relacionados con productos adelgazantes de los distintos medios de comunicación.

5.1. Factores del cuestionario

5.1. a. Influencia de la Publicidad



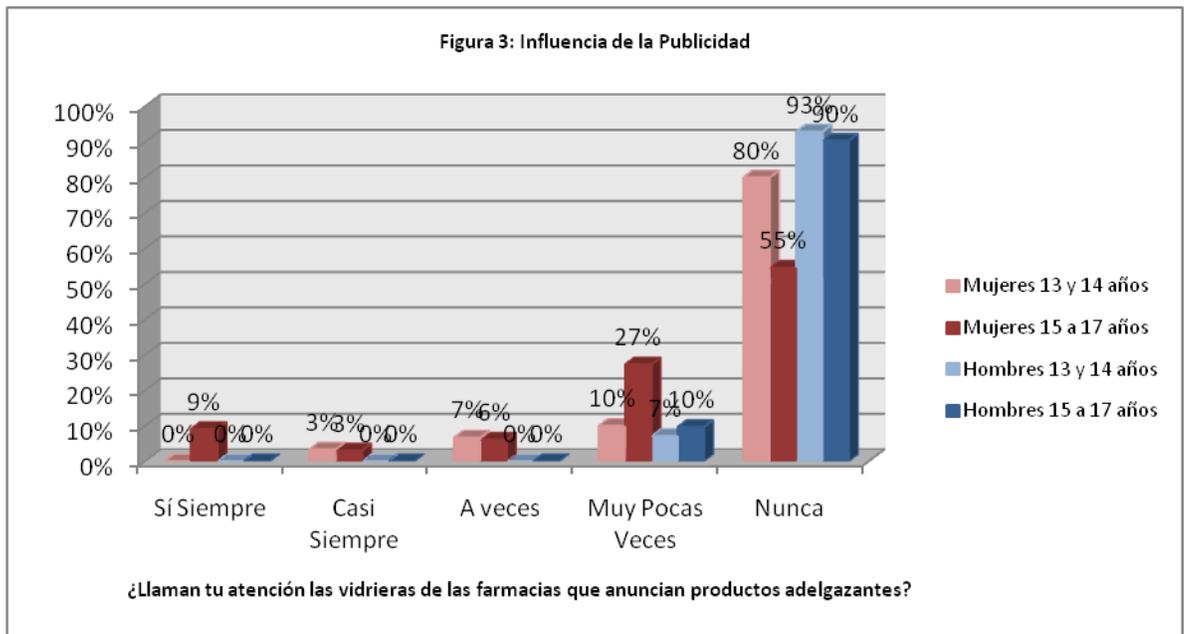
En cuanto a las publicidades de televisión que anuncian productos adelgazantes (figura 2), el 60% de las mujeres de entre 13 y 14 años afirman que *nunca* les ha llamado la atención las publicidades de dichos productos, esto parece disminuir en el género cuando aumenta la edad, ya que el 42% de las mujeres de 15, 16 y 17 años aseveran que *nunca* llaman la atención, mientras el 45% aseguran que *muy pocas veces* y *a veces* prestan atención a las publicidades: 30% muy pocas veces y 15% a veces.

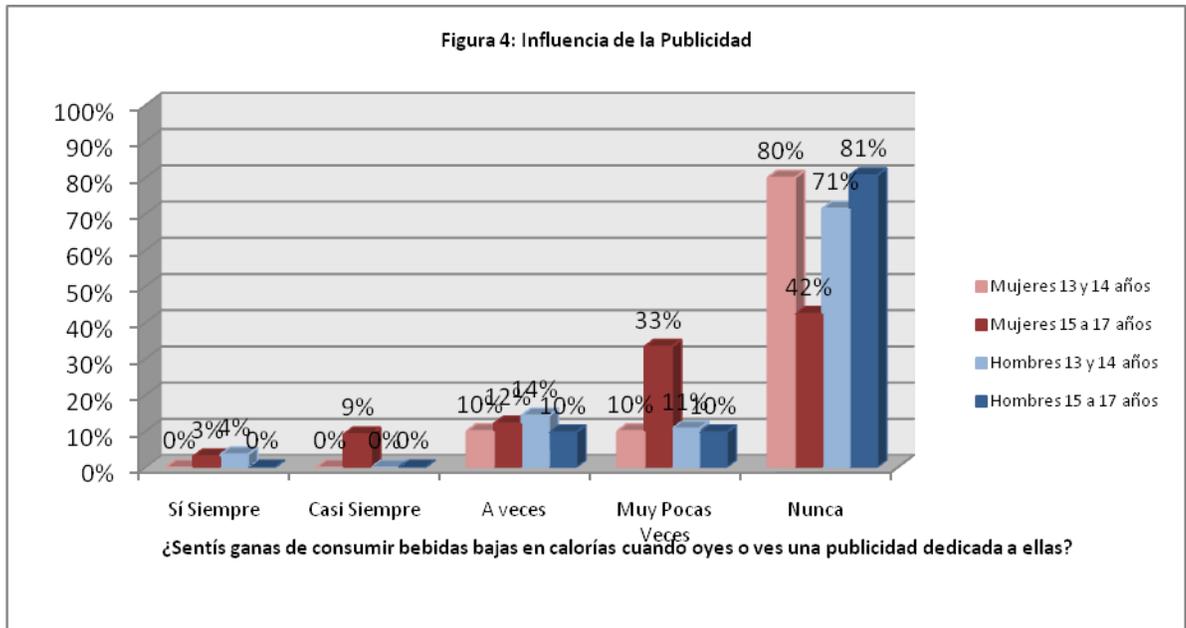
Con respecto al género masculino, se observa una mayor tendencia a no prestar atención a las publicidades que anuncian productos adelgazantes, el 79% de los chicos de entre 13 y 14

años contestaron *nunca*, y el 81% de varones de 15 a 17 años también respondieron *nunca*. (Figura 2).

En cuanto a los anuncios de productos adelgazantes que anuncian las vidrieras de las farmacias, el 80% del total de las chicas de 13 y 14 años refiere no interesarle, mientras que esto parece disminuir entre las chicas de 15 a 17 años que afirman no prestarle atención el 55%, contestando el 27% *muy pocas veces*.

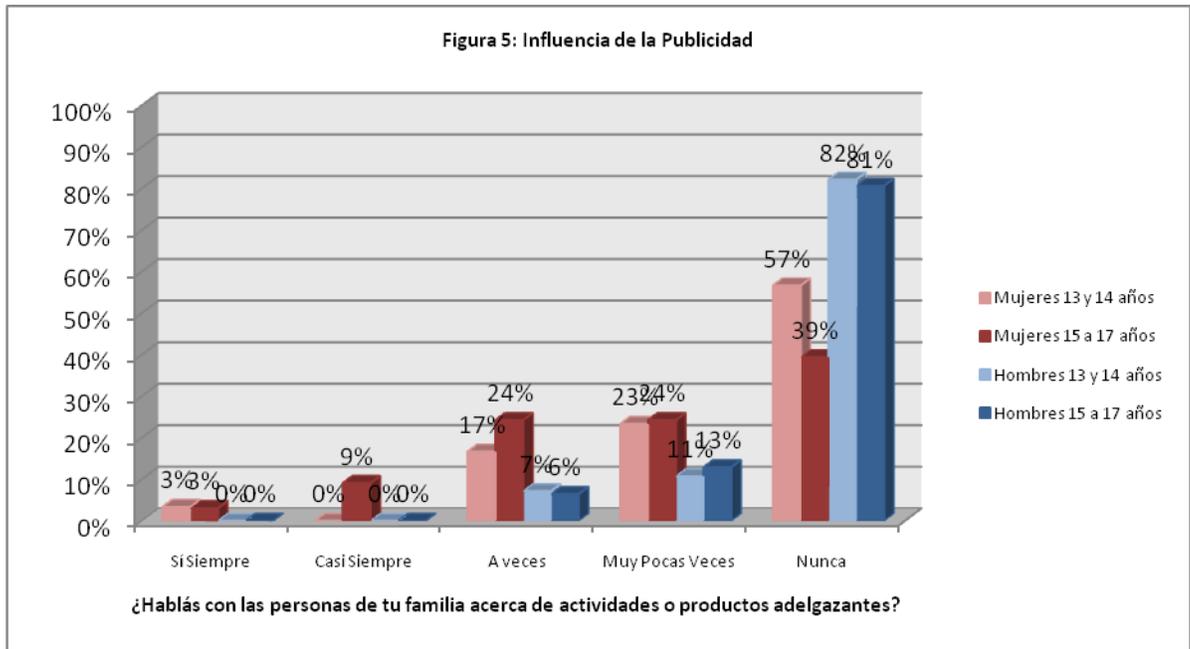
En cuanto a los varones, parece no haber tanta diferencia en relación con la edad, ya que el 93% de los chicos de 13 y 14 años, al igual que el 90% de los chicos de 15, 16 y 17 años refieren no llamarles la atención dichas publicidades. (Figura 3).





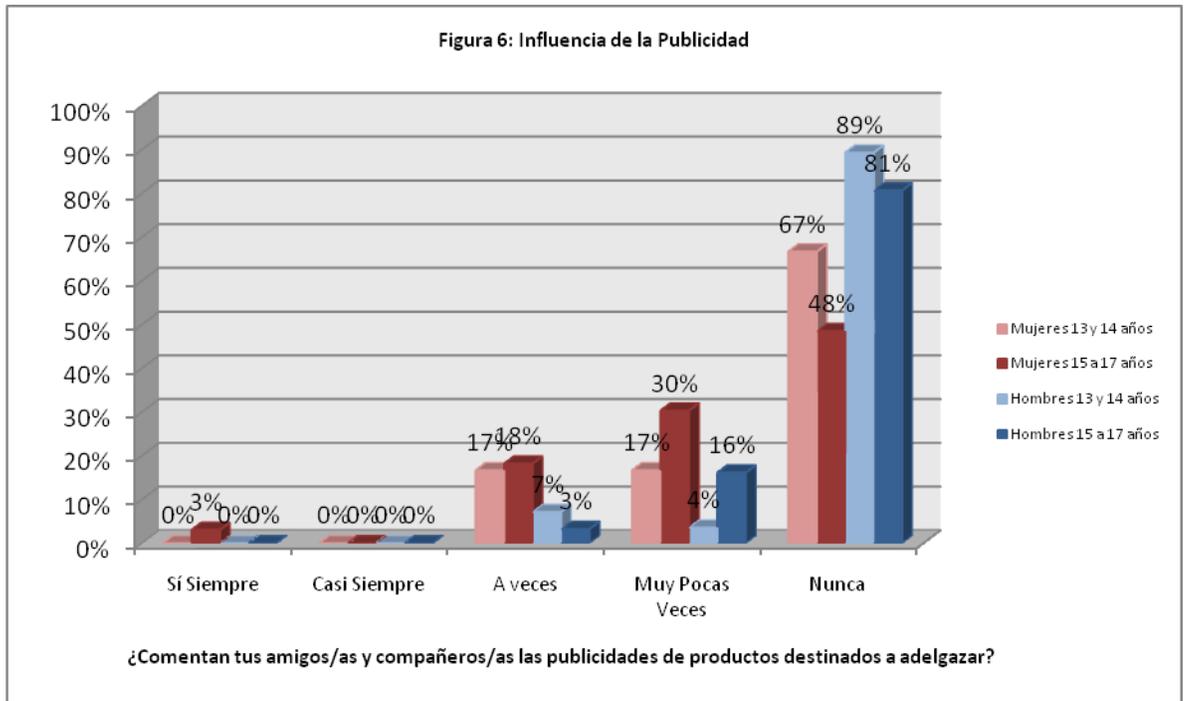
La figura 4, analiza la influencia que puede tener en la conducta los mensajes publicitarios, en este caso, las ganas de consumir bebidas bajas en calorías cuando ven u oyen publicidades dedicadas a ellas. Dentro del no sentir ganas *nunca*, se sitúa el 80% de las chicas de 13 y 14 años, disminuyendo notablemente este porcentaje a mayor edad, un 42% de las mujeres de 15 a 17 años. El 45% de las refieren sentirlo *a veces* y *muy pocas veces* (12% y 33% respectivamente).

En cuanto al género masculino, parece suceder lo inverso que con el femenino, ya que el 71% de los chicos de 13 y 14 años declara no sentir ganas *nunca*, aumentando este porcentaje en los chicos de mayor edad, ubicándose un 81% en esta condición.



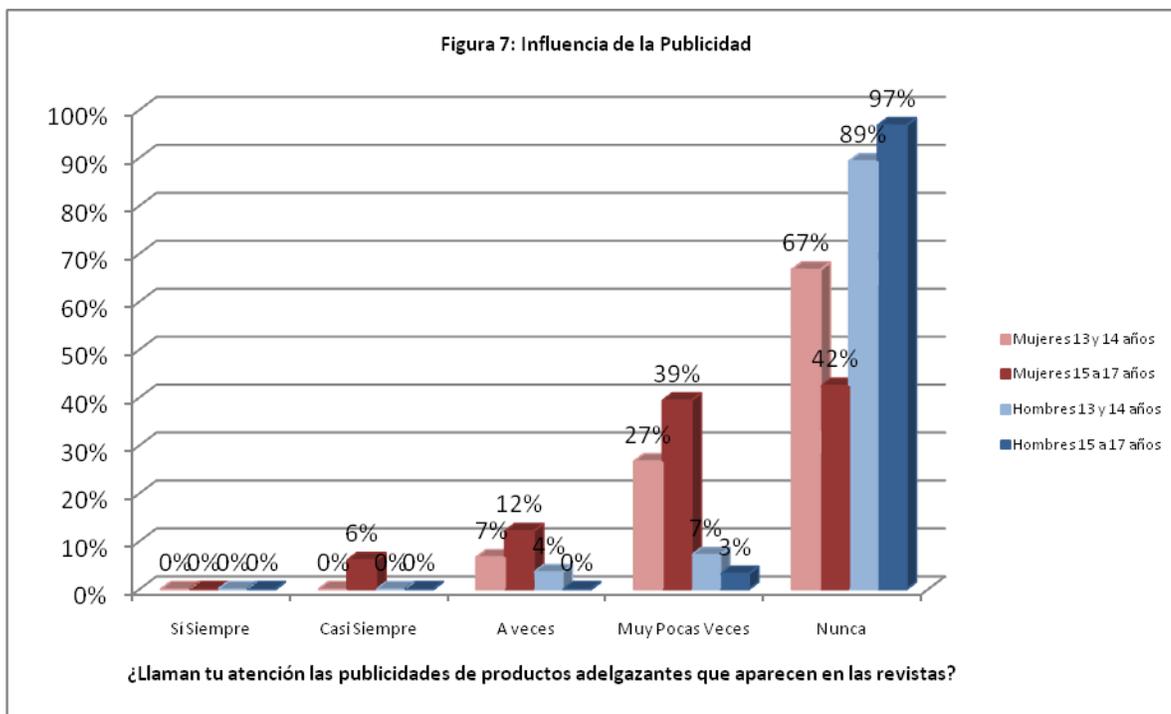
Los resultados arrojados en el ítem que indaga sobre la comunicación con la familia acerca de actividades o productos adelgazantes indican, que el 57%, es decir la mayor parte de las mujeres de 13 y 14 años *nunca* lo hacen, disminuyendo este porcentaje en las chicas de 15 a 17 años donde el 39% se ubica dentro de las que no lo hacen *nunca*.

El 82%, es decir la mayoría de los varones de 13 y 14 años no lo hacen *nunca*, no existiendo diferencias significativas con respecto a los de 15 a 17 años donde el 81% se situó dentro de los que no lo hacen *nunca* (Figura 5).



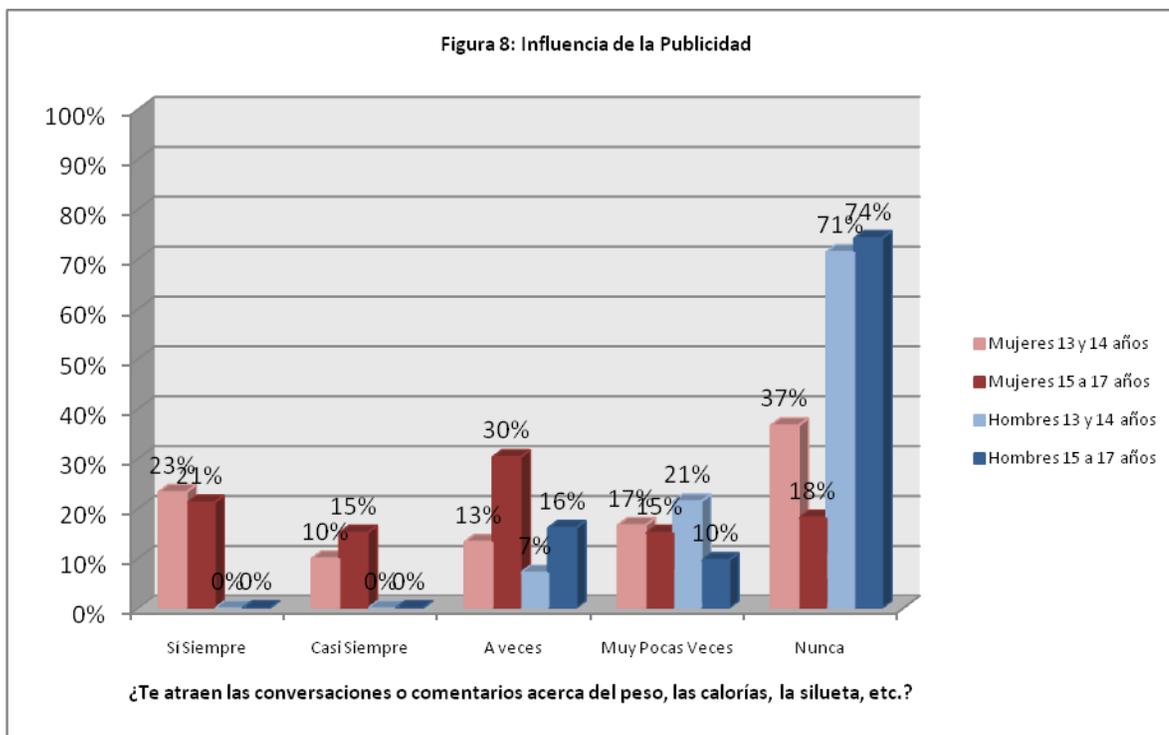
Frente a la comunicación entre los pares, es decir amigos/as y/o compañeros/as sobre publicidades de productos destinados a adelgazar, el 67% de las chicas de 13 y 14 años no lo hacen *nunca*, este porcentaje disminuye en las mujeres de 15 a 17 años que manifiestan no hacerlo *nunca* el 48%, mientras el 30% declara hacerlo *muy pocas veces*, y un 18% expresa hacerlo *a veces*.

En cuanto al género masculino, el 89% de los chicos de 13 y 14 años expresó no hacerlo *nunca*, a su vez el 81% de los varones de 15 a 17 años se ubicó dentro de la misma condición de no hacerlo *nunca* (Figura 6).



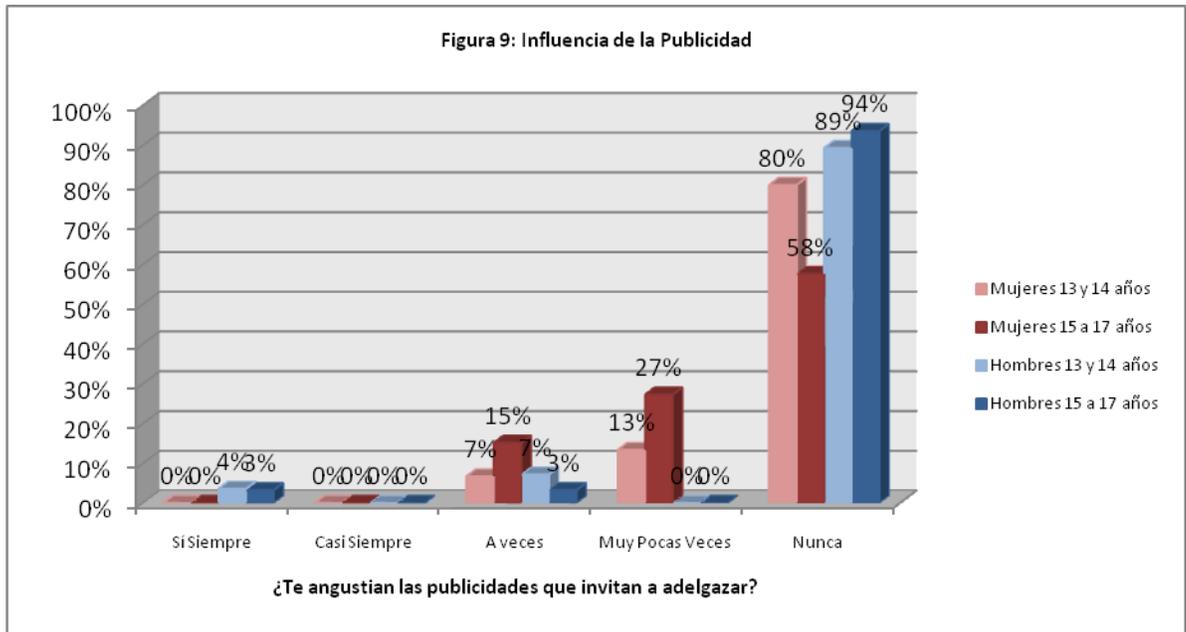
Al indagar sobre las publicidades de productos adelgazantes que aparecen en las revistas, la mayor parte, es decir un 67% de las mujeres de 13 y 14 años contestaron que *nunca* llaman su atención, este porcentaje disminuyó en las chicas de 15 a 17 años, ya que el 42% respondió *nunca*.

En cuanto a los varones, la mayoría, tanto en los de 13 y 14 años, como en los de 15 a 17 años manifestaron no llamarles la atención *nunca* (89% de los de 13 y 14 años, 97% de los de 15 a 17 años) (Figura 7).



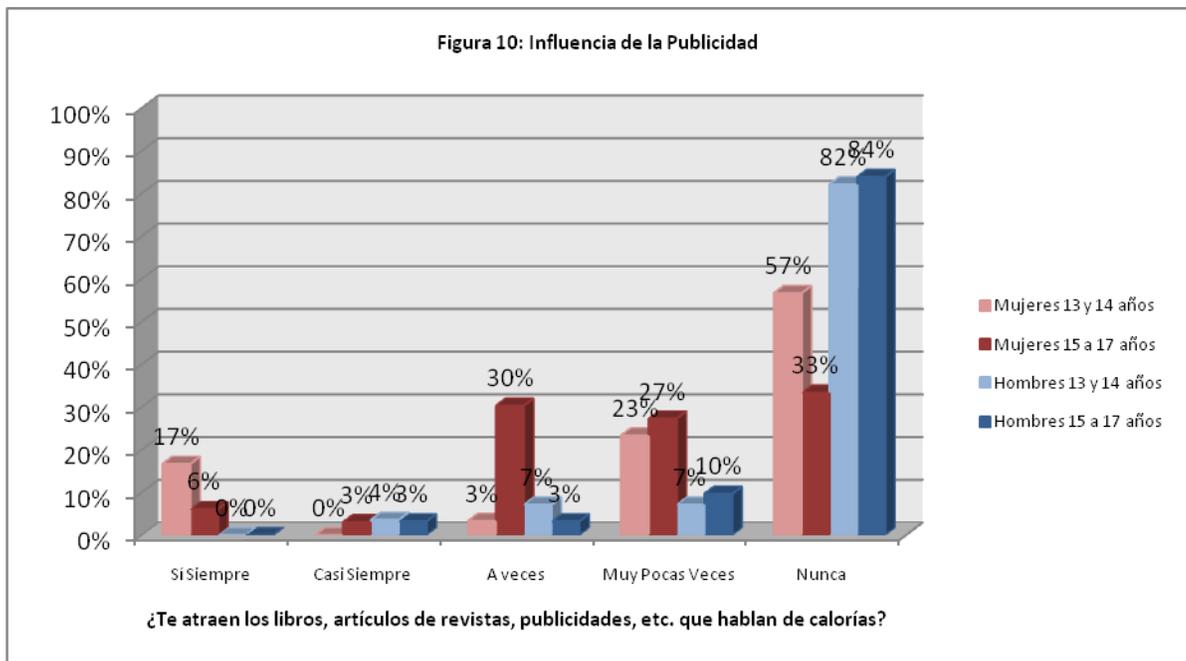
La figura 8 investiga si a los adolescentes les atrae las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc., un 33% de las adolescentes de 13 y 14 años manifestó atraerles dichas conversaciones: 23% *siempre* y 10% *casi siempre*, estos porcentajes aumentan a un 36% en las jóvenes de 15 a 17 años, ubicándose un 21% dentro de las que *siempre* se sienten atraídas, el 15% *casi siempre*.

El 71% de los varones de 13 y 14 años manifestó no atraerles *nunca*, sin haber mucha diferencia con los varones de 15 a 17 años, 74%.



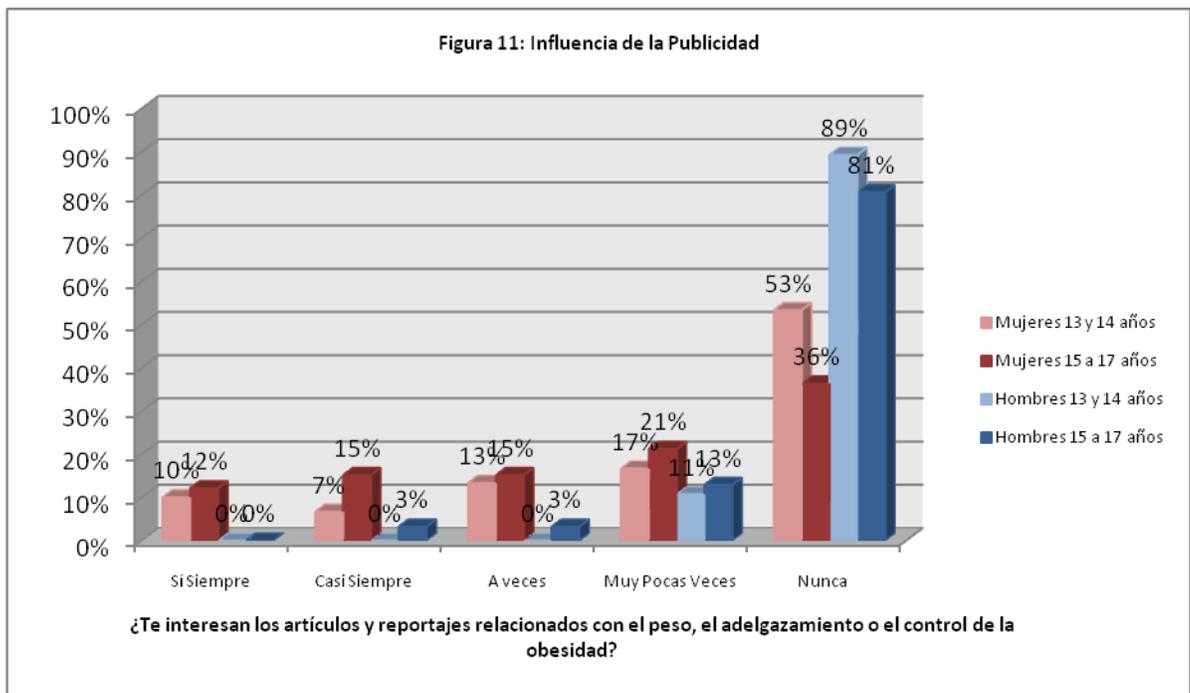
Con respecto a si los adolescentes se angustian con las publicidades que invitan a adelgazar, encontramos que la mayor parte, el 80% de las adolescentes de 13 a 14 años se ubican dentro de las que *nunca* se sienten angustiadas, disminuyendo significativamente esta condición en las jóvenes de 15 a 17 años, que alcanzan un 58%.

En el caso de los adolescentes varones, la mayoría, tanto de los de 13 y 14 años, 89%, como de los de 15 a 17 años, 94% afirmaron no sentir angustia *nunca* frente a las publicidades que invitan a adelgazar (Figura 9).



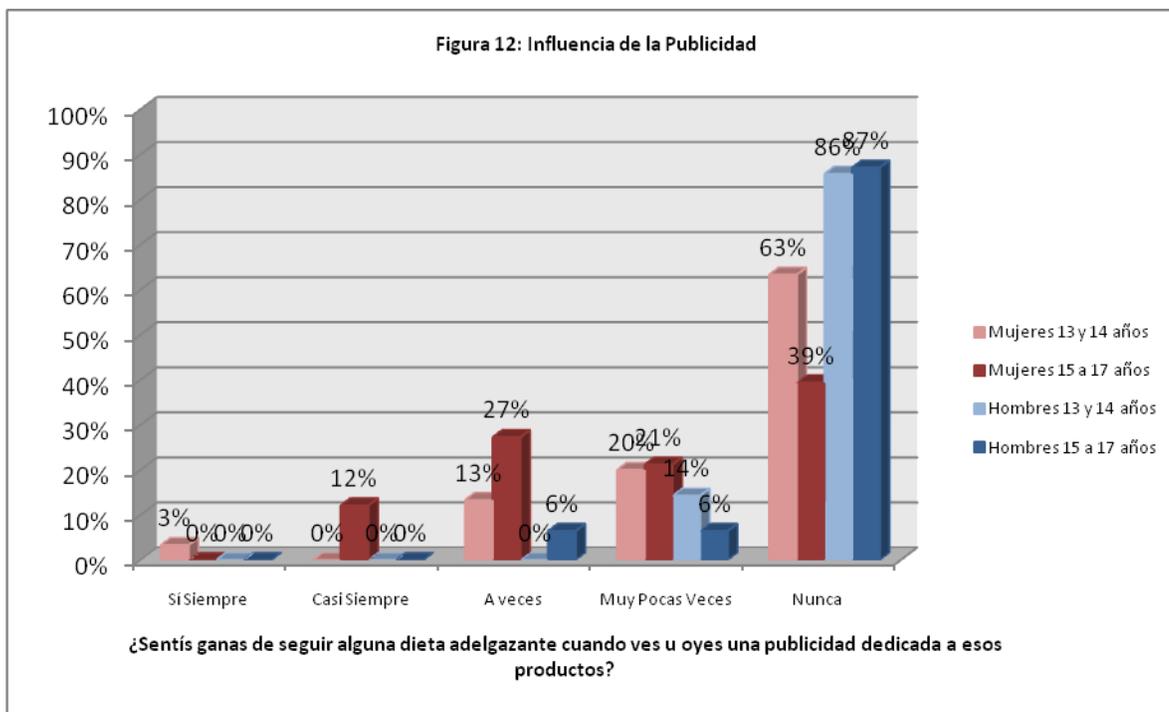
El 57% de las adolescentes de 13 y 14 años afirman no sentirse atraída por los libros, artículos de revistas, publicidades, etc. que hablan de calorías, mientras que éste porcentaje disminuye significativamente entre las chicas de 15 a 17 años que alcanzan un 33% dentro de esta condición, y aumentan a un 57% las que afirman atraerles *a veces* o *muy pocas veces* (30% y 27% respectivamente).

El 82%, es decir la mayor parte de los adolescentes de 13 y 14 años no se siente atraído *nunca*, sucediendo prácticamente lo mismo en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, donde el 84% de los mismos se ubican dentro de esta condición (Figura 10).



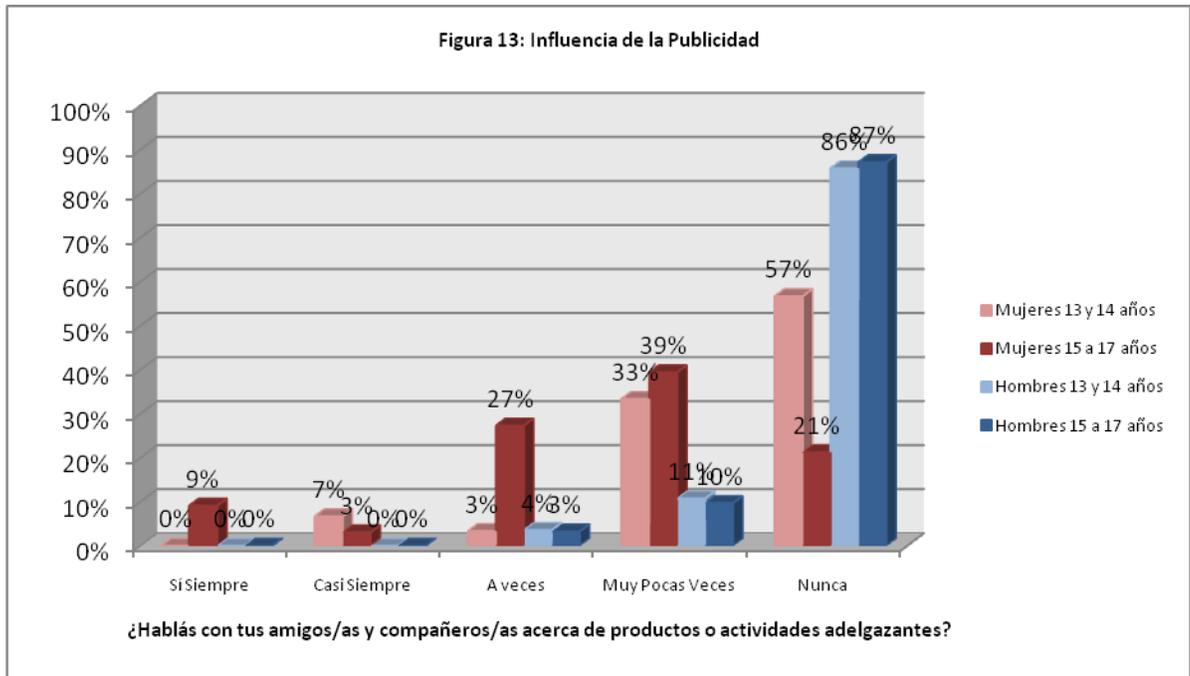
La mayoría de las chicas de 13 y 14 años, es decir el 53% *nunca* siente interés por los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad, mientras que esto parece disminuir en chicas de mayor edad, alcanzando el 36% las que *nunca* sienten interés.

En el caso de los varones, la mayoría, tanto los de menor como los de mayor edad no sienten interés *nunca*: 89% de 13 y 14 años, 81% de 15 a 17 años (Figura 11).



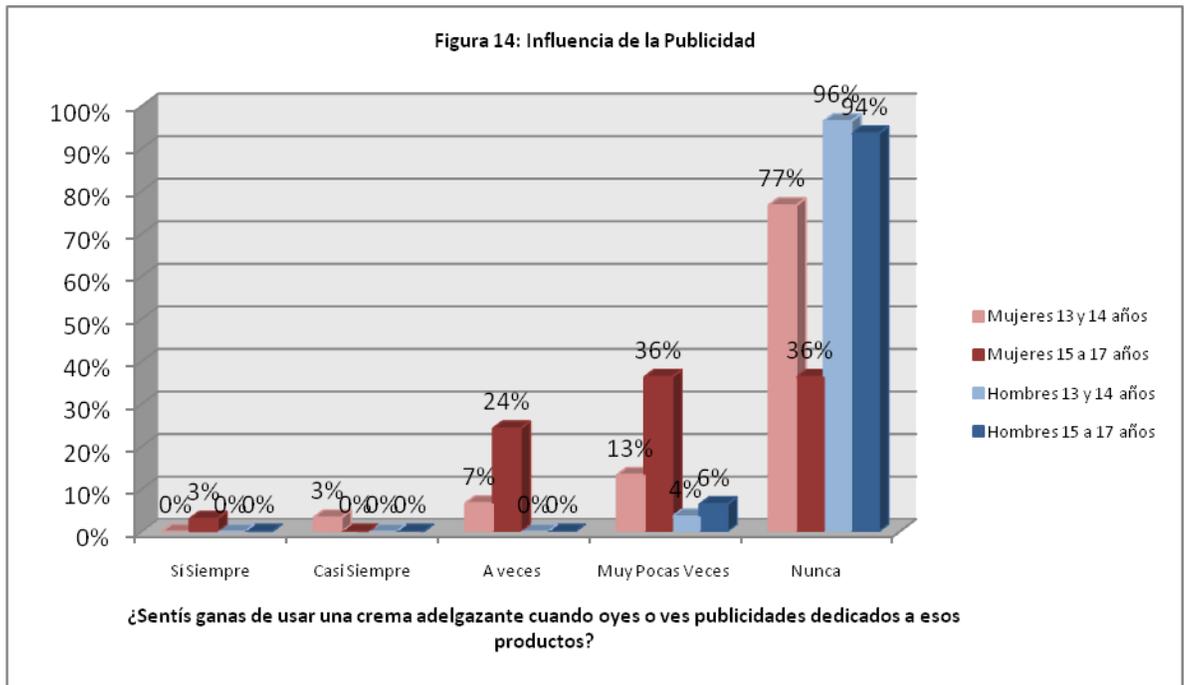
La mayoría de las chicas de 13 y 14 años, 63%, *nunca* sienten ganas de seguir alguna dieta adelgazante cuando ven u oyen una publicidad dedicada a esos productos, mientras que esto parece disminuir significativamente en las mujeres de 15 a 17 años alcanzando el 39% de las que *nunca* sienten ganas.

En cuanto al género masculino, la mayoría tanto los de menor edad, como los de mayor edad (86% y 87% respectivamente) afirman no sentir ganas *nunca* de seguir alguna dieta adelgazante cuando ven u oyen una publicidad dedicada a esos productos (Figura 12).



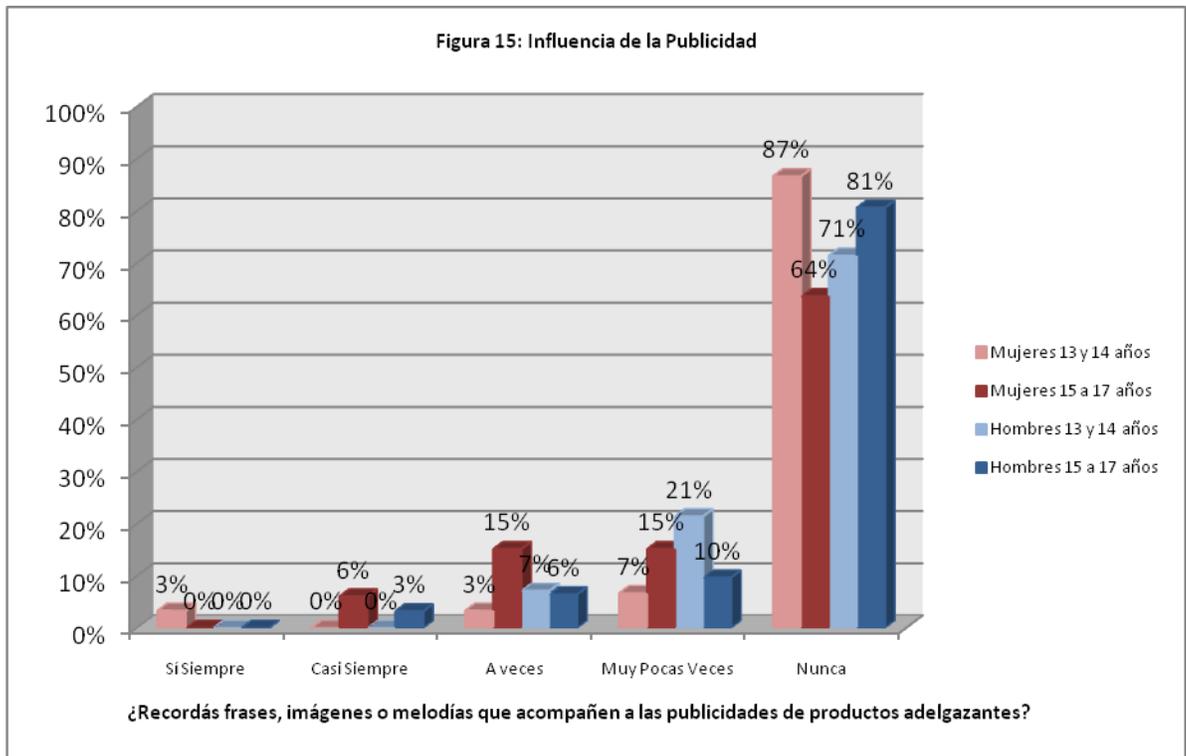
El 57% de las chicas de 13 y 14 años refiere no hablar *nunca* con sus amigos/as y compañeros/as acerca de productos o actividades adelgazantes, observándose una diferencia significativa frente a las chicas de 15 a 17 años, ya que sólo el 21% afirma no hacerlo *nunca*.

En el caso de los varones, la mayoría de los chicos de 13 y 14 años, es decir el 86%, como los de 15 a 17 años, el 87% refieren no hacerlo *nunca* (Figura 13).

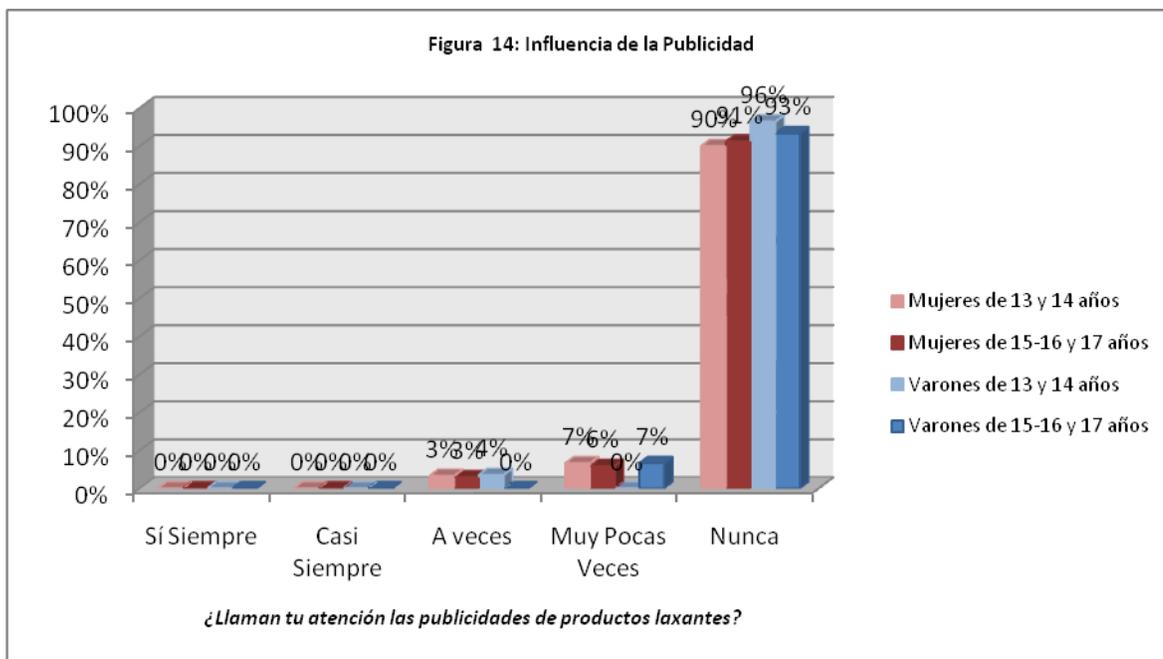


Frente a las ganas de usar una crema adelgazante cuando oyen o ven publicidades dedicadas a esos productos, el 77% de las chicas de 13 y 14 años afirman no sentir ganas *nunca*, reduciéndose en las chicas de 15 a 17 años al 36%.

Con respecto a los adolescentes varones, parece no presentarse diferencias, ya que el 96% de los chicos de 13 y 14 años y el 94% de los de 15 a 17 años, no sienten ganas de usar tales productos *nunca* (Figura 14).



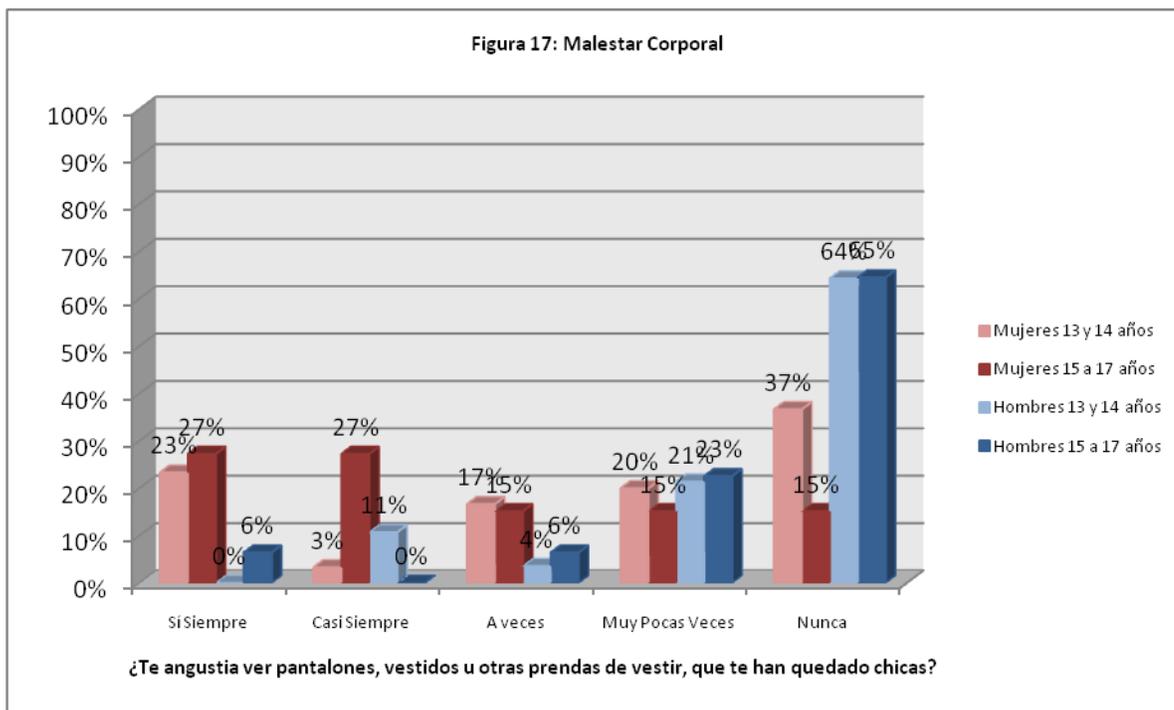
La mayoría de los participantes, frente a la posibilidad de recordar frases, imágenes o melodías que acompañen a las publicidades de productos adelgazantes, respondieron que *nunca* lo hacen: el 87% de las mujeres de 13 y 14 años, el 64% de las de 15 a 17 años, el 71% de los varones de 13 y 14 años y el 81% de los de 15 a 17 años (Figura 15).



La mayoría de los adolescentes, tanto mujeres como varones, de distintas edades, no se sienten atraídos por las publicidades de productos laxantes: el 90% de las adolescentes de 13 y 14 años, el 91% de las de 15 a 17 años, el 96% de los adolescentes de 13 y 14 años y el 93% de los de 15 a 17 años (Figura 16).

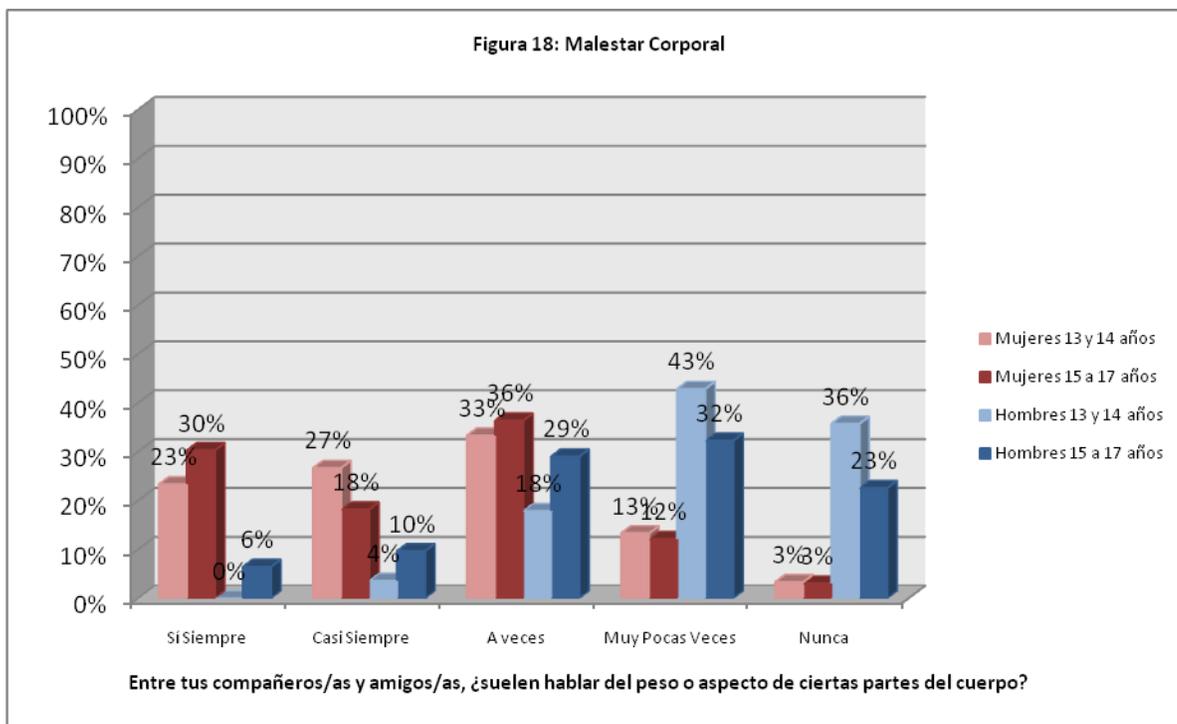
A continuación se describirán los resultados obtenidos en el factor que evalúa el “malestar corporal”.

5.1. b. Malestar Corporal



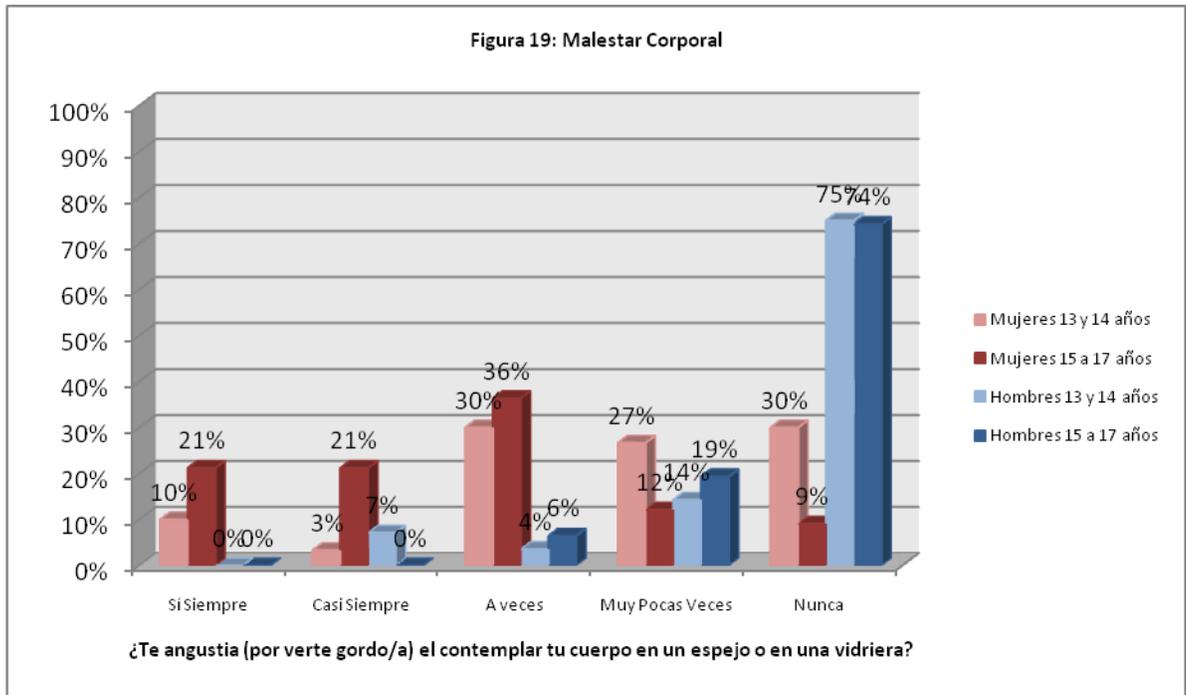
Con respecto a sentir angustia al ver prendas de vestir que les puede quedar chicas, el 26% de las adolescentes de 13 y 14 años se angustian *siempre* o *casi siempre*, esto aumenta significativamente en las adolescentes de mayor edad, ya que la mayoría, el 54% (27% y 27% respectivamente) se sienten angustiadas *siempre* o *casi siempre*.

La mayoría de los adolescentes varones, tanto los de 13 y 14 años como los de 15 a 17 años, no sienten angustia *nunca* (64% y 65% respectivamente) (Figura 17).



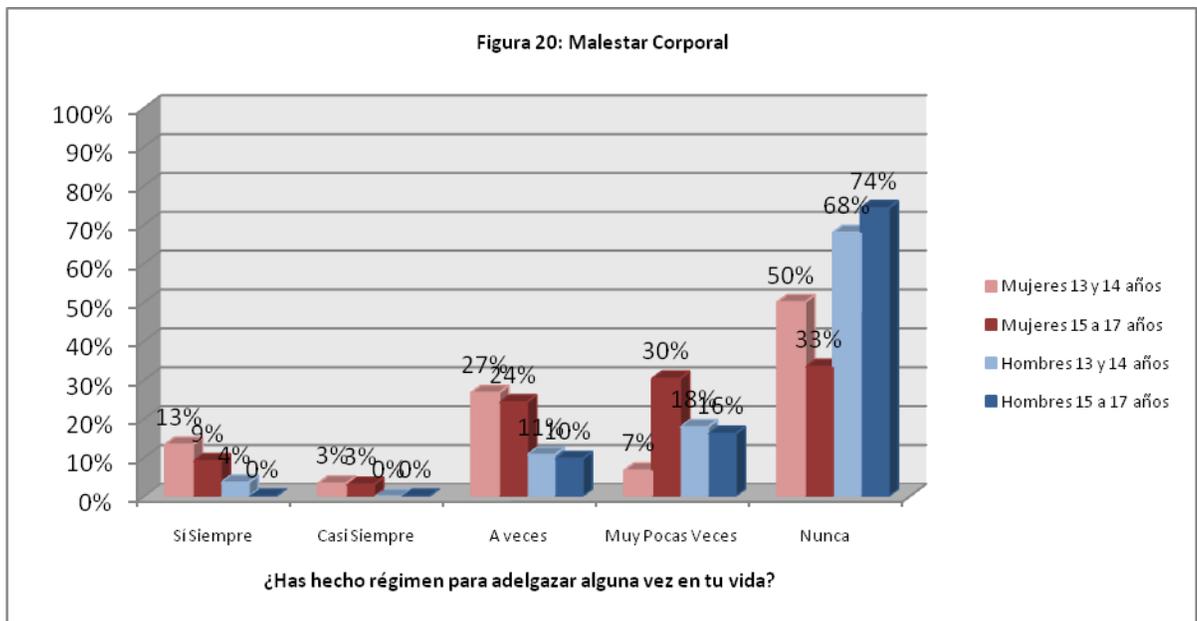
El 50% de las adolescentes de 13 y 14 años afirma hablar *siempre* o *casi siempre* con sus compañeros/as y/o amigos/as sobre el peso o aspecto de ciertas partes del cuerpo, no existiendo diferencias significativas con las de 15 a 17 años, ya que el 48% expresó que lo hace *siempre* o *casi siempre*.

El 61% de los adolescentes de 13 a 14 años se ubican dentro de los que lo hacen *a veces* (18%) y *muy pocas veces* (43%), sucediendo algo similar dentro del grupo de los jóvenes de 15 a 17 años, ya que el 64% de los mismo se ubican dentro de las mismas condiciones: 29% *a veces* y 32% *muy pocas veces* (Figura 18).



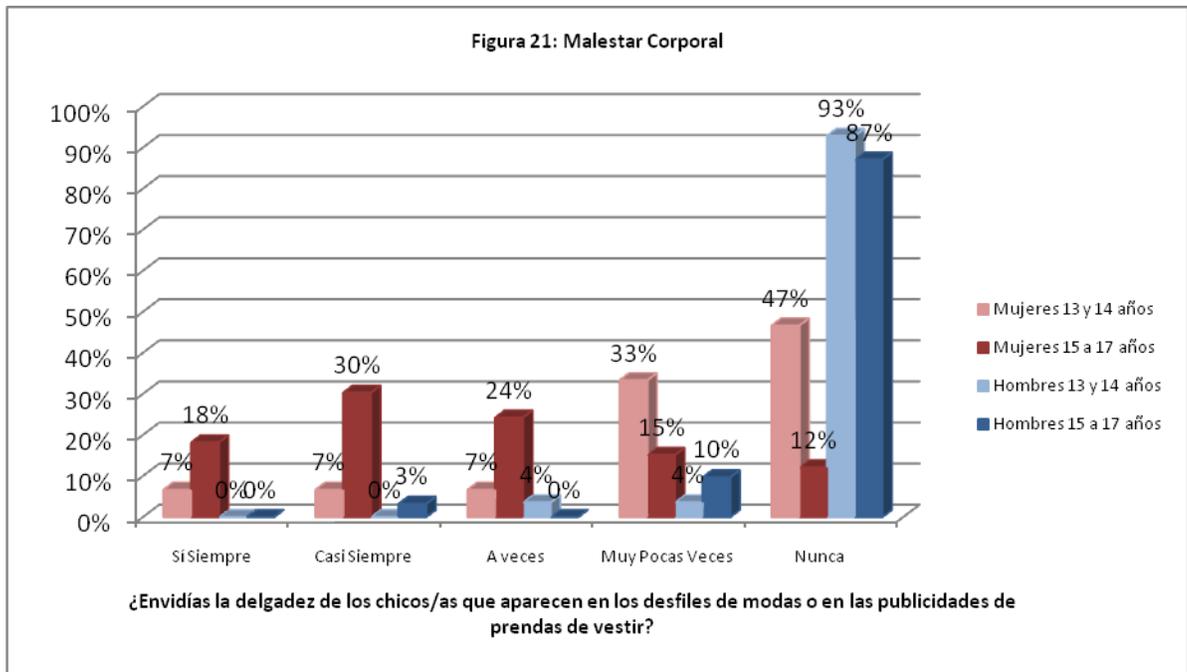
El 13% de las adolescentes de 13 y 14 años se angustian al verse en un espejo, *siempre* o *casi siempre*, mientras que este porcentaje aumenta significativamente entre las adolescentes de mayor edad, alcanzando un 42%.

En el caso de los adolescentes varones, tanto los de menor edad como los de mayor edad, se sitúan en los que *nunca* se sienten angustiados al contemplar su cuerpo en un espejo: 75% de los adolescentes de 13 y 14 años y 74% de los de 15 a 17 años (Figura 19)



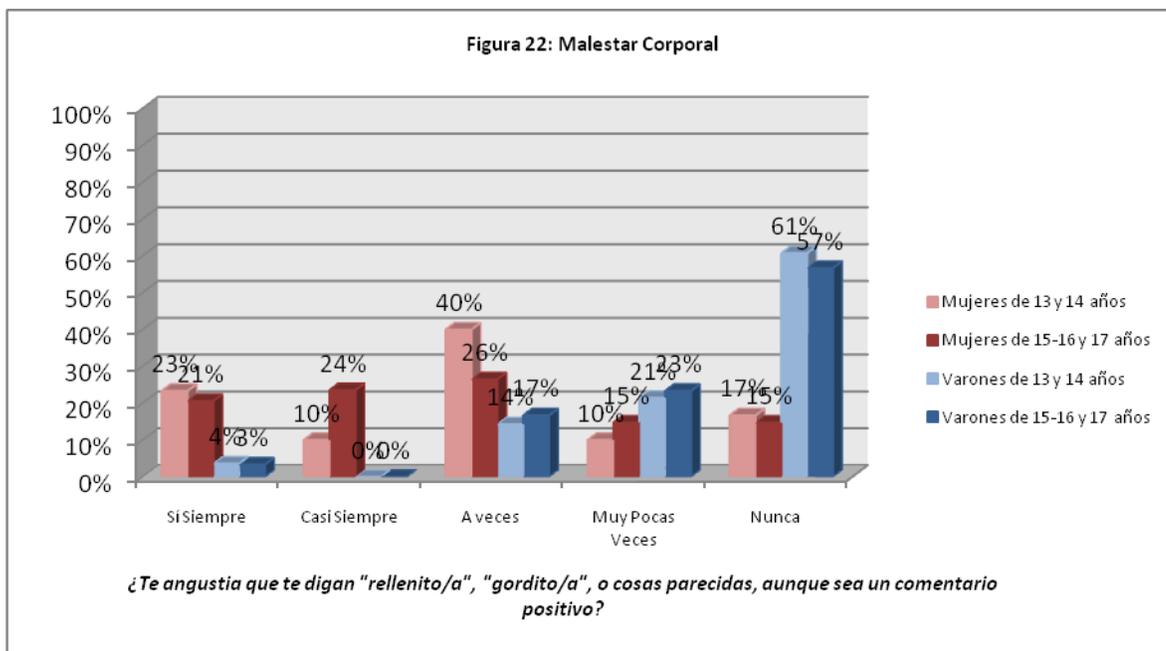
En cuanto a la posibilidad de realizar algún régimen para adelgazar alguna vez, el 50% de las adolescentes de 13 y 14 años refieren no hacerlo *nunca*, *existiendo* una diferencia con respecto a las de mayor edad, ya que la mayoría de las mismas se sitúan entre las que lo han realizado *a veces* o *muy pocas veces*: el 24% y el 30% respectivamente.

En cuanto a los varones el 68% de los adolescentes de 13 y 14 años no ha hecho *nunca*, como así también el 74% de los de 15 a 17 años (Figura 20).



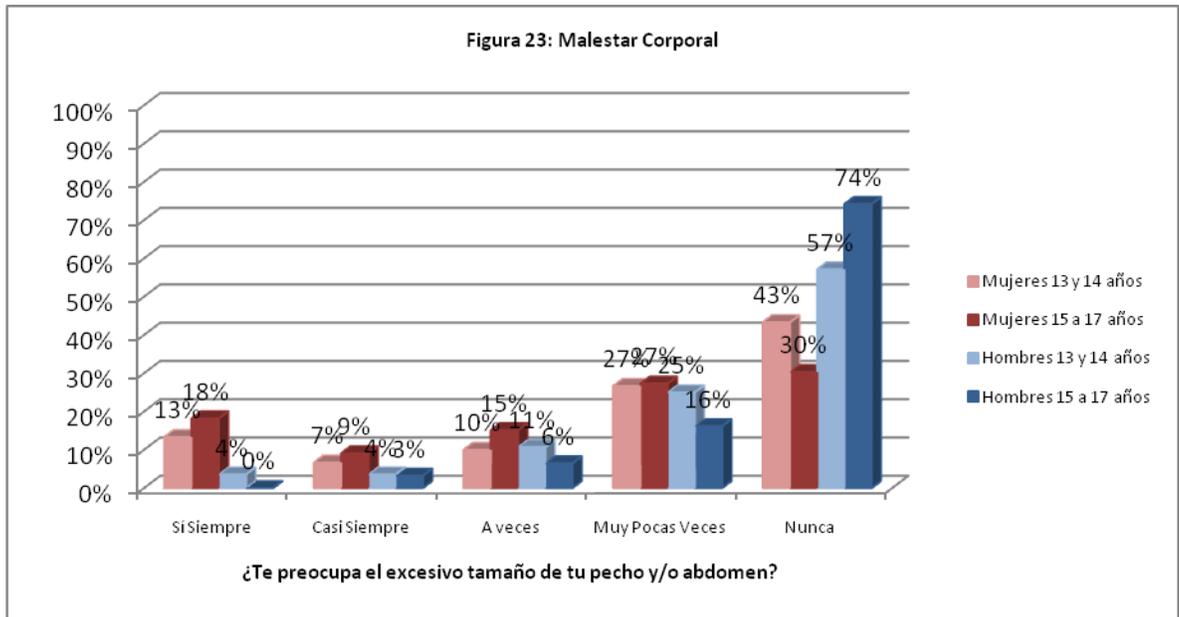
La figura 21 evalúa la posibilidad de sentir envidia frente a la delgadez de las chicas/os que aparecen en los desfiles de modas o en las publicidades de prendas de vestir. El 14% de las adolescentes refiere sentirla *siempre* o *casi siempre*, mientras que este porcentaje aumenta significativamente entre las chicas de 15 a 17 años, alcanzando un 48% (18% siempre, 30% casi siempre).

En el caso de los varones, el 93%, es decir la mayoría de los chicos de 13 y 14 años se ubican dentro de los que *nunca* siente envidia. El 87% de los adolescentes de 15 a 17 años también se sitúa dentro de esta condición.



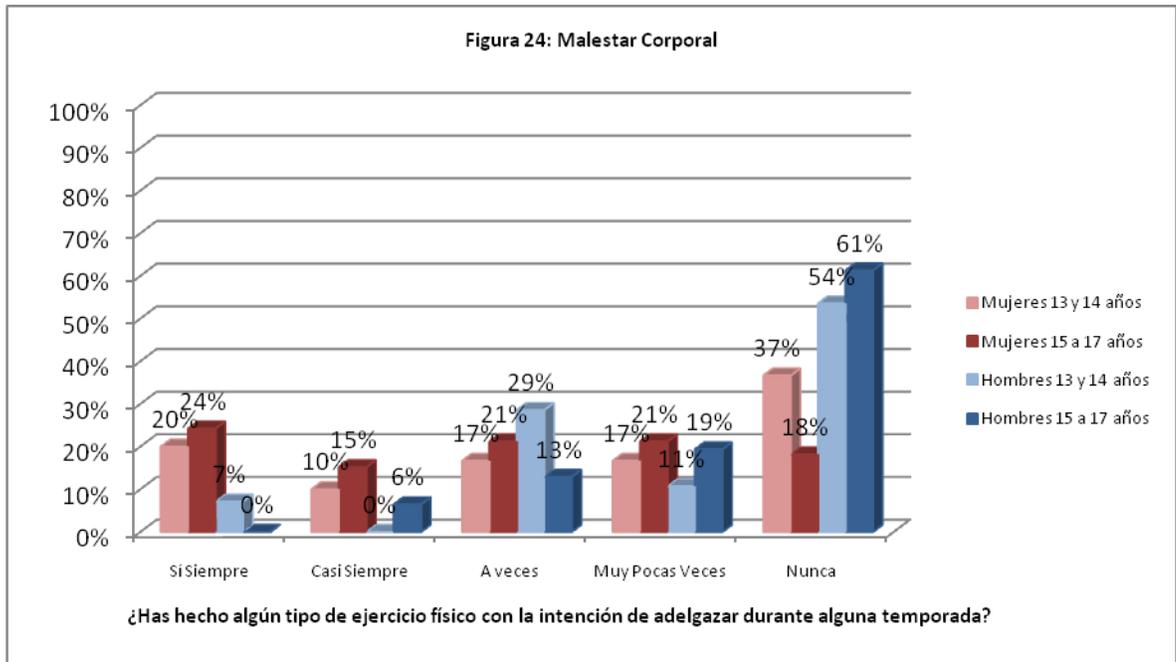
Frente al ítem que evalúa la angustia si alguien le dice “rellenito/a” o “gordito/a” o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo, un 33% de las chicas de 13 y 14 años se sienten angustiadas *siempre* o *casi siempre* (23% siempre, 10% casi siempre), un 40% lo siente *a veces*. Esta situación aumenta en un pequeño porcentaje en las adolescentes de mayor edad, ya que un 35% lo siente entre *siempre* o *casi siempre* y un 26% *a veces*.

En el caso de los adolescentes varones de 13 y 14 años, un 61%, es decir la mayoría no lo siente *nunca*, habiendo un 35% que lo siente *a veces* o *muy pocas veces* (14% y 21% respectivamente). Sucede algo parecido en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, donde la mayoría se sitúa entre los que *nunca* siente angustia, el 57% de los mismos, un 40% lo siente *a veces* o *muy pocas veces* (Figura 22).



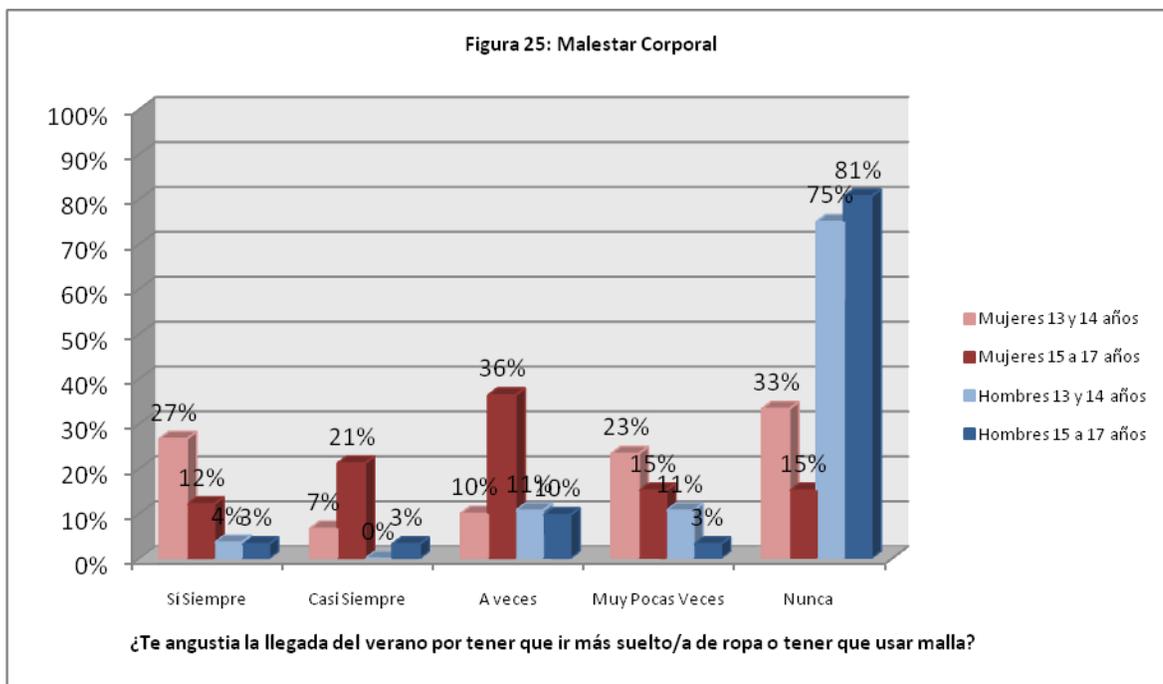
En cuanto a la preocupación por el excesivo tamaño de los pechos y/o abdomen, la mayoría de las adolescentes de 13 y 14 años, el 43%, *nunca* se preocupan por el tamaño de estas partes del cuerpo, un 37% se preocupa *a veces* o *muy pocas veces*. En cambio, en las mujeres de 15 a 17 años, el 27% se preocupa *siempre* o *casi siempre*, y un 42% se preocupa *a veces* o *muy pocas veces* (15% y 27% respectivamente).

El 57% de los adolescentes de 13 y 14 años, *nunca* se preocupan, mientras que un 36% lo hace *a veces* o *muy pocas veces*; en el caso de los adolescentes de mayor edad, la mayoría, es decir el 74% se sitúa entre los que *nunca* se sienten preocupados por el tamaño del pecho y/o abdomen (Figura 23).



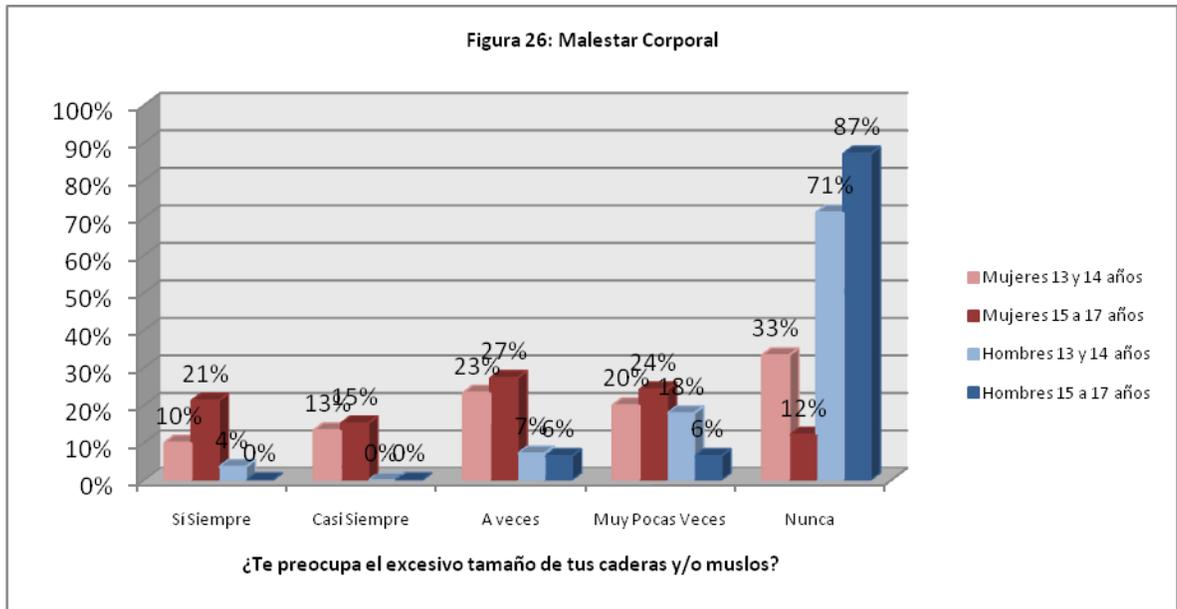
La figura 24 evalúa la posibilidad de realizar algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada, frente a este ítem, un 30% de las adolescentes de 13 y 14 años, se ubican entre las que *siempre* o *casi siempre* realizan algún tipo de ejercicio, un 34% lo hace *a veces* (17%) o *muy pocas veces* (17%). En el caso de las adolescentes de 15 a 17 años, esto parece aumentar, ya que un 39% afirma hacerlo *siempre* o *casi siempre* y un 42% *a veces* o *muy pocas veces* (21% y 21% respectivamente).

En cuanto a los adolescentes varones, tanto en el caso de los de 13 y 14 años, como en los de 15 a 17 años, la mayoría, el 54% de los de menor edad y el 61% de los de mayor edad, se ubican entre los que *nunca* realizan algún tipo de ejercicio físico con el objetivo de adelgazar. Un 40% de los adolescentes de 13 y 14 años se ubican entre lo que *a veces* o *muy pocas veces* realizan algún tipo de ejercicio físico, contra un 32% de los varones de 15 a 17 años.



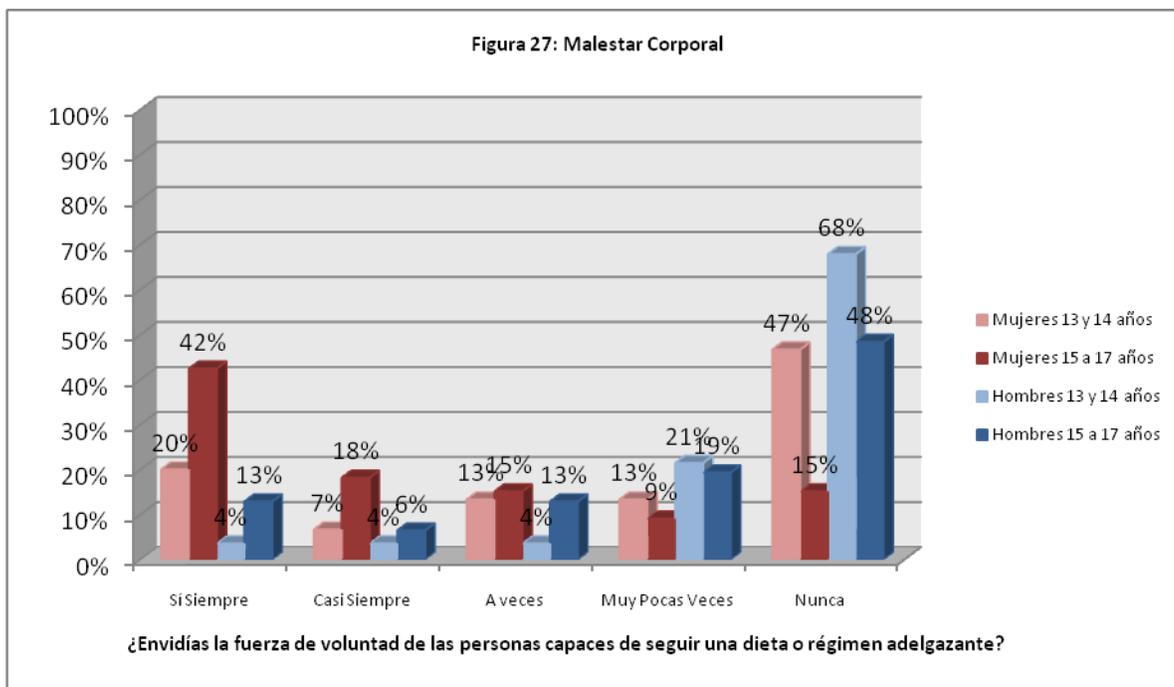
El presente ítem evalúa la angustia por la llegada del verano por tener que ir más suelto de ropa o tener que usar malla, el 34% de las adolescentes de 13 y 14 años sienten angustia *siempre* (27%) o *casi siempre* (7%) y un 33% *a veces* o *muy pocas veces* (10% y 23% respectivamente). En las adolescentes de 15 a 17 años el 33% siente angustia *siempre* o *casi siempre* (12% y 21% correspondientemente), el 36% lo siente *a veces* y el 11% *muy pocas veces*.

La mayoría de los adolescentes de 13 y 14 años, el 75% se ubica entre los que *nunca* sienten angustia, aumentando este porcentaje en el caso de los adolescentes de mayor edad, que alcanzan un 81% de los que *nunca* sienten angustia por la llegada del verano (Figura 25).



La figura 26 evalúa la excesiva preocupación por el tamaño de ciertas partes del cuerpo, en este caso de las caderas y muslos. El 23% de las chicas de 13 y 14 años se preocupa *siempre* o *casi siempre* y un 43% lo hace *a veces* o *muy pocas veces* (23% y 20% correspondientemente), se observa una concentración mayor en estas respuestas en el caso de las adolescentes de mayor edad, alcanzando un 36% entre las que se preocupan *siempre* o *casi siempre* (21% y 15% respectivamente) y un 51% que lo hacen *a veces* (27%) o *muy pocas veces* (24%).

En el caso de los adolescentes varones, el 71%, es decir la mayoría, se ubican entre los que *nunca* sienten tal preocupación, aumentando este porcentaje entre los adolescentes de 15 y 17 años que alcanzan un 87%.

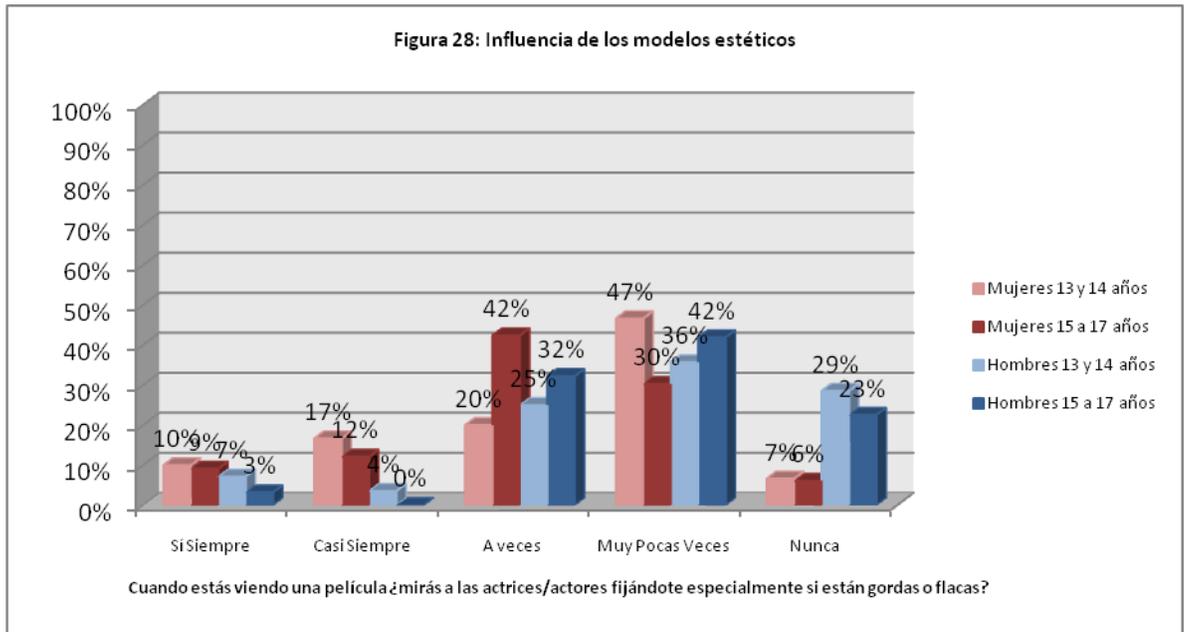


Con respecto al último ítem del factor que evalúa el malestar corporal, el cual evalúa la envidia frente a la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante, un 47% de las chicas de 13 y 14 años, se ubica entre las que *nunca* sienten envidia, existiendo una significativa diferencia con respecto a las adolescentes de 15 a 17 años ya que el 42% se ubica en el opuesto de las anteriores, es decir, en las que *siempre* sienten envidia frente a la fuerza de voluntad.

En cuanto a los varones, el 68% de los de 13 y 14 años se sitúan en los que *nunca* sienten envidia, disminuyendo este porcentaje entre los de 15 a 17 años, que alcanzan un 48%, un 32% de los mismos, se sitúan entre los que *a veces* (13%) o *muy pocas veces* (19%) sienten envidia (Figura 27).

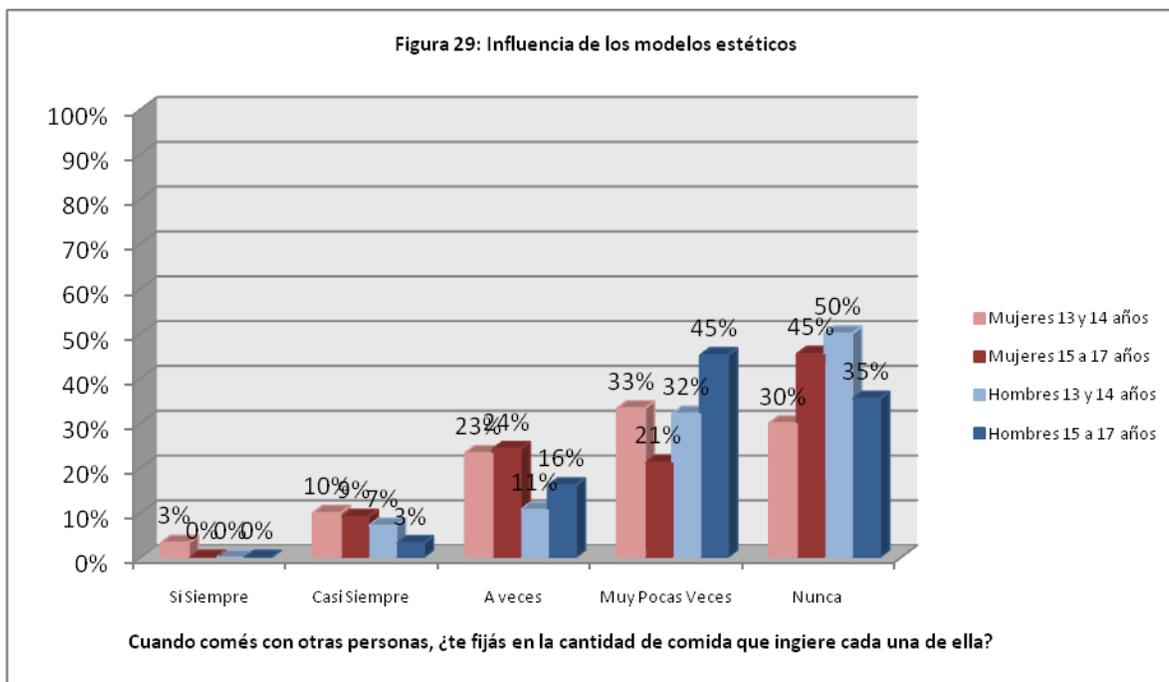
A continuación se describirán los porcentajes correspondientes a los ítems que componen el tercer factor, es decir, el que investiga la influencia de los modelos estéticos.

5.1. c. Influencia de los modelos estéticos



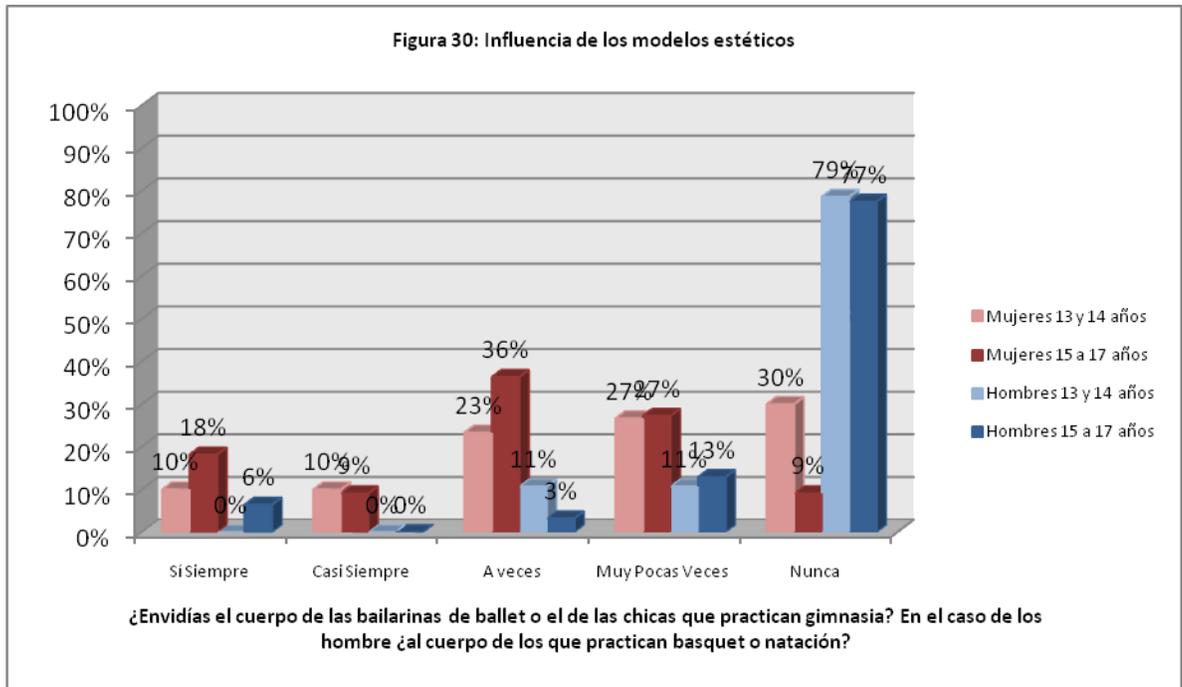
La figura 28 indaga acerca de si los adolescentes miran a las actrices/actores fijándose especialmente si están gordas o flacas, el 47% de las adolescentes de 13 y 14 años afirman hacerlo *muy pocas veces*, el 20% lo hace *a veces*, y un 27% lo hace *siempre* o *casi siempre* (10% y 17% respectivamente). En el caso de las mujeres de 15 a 17 años aumenta la frecuencia de las que lo hacen *a veces*, alcanzando un 42%, y un 21% lo hace *siempre* o *casi siempre*.

En el caso de los varones de 13 y 14 años, el 25% refiere hacerlo *a veces*, y un 30% *muy pocas veces*, concentrándose por lo tanto la mayoría dentro de estas dos opciones. Lo mismo sucede en el caso de los varones de 15 a 17 años, ya que el 32% lo hace *a veces* y un 42% *muy pocas veces*.



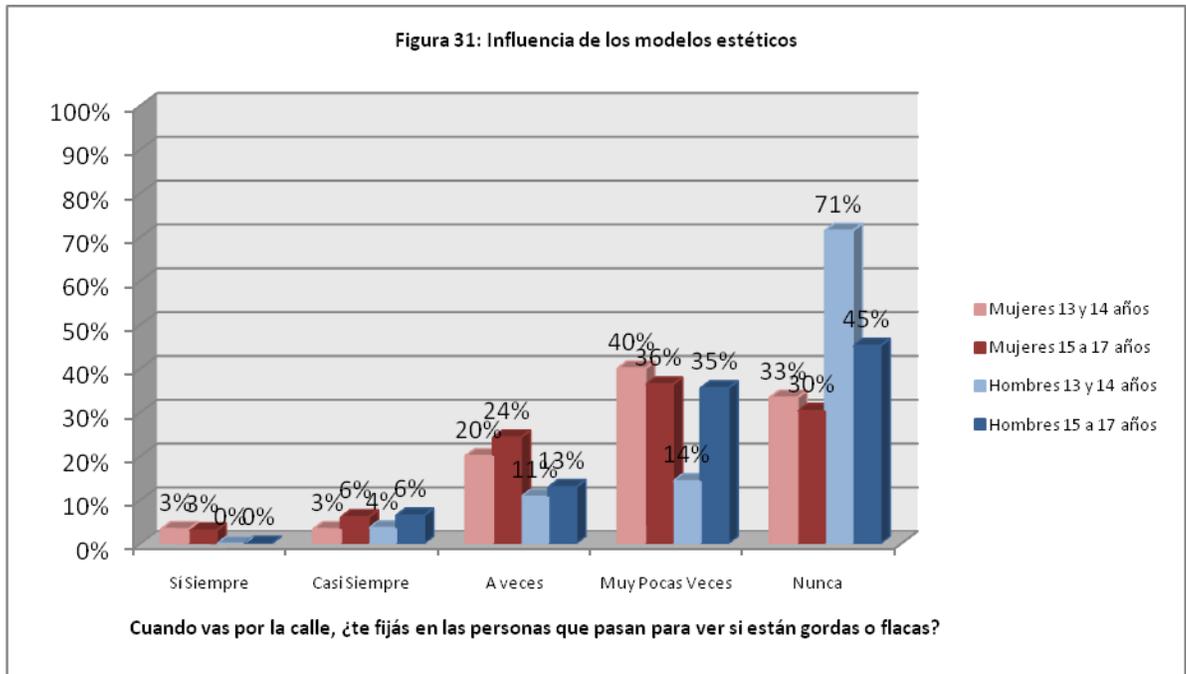
El 56% de las adolescentes de 13 y 14 años afirman que se fijan en la cantidad de comida que ingieren otras personas *a veces* o *muy pocas veces* (el 23% y el 33% respectivamente). En el caso de las adolescentes de 15 a 17 años, la mayoría se ubican dentro de las que *nunca* lo hacen, mientras que el 45% expresa hacerlo *a veces* (24%) o *muy pocas veces* (21%).

Con respecto a los adolescentes hombres de 13 y 14 años, el 50% refieren no hacerlo *nunca*, disminuyendo este porcentaje en los hombres de 15 a 17 años a un 35% y aumentando a un 45% el de los que afirman que lo hacen *muy pocas veces* y un 16% *a veces* (Figura 29).



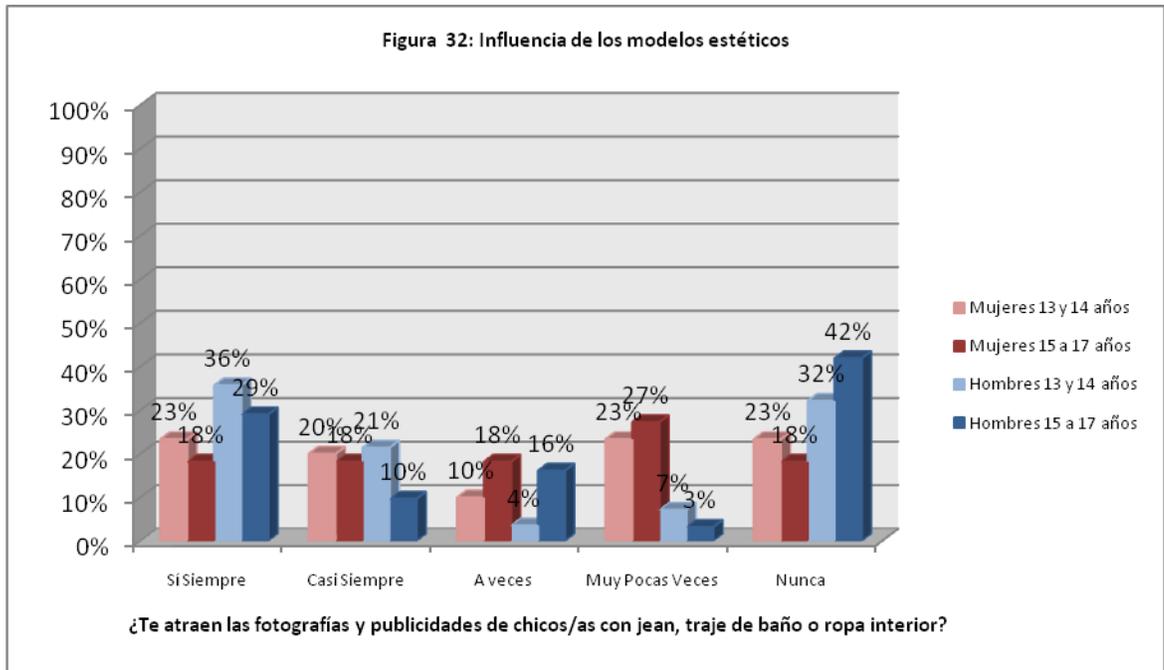
En cuanto a la envidia por el cuerpo de las personas que realizan algún tipo de ejercicio físico, como es el caso de las bailarinas de ballet o de las que practican gimnasia rítmica en el caso de las chicas o básquet o natación en el caso de los chicos, el 20% de las adolescentes de 13 y 14 años consideraron que *siempre* o *casi siempre* sienten envidia, mientras que la mayoría de las mismas se ubican dentro de las que sienten envidia *a veces* o *muy pocas veces* (23% y 27% correspondientemente). En el caso de las adolescentes de 15 a 17 años, el porcentaje aumenta en las que sienten envidia *siempre* (18%) o *casi siempre* (9%) alcanzando un 27%, y lo mismo sucede entre las que lo sienten *a veces* o *muy pocas veces* logrando un 63%.

La mayoría de los adolescentes de 13 y 14 años se ubican en los que *nunca* sienten envidia por el cuerpo de los deportistas, alcanzando un 79%, no existiendo diferencias significativas con respecto a los varones de 15 a 17 años, ya que el 77% de los mismos se encuentra dentro de la misma condición (Figura 30).



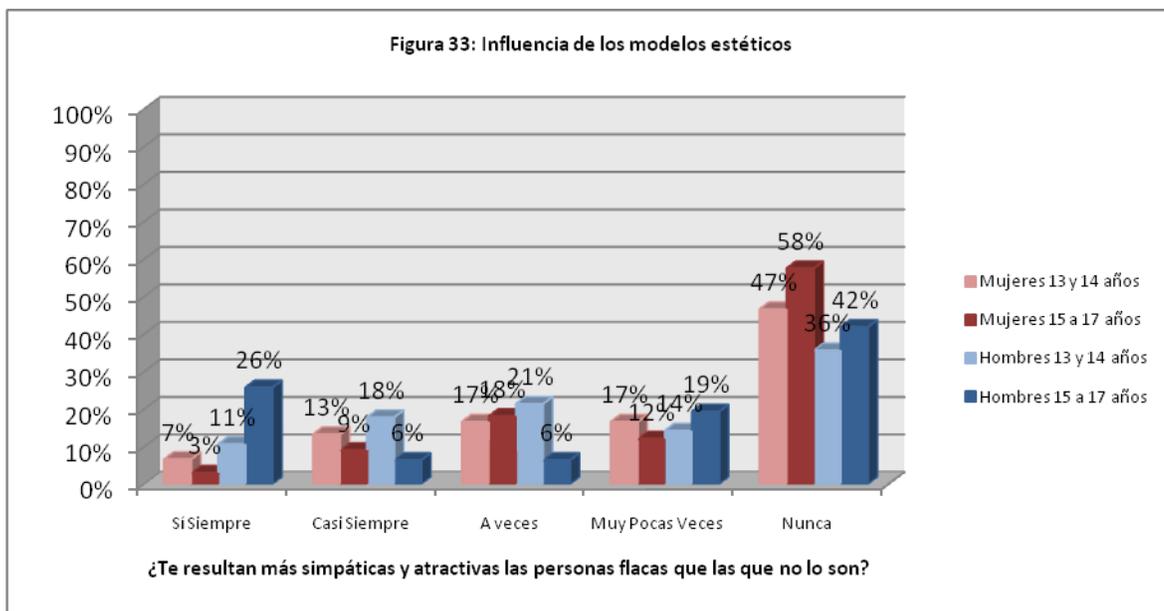
La figura 31 indaga acerca de si los adolescentes se fijan en las personas que pasan por la calle, para ver si están gordas o flacas. En el caso de las adolescentes de 13 y 14 años, la mayoría, es decir el 60% se ubican dentro de las que lo hacen *a veces* (20%) o *muy pocas veces* (40%), no existiendo diferencias significativas con respecto a las de mayor edad, ya que del mismo modo, la mayoría, el 60% se ubican en la misma condición, 24% *a veces*, 36% *muy pocas veces*.

El 71% de los adolescentes de 13 y 14 años no se fija *nunca*, disminuyendo significativamente este porcentaje en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años a un 45%, ubicándose la mayoría dentro de los que lo hacen *a veces* (13%) o *muy pocas veces* (35%).



La figura 32 indaga la atracción por las fotografías de chicos/as con jean, traje de baño o ropa interior, el 43% de las adolescentes de menor edad sienten atracción *siempre* (23%) o *casi siempre* (20%), en el caso de las adolescentes de 15 a 17 años a un 18% le atrae *siempre* y a otro 18% *casi siempre*, mientras que la mayoría, es decir el 45% se siente atraída *a veces* o *muy pocas veces* (18% y 27% respectivamente).

En el caso de los adolescentes varones, un 36% de los de 13 y 14 años siente atracción *siempre* y un 21% *casi siempre*, logrando un 57%, un 29% de los adolescentes de 15 a 17 años sienten atracción *siempre*, y un 10% *casi siempre*, alcanzando un 39%, es decir que disminuye a mayor edad.

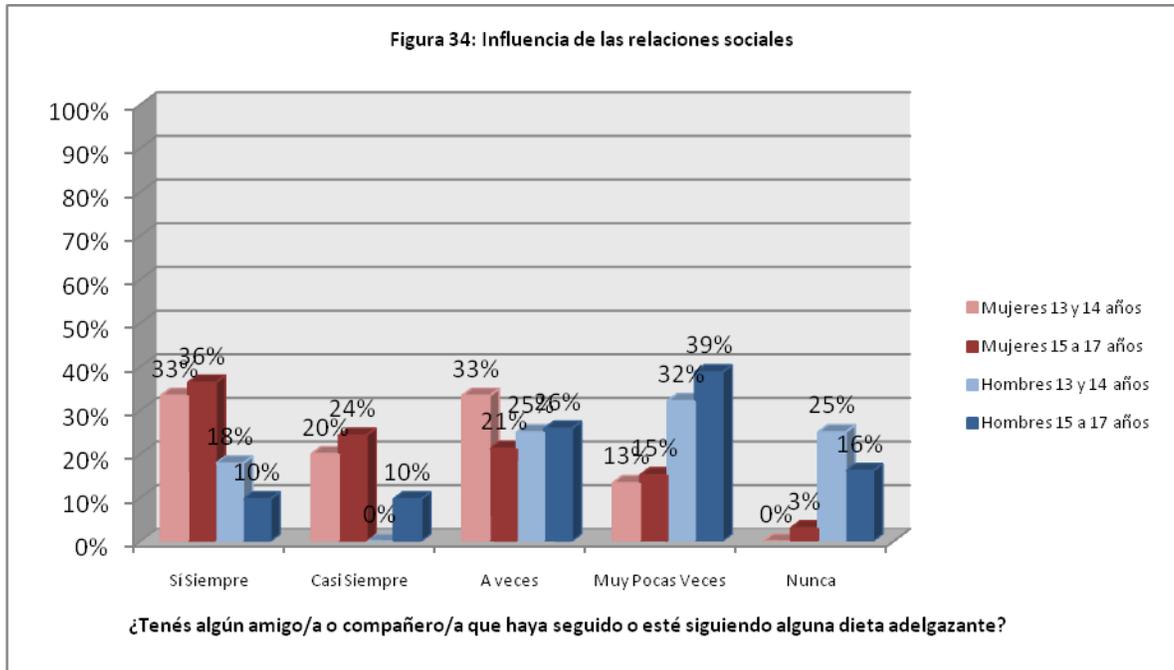


El 47% de las adolescentes de 13 y 14 años no le resultan más simpáticas y atractivas las personas flacas que las que no lo son, este porcentaje aumenta en las adolescentes de 15 a 17 años, ubicándose un 58% dentro de las que *nunca* les resulta más simpáticas y atractivas.

En cuanto a los adolescentes varones de 13 y 14 años, un 29% sienten mayor atracción *siempre* o *casi siempre* (11% y 18% respectivamente), y un 35% sienten atracción *a veces* (21%) o *muy pocas veces* (14%), en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, hay una mayor concentración dentro de los que *nunca* sienten atracción, un 42% del total, mientras que un 25% sienten mayor atracción *a veces* o *muy pocas veces* (6% y 19% correspondientemente) (Figura 33).

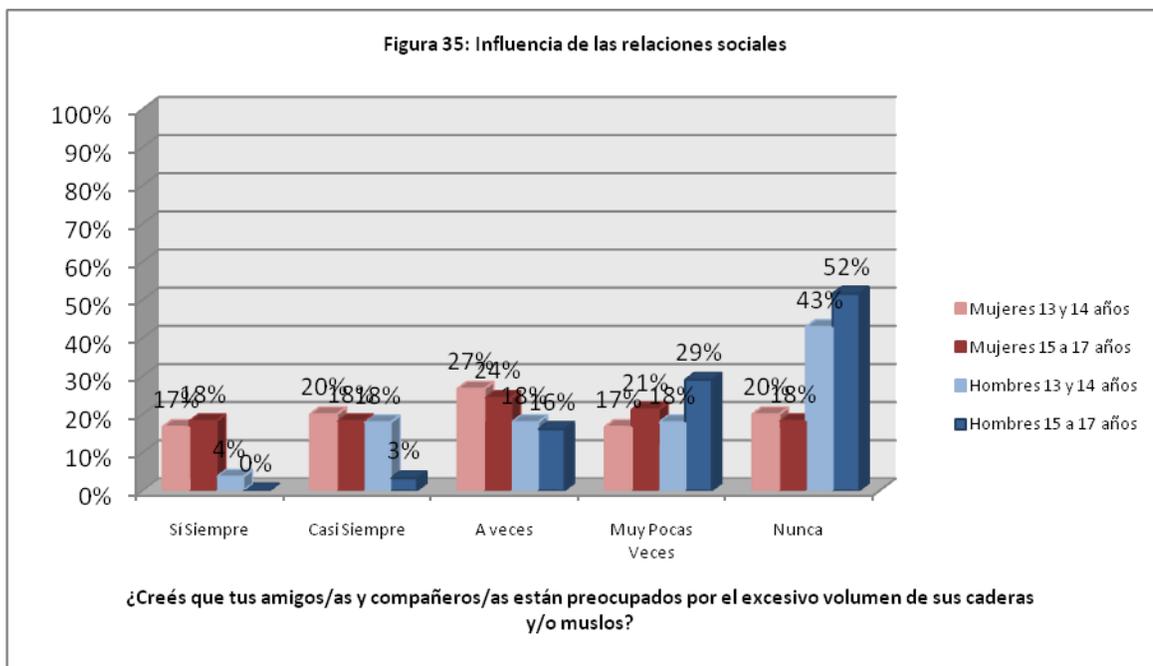
A continuación se presentarán y analizarán los resultados obtenidos en los ítems que corresponden al último factor que evalúa el CIMEC-40, correspondiente a la influencia de las relaciones sociales.

5.1. d. Influencia de las relaciones sociales



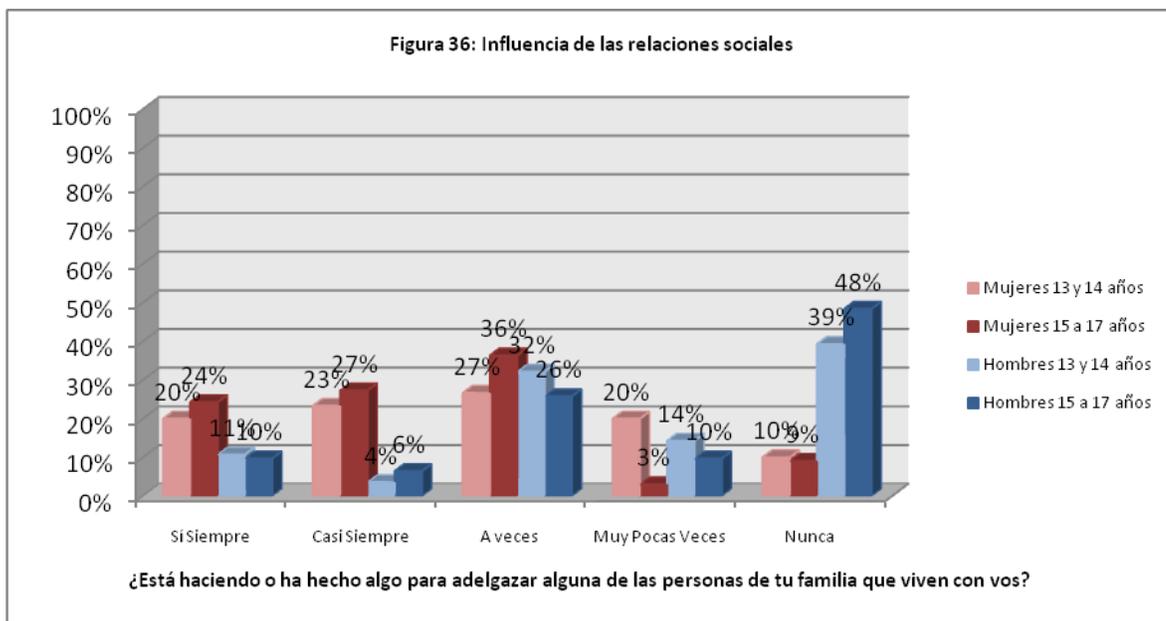
El 53% de las adolescentes de 13 y 14 años, afirmó tener algún amigo/a o compañero/a que haya o esté siguiendo alguna dieta adelgazante (33% siempre, 20% casi siempre), el porcentaje aumenta en las adolescentes de 15 a 17 años, ubicándose el 60% del total (36% siempre y 24% casi siempre).

La mayoría de los adolescentes varones, se concentran dentro de los que *a veces* o *muy pocas veces* ha tenido algún amigo/a o compañero/a que haya seguido alguna dieta adelgazante, el 46% de los de 13 y 14 años y aumentando al 65% de los de 15 a 17 años (Figura 34).



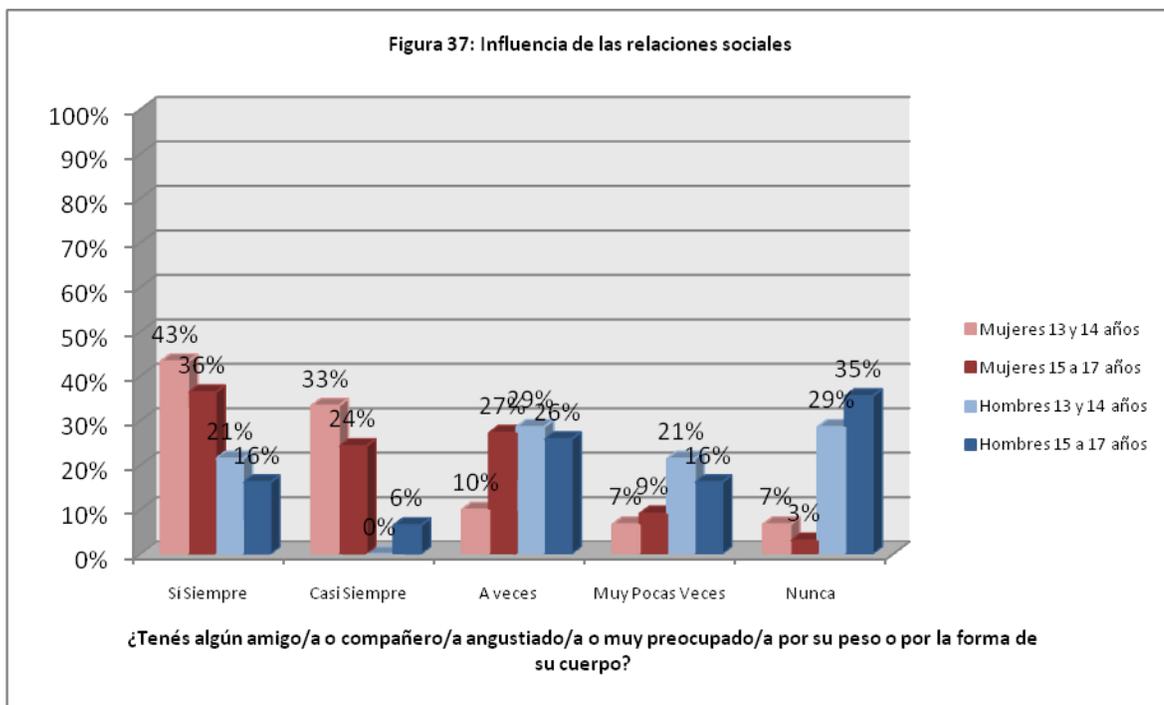
La figura 35 expone que el 37% de las adolescentes de 13 y 14 años creen que sus amigos/as y/o compañeros/as están preocupados por el excesivo volumen de sus caderas y/o muslos *siempre* o *casi siempre* (17% y 20% correspondientemente), el 44% del total cree que *a veces* o *muy pocas veces*, no existiendo significativas diferencias con las adolescentes de 15 a 17 años, ya que un 36% cree tener *siempre* (18%) o *casi siempre* (18%) y un 45% expresó creerlo *a veces* (24%) o *muy pocas veces* (21%).

El 43% de los adolescentes de 13 y 14 años cree no tener ningún amigo/a o compañero/a preocupado por el tamaño de sus caderas y/o muslos, aumentando esta creencia en los adolescentes de 15 a 17 años que alcanzan un 52% del total de la muestra.



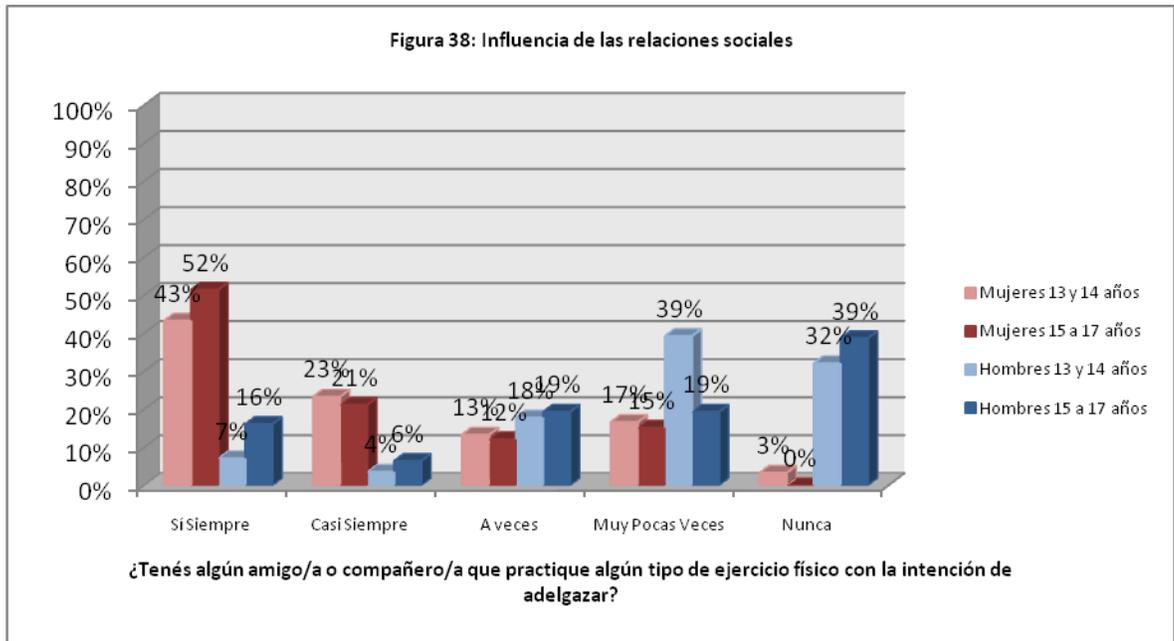
El 43% de las chicas de 13 y 14 años expresó estar haciendo o haber hecho algo para adelgazar alguna de las personas de la familia *siempre* (20%) y *casi siempre* (23%), un 47% del total expresó que lo han hecho *a veces* (27%) y *muy pocas veces* (20%), existiendo algunas diferencias a mayor edad, ya que un 51% de las chicas de 15 a 17 años afirmó *siempre* (24%) o *casi siempre* (27%).

Un 32% de los adolescentes de 13 y 14 años afirmó que *a veces* ha tenido algún familiar que ha hecho algo para adelgazar, disminuyendo este porcentaje a un 26% en el caso de los chicos de 15 a 17 años y aumentando el grupo de los que *nunca* han tenido algún familiar a un 48% contra un 39% de los de menor edad (Figura 36).



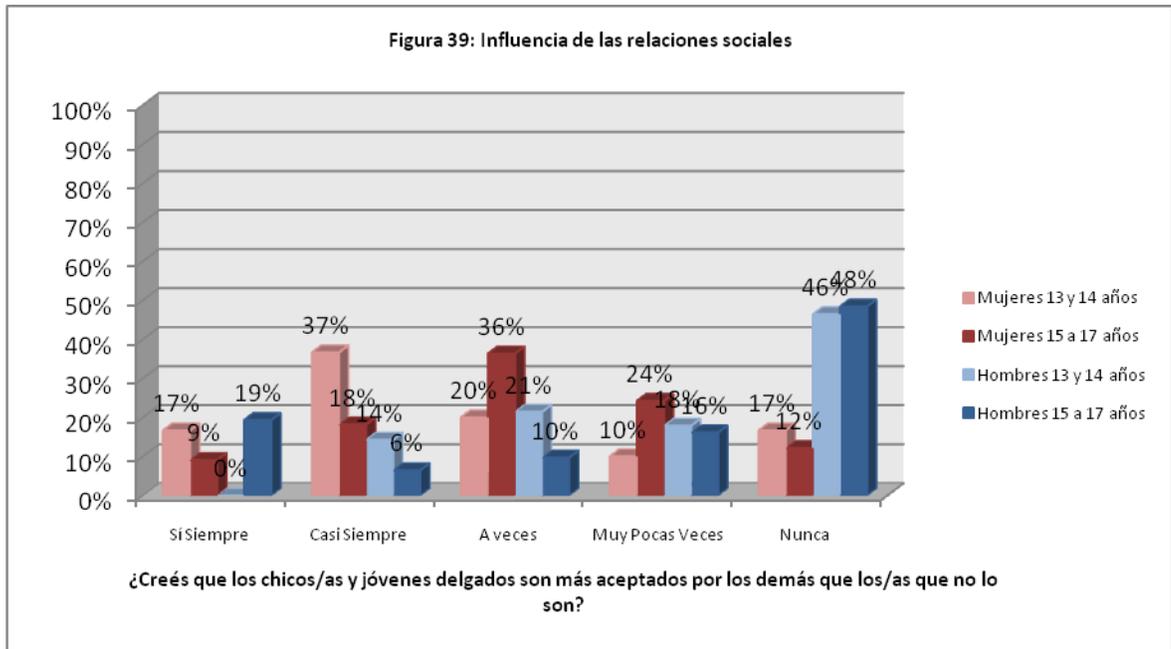
El 76% de las adolescentes afirmó tener algún amigo/a o compañero/a angustiado/a o muy preocupado/a por su peso o la forma de su cuerpo (*siempre* 43% y *casi siempre* 33%), el 60% de las adolescentes de 15 a 17 años afirmó la misma condición (*siempre* 35% y *casi siempre* 24%).

El 50% de los varones de 13 y 14 años se ubica dentro de los que *a veces* (29%) o *muy pocas veces* (21%), continuando con esta concentración un 42% en el caso de los varones de 15 a 17 años: *a veces* (26%) y *muy pocas veces* (16%) (Figura 37).



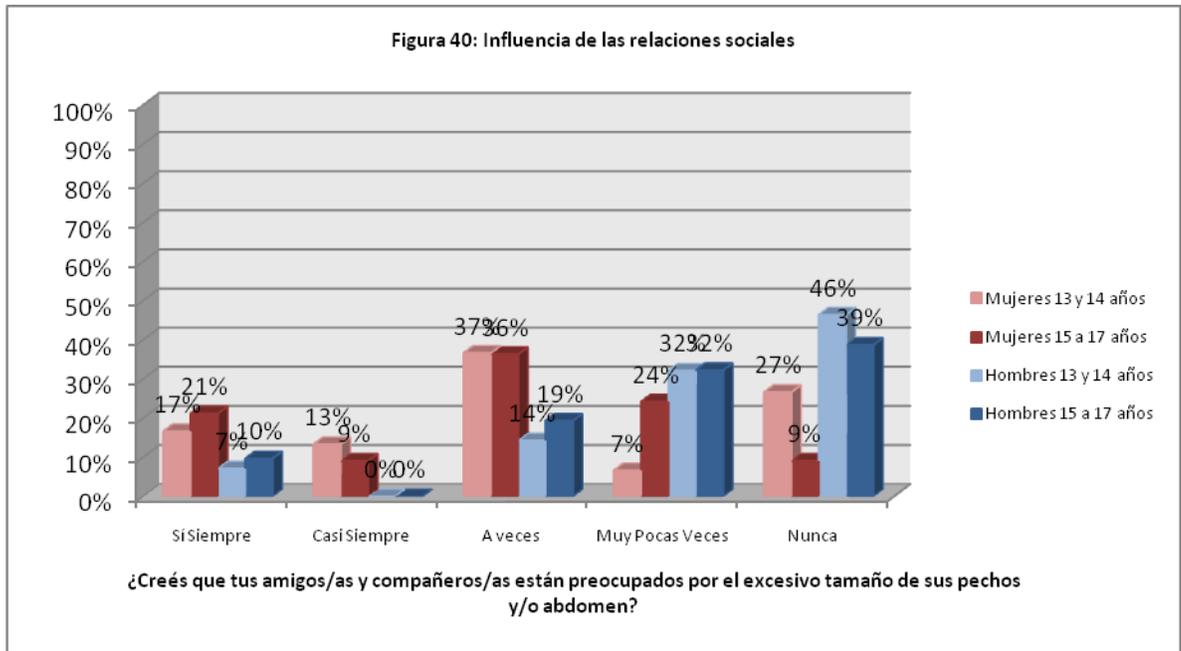
La figura 38 indaga si los adolescentes tienen algún amigo/a o compañero/a que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar, a lo cual el 66% del total de las adolescentes de 13 y 14 años afirman tener alguno (*siempre* 43% y *casi siempre* 23%), aumentando este porcentaje a mayor edad, ya que el 73% de las adolescentes de 15 a 17 años se ubican dentro de esta posición.

En el caso de los varones de 13 y 14 años, la mayoría, el decir el 58% se concentra en los que *a veces* (18%) o *muy pocas veces* (39%) han tenido algún amigo que practique algún tipo de ejercicio físico, disminuyendo este porcentaje en los adolescentes de mayor edad, que alcanzan un 38% (19% *a veces*, 19% *muy pocas veces*) y aumentando el de los que *nunca* (39%) tuvieron o tienen algún amigo que practique ejercicio físico con la intención de adelgazar.



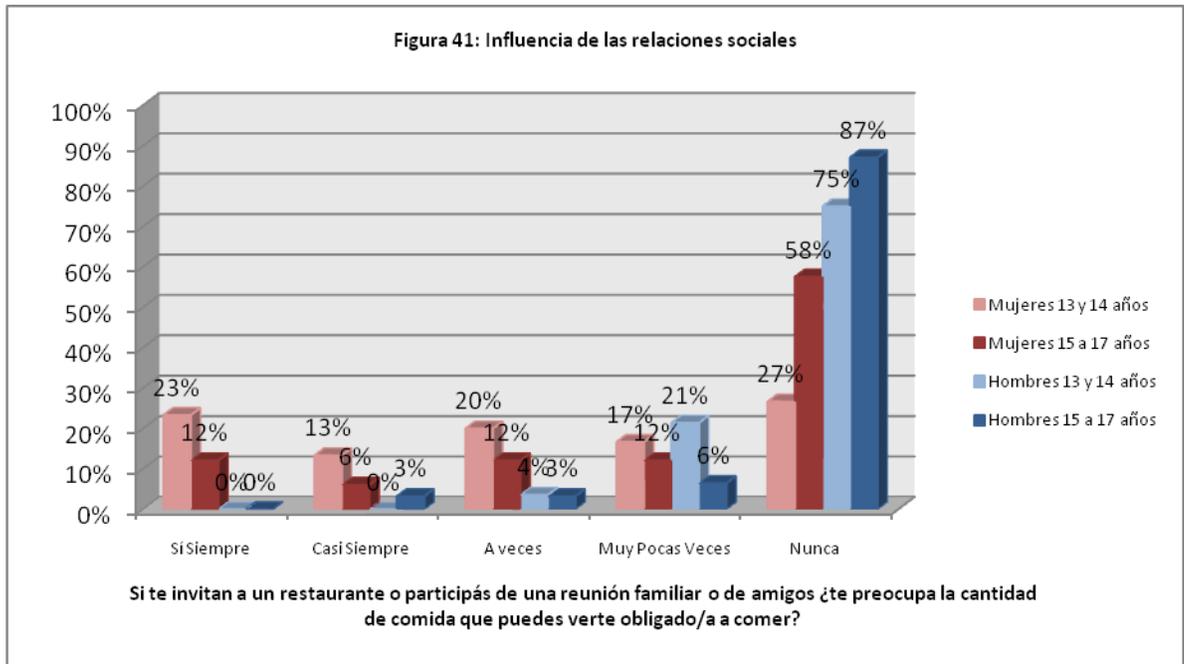
Con respecto a la creencia de que los jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los/las que no lo son, el 54% del total de las adolescentes de 13 y 14 años afirman esta condición: *siempre* 17% y *casi siempre* 37%, disminuyendo esta creencia en las chicas de mayor edad, ya que sólo el 27% del total de la muestra tiene esta creencia: *siempre* 9% y *casi siempre* 18%.

El 39% del total de los adolescentes de 13 y 14 años se ubican dentro de los que contestaron *a veces* (21%) y *muy pocas veces* (18%), disminuyendo este porcentaje en los chicos de 15 a 17 años, que alcanzan un 26% dentro de estas respuestas: *a veces* 10% y 16% *muy pocas veces* (Figura 40).



El 30% de las adolescentes de 13 y 14 años creen que sus amigas/os o compañeros/as están preocupado por el excesivo tamaño de sus pechos y/o abdomen: *siempre* 17% y *casi siempre* 13%, un 37% de la muestra afirmó *a veces*, no existiendo significativas diferencias con respecto a las adolescentes de 15 a 17 años, que un 30% creen tener algún amigo/a (*siempre* 21% y *casi siempre* 9%) y un 36% contestó *a veces*.

En el caso de los varones, el 46% de los de 13 y 14 años dijo *nunca* tener o haber tenido, disminuyendo con respecto a la edad, ya que los de 15 a 17 años alcanzar un 39% dentro de esta condición, la mayoría se concentro en los que *a veces* (19%) o *muy pocas veces* (32%), es decir un 51% del total (Figura 39).



El 27% de las adolescentes de 13 y 14 años afirman *nunca* preocuparse por la cantidad de comida que puede verse obligada a comer si la invitan a un restaurante o participa de una reunión, sin embargo un porcentaje similar, el 23% total de la muestra, se ubica en el otro extremo, es decir dentro de las que *siempre* están preocupadas por la cantidad de comida que pueden verse obligadas a comer. En el caso de las adolescentes de mayor edad, este porcentaje aumenta significativamente en las adolescentes de 15 a 17 años, ubicándose un 58%, es decir la mayoría, dentro de las que *nunca* se preocupan por esta situación.

En los varones, la mayor concentración se observa dentro de las que *nunca* se ven preocupados por esta circunstancia, ubicándose un 75% de los adolescentes de 13 y 14 años y un 87% de los de 15 a 17 años (Figura 41).

5.2. Confiabilidad y validez de la escala

Teniendo en cuenta que el instrumento que se utilizó en la presente investigación, el CIMEC-40, es oriundo de otro país diferente al nuestro, se procedió a aplicar estadísticas para obtener la confiabilidad y validez del mismo. Para cumplir con dicho objetivo, se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

La *confiabilidad (o fiabilidad)* se refiere a la exactitud (consistencia y estabilidad) de la medición de un test. Por lo tanto, la fiabilidad nos informa de la cuantía de error de un instrumento de medida, por lo que a mayor fiabilidad, menor error, y por tanto más exacto o preciso será el test elegido. La *confiabilidad* es analizada desde el punto de vista de la consistencia interna del instrumento, a partir de la aplicación del denominado *Alpha de Cronbach* (Escalante Gómez y Caro Martín, 2002).

Teniendo en cuenta que en las ciencias sociales el valor mínimo deseable del Alpha de Cronbach para poder considerar fiable a una escala es de 0,67, es posible decir que del análisis del Cuestionario de Influencias de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC) en una muestra de estudiantes mendocinos, se puede afirmar que el instrumento mostró una excelente consistencia interna, ya que dio como puntaje 0,929 (Tabla 1), semejante a la señalada por Toro y cols., quienes establecieron un alpha de 0,94 para su grupo de anoréxicas, y de 0,92 para su grupo control.

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,929	40

Si se observa la siguiente tabla (Tabla 2), en la columna “Correlación elemento-total corregida” (índice de homogeneidad corregido), se puede ver que de los 40 ítems que la componen 2 de ellos se encuentran marcados con rojo (los que se encuentran debajo de 0,20 - parámetro aceptado por Psicotema-) esto indicaría que el índice de homogeneidad es apropiado, salvo en dichos 2 ítems, es decir que existe escasa relación entre los ítems seleccionados y los restantes. Observando la columna siguiente (Alpha de Cronbach si se elimina el elemento) se observa que el *Alpha de Cronbach* ascendería si se elimina tales elementos. En el caso de eliminarse el ítem 38 el *Alpha de Cronbach* aumentaría a 0,930 y en el caso de eliminarse el ítem 39 ésta alcanzaría el 0,934. En este caso, tales ítems se dejan como parte del informe y se propone observarlos en muestras futuras.

Tabla 2. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
V1	80,62	598,964	,414	,928
V2	79,98	592,777	,424	,928
V3	81,19	606,931	,287	,929
V4	81,08	586,125	,554	,927
V5	80,84	580,072	,555	,927
V6	81,51	596,731	,461	,928
V7	80,25	579,013	,670	,926

V8	81,80	600,457	,514	,927
V9	81,62	602,650	,417	,928
V10	81,56	605,323	,347	,929
V11	81,01	578,868	,659	,926
V12	81,28	598,021	,485	,928
V13	81,30	592,775	,488	,927
V14	81,72	603,591	,480	,928
V15	81,80	601,933	,601	,927
V16	81,23	577,071	,684	,925
V17	80,74	575,683	,667	,925
V18	80,67	591,181	,441	,928
V19	81,00	573,917	,691	,925
V20	81,17	584,325	,578	,926
V21	81,82	613,901	,201	,929
V22	80,82	580,480	,577	,926
V23	81,45	592,696	,510	,927
V24	80,31	588,927	,459	,928
V25	80,98	577,330	,627	,926
V26	81,41	583,120	,646	,926
V27	79,89	583,732	,512	,927
V28	81,62	597,278	,551	,927
V29	81,07	573,292	,737	,925
V30	79,99	570,107	,689	,925
V31	80,68	579,872	,516	,927
V32	81,55	591,225	,656	,926
V33	81,78	601,562	,549	,927
V34	80,52	601,706	,272	,930
V35	80,66	593,927	,401	,928

V36	81,75	609,162	,308	,929
V37	80,19	601,906	,226	,931
V38	82,05	619,469	,117	,930
V39	80,87	624,198	-,058	,934
V40	81,29	588,636	,494	,927

A continuación se analizan los resultados referidos a la *validez* del cuestionario.

La validez de un instrumento de medición consiste en la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretenden medir (Escalante Gómez y Caro Martín, 2002).

Se reconocen tres grandes tipos de validez: de contenido, predictiva y de constructo. En la presente investigación se analizará puntualmente la *validez de constructo*. La validez de constructo trata de responder preguntas como: ¿Qué es lo que este test mide en realidad?, o ¿Este instrumento mide en forma adecuada el concepto abstracto en estudio? Este tipo de validez se relaciona más con el atributo subyacente que con los puntajes que produce el instrumento. Según Cronbach y Meehl (1955), citados por Muñiz (2001), “se refiere a la recogida de evidencia empírica que garantice la existencia de un constructo psicológico en las condiciones exigibles a cualquier otro modelo o teoría científica” (Escalante Gómez y Caro Martín, 2002: 173-174).

Para obtener la validez de constructo, se utiliza el análisis factorial. Un requisito para que tenga sentido el análisis factorial es que las variables estén altamente correlacionadas. Para verificar esta condición existe un conjunto de procedimientos, tales como el test de esfericidad de Bartlett y el índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). En función de lo obtenido en la tabla 3, se puede proceder a realizar el análisis factorial.

Tabla 3. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,841
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2625,782
	gl	780
	Sig.	,000

El Análisis Factorial es un procedimiento estadístico-matemático a través el cual es posible expresar un gran número de variables mediante un número menor de dimensiones o constructos comunes a todas ellas (llamados factores), trabajando con sus inter-correlaciones.

Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio. En el análisis exploratorio no se conocen los factores “a priori”, si no que son el resultado del proceso. En el

análisis factorial confirmatorio se propone un modelo, según el cual hay unos factores (cuyo números es menor al de las variables), que representan a las variables originales. Se utilizará cuando se busca la comprobación de hipótesis ya existentes.

En la presente investigación, los factores ya existen, es decir que ya estaban planteados por el autor (4 factores), se trataría de un “estudio confirmatorio”.

Existen bastantes métodos de extracción de factores. Entre los que siguen el principio de intentar explicar la mayor proporción de la variabilidad de los datos, se encuentra el método de los componentes principales, que ha sido utilizado en este caso. Se identifican 11 factores que explican el 69,453 de la varianza total. (Tabla 4).

Tabla 4. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	12,076	30,190	30,190	12,076	30,190	30,190
2	2,640	6,600	36,790	2,640	6,600	36,790
3	2,331	5,826	42,617	2,331	5,826	42,617
4	1,895	4,738	47,354	1,895	4,738	47,354
5	1,507	3,768	51,122	1,507	3,768	51,122
6	1,415	3,539	54,661	1,415	3,539	54,661
7	1,374	3,436	58,097	1,374	3,436	58,097
8	1,254	3,134	61,232	1,254	3,134	61,232
9	1,174	2,936	64,167	1,174	2,936	64,167
10	1,072	2,681	66,848	1,072	2,681	66,848
11	1,042	2,605	69,453	1,042	2,605	69,453
12	,973	2,433	71,886			
13	,913	2,282	74,168			
14	,818	2,044	76,212			
15	,804	2,009	78,221			
16	,744	1,860	80,081			
17	,699	1,747	81,828			
18	,632	1,580	83,408			

19	,559	1,397	84,804		
20	,535	1,337	86,142		
21	,519	1,297	87,439		
22	,483	1,207	88,646		
23	,456	1,140	89,786		
24	,412	1,031	90,817		
25	,388	,970	91,787		
26	,375	,937	92,724		
27	,357	,891	93,616		
28	,334	,834	94,450		
29	,315	,786	95,236		
30	,277	,693	95,929		
31	,249	,621	96,550		
32	,223	,557	97,108		
33	,217	,544	97,651		
34	,192	,480	98,132		
35	,155	,387	98,518		
36	,152	,380	98,898		
37	,129	,323	99,221		
38	,122	,304	99,525		
39	,102	,256	99,782		
40	,087	,218	100,000		

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Gráfico de sedimentación

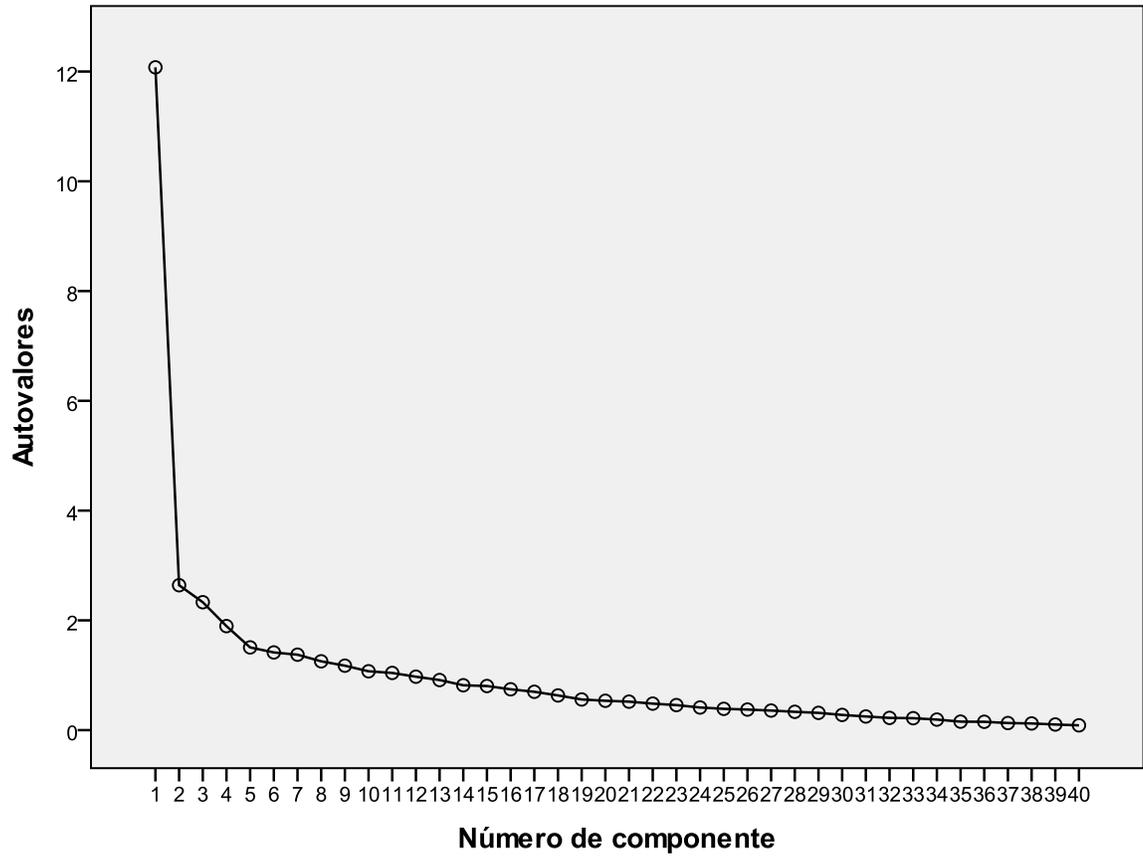


Tabla 5. Matriz de componentes^a

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
V29	,781										
V16	,747					-,339					
V19	,740										
V11	,722	-,375									
V32	,713		,343								
V7	,704										
V17	,702		-,309								-,311
V26	,697										
V30	,676	,427	-,323								
V25	,670										
V15	,652		,478								
V20	,621						,374				
V22	,619					,326					
V5	,610										
V33	,605										
V28	,596			-,433							
V4	,589								,349		
V8	,574		,448				-,342				
V31	,560			-,392							
V23	,556			,380				-,361			
V14	,528	,313	,395								
V13	,527	-,369	-,393								
V40	,510		-,454					,322			
V6	,509					,400			,328		-,303
V27	,505	,432	-,429								
V12	,503			,373							
V24	,487		-,333	-,340							
V9	,477		,309			,391					
V18	,476	,306			-,360					,353	
V1	,461									,320	
V2	,432	,309					-,341				,388

V35	,395	,630							
V34		,572				,328			
V3		,326	,382						
V37				,637					
V39		,335		,544					
V38				,333	,438				
V10	,392					,474			,404
V21							,567	,400	
V36	,328			,325				,593	

Método de extracción: Análisis de los componentes principales. a.11 componentes extraídos.

En el caso donde los ítems saturan en un mismo factor (Tabla 5), se considera el que tiene un valor más alto, si ambos valores son muy cercanos, como son muy parecidos no se sabe en qué factor saturan y no se consideran en el análisis. Respecto a los valores en rojo, los valores son absolutos (independientes del signo). Entonces, el valor en rojo es el que tiene la más alta saturación y habría que considerarlo dentro de ese factor.

Por consiguiente, en base al análisis del Gráfico de Sedimentación y a la Tabla 5 correspondiente a la Matriz de Componentes, los resultados señalarían la existencia de un único factor preponderante, reflejando cierta unidimensionalidad en el cuestionario. A dicho factor predominante podríamos denominarlo "Influencia de los Modelos Estéticos Corporales". En el presente análisis, en cuanto a la validez de constructo, no se encuentra coincidencia entre los resultados arrojados y la división de ítems por factor realizada por el autor del cuestionario. Sin embargo, es necesario llevar a cabo otros estudios complementarios para confirmar esta última afirmación.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente sección se abordarán y distinguirán los resultados más relevantes, obtenidos en cada una de las dimensiones indagadas; a saber: influencia de las publicidades, malestar corporal, influencia de los modelos estéticos e influencia de las relaciones sociales. Todas las preguntas del cuestionario hacen referencia a conductas y actitudes relacionadas con el cuerpo o con las posibles influencias de diferentes agentes sociales, influencias que muestran sus efectos en la insatisfacción corporal. Es decir que todas estas preguntas hacen referencia a factores de riesgo, ya sean inmediatos o remotos, relacionado con los desordenes de la alimentación.

6.1. Influencia de la Publicidad

Como ya se dijo en secciones anteriores, no son pocas las vías de acceso al mundo de la “perfección”. La publicidad se ha convertido en el medio más fácil y accesible para el alcance de todos. Las ventas de productos dietéticos se han incrementado en los últimos años en un 400% (Toro, 2001). A esto se hace necesario sumarle un hecho que posee trascendencia en dicha investigación, y es que el público al que apuntan la mayoría de las publicidades es mayoritariamente adolescente, y más predominantemente femenino, aquel al cual van dirigido la mayoría de los productos.

A continuación se comenzará con el análisis de los distintos ítems correspondientes al factor que evalúa las influencias de la publicidad.

En cuanto a las publicidades de televisión que anuncian productos adelgazantes, la mayoría de las mujeres de entre 13 y 14 años, el 60% del total de la muestra, afirma que *nunca* llaman su atención, lo mismo sucede en el caso de los varones de igual edad, ya que el 79% refirió esta misma conducta. A la edad de los 15 a 17 años, en el género masculino, se mantiene estable esta conducta (81%), a diferencia del género femenino, en el cual esta tendencia comienza a disminuir, ya que al tener en cuenta las respuesta *siempre, casi siempre, algunas veces y muy pocas veces*, el 57% de las chicas, es decir la mayor parte de la muestra, afirmó sentirse atraída por estas publicidades, considerando que el “muy pocas veces” podría significar “al menos una vez”. El mismo efecto se produce en el caso de las publicidades de productos adelgazantes que anuncian las vidrieras de las farmacias, ya que el 80% de la muestra total de las adolescentes de menor edad consideraron no llamarles *nunca* la atención, disminuyendo este porcentaje a un 55% en el caso de las chicas de mayor edad; en cuanto a los varones, el 93% de los de 13 y 14 años y el 90% de los de 15 a 17 años se ubicaron dentro de los que *nunca* sienten atracción en relación a dichas publicidades. En el caso de las publicidades de productos adelgazantes que aparecen en las revistas, el 67% de las chicas de 13 y 14 años contestaron que *nunca* les atraen, a diferencia de las chicas de mayor edad, donde la mayor parte de la muestra, el 58% se ubica entre las que miran tales publicidades entre *siempre, casi siempre, a veces y muy pocas veces*. Con respecto a los varones, el 89% de los chicos de 13 y 14 años refirieron no sentirse atraídos *nunca* y un 97% de los de 15 a 17 años se ubicaron en la misma posición.

Se puede concluir entonces, que en esta muestra, la tendencia a sentirse atraído por las publicidades de productos adelgazantes parece mantenerse constante en el caso de los varones, siendo muy bajo el porcentaje de los que sí se sienten atraídos, mientras que en el caso de las mujeres parece aumentar su frecuencia a mayor edad. Es posible asociar éste fenómeno, al hecho de que las mayorías de las publicidades son destinadas al género femenino. Otro dato significativo a tener en cuenta, es que las publicidades que aparecen en la televisión, son aquellas que llamarían más la atención tanto de mujeres como de varones, mientras que las que aparecen en las revistas llaman más la atención de las chicas, y en el caso de las publicidades de las vidrieras de las farmacias parecen ser las menos llamativas para cualquier de los dos géneros.

En cuanto a los efectos que los mensajes publicitarios pueden tener sobre la conducta de los adolescentes, se encontró que con respecto a sentir ganas de consumir bebidas bajas en calorías cuando ven u oyen alguna publicidad dedicadas a ellas, la mayor parte de la muestra de mujeres de 13 y 14 años, el 80%, se situó dentro de los que no sienten ganas *nunca*, a diferencia del caso de las chicas de entre 15 y 17 años, en el que el mayor porcentaje, el 52% afirmó sentir ganas *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*. En el caso de los varones, la mayor parte de la muestra en ambas edades se situó dentro de los que *nunca* sienten ganas de consumir luego de exponerse a alguna publicidad, el 71% de los chicos de 13 y 14 años y el 81% de los de 15 a 17 años.

Continuando con los efectos de las publicidades sobre las conductas de los adolescentes, se halló que frente a las publicidades de cremas adelgazantes, el 77% de las chicas de 13 y 14 años, afirmaron no sentir *nunca* ganas de usar una crema cuando ven u oyen dichas publicidades, mientras que a los 15, 16 y 17 años, el 64% afirmó sentir ganas *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*. Con respecto a los adolescentes varones, parece no presentarse diferencias, ya que el 96% de los chicos de 13 y 14 años y el 94% de los de 15 a 17 años, no sienten ganas de usar tales productos *nunca*.

En resumen, el género femenino se ve mayormente influenciado por las publicidades en comparación con el género masculino que parece mantenerse poco receptivo a las mismas. Sin embargo dentro del género femenino, se observan diferencias significativas en relación a la edad, ya que se encontró que a mayor edad, mayor es el efecto de los mensajes publicitarios en la conducta de las adolescentes. En otras investigaciones, realizadas por Toro, Gila, Castro, Pombo y Guete (2005), en un grupo de estudiantes españoles, se obtuvieron resultados similares, es decir que también fueron las mujeres aquellas que puntuaron más alto con respecto a la atracción de publicidades que anuncian productos para controlar el peso o adelgazantes.

Es posible observar cierta constancia en los resultados, ya que también se halló que frente al sentir ganas de seguir alguna dieta adelgazante cuando ven u oyen una publicidad dedicada a esos productos, el 63% de las chicas de 13 y 14 años, afirmó no sentirlo *nunca*, mientras que el 61% de las chicas de 15 a 17 años lo siente *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*. En el caso de los varones la mayor parte de la muestra, el 86% de los chicos de 13 y 14 años y el 87% de los de 15 a 17 años, sigue manteniéndose en la postura de no sentir ganas *nunca*. Sigue por lo tanto, siendo efectiva la conclusión anteriormente expuesta.

Continuando con la indagación de las repercusiones que producen las publicidades, se encontró que la mayor parte de la muestra de las adolescentes de 13 y 14 años, el 57% no habla con la familia acerca de productos o actividades adelgazantes, mientras que la mayor parte de la muestra de las adolescentes de entre 15 y 17 años, es decir el 61% afirmaron hacerlo *siempre, casi*

siempre, a veces o muy pocas veces. En el caso de los varones, de ambas edades, tanto los de 13 y 14 años, como los de 15 a 17 años, refirieron no hacerlo *nunca* (82% y 81% respectivamente). En el caso de conversar con los pares, amigos y/o compañeros, acerca de productos o actividades adelgazantes, el 57%, la mayor parte de la muestra de mujeres de 13 y 14 años, se ubicó dentro de los que *nunca* hablan con sus pares sobre estos temas, mientras que en el caso de las adolescentes de 15 a 17 años, la mayor parte de la muestra, el 79% propiamente, refirió hacerlo *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*. Con respecto a los varones, la mayoría de los chicos de 13 y 14 años, es decir el 86% no lo hace *nunca*, manteniéndose constante a mayor edad, 87% en los chicos de 15 a 17 años.

Se puede concluir que, en esta muestra, en el caso de las mujeres, la frecuencia de conversación sobre temas relacionados con productos o actividades adelgazantes, parece aumentar con la edad, manteniéndose constante en el caso de los varones de ambas edades. Otro dato relevante es que en el caso de las mujeres, el porcentaje de conversaciones sobre productos o actividades relacionadas con el adelgazamiento, se dan en mayor proporción con el grupo de pares en vez de con el grupo familiar, mientras que en el caso de los varones, si bien es pequeña la diferencia de porcentajes, parecería que estas conversaciones tienen mayor lugar en el seno familiar que con el grupo de amigos y/o compañeros.

Con respecto al interés sobre comentarios o conversaciones acerca del peso, las calorías, la silueta, etc., el 63% de las chicas de 13 y 14 años manifestaron atraerles tales temas *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*, aumentando el interés a mayor edad a un 82% entre las chicas de 15 a 17 años. Asimismo, en el caso de los varones, el 71% de los de 13 y 14 años y un 74% de los de 15 a 17 años, manifestaron no sentir interés *nunca*.

Estos resultados estarían indicando que aquellas conversaciones centradas en el peso, las calorías, la silueta, y demás, en comparación con las de productos o actividades adelgazantes, generan mayor interés en la presente muestra de adolescentes. Es posible ratificar dicha afirmación, ya que los resultados hallados demuestran que en el caso de las chicas de 13 y 14 años hubo un aumento significativo dentro de las que les llama la atención tales conversaciones en relación con las conversaciones de productos y actividades adelgazantes; acrecentándose aún más con la edad. El mismo efecto se encontró en el género masculino, ya que si bien no es la mayoría de la muestra, un 29% de los chicos de 13 y 14 años y un 26% de los de 15 a 17 años sienten interés en dichas temáticas.

Con respecto a los libros, artículos de revistas, publicidades, etc., que hablan de calorías, si bien no es la mayor parte de la muestra, se podría tomar como un porcentaje significativo, ya que es casi la mitad, el 43% de las adolescentes de 13 y 14 años, quienes manifestaron sentir atracción *siempre, a veces o muy pocas veces*, siendo muy llamativo un 17% que afirmó hacerlo *siempre*. En el caso de las chicas de 15 a 17 años, la mayoría, el 67% propiamente, manifestó sentir atracción *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*. En el caso de los varones, el 82%, es decir la mayor parte de los adolescentes de 13 y 14 años no se sienten atraídos *nunca*, sucediendo prácticamente lo mismo en el caso de los adolescentes de 15 a 17 años, donde el 84% de los mismos se ubican dentro de esta condición.

Relacionado con el ítem anterior, no siendo la mayoría pero si un porcentaje bastante revelador, el 47% de las chicas de 13 y 14 años, siente interés por los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad, aumentando a un 64% en las chicas de 15, 16 y 17 años. En el caso de los adolescentes, la mayor parte de la muestra, el 89%

de los chicos de 13 y 14 años y el 81% de 15 a 17 años, no sienten ningún tipo de interés. Es posible concluir entonces, que el género femenino es aquel que tiende a consumir mayormente revistas, artículos, o reportajes que tienen que ver con el peso, calorías, el adelgazamiento, control de la obesidad en comparación con el masculino. En el género masculino no se observan diferencias significativas en relación a la edad, a diferencia del femenino, donde se observa que el interés aumenta a medida que aumenta la edad.

En un estudio realizado con estudiantes españoles (Toro y cols., 2005) se hallaron semejanzas, donde se encontró que más de la mitad de las mujeres sienten atracción por los libros, revistas, artículos que hablan de calorías o del peso, mientras que sólo el 15% de los varones mostró dicho interés. Algunos estudios sugieren que la exposición a revistas o artículos que hablan de dietas, están asociados a la realización de dietas poco saludables que pueden desencadenar en trastornos psicológicos.

Siguiendo con los efectos de las publicidades, se halló que el 80% de las chicas de 13 y 14 años no se sienten angustiadas con las publicidades que invitan a adelgazar, mientras que este porcentaje disminuye a un 58% en las chicas de mayor edad. En los adolescentes de 13 y 14 años, el 89% y el 94% de los adolescentes de 15 a 17 años no sienten angustia frente a estas publicidades.

En función de los resultados hallados dentro del factor que evalúa la influencia de los mensajes publicitarios, es posible vislumbrar una tendencia en el género masculino a no verse tan influenciado por el flujo de publicidades destinadas a temáticas relacionadas con el peso-adelgazamiento, mientras que en el caso de las mujeres sucede lo contrario, ya que es mayor la incidencia de los mensajes, aumentando cada vez más con la edad. Sin saber claramente si esto es la causa o la consecuencia de que indiscutidamente sea el género femenino aquel al que van mayormente destinadas las publicidades, siendo justamente el mayor consumidor de dichos productos, sean estos: revistas, artículos, reportajes hasta propiamente aquellos productos publicitados, destinados a producir el efecto “deseado”: cremas, bebidas, actividades que buscan controlar el peso. Es posible asociar tales resultados con lo descrito por Castillo (2006), quién considera que el estereotipo marcado por los sectores productores de esta sociedad, crean necesidades que alcanzan la condición de vitales en nuestros adolescentes, guiando su consumo hacia la consecución de la “perfección”, una perfección regida por las tallas, la delgadez y la moda. Se percibe que nuestra sociedad está fuertemente marcada por las practicas de consumo, dirigidas por la publicidad, el marketing y en definitiva los medios de comunicación; que se hacen eco de industrias de importantes sectores como la moda, los cosméticos o las industrias farmacéuticas, creando necesidades en los sujetos consumistas, muy vulnerables ante el actual marco social.

6.2. Malestar Corporal

Como ya Guimón (1999) lo expresó, la percepción, la evaluación, la valoración, la vivencia del propio cuerpo, está relacionada con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico.

A través de 9 ítems se investigó acerca de la apreciación que los adolescentes de la muestra tienen de su imagen corporal; las preguntas fueron dirigidas a explorar el modo en que se perciben, imaginan, sienten y actúan con respecto a su propio cuerpo.

A continuación se analizaran los resultados hallados.

Con respecto a la presencia de angustia frente a la situación de encontrar que ciertas prendas de vestir, les han quedado chicas (pantalones, vestidos, etc.), se halló que la mayor parte de las adolescentes de 13 y 14 años, el 63%, se ubicó dentro de la posibilidad de sentirse angustiada *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*, aumentando este porcentaje a un 85% del total de la muestra en el caso de las adolescentes de 15 a 17 años. En cuanto a los varones, la mayoría, el 64% de los chicos de 13 y 14 años y el 65% de los de 15 a 17 años, refirieron no sentirse angustiados. Si bien, como si dijo anteriormente, la mayor parte de la muestra se ubicó dentro de ésta categoría, es importante no perder de vista que existe un 36% de los chicos de menor edad y un 35% de los de mayor edad, que sienten angustia al vivenciar esta situación.

Continuando con la investigación acerca de la aparición de angustia frente a distintos hechos, se indagó sobre la aparición de la misma en el caso de ver el propio cuerpo en algún reflejo, sea espejo o vidriera. Los resultados indicaron que las jóvenes de 13 y 14 años, el 70% del total de la muestra, siente o sintió angustia: *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*, aumentando este porcentaje a un 91% en el caso de las jóvenes de 15, 16 y 17 años. En cuanto al género masculino, se encontró que la mayor fracción de los adolescentes de 13 y 14 años, el 75%, como así también el 74% de los de 15 a 17 años, afirmaron no sentir angustia.

Con respecto a la aparición de angustia por tener que ir más suelto de ropa en el verano, las chicas de 13 y 14 años, la mayoría, el 67% del total de la muestra refirió sentir angustia *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*, incrementando al 85% del total de la muestra en las chicas de 15 a 17 años. En el caso de los adolescentes, el 75% de los chicos de 13 y 14 años no siente *nunca* angustia, aumentando este porcentaje en los de 15 a 17 años que alcanzan un 81% del total de la muestra.

A partir del análisis de los tres ítems anteriormente desarrollados, es posible concluir que existe una cierta coincidencia, en el cual es posible observar que en cuanto a la comparación entre sexos, las mujeres se muestran más afectadas anímicamente que los varones frente a situaciones en las que se cuestione o ponga en evidencia su imagen corporal. Otra frecuencia llamativa que se dio en los tres ítems, es que en el caso de las mujeres, a mayor edad, mayor es la población que manifiesta sentirse angustiada. No se observó dicha manifestación en el sexo masculino. En otra investigación realizada con adolescentes españoles (Toro y cols., 2005), se han encontrado datos semejantes, donde la mitad de las mujeres han demostrado sentir angustia, ansiedad en los momentos de exposición corporal en público o incluso en situaciones privadas, dónde ellas mismas ven el reflejo de su propio cuerpo; a diferencia de los varones, en quienes solo el 20% manifestó algún tipo de sentimiento negativo en estas situaciones.

Otro ítem indaga el sentir angustia si alguien los llama "rellenito", o "gordito" o cosas parecidas aunque sea un comentario positivo. Se halló que el 83% del total de la muestra de las adolescentes de 13 y 14 años, manifestaron sentir angustia *siempre, casi siempre, a veces o muy pocas veces*, produciéndose un pequeño incremento en el caso de las adolescentes de 15 a 17 años, quienes el 85% afirmó lo mismo. Con respecto al género masculino, la mayor parte de los varones de 13 y 14 años, el 61%, y un 57% no siente *nunca* angustia.

En un estudio comparativo entre población adolescente femenina española y mexicana (Toro, Gómez-Peresmitré, Sentis, Vallés, Casulá, Castro, Pineda, Leon, Platas, Rodríguez, 2006), se halló, que frente a la imagen que el grupo de pares tiene de uno mismo, en la población mexicana

se percibió mayor presión en comparación con la española. La mitad de la población mexicana, declaró haber sido criticada o burlada por amigos y/o hermanos por su figura, su peso o por la forma en que comen. Es decir, que en este aspecto, nuestra población se asemeja más a la mexicana en comparación con la española.

Se decidió destacar este ítem del resto que indaga la aparición de angustia frente a algún hecho particular, porque mostró cierta distinción en relación a los anteriores. Si bien, en el caso de las chicas, se observa que continúa el mismo patrón precedentemente descrito, y en el caso de los varones la mayoría sigue ubicándose dentro de los que no sienten nunca angustia, lo que llama particularmente la atención en este ítem, es que no existe una concentración de la población, como se ha dado en los anteriores, en la opción de *nunca*, sino que se halla un 39% de los chicos de menor edad, incrementándose este porcentaje en los chicos de mayor edad a un 43%, que manifestó sentirse angustiado alguna vez al ser llamado “rellenito” o “gordito”. Es decir, que en ambos sexos se muestra una preocupación por la percepción que los otros tienen de uno mismo.

En cuanto a las conductas que los adolescentes pueden tener frente a su propio cuerpo, se indagó sobre la posibilidad de haber hecho régimen con la intención de adelgazar en algún momento de su vida. Los resultados obtenidos indicaron que el 50% de las adolescentes de 13 y 14 años han realizado alguna dieta adelgazante alguna vez, incrementando la frecuencia en el caso de las chicas de 15 a 17 años, donde se observó que el 67% ha hecho algún régimen con la intención de adelgazar. En el caso de los adolescentes, el 68% de los de 13 y 14 años, y el 74% de los de 15 a 17 años, manifestaron no haber hecho dieta *nunca*. En comparación con el estudio realizado en la población española por Toro, et al. (2005), se halló que la población mendocina de la muestra, muestra mayor frecuencia en la realización de conductas para perder peso, ya que en la población española el 35% de las mujeres reportó haberlo hecho y sólo un 2% de los varones.

Continuando con las acciones que los adolescentes podrían haber puesto en marcha con la intención de adelgazar, se exploró se habían realizado algún tipo de ejercicio físico durante alguna temporada. El 63% de las jóvenes de 13 y 14 años declararon haber hecho ejercicio *siempre, casi siempre, algunas veces o muy pocas veces*, incrementándose la frecuencia en el caso de las jóvenes de 15 a 17 años quienes alcanzaron un 82%. En el caso de los jóvenes de 13 y 14 años el 54% del total de la muestra manifestó no haber hecho *nunca* algún ejercicio con dicha intención, aumentando la frecuencia a un 61% en los chicos de 15 a 17 años. Continuando con el paralelismo con respecto a la población española (Toro y cols., 2005), en ésta se encontró que la mitad de la muestra de las mujeres y un cuarto de la de los varones reportó hacer ejercicio con la intención de adelgazar. Curiosamente, los resultados tanto en la población mendocina como en la española, revelan que el ejercicio físico con la intención de perder peso es más frecuente en ambos sexos en comparación con la realización de dietas.

En la comparación entre géneros, sigue hallándose que es el femenino el más afectado en comparación con el masculino y siendo las mujeres de 15 a 17 años quienes con mayor frecuencia mostraron poner en acción conductas para reducir su peso. Sin embargo, no habría que perder de vista un hecho que viene revelándose en la mayoría de los resultados, y es que dentro del género masculino, en los adolescentes de 13 y 14 años, el porcentaje que manifiesta no sentirse angustiado, no haber hecho alguna dieta o ejercicio adelgazante, etc., es menor al de los adolescentes de 15 a 17 años. Llama la atención, por lo que se considera que podría ser un indicador a tener en cuenta, prestando especial atención en los próximos resultados.

En la dimensión que evalúa el malestar corporal, dos ítems indagan acerca de la percepción que los adolescentes tienen de su imagen corporal. Dentro de la preocupación por el excesivo tamaño de sus muslos y/o caderas, se halló que el 67% de las chicas de 13 y 14 años siente o sintió preocupación al menos una vez, aumentando la frecuencia en las chicas de 15 a 17 años a un 88% del total de la muestra. En los varones de 13 y 14 años, la mayoría, es decir el 71% del total de la muestra y el 87% de los varones de 15 a 17 años, manifestaron no sentirse preocupados.

El otro ítem evalúa la preocupación por el excesivo tamaño de los pechos y/o abdomen. Los resultados indicaron que el 57% de las chicas de 13 y 14 años siente o sintió preocupación al menos una vez, incrementándose este porcentaje a un 70% en las chicas de 15 a 17 años. En el género masculino el 57% del total de la muestra de los adolescentes de 13 y 14 años refirió no sentir preocupación, aumentando el porcentaje a un 74% en los adolescentes de 15 a 17 años.

Los resultados siguen sosteniendo y potenciando las conclusiones anteriormente planteadas, observándose nuevamente esta tendencia en la que los adolescentes de 13 y 14 años, muestran mayor insatisfacción que los de 15 a 17 años. En el caso particular de las chicas en ambos grupo etario, la preocupación por el tamaño de los muslos y caderas parece ser mayor que el de los pechos y abdomen, sucediendo lo inverso en el caso de los chicos. Es relevante destacar que en las investigaciones realizadas por Toro y cols. (2006), se halló que tanto la población femenina mexicana como la española se encuentran insatisfechas con el tamaño de sus pechos, deseando un mayor tamaño de los mismos. Sin embargo se produjo una diferencia entre las poblaciones, ya que a la mexicana le gustaría también aumentar el tamaño de sus caderas, mientras que a la española le gustaría reducirlo. En la presente investigación se observa en este punto, mayor consonancia de la población mendocina con la española que con la mexicana. Es importante destacar, que tales resultados nos están indicando un cambio en el ideal de belleza propagado entre la década de los '60 y '70, dónde lo que prevalecía era el famoso "fenómeno Twiggy" mencionado en secciones anteriores. Actualmente lo que prevalece es un cuerpo delgado pero con pechos pronunciados, es decir que ya no rige más aquel look andrógino y tubular.

Otro ítem dentro de la dimensión del malestar corporal, evalúa la envidia hacia la delgadez de los chicos/as que aparecen en los desfiles de modas o en las publicidades de prendas de vestir. Los resultados indicaron que el 53% de las adolescentes de 13 y 14 años sienten o sintieron envidia alguna vez, aumentando a un 88% en la población de las chicas de 15 a 17 años. El 93% de los adolescentes de 13 y 14 años y el 87% de los de 15 a 17 años manifestaron no sentir envidia hacia la delgadez de los chicos que aparecen en los desfiles o publicidades.

Se podría considerar que el deseo de perder peso o verse flaco/a, está reflejado en la envidia que se puede sentir de la fuerza de voluntad de aquellos capaces de seguir una dieta adelgazante. En cuanto a éste ítem, se halló que el 53% de las adolescentes de 13 y 14 años indicaron sentir envidia o haber sentido alguna vez, incrementando a un 85% del total de la muestra en las adolescentes de 15 a 17 años. En el caso de los varones, el 68% de los adolescentes de 13 y 14 años manifestó no sentir envidia *nunca*, observándose una diferencia en comparación a los adolescentes de 15 a 17 años, en cuya población, la mayor parte de la misma, es decir el 52% refirió sentir o haber sentido envidia alguna vez. En contraste con las investigaciones realizadas en la población española (Toro y cols., 2005), donde se encontró que el 62% de las chicas y sólo el 7% de los chicos, siente o sintió envidia. Esto nos estaría indicando que en nuestra población

masculina, podrían existir mayores deseos de adelgazar o verse flaco en comparación con la española.

Con respecto al ítem que indaga si los adolescentes hablan entre ellos sobre el peso o algunas partes del cuerpo, se halló que en la población femenina en general, el 97% de las mismas afirmó hablar sobre estas temáticas; en los adolescentes el 64% de los chicos de 13 y 14 años y el 77% de los de 15 a 17 años, también mostraron interés por dichas conversaciones. Se puede concluir que la temática genera interés a nivel social en general, ya que tanto el género femenino como el masculino manifestó dedicar tiempo a dicho asunto.

Es posible asociar los datos hallados al proceso evolutivo del adolescente descrito anteriormente, en el que los múltiples cambios que se van produciendo a lo largo de la adolescencia llevarían a presagiar fluctuaciones importantes, relacionadas con la satisfacción/insatisfacción. Si bien los ascensos o descensos en la autoestima están ligados a características de personalidad individuales, parecen darse diferencias de género relacionadas con áreas específicas, en que chicos y chicas valoran más o menos en relación a la propia imagen corporal. Así, se ha encontrado que, una vez comenzados los cambios puberales, el autoconcepto y la satisfacción por la imagen corporal de los chicos es más elevado y va aumentando conforme progresan hacia la edad adulta, mientras que en el caso de las chicas, el fenómeno parece tomar el camino inverso, ya que el autoconcepto y la satisfacción por la imagen corporal de las chicas es menor y disminuye a lo largo de la adolescencia. La diferencia fundamental se da en las valoraciones que unos y otros hacen de su apariencia física y de las conductas que ejecutan frente a dicha percepción, siendo el sexo femenino aquel en el que en el presente estudio, manifiesta mayor ansiedad en relación a su propia imagen corporal. En un estudio realizado con población española (Toro y cols., 2005) se halló un fenómeno similar entre los géneros, siendo el femenino el que se muestra más insatisfecho a medida que avanza la edad y siendo el masculino el que muestra mayor insatisfacción a menor edad, por lo tanto mayor conformidad a medida que avanza en edad. Como se dijo anteriormente, estos datos son comprendidos desde el punto de vista evolutivo, ya que en el caso de los varones, a medida que se van desarrollando, más próximos se encuentran a la figura idealizada desde los parámetros sociales, esto quiere decir, que van logrando el cuerpo deseado a través del ensanchamiento de la espalda, la musculatura y los rasgos más varoniles, mientras que en el caso de las chicas, el ensanchamiento de las caderas, la acumulación de las adiposidades asociado al desarrollo hormonal, hace que el cuerpo se “aleje” de los cánones de belleza establecidos y promulgados por la sociedad.

Está bien documentado que la restricción voluntaria de la ingesta de alimentos es el principal factor de riesgo inmediato de los trastornos alimentarios, especialmente en adolescentes. Pero la insatisfacción corporal es el factor subjetivo que suele preceder a la decisión de iniciar una dieta para perder peso, ya que es uno de los predictores potentes de los trastornos de la conducta alimentaria (Toro y cols., 2005). Es por esto que se considera que los resultados obtenidos son datos creadores de una alarma social en la presente muestra de estudiantes mendocinos, fundamentalmente dentro de la población femenina.

6.3. Influencia de los Modelos Estéticos

Tal como Castillo (2006) afirmó, los factores sociales han influido de modo distinto según las culturas considerándose un síndrome delimitado culturalmente, vinculado a la construcción de estereotipos de género y a la imagen del cuerpo. Así Anaya (2004) indica que vivimos en una

sociedad en la que el culto al cuerpo es más que una realidad. Se trataría de una sociedad que estigmatiza la gordura con tendencias “lipofóbicas” o “antiobesidad”. Los modelos estéticos impuestos socialmente, datan de una figura irreal, con medidas que poco tienen que ver con las naturales. La esbeltez, la delgadez, las curvas pronunciadas, son la marca registrada en los cuerpos publicitados en los medios de comunicación.

Los resultados hallados indican en el presente factor, que con respecto a si los adolescentes miran a las actrices/actores fijándose especialmente si están gordos/as o flacos/as, se encontró que el 93% de las adolescentes de 13 y 14 años y el 94% de las de 15 a 17 años, miran o miraron alguna vez a las actrices o actores, fijándose especialmente esta característica, en el caso del género masculino, el 71% de los chicos de 13 y 14 años y el 77% de los de 15 a 17 años también aceptaron haberlo hecho. Se puede concluir, que a pesar de un haber un mayor porcentaje en el género femenino, tanto las mujeres como los varones están pendientes de la estética y apariencia de los famosos. Estos resultados varían en relación a los obtenidos en el estudio realizado por Toro y cols. (2005), en donde las mujeres se mostraron más enfocadas en observar a las actrices o actores, alcanzando un 80% de las mismas, mientras que en el caso de los varones, solo fue el 40%.

Continuando con la valoración que los jóvenes realizan en cuanto al peso de los otros, se encontró que el 67% de las chicas de 13 y 14 años y el 70% de las de 15, 16 y 17 años, cuando están en la calle se fijan en las personas que pasan para ver si está gordas o flacas. En el caso de los varones, se observa una diferencia en la edad, ya que la mayoría de los chicos de 13 y 14 años, es decir el 71% refirió no hacerlo *nunca*, mientras que la mayor parte de la muestra de los chicos de 15 a 17 años, el 55% afirmó hacerlo o haberlo hecho al menos una vez.

Se puede afirmar que tanto las mujeres como los varones están pendientes de la estética de los famosos, sin embargo al momento de observar la apariencia de la gente común, se hallaron diferencias de género, ya que las mujeres afirmaron que sí se fijan en la estética de las personas en general, mientras que en el caso de los varones, la mayor parte de los chicos, manifestaron no hacerlo. Sin embargo, esto parece modificarse con la edad, ya que la mayoría de los chicos de mayor edad, sí se fijan más en lo más superficial de una persona, es decir, en su estética y apariencia física.

En estrecha relación con lo anterior, se indagó si los adolescentes se sienten atraídos por las fotografías y publicidades de chicos/as con jeans, traje de baño o ropa interior y se encontró que el 77% de las adolescentes de 13 y 14 años afirmaron sentirse o haberse sentido atraída al menos una vez, incrementando su frecuencia a mayor edad a un 82% de las de 15 a 17 años. En el caso de los adolescentes, la mayoría, es decir el 68% de los chicos de 13 y 14 años manifestaron sentir atracción, disminuyendo este porcentaje en los chicos de mayor edad a un 58%, pero sigue siendo la mayor parte de la muestra. Se puede concluir que si bien en el género femenino la frecuencia es mayor en relación al género masculino, en ambos se da una tendencia a sentir atracción por lo “bello” y “estético” impuesto desde lo social.

Ligado a este ítem, se examinó si a los adolescentes les resultan más simpáticas y atractivas las personas flacas de las que no, y se encontró que el 53% de las chicas de 13 y 14 años están de acuerdo con esta afirmación, mientras que el 58% de las chicas de 15 a 17 años rechazaron dicha aseveración. En el caso de los varones, el 64% de los chicos de 13 y 14 años, y el 58% de los de 15 a 17 años, es decir la mayor parte de la población estuvo de acuerdo con dicha afirmación.

Se encuentran dos líneas interpretativas frente a dichos resultados. La primera indicaría que la disparidad de los porcentajes con respecto a los ítems anteriormente analizados, podría tener que ver con una necesidad de responder en un nivel políticamente aceptable, a nivel ético-moral. La segunda interpretación indicaría que la diferencia según la edad, sobre todo en el género femenino, podría tener que ver con que a menor edad lo más llamativo de una persona es su apariencia, mientras que a medida que van creciendo, madurando, se comienza a buscar y a sentir atracción por otras características relacionadas más con la personalidad que con lo estético.

Otro ítem indaga si cuando los adolescentes comen con otras personas se fijan en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas. Se halló que el 70% de las chicas de 13 y 14 años sí se fijan o se han fijado al menos alguna vez, disminuyendo dicho porcentaje, pero manteniéndose la mayor parte de la población dentro de las que sí lo hacen o lo han hecho, es decir un 55% de las chicas de 15 a 17 años. En los varones, el 50% de la muestra, es decir la mitad, de los chicos de 13 y 14 años manifestaron hacerlo o haberlo hecho alguna vez, aumentando la frecuencia a un 65% en los chicos de 15 a 17 años.

Se puede concluir, que a nivel edad, las adolescentes de menor edad se ven más interesadas en observar esta conducta en los otros que los adolescentes varones que comparten el mismo rango etario; mientras que a mayor edad, los varones son aquellos que muestran mayor interés. En este caso, se encontró diferencias con respecto al estudio realizado en la población española (Toro y cols, 2005), en la cual se halló que el grupo de las mujeres eran las que estaban más enfocadas en observar la cantidad de comida que ingerían otras personas.

Con respecto al ítem que indaga si sienten envidia, en el caso de las chicas del cuerpo de las mujeres que practican ballet o gimnasia y en el caso de los varones el cuerpo de los que hacen algún deporte como natación o básquet, se halló que 70% de las adolescentes de 13 y 14 años manifestó sentir o haber sentido envidia alguna vez, aumentando significativamente la frecuencia en la población de las adolescentes de 15 a 17 años, quienes el 91% expresó haber tenido dicho sentimiento al menos alguna vez. En el caso de los varones, la mayor parte de la muestra, el 79% de los chicos de 13 y 14 años y el 77% de los de mayor edad, afirmaron no sentir *nunca* tal sentimiento. Estos resultados estarían revelando una mayor insatisfacción por el propio cuerpo por parte de las mujeres que de los varones y dentro del género femenino, esto parece agravarse a mayor edad.

Es considerable relacionar tales resultados con lo que Cáceres Zapatero y Díaz Soloaga (2008) manifiestan, esto es que la forma corporal adecuada, y por tanto la aceptada, es impuesta socialmente. Esta imagen idealizada se construye en base al concepto de “el buen cuerpo”, un valor al que se puede y debe aspirar, que provocará sentirse mejor con uno mismo, verse más sano, más atractivo y que abriría las puertas del éxito y el prestigio social. Además, cabe considerar que la presión social está mayormente ejercida al sexo femenino, comprobándose dicha teorización en la presente muestra de adolescentes.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en los tres factores anteriormente descriptos, es posible encontrar semejanzas con los estudios mencionados por Rodríguez y Cruz (2008), en los cuales se demuestran que la insatisfacción corporal es un fenómeno que afecta a los adolescentes a edades cada vez más tempranas y con mayor predominancia en el género femenino. Tales investigaciones manifiestan que la insatisfacción corporal se relaciona directamente con las influencias socioculturales que contribuyen a la internalización de los modelos estéticos vigentes. Produciéndose ésta internalización, cada vez a edades más tempranas. Otras investigaciones

(Rodríguez y Cruz, 2008) demuestran que a medida que aumenta el nivel de insatisfacción, la influencia de los medios de comunicación y del entorno social inmediato, aumentan también la valoraciones y actitudes hacia el propio cuerpo, es posible vislumbrar éste efecto en la población femenina seleccionada para éste estudio.

6.4. Influencia de las Relaciones Sociales

Tal como Toro (1999) afirmó, el grupo de edad, el grupo de compañeros es tan trascendente en la adolescencia dada su radical influencia en la gestación de muchos valores. Es por esto que juegan un papel primordial: las conversaciones, preocupaciones compartidas, críticas a terceras personas, comentarios recibidos sobre el propio cuerpo, etc.

Dentro de la dimensión que evalúa la influencia de las relaciones sociales, se encuentran ítems que indagan acerca de conductas que ponen en marcha, personas allegadas, con un objetivo o intención particular: adelgazar o bajar de peso.

Se les preguntó a los adolescentes de la muestra, si tienen o han tenido algún amigo/a o compañero/a que haya o esté haciendo alguna dieta adelgazante y se halló que el 100% de las adolescentes de 13 y 14 años y el 97% de las chicas de 15 a 17 años, tienen o han tenido algún amigo/a que haya o esté haciendo dieta con la intención de adelgazar. En el caso de los varones el 75% de los chicos de 13 y 14 años, aumentando a un 84% la frecuencia en los chicos de 15 a 17 años. Datos semejantes se hallaron en el estudio en la población española (Toro y cols., 2005), donde el 80% de las mujeres y el 69% de los varones, consideraron tener algún amigo que haya realizado o esté realizando alguna dieta adelgazante. A pesar de la similitud en los resultados, la población mendocina estudiada, parece presentar mayor frecuencia.

Continuando con el grupo de pares, se exploró si los adolescentes tenían o tienen algún amigo/a y/o compañero/a que esté realizando algún tipo de ejercicio físico con el propósito de bajar de peso. Se halló que el 97% de las adolescentes de 13 y 14 años y el 100% de las de 15 a 17 años, manifestó tener o haber tenido algún amigo/a que haya realizado ejercicio física con dicha intención. Con respecto a los adolescentes, el 68% de los chicos de menor edad afirmaron lo mismo, disminuyendo la frecuencia a un 61% en los chicos de mayor edad. En contraste, en la población española (Toro y cols., 2005), se halló que el 60% de las chicas y solo el 39% de los varones, tienen algún amigo que haya realizado o esté realizando ejercicios con la intención de perder peso.

Como ya se ha desarrollado en secciones anteriores, el grupo de pares, los amigos, constituyen una potencial y muy cercana influencia de modelos de comportamientos, en este caso para perder peso. De hecho, en la presente investigación, se observa que en las mujeres, las influencias socioculturales y los comentarios de sus amigos son posibles predictores importantes en la implementación de estrategias para el cambio corporal. Este mismo efecto se observó en la investigación realizada por Toro y cols. (2006) donde se comparaba las conductas, actitudes, pensamientos de la población femenina española con la mexicana. En dicho estudio se halló que las mujeres mexicanas se encuentran más influenciadas por el grupo de pares que la española, es decir que nuevamente, encontramos mayores semejanzas con la población femenina mexicana, al compararla con la española.

Otro ítem investiga si los adolescentes tienen algún familiar que viva con ellos que esté haciendo o haya hecho algo para adelgazar, los resultados hallados indican que el 90% de las

chicas de 13 y 14 años y el 91% de las chicas de 15 a 17 años, afirman tener algún familiar realizando algún tipo de conducta con el fin de perder de peso. En el caso de los varones, el 61% de los adolescentes de 13 y 14 años afirmaron lo mismo que las chicas, disminuyendo a un 52% en los adolescentes de 15 a 17 años.

Las cifras halladas, nos estarían indicando que de las personas que conforman el entorno significativo del adolescente, existe una proporción bastante alta, ya sea tanto en el grupo de pares, como en el grupo familiar (ambos grupos constituyen modelos a seguir); que se encontrarían realizando o han intentado, distintos tipos de conductas con el objetivo de perder peso. Es posible también pensar que los resultados obtenidos, nos indican que en el grupo de varones de 13 y 14 años, es mayor el porcentaje de personas de su entorno realizando conductas con la intención de bajar de peso en comparación con los chicos de mayor edad. Esto podría tomarse como un factor influyente en las opiniones, actitudes y conductas investigadas anteriormente, en las que es el grupo de menor edad el que se muestra más afectado y vulnerable a los modelos socialmente impuestos, en comparación con el de mayor edad.

Otro aspecto que se investiga dentro del factor de las influencias de las relaciones sociales, tiene que ver con la percepción o apreciación que tienen las personas del mismo grupo etario, con respecto a su propio cuerpo. Es así que se indagó si creían que algún amigo/a y/o compañero/a, esté angustiado o muy preocupado por su peso o por alguna parte de su cuerpo. Los resultados hallados indican que el 93% de las jóvenes de 13 y 14 años y el 97% de las de 15 a 17 años, sí creen tener algún amigo/a preocupado/a. En el caso del género masculino, el 71% de los jóvenes de 13 y 14 años y el 65% de los de 15 a 17 años, es decir la mayor parte de ambas muestras, mostraron tener la misma creencia que las adolescentes.

Ligado al ítem anterior, se les preguntó a los adolescentes si creen que los amigos/as y/o compañeros/as están excesivamente preocupados por el tamaño de sus caderas y/o muslos, encontrándose que el 80% de las adolescentes de 13 y 14 años y el 82% del total de la muestra de las de 15 a 17 años, afirmaron tener tal creencia. En el caso de los varones, el 57%, es decir la mayor parte de la muestra de 13 y 14 años, manifestaron la misma creencia que las jóvenes, mientras que en los varones de 15 a 17 años, el 52%, la mayor parte de la muestra, expresó no creer que sus amigos/as y/o compañeros/as estén preocupados por el tamaño de sus caderas y/o muslos.

Continuando con este mismo aspecto, se indagó si creían tener algún amigo/a y/o compañero/a muy preocupado por el excesivo tamaño de sus pechos y/o abdomen, los resultados revelaron que la mayor parte del total de la muestra, es decir el 71% de las adolescentes de menor edad, cree tener algún amigo/a preocupado, aumentando su frecuencia en las adolescentes de 15 a 17 años, en quienes el 91% manifestó ésta misma creencia. Con respecto a los varones, la mayor parte del grupo de menor edad, es decir el 54%, también estuvo de acuerdo con esta creencia, aumentando a un 61% en los jóvenes de mayor edad.

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que existe una creencia casi generalizada en el grupo de los adolescentes, acerca de la preocupación por parte del grupo de pares sobre el propio aspecto corporal o alguna parte del mismo. Llama la atención, que si bien en el caso del género femenino, ésta opinión está más establecida en comparación con el género masculino, sobre todo en el grupo etario que va desde los 15 a los 17 años, ya desde la temprana adolescencia se observa una significativa manifestación de la misma. Se hallaron semejanzas con respecto al estudio realizado por Toro y cols. (2006), en el cual se halló que la mayor parte de la

población femenina española como la mexicana, considera que sus pares se encuentran insatisfechas con alguna parte de su cuerpo sobre todo al compararlos con el modelo de cuerpo ideal socialmente impuesto.

Otro ítem cuestionó a los adolescentes, si estos creen que las personas delgadas son más aceptadas socialmente que las que no lo son. Se encontró que el 83% del total de la muestra de las adolescentes de 13 y 14 años, confirmaron esta "afirmación", aumentando a un 88% en las adolescentes de 15 a 17 años. En el caso de los varones, el 54% de los chicos de menor edad y el 52% de los de mayor edad también manifestaron creer que las personas delgadas son más aceptadas que las que no lo son.

Es posible pensar que los resultados obtenidos, tienen su causa en la internalización de las pautas sociales establecidas. Éstas logran que la mayoría de las chicas y muchos de los chicos creen que la delgadez está asociada a la aceptación social, a la popularidad. Es importante considerar el ítem que indaga la creencia de que las personas flacas son más simpáticas y atractivas que las que no lo son (ítem dentro del factor que evalúa la influencia de los modelos estéticos), ya que en contraste con los resultados obtenidos en el ítem expuesto en el párrafo anterior, éste nos estaría indicando que muchos piensan o creen que tanto las personas delgadas y las gordas, son igualmente agradables. Es decir, que como se expresó anteriormente, se podría tratar de una respuesta que puede reflejar la experiencia subjetiva real o de hecho puede estar condicionada por su percepción de lo que piensa que deberían decir.

A partir del análisis de los datos obtenidos en su totalidad, se observó que chicas y chicos obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en prácticamente todos los elementos. Se puede decir que las actitudes y los comportamientos de riesgo son mucho más frecuentes en las muchachas que en los muchachos, quienes además se muestran más vulnerables a las influencias y efectos socioculturales potencialmente peligrosos. Sin embargo, es eminente destacar, que dentro del sexo masculino, los chicos de menor edad, fueron los que se mostraron mayormente vulnerables a los agentes sociales eventualmente riesgosos. En las investigaciones realizadas por Toro y cols. (2005), donde se realiza la comparación entre géneros, se hallaron resultados muy similares, observándose sobre todo esta tendencia dispar en las puntuaciones en los distintos ítems en función del sexo, y marcándose un mayor riesgo en la población femenina, entendiéndose por riesgo, a la vulnerabilidad a las influencias de los agentes y situaciones que transmiten el modelo estético actual.

Asimismo, se considera importante destacar, semejanzas con respecto al estudio realizado en San Luis, Argentina, en el cual se confirma la existencia de correlaciones positivas entre la insatisfacción con la imagen corporal y aspectos de los trastornos alimentarios. Esto quiere decir que, la insatisfacción corporal interactúa con múltiples factores predisponentes y desencadenantes, constituyendo un componente nuclear en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Esto se agrava si se agrega que en el estudio realizado en San Luis y el presente estudio, se corrobora que la mayoría de las adolescentes presentan una gran preocupación por la imagen corporal, donde aparece sobrevalorada la idea de control de peso, las conductas de dieta y el miedo a engordar. Como ya Maganto y Cruz (2000) refirieron en torno a este tema, se ha comprobado que la distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género, es decir que se da con una frecuencia significativamente superior en el sexo femenino que en el masculino.

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

En el presente trabajo se plantearon dos objetivos, a saber: **a)** analizar la adaptación del cuestionario “Influencia de los Modelos Estéticos (CIMEC-40)” (Toro, J., S/F) en una muestra piloto de adolescentes mendocinos; y **b)** explorar la existencia de la influencia de los modelos estéticos, a partir del análisis de los factores que evalúa el cuestionario, en adolescentes mendocinos.

Respecto al primer objetivo propuesto, este estudio demuestra que fue posible la adaptación del cuestionario mencionado. En efecto, se realizó una revisión cuidadosa del lenguaje y la redacción, teniendo en cuenta las palabras y frases utilizadas en el mismo, y se puede decir que se logró el objetivo ya que los adolescentes pudieron entender y completar el cuestionario. Además, algunos ítems fueron modificados para que el cuestionario también pueda ser aplicado al género masculino, como así también se agregaron opciones de respuestas, ya que el cuestionario original contaba con tres opciones “sí, mucho; sí, algo; no, nunca”. No obstante, sería conveniente tener en cuenta que existen modificaciones que podrían realizarse para lograr una mejor comprensión y exhaustiva evaluación:

■ En el ítem 4 “¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las chicas que practican gimnasia rítmica? En el caso de los hombres ¿al cuerpo de los chicos que practican básquet o natación?”, en el ítem 16 “¿Envidias la delgadez de los chicos/as que aparecen en los desfiles de modas o en las publicidades de prendas de vestir?” y en el ítem 31 “¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?” causó cierto impacto la palabra “envidia”, por lo que sería mejor formularlo sin dicha palabra o quizás colocando “admiras”, en una adaptación posterior.

■ En el ítem 39 “¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas flacas que las que no lo son?”, se considera que en nuestra cultura la connotación de la palabra simpática no está por lo general asociada a la delgadez, por lo que se sugiere que en una posterior adaptación, sólo se tome en cuenta la relación del atractivo con la delgadez.

■ El ítem 2 “¿Tenés alguna amiga/o y/o compañera/o que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?”, el ítem 13 “¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?”, el ítem 24 “¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven con vos? Y el ítem 30 “¿Tenés algún amigo/a y/o compañero/a que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?”, se considera que dichos ítems podrían tener otras opciones de respuesta como serían: “Sí, más de 2; Sí, 1 ó 2; No, ninguno/a”.

■ Los ítems 34 “¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por lo demás que las que no lo son?” y el ítem 39 “Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?”, se considera que podrían tener como opciones de respuesta “Sí, seguro, Sí, probablemente, No, no lo creo”.

■ Considerando lo que Toro (1988; citado en Salabarría, Rodríguez y Cruz, 2007) refiere en cuanto a la presión cultural, la cual en las mujeres va dirigida a una imagen de delgadez y en el caso de los hombres, hacia la fuerza asociada a potencia muscular y masculinidad como factor predisponentes, y teniendo en cuenta que en la actualidad la Vigorexia está tomando

vigencia dentro de nuestra población, predominantemente en el género masculino, se propone incorporar nuevos ítems destinados exclusivamente a dicho sexo, los cuales exploren conductas, actitudes y pensamientos relacionados con dicha patología. Se sugieren ítems tales como: “¿Cuándo te ves frente a un espejo, crees que tu cuerpo es enclenque?”, “¿Te gustaría aumentar tu musculatura?”, “¿Estás o has hecho algún ejercicio físico con el fin de aumentar el volumen de tu musculatura?”, “¿Crees que los hombres musculosos son más atractivos para el sexo opuesto?”, “¿Consideras que las personas musculosas son más exitosas socialmente?”.

Además de adecuar terminológicamente el cuestionario a nuestro contexto cultural, los cálculos estadísticos realizados para calcular la confiabilidad y validez del cuestionario muestran que se obtuvieron índices de confiabilidad apropiados y muy semejantes a los obtenidos por el autor del cuestionario, en una investigación realizada en población española (Toro y cols., 2004), como así también en el estudio realizado en población mexicana por Rosalía, Álvarez y Mancilla (2000).

En lo que se refiere a la validez del instrumento, se llevó a cabo el tipo de análisis confirmatorio; en consecuencia los resultados señalarían la existencia de un único factor preponderante, reflejando cierta unidimensionalidad en el cuestionario, mostrando carencia de coincidencia con respecto a la división originaria del cuestionario.

En efecto, se concluye que el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC-40) resultó un instrumento adecuado para los propósitos de este estudio. Sin embargo, sería importante continuar analizando el mismo, en estudios complementarios para, de esta manera, poder confirmar o rechazar las tendencias que se presentan en esta investigación. Por ejemplo, podría decidirse modificar o eliminar algunos de los ítems que no presentan un índice de homogeneidad apropiado, para que mejoren los índices obtenidos, teniendo en cuenta que actualmente es sumamente importante disponer en nuestro contexto de instrumentos válidos y confiables aplicables a las edades que se han estudiado en esta investigación.

Del mismo modo, se sugiere también, que el instrumento sea aplicado en contextos socio-económicos distintos, ya que en este estudio, fue aplicado en dos escuelas privadas de la provincia de Mendoza. Sería interesante, ya que en esta investigación se evaluaron diferencias en cuanto a edad y género, considerar la existencia de diferencias en niveles socio-económicos disímiles.

Respecto al segundo objetivo propuesto en este estudio, se considera que la aplicación del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos (CIMEC-40) permitió obtener valiosa información respecto de la influencia de las publicidades, el malestar corporal, los modelos estéticos y las relaciones sociales; todos estos factores y cada uno de ellos, generan pensamientos, actitudes y conductas en los adolescentes de la muestra seleccionada. La aplicación del cuestionario permitió comparar, según edad y género, las distintas dimensiones examinadas.

En relación con la diferencia de edad los datos sugieren que:

■ Con respecto al factor que evalúa la influencia de la publicidad, las adolescentes de 15 a 17 años, muestran una actitud más receptiva a los mensajes tanto verbales como no verbales, transmitidos por las publicidades, que las adolescentes de 13 y 14 años. En los adolescentes no se observan grandes diferencias, manifestando poca o nulo interés por las mismas.

■ Un porcentaje elevado de adolescentes mujeres de 13 y 14 años, ya manifiestan insatisfacción por su propio cuerpo, llevando incluso, a emprender conductas con el objetivo de modificar su físico, buscando mayor semejanza con los estereotipos corporales en auge; tales

resultados se presentan en un índice mayor en las adolescentes de 15 a 17 años, es decir que dicha tendencia se incrementa con la edad. En los adolescentes es mayor el malestar en relación a lo corporal, en las edades comprendidas entre los 13 y 14 años, sobre todo en los ítems que indagan sobre las conductas destinadas a bajar de peso.

En cuanto a la tercera dimensión, aquella que examina la influencia de los modelos estéticos, se encontró que tanto las adolescentes de 13 y 14 años, como las de 15 a 17 años, muestran gran interés por los cánones de belleza predominantes en nuestra sociedad. En los adolescentes, no existen diferencias significativas en los resultados obtenidos, infiriéndose existencia de interés en ambos rangos de edades, por los prototipos estéticos en auge.

La cuarta y última dimensión, evalúa la influencia de las relaciones sociales. Los resultados arrojaron que no existen diferencias significativas en relación a la edad, tanto en el caso de las mujeres como en la de los varones, es decir que en ambos grupos etarios, tanto femenino como masculino, se observa que los adolescentes consideran que sus amigos y/o compañeros/as tienen actitudes, pensamientos y conductas relacionadas con el control del peso y del aspecto corporal.

En relación con la diferencia de género, se halla que el femenino es indiscutidamente aquel que se manifiesta más influenciado por los factores socioculturales evaluados por el cuestionario; es decir que los datos sugieren y confirman las hipótesis y teorías desarrolladas por otras investigaciones ya expuestas en secciones anteriores, que consideran que las mujeres son aquellas que sufren mayor presión social. La imagen corporal, está inseparablemente asociada a los sentimientos que provoca dicha percepción, es decir gusta o no gusta. Para llegar a tamaña conclusión, el adolescente compara su cuerpo con el modelo corporal vigente en su cultura. Si coincide, o así lo cree, su imagen se coloreará positivamente, si no es así, le suscitará ansiedad y por lo tanto deseos de cambiar de imagen, es decir de cuerpo. Esto hace suponer que cada sociedad, cada momento histórico, va a ser capaz de suscitar un género de sentimientos y actitudes ante el propio cuerpo que pueden ser distintos, en función de la evolución de los valores estéticos. Esto hace dilucidar, que en comparación con la población femenina española y la mexicana, la muestra seleccionada para este estudio, puntuó alto en una mayor cantidad de ítems, es decir que se puede inferir de esta manera, una mayor preocupación por el aspecto físico y una consecuencia insatisfacción corporal en general, en la presente muestra de adolescentes mendocinas.

Sin embargo, los datos obtenidos, también están demostrando que la estética está dejando de ser una cuestión netamente femenina para convertirse en un tema de todos. Los hombres comenzaron ya a preocuparse por el brillo del pelo, la tesura de la piel, los abdominales de la panza, la prolijidad de las uñas. En fin, por el físico. En la población masculina investigada, se observa que se está gestando dicha preocupación, sobre todo en las edades más tempranas de la adolescencia, justamente aquella en la que se están sufriendo los mayores cambios corporales, por lo que se infiere que existe un nivel de susceptibilidad a los mensajes que se reciben del entorno.

A partir de los datos hallados, es posible decir, que nos encontramos inmersos en un posmodernismo que nos sumerge en las trivialidades más cotidianas de nuestra vida, en la que se produce una pérdida de los parámetros, donde los ideales de nuestra existencia se hallan sustentados por todo aquello que tenga que ver con lo externo, y se relega completamente la

interioridad a una superficialidad que determina nuestra identidad y hasta nuestro éxito, esto es la denominada "Cultura de la Delgadez".

Se puede afirmar, por lo tanto, que si bien la población investigada es solo una pequeña muestra de nuestra sociedad actual y no puede generalizarse, ésta porción, nos muestran que radica una clara preocupación por el aspecto físico, lo que no significa la existencia de un Trastorno de la Conducta Alimentaria, pero sí una advertencia de la influencia y repercusiones que está ejerciendo la sociedad de consumo y por supuesto la cultura de la delgadez en nuestros adolescentes. Como se dijo anteriormente, estos datos son de particular importancia y son generadores de una alarma social, aunque no pueden generalizarse al resto de la sociedad, por lo que se sugiere que sería necesario llevar a cabo estudios posteriores para confirmar tales tendencias.

Se considera, que el instrumento de medición aplicado en la presente investigación, es adecuado a los propósitos de la prevención de trastornos de la alimentación, ya que a partir de éste es posible detectar precozmente, ciertas emociones, pensamientos, cogniciones y comportamientos de riesgo, o que pueden convertirse en riesgosos para la salud. Lo interesante sería poder actuar a partir de los resultados encontrados, utilizando como herramienta de abordaje la educación en los distintos escenarios en los cuales puede llevarse a cabo, siendo los principales, la familia y la escuela.

La familia, en primer lugar, ya que en ella es donde se establecen tempranamente los hábitos relacionados con la salud, y juegan un papel fundamental en la transmisión de preocupaciones especiales acerca de la alimentación y el control del peso ya desde la temprana infancia. Es decir, que es aquí, "en el culto al cuerpo delgado en familia", donde deben dirigirse las acciones preventivas. En efecto, en el presente estudio, quedó demostrado como las conductas que los mismos familiares tienen con respecto a su propio cuidado o control corporal, repercute en los adolescentes. Además los padres o familiares son aquellos que deben estar atentos a las conductas de sus hijos, por ejemplo si estos dejan de realizar las comidas, o dicen que ya comieron en otro lado o que van a comer en otro lado, o si están más selectivos especialmente suprimiendo ciertos alimentos o dedicando mucho tiempo a la actividad física, etc. En segundo lugar, la escuela es un contexto que juega un papel principal en la promoción de programas relacionados con la salud. Asimismo, siendo éste un ámbito en el cual el adolescente pasa gran parte de su tiempo, y donde establecen relaciones sociales con sus compañeros, es importante que ésta fomente prácticas de salud y promueva una actitud crítica en los adolescentes.

Se considera también, la importancia de intervenir en los medios de comunicación, ya que está demostrado que estos son herramientas intervinientes en la educación de nuestros jóvenes hoy en día y son fundamentales a la hora de reproducir o cuestionar estereotipos. Por lo que se sugiere incorporar mayor caudal de mensajes relacionados con la salud, la interioridad, la espiritualidad y no tanto con lo estético, lo superficial y banal, con el objetivo de alcanzar una conciencia social que dé cuenta de qué tipo de imágenes y mensajes pueden ser dañinos.

En consecuencia, en este estudio, se adhiere a la idea de Toro (1999), el cual considera que existen factores de riesgo, relacionados con los estilos educativos o modelos, que pueden proceder de la familia, del grupo de pares y de los medios de comunicación; por lo que es justamente aquí donde deben dirigirse los dardos de la acción preventiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamson, G. (1997). Posmodernismo y la Lógica Cultural del Capitalismo Tardío. *Debate sobre los modelos culturales a Fines del Siglo*". XI Congreso del Hombre Argentino y su Cultura. (Realizado en Cosquín, Córdoba, Enero de 1997). <http://usuarios.arnet.com.ar/mdonato/critica/posmoycapitalismo.doc>
- Alonso, E.; Lujan, I. y Machargo, J. (1998). Actualidad de los estereotipos sobre la adolescencia. [Versión electrónica]. *Anuario de Filosofía y Psicología*, 1, 27-49.
- Amezcua Membrilla, J. A. y Pichardo Martínez, M.C., (2000). Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. [Versión electrónica]. *Anales de psicología*, 16 (2), 207-214.
- Antona, A.; Madrid, J. y Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. [Versión electrónica]. *Papeles del psicólogo*, 23 (84), 45-53.
- Aranceta Bartrina, J. (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable. [Versión electrónica]. *Alan*, 57 (5), 313-315.
- Baile Ayensa, J. I.; Monroy Martinez, K. E. y Garay Rancel, F. (2005). Alteraciones de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasio. [Versión electrónica]. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10 (1), 161-169.
- Barón, R.A. (1996). Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En R.A. Barón, *Psicología* (3era Ed.) (pp 424-497). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Berger, K.S. (1997). La adolescencia: El desarrollo biosocial. En K.S. Berger, *El desarrollo de la persona: desde la niñez hasta la adolescencia* (4ta ed.) (pp. 518-545). Madrid: Médica Panamericana.
- Berner, E.; Piñero, J. y Valente, S. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria: signos clínicos en pacientes adolescentes con episodios de vómitos autoinducidos. [Versión electrónica]. *Arch.Argent.Pediatr.*, 102 (6), 440- 444.
- Bonsignore, A.M. (2004). Bulimia Nerviosa y otros trastornos de la conducta alimentaria: algunas reflexiones. [Versión electrónica]. *Arch.Argent.Pediatr.*, 102 (6), 419-421.

- Cáceres Zapatero, M. D. y Díaz Soloaga, P. (2008). La representación del cuerpo de la mujer en la publicidad de revistas femeninas. [Versión electrónica] *Estudios sobre el mensaje periodístico*, 14, 309-327.
- Calvo Viñuela, I.; Aroca Palencia, J.; Armero Fuster, M.; Díaz Gómez, J. y Rico Hernández, M.A. (2002). Estilo de vida en trastornos de la conducta alimentaria. [Versión electrónica]. *Nutrición Hospitalaria*, 17 (4), 219-222.
- Cano de Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿Dos caras de la misma moneda? [Versión electrónica]. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27 (2), 148-166.
- Carrillo Durán, Ma. V.; Jimenez Morales, M. y Sánchez Hernandez, M. (2000). La publicidad de televisión entre otros factores socioculturales influyentes en los trastornos de la conducta alimentaria. Obtenido el 19 de Febrero 2011 en <http://www.aeic2010malaga.org/upload/ok/47.pdf>
- Castillo B. (2006). Sociedad de Consumo y Trastornos de Conducta Alimentaria. *Trastorno de la Conducta Alimentaria*, 4, 321-335. Obtenido el 3 de Julio del 2008 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=2159215&orden=91703>
- Coleman, J. y Hendry, L.B. (2003). Desarrollo físico. En J. Coleman y L.B. Hendry, *Psicología de la adolescencia* (4^{ta} ed.) (pp 31-43). Madrid: Ediciones Morata.
- Craig, G. (2001) Adolescencia: desarrollo físico y cognoscitivo. En G. Craig, *Desarrollo Psicológico* (8^o ed.) (pp. 345-373). México: Prentice Hall- Pearson educación.
- Craig, G. (2001). Adolescencia: desarrollo de la personalidad y socialización. En G. Craig, *Desarrollo Psicológico* (8^o ed.) (pp. 375-407). México: Prentice Hall- Pearson educación.
- Crispo, R.; Guelar, D. y Figueros, E. (S/F). Anorexia-Bulimia: Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Centro de Psicoterapias Breves. Obtenido el 8 de Febrero 2011 en <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1445>
- Divenosa, M. y Costa, I. (2002). El cuerpo, la sexualidad, los afectos. En M. Divenosa y I. Costa, *Psicología* (1era Ed.) (pp 51-87). Buenos Aires: Maipue.
- Donas Burak, S. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. En S. Donas Burak (comp.), *Adolescencia y Juventud en América Latina* (pp. 469-487). Cartago: Libro Universitario Regional.

- Escalante Gómez, E. y Caro Martín, A. (2002). *Análisis y tratamiento de datos en SPSS*. Chile: Imprenta de la Universidad de Playa Ancha de Ciencia de la Educación, Valparaíso.
- Esnaola Etxaniz, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. [Versión electrónica]. *Anales de Psicología*, 24 (1), 1-8.
- Fanjul Peyró, C. y Romero Calmache, Ma. (S/F). La apariencia y características físicas de los modelos publicitarios como factor de influencia social mediática en la vigorexia masculina. Obtenido el 5 de febrero 2011 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2929010&orden=200020&info=link>
- Francisca Anaya (2004). El sexo, factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria. [Versión electrónica]. *Enfermería Clínica*, 14 (4), 230-234.
- García Fernández, L. y Garita Azofoifa E. (2007). Relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. [Versión electrónica]. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5 (1), 1-18.
- García García, E. (1981). Adolescencia, madurez y senectud. En E. Mira y López, *Psicología Evolutiva del niño y el adolescente* (19ª ed.) (pp. 215- 225). Buenos Aires: El Ateneo.
- González Macías, L.; Unikel, C.; Cruz, C. y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastorno de la conducta alimentaria. [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 26 (3), 1-8.
- Goñi Grandmontagne, A.; Rodríguez Fernández, A. y Ruiz de Arzúa García, S. (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. [Versión electrónica]. *Psiquis*, 25 (4), 141-151.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: Mc. Graw-Hill.
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1 (2). Obtenido el 6 de Diciembre 2010 en http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-41851999000200004&script=sci_arttext
- Lenoir, M. y Silber, T.J. (2006). Anorexia Nerviosa en niños y adolescentes (Parte 1) Criterios diagnósticos, historia, epidemiología, etiología, fisiopatología, morbilidad y mortalidad. [Versión electrónica]. *Arch.Argent.Pediatr*, 104 (3), 253-260.

- León, O. y Montero, L. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. (3ª ed.) Madrid: Mc. Graw-Hill.
- López Ibor Aliño, J.J. (2000). *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. En J.J. López Ibor Aliño, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR) (1 era. Ed.) (pp.652-666). Barcelona: Elsevier Masson.
- Maganto, C. y Cruz, S. (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-58. XIII Congreso Nacional. (Realizado en Donostia- San Sebastián. Octubre de 2000) <http://www.seypna.com/documentos/psiquiatria30.pdf#page=47>
- Márquez Guerrero, M. (2007). Análisis semiótico del concepto actual de “belleza” en la publicidad dirigida a la mujer. [Versión electrónica]. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 483-506.
- Martell Alonso, C. A. (2006). Vigorexia: enfermedad o adaptación. *Revista digital*, 99, 1-11. Obtenida el 10 de Febrero 2011 en <http://www.efdeportes.com/efd99/vigorex.htm>
- Más mujeres jóvenes con patológicas alimentarias. Obtenido el 8 de febrero 2011 en <http://www.lacapital.com.ar/secciones/canal-mujer.html>
- Mateos Parra, A. y Solano Pinto, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa y bulimia. *Revista electrónica de psicología*, 1 (1). Obtenido el 10 de Febrero 2011 en <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/1445>
- Montts S., Ma. E. y Ulloa Chavez, F. (1996). Autoestima y salud mental. [Versión electrónica] *Salud mental* V, 19 (3), 30-35.
- Moreno, A. y Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo*. (1era Ed.) Argentina: Aique.
- Obiols, G.A, Di Segni de Obiols, S. (2001). Modernidad y posmodernidad: elementos para entender un debate. En G.A. Obiols y S. Di Segni de Obiols, *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria. La crisis de la enseñanza media* (pp 1-31). Buenos Aires: Kapeluz.
- Obiols, G.A, Di Segni de Obiols, S. (2001). Ser adolescente en la posmodernidad. En G.A. Obiols y S. Di Segni de Obiols, *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria. La crisis de la enseñanza media* (pp 39-70). Buenos Aires: Kapeluz.

- Oliva Delgado, A. (2007). Adolescencia en positivo. [Versión electrónica]. *Apuntes de Psicología*, 25 (3), 235-237.
- Papalia, D.; Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2004). Adolescencia. En D. Papalia, S. Wendkos Olds y R. Duskin Feldman. *Desarrollo Humano* (9ª ed.) (pp.424-501). México: Mc Graw Hill.
- Páramo, M. A. (2009) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Rava, M. F. y Silver, T.J., (2004). Bulimia Nerviosa (Parte 1) Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. [Versión electrónica]. *Arch.Argent.Pediatr*, 102 (5), 353-363.
- Rivarola, M. F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios [versión electrónica]. *Fundamentos en humanidades*, I/II (7/8), 149-161.
- Rodríguez Fernández, A. (2009) El malestar psicológico en la adolescencia. *Adolescentes en tiempo de crisis*. Congreso Batzarra. (Realizado en Portugalete, 21, 22 y 23 de Octubre de 2009) www.adolescentesencrisis.org
- Rodriguez Rigual, M. (2003). Necesidad de creación de unidades adolescentes. *An Pediatr*, 58 (2), 104. Consultado el 18 de Agosto del 2010 en <http://www.elsevier.es>
- Rodriguez, S. y Cruz, S., (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. [Versión electrónica]. *Psicothema*, 20 (1), 131-137.
- Rosalía, V., Álvarez G., Mancilla J.M. (2000) Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. [Versión electrónica]. *Salud Mental*, 23 (6), 18-24.
- Salaberria, K.; Rodriguez S. y Cruz S. (2007). Percepción de la Imagen Corporal. [Versión electrónica]. *Biblid*, 8, 171-183.
- Sánchez Barbudo, A.S. (2007). Nuevas familias y conductas alimentarias. [Versión electrónica] *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 5, 439-456.

- Saucedo Molina T. y Unikel Santoncini, C. (2010). Validez de un instrumento multidimensional para medir factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria en púberes mexicanos. [Versión electrónica] *Rev. chil. nutr.*, 37 (1), 60-69.
- Toro, J. (1988) Factores socioculturales en los trastornos de la ingesta. [Versión electrónica] *Anuario de Psicología*, 38 (1), 25-46.
- Toro, J. (2000). La epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria. *Medicina clínica*, 114 (14), 543-544. Obtenido el 2 de Febrero 2011 en http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7064&articuloid=9830
- Toro, J. (2001) Anorexia Nerviosa. [Versión electrónica] *Medicina Clínica*, 117 (9), 334-335.
- Toro, J. (S/F). Cuestionario de uso experimental. Hospital Clínic I Provincial. Subdivisión de Psiquiatría. Sección de Psiquiatría infantil y juvenil. Barcelona, España.
- Toro, J.; Castro, J.; Gila, A. y Pombo, C. (2005). Assessment of Sociocultural Influences on the Body Shape Model in Adolescent Males with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*, 13, 351-359.
- Toro, J.; Gila, A.; Castro, J.; Pombo, C. y Guete, O. (2005). Body image, risk factors for eating disorders and sociocultural influences in Spanish adolescents. *Eating Weight Disord*, 10, 91-97.
- Toro, J.; Gomez Peremitré, G.; Sentis, J.; Vallés, A.; Casulá, V.; Castro, J.; Pineda, G.; Leon, R.; Platas, S. y Rodriguez, R. (2006). Eating disorder and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41, 556-565.
- Vargas Trujillo, E. y Barrera, F (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134.
- Zagalaz, M.A; Romero Granados, S. y Contreras Jordán, O.R. (2003). La Anorexia Nerviosa como distorsión de la imagen corporal. Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén. *Revista Iberoamericana de Educación*, 1-22. Obtenido el 3 de Febrero 2011 en <http://rieoei.org/deloslectores/343Zagalaz.pdf>

ANEXO



CUESTIONARIO DE INFLUENCIA DE LOS MODELOS ESTÉTICOS CORPORALES (CIMEC-40)

(Toro, J., S/F. Adaptación M.A. Páramo, 2010)

Este cuestionario contiene una serie de preguntas a las cuales se deben contestar marcando con una cruz (X) la respuesta que consideres más adecuada. No hay respuestas “buenas” ni “malas”.

Ahora, por favor, escribe algunos datos personales:

Género: Masculino Femenino

Edad:

Curso que estudias:

Altura:

Peso:

	SI SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
1. Cuando estás viendo una película ¿mirás a las actrices/actores fijándote especialmente en si están gordas o flacas?					
2. ¿Tenés algún amigo/a o compañero/a que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?					
3. Cuando comés con otras personas, ¿te fijás en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?					
4. ¿Envidiás el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las chicas que practican gimnasia rítmica? En el caso de los hombres ¿al cuerpo de los chicos que practican básquet o natación?					
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de vestir, que te han quedado chicas?					
6. ¿Llaman tu atención las publicidades de televisión que anuncian productos adelgazantes?					
7. Entre tus compañeros/as y amigos/as, ¿suelen hablar del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?					
8. ¿Llaman tu atención las vidrieras de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?					

	SI SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
9. ¿Sentís ganas de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves una publicidad dedicada a ellas?					
10. ¿Hablás con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?					
11. ¿Te angustia (por verte gordo/a) el contemplar tu cuerpo en un espejo o en una vidriera?					
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijás en las personas que pasan para ver si están gordas o flacas?					
13. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?					
14. ¿Comentan tus amigos/as y compañeros/as las publicidades y productos destinados a adelgazar?					
15. ¿Llaman tu atención las publicidades de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?					
16. ¿Envidiás la delgadez de los chicos/as que aparecen en los desfiles de modas o en las publicidades de prendas de vestir?					

	SI SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
17. ¿Te angustia que te digan que estás “rellenita/o”, “gordita/o”, o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?					
18. ¿Creés que tus amigos/as y compañeros/as están preocupados por el excesivo volumen de sus caderas y/o muslos?					
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?					
20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho y/o abdomen?					
21. ¿Te angustian las publicidades que invitan a adelgazar?					
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?					
23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, publicidades, etc., que hablan de calorías?					
24. ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven con vos?					
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más suelto/a de ropa o tener que usar malla?					

	SI SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?					
27. ¿Tenés algún amigo/a o compañero/a angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?					
28. ¿Sentís ganas de seguir una dieta adelgazante cuando vez u oyes una publicidad dedicada a esos productos?					
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y/o muslos?					
30. ¿Tenés algún amigo/a o compañero/a que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?					
31. ¿Envidiás la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?					
32. ¿Hablás con tus amigos/as y compañeros/as acerca de productos o actividades adelgazantes?					
33. ¿Sentís ganas de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves publicidades dedicados a esos productos?					
34. ¿Creés que los chicos/as y jóvenes delgados son más aceptados por los demás que los/las que no lo son?					
35. ¿Creés que tus amigos/as y compañeros/as están preocupados por el excesivo tamaño de sus pechos y/o abdomen?					
36. ¿Recordás frases, imágenes o melodías que acompañen a las publicidades de productos adelgazantes?					

	SI SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	MUY POCAS VECES	NUNCA
37. ¿Te atraen las fotografías y publicidades de chicos/as con jeans, traje de baño o ropa interior?					
38. ¿Llaman tu atención las publicidades de productos laxantes?					
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas flacas que las que no lo son?					
40. Si te invitan a un restaurante o participas de una reunión familiar o de amigos, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?					

NOTAS DE PEDIDO DE AUTORIZACIÓN DIRIGIDAS A LOS DIRECTIVOS DE LAS ESCUELAS

Mendoza,..... de de 2010

**Sr./Sra. Director/a de la
Escuela / Colegio.....****Presente**

Como alumna tesinista de la Licenciatura en Psicología de la Universidad del Aconcagua, Legajo N° 27942, me dirijo a Usted con el fin de solicitar su autorización para realizar la aplicación de un cuestionario (CIMEC-40) que evalúa la influencia de los modelos estéticos corporales.

La investigación que me encuentro realizando es sobre la “Adaptación del cuestionario de influencias de los modelos estéticos corporales (CIMEC-40) en población adolescente mendocina”. Se presenta como anexo dicho instrumento.

Los objetivos de esta investigación consisten en evaluar la posible adaptación del cuestionario a nuestro contexto como un instrumento útil a los fines de una detección precoz de factores que podrían influir en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria.

La aplicación de dicho instrumento, se realizará en un solo encuentro, a los cursos correspondientes a 8^{vo}, 9^{no}, 1^{ero}, 2^{do} y 3^{ero} Polimodal. La duración de la aplicación será de aproximadamente 20 a 30 minutos por curso.

Los datos obtenidos a partir de estos cuestionarios se utilizarán únicamente con fines de investigación científica, para la tesina de licenciatura de la investigadora.

Es por esto queda garantizada absolutamente la confidencialidad y anonimato de los mismos, es decir que no figurarán datos personales.

Esta investigación cuenta con la autorización de la Facultad de Psicología de la Universidad del Aconcagua y de mi directora de tesina, la Dra. María De los Ángeles Páramo.

Desde ya muy agradecida, esperando una respuesta favorable, le saluda atentamente:

Riveros Cabibbo, Andrea Liliana
Alumna Tesinista
Legajo: 27.942

Dra. María de los Ángeles Páramo
Directora de Tesina
Matrícula 1136