



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Género e Imagen corporal como factores
asociados a la adopción de estilos de
vida relacionados al Porcentaje de Grasa
Corporal en jóvenes de Guadalajara**

TESIS PRESENTADA POR

Carlos Eduardo Martínez Munguía



PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
Doctor en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Gabriela Navarro Contreras (Directora)
Doctora en Psicología

Dr. Julio Agustín Varela Barraza (Co-Director)
Doctor en Ciencia del Comportamiento

Dra. María de los Ángeles Vacío Muro
Doctora en Ciencia del Comportamiento



REVISORES

Roberto Oropeza Tena
Doctor en Psicología

María Elena Rivera Heredia
Doctora en Psicología con orientación en Salud



OCTUBRE 2015, MORELIA, MICH.

Dedicada

A las mujeres y hombres de buena voluntad.

A los y las que con su trabajo honesto, arduo y cotidiano, hacen que este lugar sea un mejor sitio para vivir, incrementando las posibilidades de l@s que ya estamos acá y l@s que vienen.

Particularmente a aquellas personas anónimas que al hacer su trabajo tan eficientemente pueden pasar desapercibidas, pero que son parte crucial en el engranaje del destino de much@s. Solo por evocar algunos casos: a mi maestra de 6to de primaria; al profe “Chemís” y al “Caballo” de la secundaria; al profe Pegueros; a esa secretaria anónima y al maestro de literatura de la preparatoria no. 7 de la UdG; al maestro Benítez; al responsable de recibir los documentos de posgrado en la UMSNH. En fin, a todas y cada una de las personas que hacen su trabajo diligentemente, generando sinergias que hacen posible la culminación de trabajos como éste.

Agradecimientos

A tod@s l@s que de alguna u otra manera hicieron posible la culminación de ésta importante etapa en mi formación profesional. Muchas gracias.

A mi familia.

A Isaías

A mis asesores:

Directora Gabriela Navarro, Codirector Julio Varela y Asesora Ángeles Vacío.

A las cinco instituciones que hacen posible este programa y que nos abrieron sus puertas para ampliar nuestras perspectivas y posibilidades. Así como a sus coordinadores de sede, particularmente al Dr. Oropeza y a la Dra. Rivera, ya que sus gestiones como coordinadores del DIP-UMSNH facilitan la estancia en esta institución.

A los docentes del doctorado que tuvieron a bien impartirnos cursos, por su paciencia y generosidad en la transmisión de sus conocimientos.

A mis compañeros de viaje, por hacer de este trayecto algo más fructífero y ameno.

A mis colaboradores Tenamaxtli, Jazmín, Alejandro, Nancy, Elba y Carlos por su profesional y comprometido empeño para tomar las medidas antropométricas.

A cada uno de los y las participantes e instituciones que nos permitieron aplicar el estudio.

Al CONACYT por su apoyo con la Beca Nacional: 288188.

A tod@s, vaya un cordial agradecimiento

ÍNDICE

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES GENERALES DEL ESTUDIO Y VARIABLES IMPLICADAS

1.1 Antecedentes generales, sobrepeso y obesidad	9
1.1.1 Reflexiones sobre la definición de Salud	12
1.2 El género como aglutinador de sistemas de creencias.....	15
1.2.1 Antecedentes históricos del género	15
1.2.2 Género, percepción corporal y estilos de vida.....	18
1.3 Imagen Corporal, el constructo	20
1.3.1 Modelos de belleza corporal.....	22
1.3.2 Imagen corporal y estudios relacionados	23
1.4 Estilos de vida.....	30
1.4.1 Estilos de vida y conductas instrumentales de riesgo/prevención para la salud.....	33
1.4.2 Actitudes y conductas alimentarias	34
1.4.3 Activación física.....	38
1.4.4 Conformación de la masa corporal y su medición	43

CAPÍTULO 2

ENCUADRE Y POSICIONAMIENTO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 Posicionamiento ontológico	48
2.2 Interconductismo, una perspectiva de campo para analizar los fenómenos psicológicos	49
2.3 La Socialización del individuo desde el Interconductismo	51
2.4 Objetivos e Hipótesis de investigación.....	59
2.4.1 Objetivo general de investigación	60
2.4.2 Objetivos particulares.....	60
2.4.3 Hipótesis de investigación.....	60
2.4.4 Hipótesis nula	61

CAPÍTULO 3

ETAPA 1: SELECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

3.1 Selección de los instrumentos psicométricos	62
3.2 Método de la validación del Generímetro	63
3.2.1 Participantes para la Validación del Generímetro	65
3.2.2 Resultados de la validación del Generímetro	65
3.3 Validación del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ).....	70
3.3.1 Participantes para la validación del MBSRQ	71
3.3.2 Resultados de la validación del MBSRQ	72
3.4 Eating Attitudes Test (EAT-40)	77
3.4.1 Estructura factorial del EAT-40	78
3.5 Escala de evaluación del cambio para el ejercicio físico (EURICA-E2)	82
3.5.1 Estructura factorial del <i>EURICA-E2</i>	82

CAPÍTULO 4
ETAPA 2: APLICACIÓN DEL ESTUDIO

4.1 Método.....	86
4.1.1 Participantes en el estudio	86
4.1.2 Escenarios.....	86
4.1.3 Instrumentos para la medición antropométrica	87
4.1.4 Procedimiento.....	87
4.2 Resultados.....	89
4.2.1 Resultados antropométricos.....	89
4.2.1.1 Porcentaje de Grasa Corporal.....	91
4.2.2 Resultados del Generímetro	92
4.2.2.1 Género total	96
4.2.2.2 Género total Categórico.....	98
4.2.3 Resultados de la Imagen corporal (MBSRQ).....	101
4.2.4 Resultados de las actitudes a la alimentación EAT-40.....	103
4.2.5 Resultados de las actitudes a la actividad física URICA-E2.....	105
4.2.6 Resultados de la interacción de las variables: correlaciones y regresiones	107

CAPÍTULO 5
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

5.1 Discusión	111
5.2 Limitaciones del estudio.....	118
5.3 Prospectiva	118
6. Referencias	125
7. Anexos.....	143

Resumen

Ante el alarmante incremento de los índices de sobrepeso y obesidad en México, se decidió indagar la forma en que algunos factores psicológicos pudieran estar asociados a la adopción de determinados estilos de vida que se relacionan con la conformación de la masa corporal. Particularmente se indagó respecto de la relación que pueden tener las nociones de género y la Imagen Corporal con las actitudes a la alimentación y a la actividad física. Se realizó un estudio exploratorio para conocer la interacción que pueden tener estas variables entre una muestra de jóvenes de Guadalajara, Jalisco. El estudio consistió en dos etapas, en la primera se validaron dos instrumentos de medición (Generímetro y MBSRQ), realizando tanto su análisis factorial exploratorio como confirmatorio. Además de seleccionar y corroborar las propiedades de otros dos instrumentos respecto a los hábitos de alimentación y la actividad física (EAT-40 y URICA).

En la segunda etapa se aplicaron los cuatro instrumentos de medición a 344 adolescentes del tercer grado de secundaria, además se tomaron medidas antropométricas a cada uno de los participantes para conocer su porcentaje de grasa corporal. Los resultados permiten concluir que las nociones de género sí guardan relación estadísticamente significativa con el porcentaje de grasa corporal de los jóvenes. Estos hallazgos se discuten desde la postura de la psicológica Interconductual, en el sentido de que en vez de buscar generar hábitos de alimentación y de actividad física saludables, se deberían generar estrategias de prevención en torno a promover comportamiento inteligentes.

Palabras clave: Jóvenes, Sobrepeso y Obesidad, Imagen corporal, Estilos de vida, Porcentaje de Grasa Corporal.

Abstract

Given the alarming increase in the rates of overweight and obesity in Mexico, we decided to investigate how some psychological factors may be associated with the adoption of certain lifestyles that are related to the formation of body mass. Particularly we explore about the relationship that may have the notions of gender and body image, with attitudes to food and physical activity. An exploratory study was conducted to know the interaction between these variables can have a sample of young people from Guadalajara, Jalisco. The study consisted of two stages, the first one consisted in the psychometric validation of two scales (Generímetro and MBSRQ), and validated by performing both the exploratory and confirmatory factor analysis. In addition we select and confirm the properties of two other instruments regarding eating habits and physical activity (EAT-40 and URICA).

In the second stage the four measuring instruments were answered by 344 adolescents in the third grade of high school, in addition anthropometric measurements were taken at each of the participants to know their percentage of body fat. The results suggest that notions of gender are statistically significantly associated with body fat percentage of young people. These findings are discussed from the view of Interbehavioral psychology, in the sense that instead of seeking to generate habits of healthy eating and physical activity, prevention strategies should be generated around promoting intelligent behavior.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace poco tiempo, se consideraba que la población juvenil era una de las más fuertes y con menos problemas de salud en nuestro país. Desgraciadamente las cifras actuales no permiten sostener este argumento. Los índices de morbilidad y mortalidad en población juvenil se han incrementado exponencialmente en años recientes; la mortalidad juvenil está asociada primordialmente a accidentes y agresiones. En 2013 las muertes violentas en jóvenes de entre 15 a 29 años de edad, tuvo una proporción de 5.87 hombres por una mujer; en suicidios la proporción fue de 3.5 varones por una mujer (INEGI). Respecto a la morbilidad en jóvenes, las cifras no son más alentadoras, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) registró un 12% de adolescentes fumadores activos, lo cual no es poca cosa considerando que representan a 1.7 millones de adolescentes que fuman regularmente, con las consecuencias para la salud que ello implica.

Dentro de la morbilidad en población joven algo que está encendiendo las alarmas de las agencias de salud tanto nacionales como internacionales, es el vertiginoso incremento en los índices de obesidad y sobrepeso, sobre todo por las comorbilidades que traen consigo (Rodríguez, 2008; Vázquez y Cos, 2011; ENSANUT, 2012). Esto hace prioritario el desarrollo de estrategias que permitan entender qué es lo que está pasando en relación a este fenómeno y con ello, estar en posibilidades en un futuro, de contar con elementos más eficientes para plantear alternativas de intervención. En ese sentido, en la presente investigación se buscó identificar y analizar sistemáticamente algunas variables que pueden influir para alcanzar estilos de vida saludables en los y las jóvenes.

El sistema de salud mexicano y la sociedad en general invierten una considerable cantidad de recursos materiales y humanos con la intención de mitigar los efectos que estos

nuevos estilos de vida tienen sobre la salud de los y las jóvenes. Algunos de dichos efectos se pueden observar en los elevados índices de sobrepeso/obesidad, pero también en el incremento de los trastornos de comportamiento alimenticio, así como en los patrones de consumo de alcohol y otras sustancias nocivas para la salud (ENA, 2012). Los estilos de vida poco saludables pueden desembocar, en una serie de problemas de salud, y en la aparición temprana de enfermedades crónico-degenerativas, tales como la diabetes, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer, enfermedades que, hasta hace poco tiempo, eran consideradas propias de las personas adultas mayores. El hecho de que se trate de enfermedades crónico-degenerativas quiere decir que son enfermedades de largo aliento, lo cual trae consigo la necesidad de invertir grandes cantidades de recursos del sistema de salud para su tratamiento (García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León y Gálvez-González, 2010).

Los psicólogos no podemos quedarnos al margen de esta situación, por lo que es necesario incidir para que los estilos de vida que los y las jóvenes elijan transitar en su diario vivir, no sean tan nocivos, para ellos mismos ni para quienes les rodean. En ese sentido, se hace necesario que desde la perspectiva psicológica, emerjan propuestas para abordar el problema, en primera instancia, tratando de darle una explicación y posteriormente proponiendo estrategias de intervención, sobre todo en el ámbito de la prevención. Una de las principales preocupaciones de este proyecto es analizar sistemáticamente aquellos factores que se relacionan con estilos de vida poco saludables entre los y las jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG). Sobre todo teniendo en cuenta: las actitudes, tendencias y conductas de los y las jóvenes, así como las

circunstancias que favorecen que éstas se presenten de una manera adversa para la salud de los y las jóvenes.

Recientemente se ha señalado al género como uno de los factores determinantes en la adopción de un determinado estilo de vida (Ferris, Kline y Bourdage, 2012), ya que por definición “el género es una forma de vivir el cuerpo en el mundo” (Lamas, 2000). Otra razón importante de tomar al género como una de los factores intervinientes en la adopción de un estilo de vida en los y las jóvenes, es porque se trata de una de las primeras nociones identitarias que adoptamos los seres humanos y gracias a esa noción se adquieren una serie de creencias que movilizan al individuo a actuar de una determinada manera.

Así como el género articula una serie de creencias en los individuos, el comportamiento asociado a ellas se estructura en lo que se ha dado en llamar “estilos de vida”, que a su vez se encuentra fuertemente relacionado con estados de salud de las personas (Dietz y Gortmaker, 1985), favorable o desfavorablemente; hacia sí mismos o para quienes les rodean; a corto (i.e., resaca, malestares estomacales, jaquecas) o a largo plazo (i.e., obesidad, diabetes, cardiopatías). Los estilos de vida cobran relevancia en el ámbito de la salud, ya que por su carácter acumulativo, suelen tener un efecto a largo plazo (WHO, 1986), por ello, se vuelve prioritario identificar aquellos rasgos del género que favorecen la adopción de un determinado estilo de vida (Pons y Gil, 2008). Para lograrlo se pretende analizar aquellos factores de género que puedan estar relacionados con la imagen corporal, tanto de hombres como de mujeres y con ello estar en condiciones de identificar si algunos de sus componentes que pueden estar relacionados con la conformación corporal. Por tratarse de un constructo que emerge de un paradigma distinto al que se asumió como

marco teórico para este proyecto, implicó un arduo trabajo para analizar si era pertinente utilizarlo y en todo caso, cómo entenderlo desde nuestra postura teórica.

Según el Censo Nacional 2010, en México existen 40'636,343 adolescentes y jóvenes de entre 10 y 29 años de edad, de los cuales 20'029,955 son hombres y 20'607,388 mujeres. El propio INEGI afirma que en el año 2010, murieron 28,526 hombres de entre 15 y 29 años de edad; mientras que la cantidad de mujeres fallecidas de ese mismo rango de edad fue de 8,984, esto significa una proporción de tres hombres por cada mujer. Estas diferencias entre los sexos se podrían atribuir a la variable género, a menos que argumentemos que existe una condición biológica en los hombres jóvenes que los haga tres veces más vulnerables a ellos que a ellas, más bien, esas diferencias se podrían deber al tipo de comportamiento asociado a las nociones de género que asumen unos y otras. Esto se vincula a la variable de género, ya que en nuestra sociedad, persiste la creencia que los hombres deben ser más fuertes y valerosos que las mujeres y se les pide que hagan cosas más audaces y de riesgo para demostrar su "hombría"; mientras que a las mujeres, por lo general, no se les pide que demuestren su feminidad. Un factor que está muy asociado a la demostración de masculinidad es la valentía, en la sociedad tradicional un hombre entre más valentía demuestra es mejor valorado (Ramírez, 2005), lo cual puede estar asociado al mayor porcentaje de hombres que mueren en forma violenta.

Con respecto a la morbilidad en jóvenes no es muy diferente, por ejemplo en el 2007 el porcentaje de mujeres infectadas de VIH era de 22.1% en relación a los hombres. Respecto al consumo de alcohol y tabaco, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 muestra los siguientes resultados: el 48.8% de los hombres y 23.4% de las mujeres respondieron haber probado el cigarrillo cuando menos una vez en su vida (ENA, 2008). En donde las mujeres parecían estar menos expuestas que los hombres a la oportunidad de usar

drogas: 6.8% de ellas indicó que le habían ofrecido marihuana regalada, en comparación con 27.3% de los hombres en el mismo caso; el dato es significativo si lo vemos con perspectiva de género, ya que el consumo de estas sustancias tiende a igualarse entre hombres y mujeres jóvenes, según lo señalan reportes más recientes (ENA, 2012). Otro dato interesante tiene que ver con los casos notificados de Sida acumulados a junio de 2014 en México, que ascienden a 170,963; de los cuales, 82.05% corresponde a hombres y 17.95% a mujeres (CENSIDA, 2014).

Hasta aquí hemos visto algunas estadísticas en donde los hombres tienen una mayor morbilidad que las mujeres; sin embargo, existen otros indicadores donde ellas encabezan las estadísticas, como es el caso de los trastornos de comportamiento alimentario (TCA). A pesar de que no hay muchas estadísticas al respecto se estima que el 10% de las mujeres padecen un trastorno de este tipo, mientras que entre los hombres jóvenes tiene una prevalencia de entre 3 y 4%. Si a esto le aunamos los problemas de sobrepeso y obesidad, tenemos un panorama poco alentador para las próximas generaciones de mexicanos. En el 2010 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reportó que 30% de los mexicanos padecen obesidad, ganándose con ello, el nada honroso primer lugar a nivel mundial en este problema, por su parte los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ESANUT) del 2012 reportaron que el 35% de los adolescentes mexicanos padecen sobrepeso u obesidad (2012, p.168).

Al identificar aquellos factores que probabilizan la adopción de un determinado estilo de vida, habremos aportado más elementos al esfuerzo que desde la perspectiva psicológica se ha venido haciendo para que los y las jóvenes adopten patrones de comportamiento más sanos, mejorando con ello su calidad de vida. Lo cual puede coadyuvar a tener un sistema de salud más eficiente, ya que con la implementación de

programas preventivos, se podrían abatir los índices de enfermedades y accidentes prevenibles en población juvenil y con ello la saturación del sistema de salud.

Para identificar los rasgos de género que favorecen la adopción de un determinado estilo de vida (Pons y Gil, 2008), se analizaron aquellos que se relacionaban con la imagen corporal, tanto de hombres como de mujeres y con ello estar en condiciones de identificar algunos componentes que pudieran estar relacionados con la conformación de la masa corporal, concretamente con el Porcentaje de Grasa Corporal (PGC). Dado que los estilos de vida puede incluir un sinnúmero de elementos de lo más variado, decidimos circunscribirnos a las dimensiones que pudieran estar más relacionadas: actitudes a la alimentación y a la actividad física. Planteando el siguiente objetivo de investigación: Identificar la relación entre nociones de género e imagen corporal con el porcentaje de Grasa Corporal como factores asociados a la adopción de estilos de vida en jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

El marco teórico desde el que se reflexiona y analiza la relación de variables aquí propuesta fue el interconductismo. Lo cual representó un doble reto, en primer lugar porque el fenómeno aquí planteado rompe con los temas que tradicionalmente abordan quienes trabajan bajo dicho paradigma. Y en segundo lugar, porque mucho del trabajo realizado desde esta postura suele ser teórico (Ribes y López, 1985; Moreno, 2004; Roca, 2006; Peña, 1999), por lo cual el tipo de método que utilizan en sus investigaciones tiende a ser experimental. A pesar de ello, se decidió hacer un esfuerzo para explicar, desde la postura interconductual, un fragmento de realidad que demanda de la Psicología una explicación clara y precisa.

Por supuesto que esto representó diversos obstáculos, uno fue la dificultad de encontrar información que pudiera utilizarse para construir un corpus de análisis desde esta perspectiva, sin caer en inconsistencias epistémicas. Ello implicó un ejercicio de reflexión para repensar los fenómenos desde la lógica de campo y tratar de dar cuenta de ellos, en el entendido de que la realidad es, y en esa medida una teoría robusta como creo que es el Interconductismo, debe poder dar cuenta de ella. Sin embargo, creo que todo ese esfuerzo valió la pena, ya que si bien pueden existir errores de interpretación de la teoría y su extrapolación a fenómenos que no habían sido analizados desde esta perspectiva. Podría decirse que es uno de los logros alcanzados por el presente proyecto de investigación, ya que al parecer desde la lógica de campo interconductual sí es posible dar cuenta de este tipo de fenómenos, aunque será necesario profundizar en la relación de estas variables en posteriores trabajos.

En síntesis, en el presente estudio nos circunscribimos a aquellos factores relacionados directamente con la adquisición de estilos de vida en jóvenes, en ese sentido, las variables que consideramos pertinente analizar, además el Estilo de Vida, son: 1) Nociones de Género; 2) Imagen Corporal; 3) Actitudes Alimentarias y 4) a la Actividad Física. Todo ello para identificar la forma en que estos factores se relacionan con el Porcentaje de Grasa Corporal, como predictor de estados de salud-enfermedad.

Al identificar aquellos factores que probabilizan la adopción de un determinado estilo de vida, habremos aportado más elementos al esfuerzo que desde la perspectiva psicológica se ha venido haciendo para que los y las jóvenes adopten patrones de comportamiento más sanos, mejorando con ello su calidad de vida. Lo cual puede coadyuvar a tener un sistema de salud más eficiente, ya que con la implementación de

programas preventivos, se podrían abatir los índices de enfermedades y accidentes prevenibles en población juvenil y con ello la saturación del sistema de salud.

Me gustaría hacer una precisión respecto al estilo de redacción utilizado en este documento, particularmente al uso de los artículos que denotan género (los, las). Trabajar con perspectiva de género, entre otras cosas, implica reconocer las relaciones desiguales de poder que históricamente se han establecido por pertenecer a uno u otro sexo. Dentro del sistema patriarcal, dichas relaciones inequitativas se establecen en todos los ámbitos, donde lo masculino intenta mantener su hegemonía sobre lo femenino en todas las formas posibles. El lenguaje no escapa a este sistema sexo genérico de dominación, por ejemplo, la Real Academia Española (RAE) postula como norma que lo masculino (i.e., los niños) debe emplearse para ambos géneros, invisibilizando de esta forma su contraparte femenina (i.e., las niñas). Agrega “La actual tendencia al desdoblamiento indiscriminado del sustantivo en su forma masculina y femenina va contra el principio de economía del lenguaje y se funda en razones extralingüísticas” (RAE, s.f.). En ese sentido, como una forma simbólica de reivindicación de lo femenino, y como un intento por mantener cierta congruencia con el discurso que domina buena parte de este trabajo, se hace un esfuerzo por escribir de forma incluyente “las y los”, como una forma de hacer visible lo que por mucho tiempo se ha tratado de invisibilizar.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES GENERALES DEL ESTUDIO Y VARIABLES IMPLICADAS

1.1 Antecedentes generales, sobrepeso y obesidad

El punto de partida del presente proyecto de investigación fue el alarmante incremento en los índices de morbilidad relacionados a los estilos de vida entre la población juvenil de México, particularmente a aquellos relacionados con el Sobrepeso/Obesidad. Las estadísticas señalan que los y las jóvenes cada vez se enfrentan más a padecimientos que anteriormente se presentaban casi exclusivamente en población de mayor edad. Por ejemplo, el incremento en el diagnóstico de diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, entre la población juvenil se ha asociado a etiología conductual, más que a agentes patogénicos como virus o bacterias (Rubio, et.al., 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma: “desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo” (2012). Además señala, que cada año en el mundo fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso u obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso/obesidad.

Desgraciadamente este no es un problema privativo de los adultos, “en 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso” (OMS, 2015). México no es la excepción, según Córdova-Villalobos (2009), el porcentaje de la población con peso mayor al deseable (índice de masa corporal mayor a 25) aumentó 33% entre 2000

y 2006. El problema del sobrepeso/obesidad, ha dejado de ser algo de simple estética, de lo bien o mal que se puedan ver las personas, para convertirse en uno de los problemas de Salud Pública de mayor relevancia, dada la relación que este fenómeno tiene con algunos problemas de salud.

Barquera (2003) señaló que en el año 2000, la encuesta nacional de salud, reportó 3.65 millones de mexicanos con diabetes tipo dos y alrededor de 582,826 mexicanos que murieron por causas relacionadas con dicho padecimiento en el periodo 1980-2000. Respecto al sobrepeso/obesidad en adolescentes (12 a 19 años) la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, reportó una prevalencia del 35%, lo cual representa a 6'325,131 individuos. Además, indicó que uno de cada cinco adolescentes tenía sobrepeso y uno de cada 10 presentaba obesidad. Si desagregamos estas cifras en función al sexo encontramos que el 36% de las mujeres presentaron alguno de estos problemas, contra el 34% de los hombres. La proporción de sobrepeso fue mayor en mujeres (24%) que en hombres (20%); mientras que el porcentaje de obesidad de adolescentes varones fue mayor (14%) que en las de sexo femenino (12%), a pesar de ello las mujeres se perciben a sí mismas más obesas que los hombres.

En el 2010 García-Rodríguez, García-Fariñas, Rodríguez-León y Gálvez-González advertían del riesgo económico que implica para la viabilidad sanitaria del país no atender este problema, refiriéndolo de la siguiente manera: “En la actualidad, según el informe de la OCDE antes citado, México tiene que canalizar 190 mil millones de pesos del gasto público hacia la atención de los problemas de salud asociados a la obesidad, esto es, la mitad del presupuesto de todas las instituciones públicas de salud” (2010, p. 893). Estos números deberían ser suficientes para alertar a las autoridades sanitarias y a los profesionales del área de la salud, para atender los factores que están relacionados con dicho incremento.

Dadas estas estadísticas del sobrepeso y obesidad, podríamos hablar de una verdadera epidemia, por decir lo menos. Algunos de los factores que se han sugerido para el exponencial aumento de este fenómeno son: el cambio en los hábitos alimenticios, ya que se pasó de dietas de origen natural y ricas en fibras, a la ingesta indiscriminada de carbohidratos y ácidos grasos poliinsaturados que aparecen en una gran variedad de productos industrializados (Reséndiz, Hernández, Sierra y Torres, 2015). Aunado a ello, en México existe un elevado consumo de bebidas azucaradas, en especial de bebidas carbonatadas como los refrescos de cola, entre otras. Por otro lado, los estilos de vida de las personas han cambiado, pues para la mayoría de las actividades que exige la vida moderna ya existen máquinas que ayudan a desarrollar tareas que antes requerían mayor esfuerzo físico (i.e., cortar el césped, lavar la ropa, jugar rondas infantiles), las propias actividades recreativas ahora implican menor esfuerzo, todo ello ha propiciado que el sedentarismo se instale en la vida de la mayoría de los habitantes de zonas urbanas (Colunga, 2008). Entre los adolescentes y jóvenes el uso de computadoras para diversas actividades lúdicas (redes sociales, videojuegos, chats, entre otros) llevándolos a pasar gran parte de su tiempo libre sentados frente a una pantalla.

En virtud de que las causas de estos padecimientos no son necesariamente de índole biopatogénicas, sino primordialmente de orden conductual, es decir, de lo que la gente hace o deja de hacer con su vida, la Medicina Conductual o Psicología de la Salud (Kendall y Ford, 1988) tienen mucho que decir al respecto. Es por ello que en el presente trabajo se analizaron los factores que inciden para que los y las jóvenes asuman y mantengan un determinado estilo de vida. En la ENSANUT 2012 se afirma que “se ha documentado que las decisiones tomadas en la adolescencia son determinantes para el futuro de un individuo; la adolescencia es una etapa en la que se establecen patrones de comportamiento para la

vida” (p. 74). En ese sentido, se vuelve de suma importancia explorar cuáles son los factores intervinientes en la conformación y consolidación de un estilo de vida entre la población juvenil.

Por este motivo es que se consideró importante trabajar con población juvenil ya que es justamente al inicio de la adolescencia donde se estructuran y consolidan algunos de los procesos psicológicos que determinarán al individuo el resto de su vida: creencias, hábitos, estilos de vida, los cuales podríamos decir que se sincretizan en la noción de género, ya que si bien la identidad de género se establece alrededor de los dos primeros años de vida (Money, 1955). En la adolescencia es cuando estas nociones de género se actualizan y llenan de una serie de significados para la persona, convirtiéndose en una especie de carta de navegación en donde se prescribe lo que se debe y no hacer, lo que es correcto y lo que no lo es para el género al que se pretende pertenecer; eso dependerá en gran medida de la noción de género que asuma el individuo y de la percepción de la imagen corporal ideal predominante en función al género de adherencia.

Antes de adentrarnos en la relación de las variables de estudio, y hacer un recuento histórico de aquellos factores asociados que pueden estar relacionados con el incremento en los índices de sobrepeso y obesidad, hagamos una breve reflexión respecto al concepto de salud.

1.1.1 Reflexiones sobre la definición de Salud

La OMS define salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, sobre esta definición es menester hacer dos acotaciones: en primer lugar, señalar que el elemento que debería corresponder a lo psicológico, se plantea desde una perspectiva mentalista (Albavera,

Alcalde, Rodríguez y Molina, 2013), lo cual de suyo trae complicaciones para determinadas perspectivas teóricas; el segundo elemento a resaltar es que dicha definición puede rayar en lo idealista, ya que proporciona pocos elementos concretos para trabajar en la consecución de indicadores objetivos y medibles, que permita a los distintos agentes del sistema de salud saber si están mejorando sus estándares. Cuando se profundiza en la definición, que la OMS ofrece de salud mental, se pueden identificar otros matices: “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad” (OMS, 2013), los cuales pueden resultar ambiguos.

El problema de una definición laxa como la aquí presentada, es que al no ser precisa y exhaustiva, puede dejar fuera algunos casos que deberían estar en el conjunto, o viceversa, contener casos que no deberían ser considerados. Por citar un ejemplo, puede presentarse el caso de un alcohólico funcional y con base a esta definición de salud mental, la hipotética persona pasaría desapercibida para los distintos sistemas de salud. En ese sentido se deberá tomar con cautela cuando se habla de “salud mental”. Ya que conlleva un doble errores lógico: “asignar a lo mental un carácter de entidad o proceso causal interno, además de aplicar un modelo biológico de enfermedad a problemas que conciernen al comportamiento y por ende a una valoración social (Ribes, 2008, p. 82). Es necesario identificar los elementos conductuales para entender el rol que juega lo psicológico en la consecución de determinados estados de salud.

Ribes menciona tres factores a tomar en cuenta cuando se analizan las variables que influyen en la recuperación o pérdida de la salud biológica: “a) la historia interactiva del individuo; b) las competencias funcionales al interactuar en una situación general determinada; c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las

contingencias ambientales que definen una situación” (Ribes, 1990b, p.21). De estos tres componentes, los que se observan en la definición de “salud mental” corresponden al segundo inciso (competencias funcionales de interacción). Estas conductas instrumentales pueden constituirse en factores de riesgo para la salud: de manera gradual, responsable directa del contacto con agentes patógenos específicos, y responsable directa del daño biológico (i.e., accidentes).

Respecto a los otros elementos propuestos por Ribes, aunque no aparecen en la definición de la OMS, consideramos necesario contemplar aquellos que tienen que ver con la modulación de los estados biológicos por parte de las consecuencias ambientales que definen la situación, es decir, el riesgo que un determinado comportamiento tiene, entendido como el aumento de la probabilidad de obtener un resultado desfavorable. Por ello, elegimos referirnos a conductas de riesgo para la salud, como aquellas conductas que en términos de probabilidad, aumentan las posibilidades de generar un daño o malestar a las personas que las realizan y/o a quienes les rodean. Utilizando estos componentes será más fácil identificar el riesgo que tienen determinados hábitos, por ejemplo, ingerir una dieta rica en colesterol de baja densidad (LDL) (i.e., tocinos, grasas, carbohidratos), en contraposición de aquellos que tienen una dieta balanceada (i.e., frutas y verduras, cereales, proteínas). Hasta aquí, las reflexiones sobre el concepto de salud y sus implicaciones, en el Marco Teórico, profundizaremos en las implicaciones que tiene para la Psicología analizar esta relación de variables. Conozcamos más de las variables intervinientes en la adquisición de los estilos de vida, dado que una de las que sin duda se encuentra fuertemente asociado en la determinación de un estilo de vida es el género, comencemos por hacer un recuento histórico de dicha variable.

1.2 El género como aglutinador de sistemas de creencias

1.2.1 Antecedentes históricos del género

En 1949 en su libro *El Segundo Sexo*, Simón de Beauvoir escribía "...no se nace mujer: se llega a serlo" (P. 87), frase que, de manera informal, inaugura los estudios de género, pues plantea que las características humanas consideradas como "femeninas", son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse "naturalmente" de su sexo (Butler, 1990/1996). Posteriormente, se comienza a hablar de *género* con la intención de establecer la diferencia entre aquellas características fundadas en lo biológico (sexo) y aquellas relacionadas con las conductas *atribuidas* (por convención y práctica social) a los hombres y a las mujeres (Money, 1955; Stoller, 1968; Burin y Meler, 2000).

El feminismo académico anglosajón (e.g., Scott, 1986/1996) impulsó la categoría de *gender* (género) para tratar de subrayar la seriedad académica de los estudios relacionados con estas prácticas culturales diferenciales, debido a que dicho término suena más neutral y objetivo que el término "mujeres". De acuerdo con Lamas (1996), el término "Género" se ajusta de mejor forma a una terminología científica de las ciencias sociales desmarcándose, así, de las posturas políticas del feminismo (Lamas, 1996).

A pesar del esfuerzo, la cantidad de estudios y los años transcurridos, aún existe un fuerte debate en cuanto a la definición de *género*, poco consenso y menos claridad al respecto (Fernández, 1996). Si bien de manera general parece existir un consenso respecto de la relación entre género y determinadas conductas a las que los miembros de un determinado sexo se deben ajustar, existe una diversidad de nociones y definiciones que

complican la comensurabilidad de los diversos hallazgos empíricos obtenidos hasta el momento y con ello, la comprensión del fenómeno que designa.

Existen definiciones desde las más sintéticas, como la propuesta por Butler (1990/1996) que sugiere que "género es (...) un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo" (P. 308), hasta otras más elaboradas donde se identifica el sistema "sexo-género" como "...el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (Rubin, 1975/1996, p. 37). Existen, también, definiciones que descansan en posiciones disciplinares más ligadas a lo psicológico, como lo propuesto por Burin y Meler (2000) que identifica al género como "... la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres" (p. 23).

Sin embargo, es dentro del ámbito disciplinar de lo social, en donde encontramos una mayor cantidad de propuestas, como la de Scott (1986/1996) quien sugiere que el género se trata de "...un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos (...) y es una forma primaria de relaciones significantes de poder (...) el género comprende cuatro elementos interrelacionados: a) los símbolos y mitos (...) b) los conceptos normativos (...) c) las nociones políticas, instituciones y organizaciones (...y...) d) la identidad subjetiva..." (p. 289).

O bien, la noción dada por West y Zimmerman (1999) en que se propone que el "...género es la actividad consistente en manejar una conducta determinada a la luz de conceptos normativos de actitudes y actividades apropiadas para la categoría sexual de cada persona (...) hacer género es emprendido por mujeres y hombres, cuya competencia como miembros de la sociedad es rehén de su producción. Hacer género implica un complejo de

actividades perceptivas, interactivas y micro políticas socialmente guiadas que conforman actividades particulares como expresiones de la naturaleza femenina y de la masculina” (P. 112). Incluso, Connell (1995) sugiere que el género “... es una de las formas en las que se ordena la práctica social. En los procesos de género, la conducta cotidiana se organiza en relación con un ámbito reproductivo, definido por las estructuras corporales y los procesos de reproducción humana. Este ámbito incluye la excitación y el intercambio sexual, el nacimiento y cuidado infantil, las diferencias y semejanzas sexuales corporales (...) el género se organiza en prácticas simbólicas que pueden abarcar mucho más que la vida de un individuo” (P. 109). En ese sentido, aunque el género se encuentra relacionado con el sexo biológico, no es el factor determinante, ya que de ser así, las mujeres (sexo) siempre tendrían las características comportamentales consideradas femeninas (género) y los varones las masculinas, por lo que serían universales (Lamas, 1996).

En ese sentido el género surge como un gran catalizador de estilos de vida, además, existen datos empíricos que apoyan la idea de que los rasgos/actitudes/conductas atribuidas a uno u otro género son relativamente estables (i.e., estereotipos) dentro de ciertos ámbitos culturales relacionados, posiblemente, con ciertos mecanismos de producción, distribución e intercambio de la riqueza, base de lo que, entre otros autores Ribes (1992) delimita el ámbito de lo social. Es decir, el grupo social es el que determina los patrones de comportamiento que pueden ser aceptados para uno y otro sexo. Williams y Best (1990), en un estudio realizado en 27 países tan disimiles como Brasil, Canadá, Nigeria, Pakistán, Estados Unidos de América, Finlandia e India, en relación a la identificación de adjetivos que socialmente se relacionaban con el género, encontraron que existe un gran consenso transcultural en el contenido de los estereotipos de género. Así, a la masculinidad le fueron atribuidos rasgos instrumentales y de agente tales como agresividad, valentía,

competitividad, fuerza, poder e independencia; mientras que a lo femenino se le atribuyeron rasgos expresivos y de comunidad tales como delicadeza, dependencia, sumisión, fragilidad, preocupación por los demás, entre otros.

En el trabajo de Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, en donde aplicaron un inventario para conocer cómo entienden los mexicanos las diferencias de género en varios ámbitos, uno de ellos el familiar, encontrando que la idea prevaleciente es que los hombres son más seguros, agresivos, racionales, proporcionan el sostén familiar, regañan a los hijos y protegen a la familia. Por su parte, la mujer es percibida como cariñosa, con mayor fortaleza emocional, encargada del cuidado de los hijos y de su educación. En cuanto a los estereotipos de género en el ámbito social, la gente encuestada consideró más importante la labor del hombre que la de la mujer; en cuanto al ámbito del hogar, los hombres también puntúan más alto en cuanto a que deben ser los que tomen las decisiones importantes de la casa, mientras que a las mujeres se les sigue pidiendo virginidad hasta el matrimonio y llevar una vida recatada (Rocha-Sánchez y Díaz Loving, 2005).

En síntesis, a partir de lo descrito hasta ahora, podemos afirmar que el género: a) es una construcción social (convencional), por lo que cada sociedad construye sus propias normas de género; b) es algo aprendido; c) se sanciona a los individuos su adhesión, o no, a dichos constructos; d) es susceptible de ser modificado; y e) aunque se basa en las diferencias biológicas (sexo), no es algo intrínseco a ello.

1.2.2 Género, percepción corporal y estilos de vida

Podemos afirmar que en las nociones género se aglutinan una serie de creencias relacionadas a la forma de ser, comportarse, de sentir y esto aumenta la probabilidad de que los individuos interactúen de una determinada manera, por lo general consistente con su

sistema de creencias; esto lo podemos ver en dos grupos paradigmáticos en donde la relación género-percepción de la imagen corporal-estilos de vida, se hace evidente en sí misma. Quizás uno de los casos más representativo en todo el mundo sea el de los peleadores japoneses de *sumo*, quienes alcanzan un peso promedio de 135 kg., aunque el luchador más pesado llegó a los 252 kg., además requieren de buenos reflejos y flexibilidad; otro ejemplo paradigmático lo tenemos en un grupo identitario mucho menos conocido, se trata de las mujeres lesbianas consideradas “Butch”, éstas mujeres tratan de emular los rasgos de masculinidad más estereotipados, suelen usar pantalones vaqueros camisa a cuadros, pelo corto y frecuentemente tienen sobrepeso (Halberstam, 2008). Estos son sólo dos ejemplos paradigmáticos, pero están lejos de ser los únicos, en la actualidad cada día surgen nuevas modalidades de grupos identitarios que en la búsqueda de autenticidad asumen cada vez posturas más extremas con respecto a su cuerpo y estilos de vida. Por mencionar sólo algunos, podemos referirnos al caso de jóvenes que deciden adoptar roles de un personaje de caricatura, generalmente de origen oriental: “cosplay¹”.

Hasta aquí nos hemos referido a casos extremos, pero algunos de esos elementos los podemos encontrar en grupos de jóvenes mucho más comunes y que conviven en nuestro entorno inmediato. Por ejemplo, aquellas mujeres jóvenes que quieren ser modelos y en su afán de alcanzar un estereotipo ideal y por ende inalcanzable caen en trastornos de comportamiento alimenticio o se someten a una serie de operaciones quirúrgicas para lograr una figura ideal, así encontramos casos extremos, como la “Barbie Ucraniana” que hace todo lo que está a su alcance para alcanzar su figura ideal; por otra parte, está el típico “ranchero” que asume con orgullo todo el estereotipo que implica ser “macho”, desde la

¹ “Cosplay” se refiere a la representación de personajes de ficción mediante la utilización de disfraces que asemejan al personaje, sobre todo de corte oriental (e.g., Anime, Manga), por lo general los jóvenes que lo practican asumen el rol del personaje y se ha vuelto una forma de cohesionar grupos identitarios.

forma de vestir, de relacionarse con hombres y mujeres, incluyendo sus hábitos de consumo de alcohol.

Una de las dimensiones que está muy relacionada con las nociones de género tiene que ver con la imagen corporal, en principio porque muchas de las nociones de género se concretizan en torno al cuerpo, ya que es éste en el que en primera instancia distingue los sexos, hombre si se tiene pene; mujer si se tiene vulva, ése es solo el inicio de una serie de creencias que giran en torno a la imagen corporal.

Muchas de las atribuciones que se le asignan a los géneros están relacionadas con el cuerpo y su semiótica, sus efectos se han tratado de analizar desde diversas áreas del conocimiento, por ejemplo, desde la sociología (Blanco, 2008); dentro del análisis en su dimensión individual (psicológica) se ha acuñado el constructo de Imagen Corporal, bajo el cual se han realizado un sinnúmero de investigaciones desde distintas posturas, lo cual nos obligó a realizar una revisión del constructo para identificar sus bondades y valorar la pertinencia de trabajar con él desde nuestra perspectiva teórica. Veamos dicha revisión.

1.3 Imagen Corporal, el constructo

Otro elemento que interviene en la modulación de los estilos de vida tiene que ver con la imagen corporal que cada quien tenga de sí mismo y de la que el grupo de referencia le atribuya, en ese sentido considero pertinente hacer un análisis de dicho concepto.

A lo largo de la historia de la humanidad el cuerpo ha tenido muy diversos significados, el criterio de lo que es bello cambia de cultura a cultura y de raza a raza, incluso lo que en una época de la historia era considerado como símbolo de salud y belleza, con el paso del tiempo y a la luz de evidencia científica o del mercado, dichos criterios cambian (Toro, 2013). Por ejemplo, antaño las abuelas veían en un niño gordo y cachetón

un símbolo de salud, cuando ahora es bien sabido que los niños obesos, no necesariamente están sanos, por el contrario, ahora sabemos que la obesidad infantil puede acarrear serios problemas para la salud (Kaufer-Horwitz y Toussaint, 2008).

En otras épocas, la belleza femenina se asociaba a la abundancia de carnes, tenemos el caso emblemático de la Venus de Willendorf, figurilla femenina del paleolítico (30000 a.C.), que se relaciona con la maternidad y donde se hace evidente la importancia que le atribuían al sobrepeso como símbolo de fertilidad. Varios siglos después Boticelli sigue representando a la figura femenina con abundancia de carnes, como se puede ver en una de sus obras más emblemáticas “nacimiento de Venus” del año 1484. En las distintas expresiones artísticas del cuerpo femenino, hasta hace poco tiempo, se le representaba con algo de sobrepeso, no es hasta la modernidad cuando la figura femenina es estilizada, hasta alcanzar una delgadez extrema, como se puede confirmar en las pasarelas y en los cuerpos de las denominadas “Top Model”.

El caso de la imagen corporal masculina es algo diferente, se podría decir que existen dos imágenes bien diferenciadas y aceptadas para representar el cuerpo masculino: la del hombre joven, personificada casi siempre por un guerrero, corpulento pero más o menos esbelto, la iconografía de este tipo de modelos ha estado presente a la largo de la historia del arte, las distintas representaciones de “Apolo” y otros guerreros así lo atestiguan; por otra lado la imagen del hombre poderoso (patriarca), generalmente se le representa como un hombre maduro y “bien alimentado”, casi siempre con un abdomen abultado como símbolo de poder, por ejemplo: Miguel Ángel ilustra de esa forma a “Dios padre” en los frescos de la capilla Sixtina. Al igual que el caso del cuerpo femenino, los referentes para el cuerpo masculino han estado cambiando, sobre todo en años recientes. La imagen corporal está fuertemente relacionada con el género, recordemos que hasta hace

poco tiempo se pensaba a la masculinidad/feminidad como algo intrínseco a lo biológico (al cuerpo), algo que ahora sabemos que no es así (Lamas, 1996). Analicemos algunos ejemplos de modelos de belleza en donde se han llevado al extremo las creencias.

1.3.1 Modelos de belleza corporal

Los criterios estéticos se encuentran fuertemente relacionados con la forma en que se percibe el cuerpo, tanto de hombres como de mujeres, y sabemos que los distintos criterios de belleza no siempre van de la mano con los criterios de salud. A lo largo de la historia y de distintas culturas podemos encontrar una gran variedad de ejemplos, en que los criterios estéticos se llevaron a tal extremo que terminaron siendo disfuncionales para aquellas personas que los intentaban cumplir a cabalidad. Solo por mencionar algunos casos representativos, encontramos la creencia china que entre más pequeños tuviera los pies una mujeres era más hermosa, llegando al extremo que las madres de las pequeñas niñas, en aras de darle mayores oportunidades a sus hijas en un futuro, les vendaban los pies desde muy pequeñas, para evitar que les crecieran, logrando con ello además de que sus pies se mantuvieran particularmente pequeños, también se conseguía que a la larga no pudieran caminar (Reichert, 1999).

Otro ejemplo lo encontramos en las mujeres de la tribu Kayan de Birmania también conocidas como “mujeres cuello de jirafa”. Desde muy pequeñas a las niñas, se les van colocando aros en el cuello para ir alargándolo, a pesar que no existe una teoría del porqué se inició con este tipo de prácticas, a la fecha se cree que es por una cuestión de estética (Mundo la revista, s/f). En las culturas autóctonas de Mesoamérica, existió una práctica muy variada y difundida de modificaciones corporales, entre las que sobresalen, las deformaciones craneales que les hacían a los menores de cierta clase social, o ya en la edad

adulta la modificación de la dentadura, haciendo incrustar en sus dientes pedrería semipreciosa, como símbolo de estatus y prestigio social (Tiesler y Romano, 2008). Sirvan estos casos para ejemplificar hasta dónde pueden llevar las personas las creencias que tienen respecto a la imagen corporal. Veamos ahora qué se ha dicho respecto a este concepto desde la perspectiva académica.



Figura 1. Ejemplos de dos cráneos humanos con alteraciones corporales. Museo de antropología Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

1.3.2 Imagen corporal y estudios relacionados

Imagen Corporal es un constructo que acuñó el neurólogo Paul Schilder en 1935, al plantear la necesidad de identificar sus componentes: neurológicos, psicológicos y socioculturales (Schilder, 1935/1978). Este constructo ha resultado útil para desarrollar estudios relacionados con la percepción que las personas tienen de su propio cuerpo, la cantidad de producción científica en torno al constructo así lo confirma.

Uno de los primeros investigadores en estudiar la imagen corporal fue Seymour Fisher (Cash y Smolak, 2011) quien lo hizo desde la perspectiva psicodinámica, estudiando en particular las fronteras de la imagen corporal, y su relación con dos conceptos: “barrera”

y “penetración”, usando metodología proyectiva. Franklin Shontz en 1969, fue uno de los pioneros en sacar el constructo del paradigma psicodinámico, prefiriendo articular la dimensión cognitiva y perceptual de la experiencia corporal (Shontz y McNish, 1972).

Dados los antecedentes del constructo era de esperarse que su definición tuviera una fuerte carga mentalista, Botella y colaboradores afirman: “La definición más aceptada de imagen corporal es la ya clásica de Schilder (1935): la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo” (Botella, Ribas y Benito, 2009, p. 253). Otros autores la definen como “La imagen corporal incluye lo que cada uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa, en relación con su propio cuerpo” (Cash y Pruzinsky, citado por Salvador, García-Galvez y De la fuente, 2010). Lameiras afirma que para Thompson la Imagen Corporal está formada por tres componentes, el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual; la alteración de la imagen corporal supone un desequilibrio o perturbación en sus componentes (Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003).

Salvador, Garcia y De la Fuente también citan a Pruzinsky y Cash, al afirmar que ellos defendían que la imagen corporal es una experiencia totalmente subjetiva y personalizada que puede no ser congruente con la realidad objetiva, cuyo componente emocional incluye experiencias de satisfacción/insatisfacción asociadas con nuestra apariencia o experiencia corporal (2010). Y concluyen: “Por lo tanto, la imagen corporal se considera una parte del autoconcepto (Mock, 1993), entendido como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, que incluye juicios acerca de comportamientos, de habilidades o de la apariencia externa” (Shavelson y Bolus, 1992).

Con el correr de los años las definiciones del constructo se van tornando más objetivas:

La imagen corporal se refiere a la representación mental realizada del tamaño, figura y de la forma de nuestro cuerpo (en general y de sus partes); es decir, cómo lo vemos y cómo creemos que los demás lo ven. Además de la percepción, la imagen corporal implica cómo sentimos el cuerpo (insatisfacción, preocupación, satisfacción, etc.) y cómo actuamos con respecto a este (exhibición, evitación, etc.) (García, citado por Salazar, 2008, p. 68).

A pesar que en la definición anterior persisten nociones mentalistas al afirmar que “son las *representaciones mentales* que la persona se forma de su cuerpo”, también se advierten otros dos componentes: creencias y conductas. Si asumimos las creencias como una categoría disposicional² (Ryle, 1949/2005) y desde la noción de “juegos del lenguaje” wittgensteiniana, estaríamos en posibilidades de utilizar el concepto de imagen corporal para analizar su interacción con otras variables desde la perspectiva interconductual.

Como ya se mencionó, que el constructo Imagen Corporal surge de la tradición psicodinámica, lo cual nos puede llevar a errores conceptuales si no hacemos una correcta demarcación teórica y epistémica de dicho concepto. Tampoco sería pertinente prescindir de él, ya que ha demostrado ser una variable importante para explicar fenómenos como los que se abordan en este trabajo. Es por ello, que consideramos necesario hacer un esfuerzo para identificar qué componentes podemos utilizar del concepto, sin caer en errores categoriales. Desde la postura tradicional, el concepto tiene cuatro elementos constituyentes: a) representación mental, b) creencias respecto a cómo los demás nos

² Ryle explica las disposiciones de la siguiente manera: “es ser susceptible de encontrarse en un estado particular o de experimentar un cambio cuando se realiza determinada condición” (Ryle, 1949/2005, p. 57).

perciben, c) sentimientos con respecto al propio cuerpo; y d) la forma en cómo nos comportamos respecto al cuerpo.

De estos cuatro elementos, con el que existe mayor discrepancia epistémica es con la representación mental, ya que en su acepción original es parte del dualismo cartesiano, al enunciar dos entelequias distintas: cuerpo y mente. Desde la postura interconductual no tiene sentido hacer dicha diferenciación, todo episodio psicológico se refiere a la interacción entre el organismo y las relaciones funcionales que se establecen con elementos particulares del entorno (Ribes, 2006). De hecho, los otros tres componentes de la definición son elementos constituyentes de la interacción interconductual, los cuales por fines prácticos se expresan como cualidades particulares del comportamiento, a continuación se profundiza en cada uno de ellos.

Las creencias se refieren a disposiciones (Ryle, 1949/2005), es decir, la tendencia de un organismo a comportarse ante determinadas circunstancias de cierta manera, dándole sentido a las prácticas del individuo (Ribes y Sánchez, 1994, p.65). Ribes las plantea de la siguiente manera: “las creencias no son parte de la vida mental o acciones paralelas distintas a las acciones dentro de un juego del lenguaje. Las creencias no son más que parte del fundamento de dicho juego” (Ribes, 1994). En palabras de Wittgenstein “cuando primero empezamos a *creer* algo, no creemos una proposición única, es un sistema completo de proposiciones...” (Wittgenstein, citado por Ribes, 1994). Para entender a qué se refiere la noción de juego de lenguaje veamos una cita “...el término ‘juego de lenguaje’ intenta destacar el hecho de que hablar un lenguaje es parte de una actividad, o una forma de vida.” (Wittgenstein, citado por Ribes, 1994); por su parte, los llamados sentimientos al propio cuerpo, en realidad son conductas emocionales, que pueden surgir como resultado de la comparación entre la morfología que tiene la persona y el ideal del grupo de

referencia, producto de dicha comparación podría haber o no una afectación, si hay una afectación estaríamos en la presencia de sentimientos (Ryle, 1949, p. 122). Tanto las creencias como los “sentimientos” se actualizan en las acciones que realiza la persona respecto a su cuerpo (conductas instrumentales), aquí es donde emerge el cuarto y último componente del constructo imagen corporal, es decir, la forma en cómo nos comportamos respecto al propio cuerpo: el hecho de mostrar u ocultar determinadas partes del cuerpo o la forma en que se interactúa con ellas puede ser un indicador de aceptación/rechazo. Eso también incluye la forma de referirse al propio cuerpo, por ejemplo, cuando se contesta un cuestionario.

Los estudios actuales sobre Imagen Corporal se relacionan con una gran variedad de temas, entre los que destacan: estado nutricional (Madrigal-Fritsch et al. 1999); trastornos de la conducta alimentaria (Gómez y Acosta, 2000; Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández, 2003; Ramos, Pérez, Liberal y Latorre, 2003; Rivarola, 2003; Franco, Mancilla, Vázquez, Álvarez y López, 2011); satisfacción de la imagen corporal (Muth y Cash, 1997; Gómez y Acosta, 2003; Pérez-Gil y Romero, 2010); la autoestima y sentimientos en jóvenes (Siberio y García, 2007; Rojas y Aviña, 2009; Salazar, 2008; Salvador, García-Galvez y De la Fuente, 2010); vigorexia y actividad física en hombres (Pikett, Lewis y Cash, 2005; Baile, Monroy y Garay, 2005; Alves, Pinto, Alves, Mota y Leirós, 2009; Da Silva-Filho Menezes-Cabral y Knackfuss, 2008; Baile, González, Ramírez y Suarez, 2011); dismorfia muscular (Arbinaga y Caracuel, 2008); y el desempeño sexual (Lameiras, Calado y Rodríguez, 2003).

A lo largo de estos años de estudio, el concepto se ha ido afinando y decantando en elementos más específicos, como son: imagen cognitiva e imagen perceptiva (Calado, Lameiras, Rodríguez y Fernández 2004); percepción de la Imagen Corporal (Lameiras,

Calado, Rodríguez y Fernández, 2003); satisfacción corporal (Ramos, Rivera y Moreno 2010); imagen real, ideal, social y futura (Trujano et al., 2010). Como podemos ver, la noción de imagen corporal ha servido para encuadrar una gran variedad de estudios, nos detendremos para conocer un poco más aquellos que tienen que ver con la variable de género en adolescentes. En este caso, lo que interesa conocer es cómo la imagen corporal, puede relacionarse con las nociones de género y la adquisición de estilos de vida.

En un estudio desarrollado en Costa Rica que contempló a 594 jóvenes, Salazar (2008) encontró, que las mujeres son quienes tienen el mayor porcentaje de insatisfacción con su cuerpo 36%, y las partes del cuerpo que más les desagradan o incomodan son: abdomen, cintura, muslos, piernas, caderas y nalgas; por su parte los hombres encuentran menos problemas con su imagen corporal, aunque hay partes del cuerpo que les preocupan, sobre todo: abdomen, cutis y tórax.

En un estudio realizado en España con 21,811 adolescentes (11-18 años) se encontró: que el 22% de los muchachos se perciben a sí mismos como un poco o demasiado delgado, frente al 14% de las muchachas. Por el contrario, son las jóvenes las que están más representadas en la categoría «un poco o demasiado gordo/a» (40% de ellas, frente al 28% de ellos). Cuando en realidad, son ellas las que presentan con mayor frecuencia bajo peso moderado (13%) y peso normalizado (57%); en comparación con ellos (10 y 49%, respectivamente), mientras que en los valores superiores del IMC, referido a obesidad y sobrepeso, son ellos los que destacan (12%), contra (6%) en ellas, eso contrasta con la forma en que se perciben a sí mismos. Con base en sus hallazgos los autores llegan a la siguiente conclusión: “los resultados de este trabajo indican que la razón por la que los chicos y chicas adolescentes llevan a cabo dietas para perder peso no es tanto su peso real

como la percepción que tienen de su cuerpo, en primer lugar, y cuánto de satisfechos están con su imagen corporal, en segundo lugar” (Ramos, Rivera y Moreno, 2010, p. 82).

En otro trabajo que se desarrolló con 600 preadolescentes del D.F. se reportó que los estereotipos de delgadez extrema siguen impactando más a las niñas que a los varones. Los varones de mayor edad prefirieron a futuro, físicos más desarrollados que los pequeños (Trujano et al., 2010). Varios estudios coinciden en afirmar que las mujeres tienden a presentar mayor insatisfacción con la imagen corporal y miedo a estar gordas o ganar peso. A pesar que en la realidad 6% de las muchachas tenían sobrepeso, contra el 24% de ellos. Incluso el 70% de ellas y 53% de ellos querían pesar menos (Lameiras et.al., 2003).

En síntesis de los estudios reseñados se puede concluir que las mujeres jóvenes tienden a percibir su cuerpo más desfavorablemente que los hombres, a pesar que en la mayoría de los estudios ellos son los que muestran IMC más elevados que ellas. Es importante señalar que no todos estos trabajos fueron abordados desde una perspectiva de género, eso se puede advertir cuando hablan de sexo y no de género en el reporte de sus datos y que no se emplearon escalas para medir las nociones de género de los y las participantes. Es por ello, que se hace necesario seguir la forma en que se interceptan dichas variables. Ya que las nociones de género como tal, no se han analizado en su justa dimensión, pues la mayoría de los trabajos que contemplan la variable de género, la utilizan más como sinónimo de sexo, para hacer comparaciones entre grupos de hombres y mujeres (Ramos, Rivera y Moreno, 2010; Blashill y Wilhelm, 2014), que como una verdadera diferencia de género y no solamente del sexo de los participantes.

Desde nuestra perspectiva teórica consideramos que, tanto las nociones de género como la imagen corporal pueden ser determinantes en la adopción de ciertos patrones conductuales que también pueden identificarse como estilos de vidas, antes de establecer

cualquier relación de variables, hagamos un breve recorrido sobre lo que se ha dicho en el estudio de los estilos de vida.

1.4 Estilos de vida

Uno de los puntos nodales de la presente investigación tiene que ver con la forma que los jóvenes asumen un determinado estilo de vida, dado que dicho concepto se ha asociado frecuentemente a factores de riesgo/prevención. Redolar (2011) afirma que desde 1910 el médico William Osler relacionó la angina de pecho con el estilo de vida, en ese sentido no se puede afirmar que sea un concepto o una relación de variables novedosas; por el contrario, desde hace mucho tiempo se ha asociado la forma de vivir a determinados padecimientos que una persona e incluso una sociedad es proclive a padecer. No en vano escuchamos a nutriólogos afirmar que la dieta mediterránea es una de las más sanas del mundo.

Estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (Henderson, Hall y Lipton, 1980; citado por Rodríguez, 2008). El grupo de estudio de la OMS que trabajo con jóvenes y elaboraron el informe “Salud para Todos en el año 2000”, afirman: “los estilos de vida pueden definirse como estructuras de mediación que reflejan una amplia gama de valores, actitudes y actividades sociales. El comportamiento escogido por un individuo puede promover su salud como también perjudicarla” (OMS, 2000). Existe cierto consenso en asociar el estilo de vida a la idea de comportamiento individual, patrones de conducta y a la manera de vivir, por supuesto siempre vinculado a un contexto socio-histórico.

Para analizar cómo se adquieren los estilos de vida, se requiere remitirnos a algunos conceptos básicos como aprendizaje e historia interactiva. Uno de los primeros científicos en estudiar sistemáticamente el fenómeno del aprendizaje y proponer un punto de vista elemental del fenómeno fue Thorndike. Hilgard y Bower afirman al respecto: “el aprendizaje se comprende mejor a través de las siguientes leyes: las de la preparación, el ejercicio y el efecto. De acuerdo con estas leyes tiene lugar el aprendizaje animal y humano (1949/1978).

Por su parte Hull introduce el constructo fuerza del hábito: “Siempre que la actividad de un efector ($r \rightarrow R$) y la de un receptor ($S \rightarrow s$) se dan en contigüidad temporal estrecha (sCr), y esta sCr está asociada estrecha y consistentemente a la disminución de una necesidad (G) o a un estímulo que se ha asociado entrañablemente a la disminución de una necesidad (G), se producirá un incremento en la tendencia ($AsHr$) de ese impulso aferente a evocar esa reacción en ocasiones posteriores. Los incrementos de reforzamiento sucesivos se suman de manera que producen una fuerza de hábito combinada (sHR) que es una función simple positiva del crecimiento del número de reforzamiento (N).

El límite superior (m) de esta curva de aprendizaje es el producto de: a) una función positiva de crecimiento de la magnitud de la reducción de la necesidad implicada en el reforzamiento primario, o asociada al secundario; b) una función negativa de crecimiento del grado de asincronía (t') de S y R cuando ambos son de duración corta, o (b), cuando la acción de S se prolonga hasta traslaparse al inicio de R , una función negativa de crecimiento de la duración (t'') de la acción continua de S sobre el receptor al comienzo de R (Hull citado por Hilgard y Bower, 1949/1978, p. 183). Aunque Hull no habla de estilos de vida, se puede decir que su concepto de hábito es un precursor de este concepto, en ese

sentido, cuando se habla de la adquisición de Estilos de Vida nos referimos a una perspectiva molar del aprendizaje (Baum, 1995).

Si bien la teoría del hábito explica el aprendizaje en sus componentes básicos, y que para algunos autores los estilos de vida están estrechamente relacionados con los hábitos (Lameiras, et. al. 2003; Contreras, Esquerra y Londoño, 2005; Pons y Gil, 2008; Guerrero y León, 2010), los cuales se adquieren por complejos procesos de aprendizaje, tendría sentido tener en cuenta estos procesos para identificar la forma en que se adquieren los estilos de vida. Sin embargo, consideramos que estos componentes no son suficientes para dar cuenta del constructo estilos de vida.

Ryle (1949/2005) hace una diferenciación entre hábitos y aptitudes inteligentes, refiriéndose a los primeros como comportamientos que son aprendidos de manera mecánica y repetitiva, en donde la acción se replica una y otra vez, sin que medie un aprendizaje en función de las experiencias previas. En este sentido, un hábito alimenticio sería aquel en que se repite la misma práctica de comida, al margen de las consecuencias que se tengan, por ejemplo, insistir en comer alimentos irritantes, a pesar que en otras ocasiones se han presentado problemas digestivos al ingerir dichos ingredientes.

Como alternativa a los hábitos, Ryle prefiere hablar de aptitudes inteligentes, al afirmar “Es la esencia de una acción meramente habitual ser una réplica de las anteriores. Es de la esencia de la acción inteligente ser modificada por las que le preceden” (1949/2005, p. 61). En ese sentido habría que promover aptitudes inteligentes en el comer, más que promover hábitos alimenticios, por muy sanos que éstos puedan parecer. A pesar de que la diferencia pueda parecer solo de semántica, posee diferencias funcionales importantes, ya que al hablar de aptitudes inteligentes, estamos hablando de que la persona

pueda ser capaz de mediar su conducta alimenticia y poder ajustarla cuando considere que lo que está haciendo no lo lleva a buenos resultados.

1.4.1 Estilos de vida y conductas instrumentales de riesgo/prevención para la salud

Antes de profundizar en la relación de los estilos de vida y aptitudes inteligentes, en relación a las otras variables de investigación, hagamos una breve revisión de la forma en que en la literatura se reporta la relación: estilos de vida y conductas instrumentales de riesgo/prevención para la salud en jóvenes.

En la literatura se han reportado estudios en donde se asocia a los estilos de vida con distintas variables. Uno de los más representativos en el área es el reportado por Nutbea, Aar y Catford (1989) quienes trabajaron con una muestra de 4,580 adolescentes de Gales y Noruega, reportando resultados en relación al estilo de vida y consumo de alcohol, consumo de tabaco y ejercicio físico; Dolcini y Adler (1994), reportan además del consumo de alcohol y tabaco, el consumo de cannabis y la práctica de relaciones sexuales; Contreras, Esguerra y Londoño (2005) centran su interés en la higiene bucal y el consumo de tabaco; Rodríguez, Goñi y Ruiz (2006) reportan sus hallazgos en relación a una muestra de 539 jóvenes españoles de entre 12 y 23 años respecto a actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol y hábitos alimenticios. Otros autores españoles amplían el espectro, reportando los estilos de vida de 1,038 adolescentes en relación al consumo de alimentos sanos, prácticas deportivas, consumo de tabaco, consumo de cannabis, y consumo de alimentos insanos (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2006).

Como se puede ver, los estudios en donde se relacionan estilos de vida y conductas de riesgo/prevención para la salud, son de lo más variado, pudiéndose agregar otras tantas variables que pueden estar relacionadas, por ejemplo, prácticas religiosas, estados del

sueño-vigilia, o el uso y/o abuso de las nuevas tecnología de la información y comunicación. De ese espectro de factores asociados a los estilos de vida, en este trabajo decidimos enfocarnos solo a dos dimensiones, a saber: actitudes alimenticias y actividad física, clasificándolas dentro del continuo salud/riesgo, es decir, identificando aquellas configuraciones contingenciales que probabilizan resultados favorables para la salud (prevención) y aquellas que aumentan la probabilidad de tener resultados adversos para la salud (riesgo). Comencemos por hacer una revisión de las actitudes y conductas alimentarias.

1.4.2 Actitudes y conductas alimentarias

El proceso de alimentación en seres humanos es muy complejo pues se trata de una intrincada red de relaciones de diversas variables que confluyen en él. Algunas de esas variables son de índole biológica, cultural, socioeconómica y psicológica (Golub, 1996). Es importante señalar que cada una de estas dimensiones constituye en sí misma un área de estudio y por ende solo se mencionarán algunos aspectos generales de cada una de ellas para finalmente concentrarnos en los aspectos psicológicos.

Respecto a la etiología de orden biológico, podemos mencionar las condiciones genéticas, metabólicas y nutrimentales. Por ejemplo, deficiencias nutricionales se pueden presentar tanto porque el organismo no puede metabolizar adecuadamente ciertos alimentos (hipotiroidismo), o bien por la falta de algún componente químico, como ácido fólico (Dwyer, 1996). En cualquier caso, si el organismo percibe algún desequilibrio nutrimental tratará de compensarlo, propiciando conductas alimentarias inadecuadas.

Respecto a las variables culturales que impactan la alimentación, autores como Vargas y Casillas, lo consideran un “proceso biocultural alimentación-nutrición” para identificar “algunos procesos de la realidad interna y externa de las personas y sus sociedades” (2008), entienden este binomio como la forma en que cada cultura transforma las necesidades fisiológicas de alimentarse en una serie de componentes simbólicos. Desde mi punto de vista, esto puede ejemplificarse con ritualizar el consumo de ciertos alimentos y la cosmovisión (*Zeitgeist*) que los acompaña, en el caso del México prehispánico fue el maíz y el cacao (Rodríguez, 1997); en la India la carne de res es sagrada y por lo tanto no la consumen; mientras que en la cultura cristiana el pan y vino (“cuerpo y sangre de Cristo”) son ingeridos ritualmente.

Por su parte, los factores socioeconómicos están demarcados principalmente por el entorno en que se desenvuelve la persona. Los ejemplos más claros de la influencia de estos factores en la alimentación los encontramos en grupos sociales muy focalizados. Por ejemplo, los grupos en pobreza alimentaria, es decir, aquellas familias con “incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar para comprar sólo los bienes de dicha canasta.” (UNICEF, 2010) 25% de niños y adolescentes en México, estaban en esa situación en el 2008, lo cual equivale aproximadamente a 10’000,000 de menores de 18 años. Paradójicamente México ocupa uno de los primeros lugares en sobrepeso/obesidad infantil en el mundo.

Otro elemento socioeconómico que influye en los cambios de alimentación es el hecho que las mujeres se han incorporado cada vez más a trabajos remunerados fuera del hogar, sin que los varones se reincorporen a las tareas domésticas para supervisar qué hacen y cómo se alimentan sus hijas e hijos. Aunado a ello se encuentra el desarrollo de grandes concentraciones urbanas (megalópolis), lo cual hace prácticamente imposible que todos los

miembros de una familia se puedan desplazar al hogar para compartir la hora de la comida, trayendo como consecuencia que al momento de ingerir sus alimentos, no exista supervisión, y se prefieran ingerir aquellos alimentos con mejor sabor aunque no necesariamente con mayores propiedades nutricionales, sobre todo cuando se trata de menores de edad.

“Los principales factores relacionados con la creciente presencia de enfermedades crónicas no transmisibles están asociados con patrones y hábitos de vida inadecuados, entre los que se pueden mencionar: el exceso en la alimentación en términos de energía, el desequilibrio en el aporte y el tipo tanto de grasas como de hidratos de carbono, así como la baja ingesta de fibra y de algunos micronutrientes” (Madrigal-Fritsch et. al., 1999, p. 480).

Desde las distintas posturas psicológicas se han hecho grandes esfuerzos para identificar aquellas variables que inciden en el comportamiento alimentario; sin embargo, dado que no es posible hablar de la existencia de una sola Psicología (Ribes, 2004), considero importante explicitar el paradigma desde donde se reflexiona al respecto, nos referimos a la teoría interconductual, definida en términos más amplios como una teoría de campo (Ribes, 1994b).

En ese sentido lo que nos corresponde analizar desde el punto de vista psicológico, son las relaciones funcionales que tiene un individuo con su entorno, en el caso que nos ocupa, con las conductas alimentarias. Lo cual no quiere decir que se dejen de lado las variables de las otras dimensiones que hemos venido hablando, esas variables se toman en cuenta, porque a nivel del comportamiento humano no se puede soslayar su influencia. La diferencia estriba en que al tomar las variables de otras dimensiones de análisis (i.e., sociológicas, antropológicas, culturales), se tiene el cuidado de demarcar bien los límites

teóricos y epistémicos de cada categoría y área del saber. En ese sentido comulgo con lo expresado por Vacio en el sentido de que “Antes de proponer un trabajo multidisciplinar, quizá deba cuestionarse si cada una de las disciplinas científicas aquí consideradas ha logrado entender el fenómeno de la alimentación desde su propio objeto de estudio” (Vacio, 2011, p. 10).

Profundizando en la relación de variables que se han estudiado desde la postura psicológica y dado que las propuestas son variadas, en aras de una mejor comprensión, proponemos clasificarlas en dos grandes categorías: a) aquellas que centran su atención en aspectos interpersonales y, b) las que lo hacen en aspectos intrapersonales. Veamos algunos ejemplos concretos de éste tipo de investigaciones.

Entre las que se centran en aspectos interpersonales y sus efectos en la conducta alimentaria, algunos de los temas detectados son: prácticas parentales e IMC en niños (Navarro-Contreras y Reyes-Lagunes, 2005); estilos interactivos, interacción cuidador niño y prevención de desnutrición (Cortés, Romero, Hernández y Hernández-Pozo, 2004); factores relacionales, emocionales y obesidad (Carrasco, Gómez y Staforelli, 2009); maltrato intrafamiliar y relaciones padres e hijos como precursores de trastornos de la conducta alimentaria (Sandoval-Montes, et. al., 2010); evaluación de la influencias social en la conducta alimentaria de adolescentes (Vacio, 2011).

Respecto de las que centran su interés en aspectos intrapersonales, abordan temas como: autoconcepto físico y bienestar psicológico (Rodríguez, Goñi y Ruiz, 2006); Imagen corporal y obesidad (Lopes, 2008); insatisfacción corporal (Sepulveda, Carrobes y Gandarillas, 2010); factores conductuales y de estilos de vida (Bersh, 2006); patrones de comportamiento y personalidad asociados a hábitos de alimentación (Pons y Gil, 2008);

estrés y depresión relacionados a conductas alimentarias de riesgo (Nuño-Gutiérrez, Celis-de la Rosa y Unikel-Santoncini, 2009).

En la presente investigación se pretendió analizar la interacción de ambas dimensiones, es decir, la influencia que tienen los otros respecto a asumir determinadas nociones de género; además de valorar la dimensión intrapersonal por medio de la imagen corporal, todo ello para identificar el efecto que tiene en la conformación de la masa corporal del individuo. En un inicio se contempló trabajar con el IMC, sin embargo, al profundizar en el tema se tomó la decisión de utilizar el Porcentaje de Grasa Corporal (PGC), aspecto que se explicará detalladamente en otra sección. Por ahora hagamos un repaso de la influencia de la actividad física en relación a los estilos de vida y sus repercusiones en la masa corporal.

1.4.3 Activación física

La actividad física es un elemento importante en la ecuación de la conformación corporal. Recordemos una de las máximas en la fisiopatología de la obesidad “se gana peso cuando la ingesta energética sobrepasa el gasto calórico” (Calañas, Martínez y Vázquez, 2011, p. 321), en dicha ecuación el gasto energético está directamente relacionado con la actividad física realizada. En ese sentido, lo planteado por Botella, Garriga y Vázquez cobra relevancia: “El incremento de la actividad física es un componente fundamental en la terapia de la obesidad y en la prevención de la recuperación de peso perdido” (2011, p. 219). Con esto se subraya la importancia que tiene la actividad física, para explicar el incremento en los índices de sobrepeso/obesidad en los y las jóvenes.

Por centurias la actividad física ha jugado un rol preponderante en la conformación de lo que hoy conocemos como civilización occidental. En la cuna de esta cultura, los

griegos fincaron un imperio a fuerza de la guerra y en donde la educación de los miembros de esa sociedad tenían objetivos muy claros: “es importante resaltar que el propósito tanto de la música como de la gimnasia es formar el alma y el cuerpo en armonía” (Vázquez, 2000, p.104), dándosele relevancia al cuerpo masculino, lo cual quedó bien documentado en su vasta obra escultórica.

En un inicio, los romanos siguieron los pasos de los griegos respecto a la forma de concebir el cuerpo y la actividad física vigorosa, sin embargo, con el devenir del tiempo, para los romanos adquirió nuevas interpretaciones: en un primer momento se exaltó el gozo de los sentidos, con ello se dejó de promover la actividad física, además, con la llegada del emperador Constantino y su conversión al cristianismo, el cuerpo fue perdiendo importancia y todo lo relacionado con él. Hasta convertirse en “un mal necesario”, un simple vehículo (provisional) de lo realmente importante, el Alma.

Todo ese bagaje cultural se exportó al nuevo continente con la conquista de Mesoamérica, generando un fuerte choque cultural, ya que para los ancestros precolombinos el cuerpo era visto de una forma natural, la desnudez y las distintas prácticas que ejercían con él, las danzas por ejemplo. Los roles de género también tenían un papel preponderante entre los aztecas, si en el nacimiento la partera recibía una hembra su cordón umbilical se enterraba debajo del fogón de la choza; pero sí se trataba de un macho, su cordón umbilical era enterrado fuera del hogar, en el campo (Rodríguez, 1997). Con esto simbolizaban el lugar que les correspondía a los miembros de cada sexo en esa sociedad, con todas las implicaciones conductuales y de actividad física que ello implicaba. En la cultura occidental también se han demarcado puntualmente los roles de cada sexo, desarrollado un férreo control. Marina refiere que en 1878 en el British Medical Journal, un miembro de la sociedad médica declara “es un hecho indudable que la carne se corrompe

cuando la toca una mujer en regla” (2002, p. 101). Sea por mitos, leyes o prescripción médica, la inequidad entre los géneros se sigue dando y la actividad física no es la excepción.

Huerta habla de la *deportivización del género*, en los siguientes términos “este proceso implica que los hombres tengan en el deporte, una de las justificaciones ideológicas de la supuesta superioridad biológica del sexo fuerte sobre el débil” (2006, p.223). Por supuesto, que esta carga cultural permea las creencias y por ende al comportamiento de las personas.

Hagamos un recuento de algunas de las definiciones más utilizadas en esta área del conocimiento. Botella, Garriga y Vázquez (2009) mencionan y definen cuatro conceptos relacionados con el tema. a) Actividad física: Son todos aquellos movimientos del cuerpo que resultan en un gasto energético. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, caminar, ir de compras, actividades recreativas o trabajar; b) Ejercicio: Movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud. Es un esfuerzo planificado e intencionado; c) Deporte: Actividad física ejercida como competición que se rige por unas normas; d) Forma física: Serie de atributos, como la resistencia, la movilidad y la fuerza, que se requieren para realizar actividades físicas, también se le ha definido como el estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas realizar las tareas habituales. Por su parte Vázquez y Mingote (2008, p. 386) incluyen a la lista el concepto de movimiento, definiéndolo como el cambio de posición, variación, desplazamiento de todo el cuerpo o bien una parte concreta. Para la existencia de movimiento se necesita la aplicación de una fuerza para vencer una resistencia.

Dado que toda actividad física implica un desgaste energético, y esto está relacionado con la ganancia o pérdida de peso, habría que analizar cómo se encuentra la situación de los jóvenes al respecto, es decir, identificar qué elementos en la sociedad contemporánea probabilizan la aparición o inhibición de actividad física en las personas. Comencemos por hacer una revisión de la literatura, Pantoja y Montijano reportan problemas relacionados con el sedentarismo sobre todo en países desarrollados (2012), por su parte Lerdal et. al., reportan un incremento en los estilos de vida sedentarios en población noruega (2009). En otro estudio de corte internacional en donde participaron 3,342 ciudadanos de seis países (Belgica, Finlandia, Alemania, Holanda, España y Suiza), se reporta que el sedentarismo está fuertemente asociado al entorno social, quienes percibieron bajo apoyo social en su entorno personal (amigos, escuela, trabajo), tenían más del doble de probabilidades de ser sedentarios que aquellos que percibían mayor apoyo personal (Stahl et. al., 2001).

En México, se reportó que un 22.7 % de jóvenes de entre 15 y 18 años de edad es inactivo; el 18.3 % moderadamente activo; mientras que el restante 59% son físicamente activos (ENSANUT, 2012, p.176). En un estudio con adolescentes de entre 14 a 19 años de edad, desarrollado en la Zona Metropolitana de Guadalajara, se reporta que los hombres realizan mayor actividad vigorosa que las mujeres. Además utilizaron la escala URICA-E2 para evaluar las etapas de cambio de comportamiento en actividad física, concluyendo que un porcentaje mayor de mujeres se encuentran en las primeras etapas (contemplación), mientras que un mayor porcentaje de hombres se encuentra en etapas posteriores (Mantenimiento) (Ramírez-López, Chávez-Navarro y Zúñiga-Barba, 2009).

Con lo hasta aquí presentado tenemos indicios que una parte del problema del considerable incremento en la masa corporal de la población infantojuvenil se deben a

cambios en su actividad física. Antaño la actividad física estaba más incorporada a la vida cotidiana de niños y jóvenes, basta hacer un análisis del tipo de juegos en que participaban: “Encantados”, “Chinchilegua”, “Changai”, “Bote pateado”, “Quemados”, “Resorte”, entre muchos otros; mientras que en la actualidad una gran parte de niños desde muy pequeños realizan actividades de entretenimiento más sedentarias, como “videojuegos”, “computadoras”, “tabletas”, “celulares” y dado que en algunas escuelas les prohíben correr en los recesos, se ponen a jugar cosas que no implican mayor desgaste energético.

Si a esto le aunamos la ola de inseguridad que vive México, en donde muchos padres de familia consideran más seguro que sus hijos se queden toda la tarde frente al televisor o computadora, en vez de salir a jugar a la calle con sus amigos, esto contribuye que los índices de actividad disminuyan drásticamente entre los niños y jóvenes actuales (Meyer et. al., 2008). Si nos atenemos a lo encontrado en el estudio de Dietz y Gortmarker, donde se afirma que la prevalencia de obesidad aumenta 2% por cada hora de ver T.V. (1985), tendremos una posible explicación del porqué los índices de sobrepeso-obesidad están aumentando de forma tan alarmante.

La variable de género también aquí juega un factor importante, existe la creencia de que los hombres, por el hecho de serlo, tienen menos riesgos que las mujeres o se pueden cuidar mejor, por lo mismo los padres de familia tienden a conceder mayores permisos para que ellos salgan a la calle y practiquen algún deporte, desafortunadamente no se pudieron localizar estadísticas serías respecto a la proporción de menores de edad que practican regularmente algún deporte. Lo más parecido a ello, se refiere a un resultado preliminar de la encuesta Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF), que el INEGI aplicó en el 2013, en donde se reporta que jóvenes de 18 a 24 años de edad el 68.5% de hombres es físicamente activo, contra el 46.4% de mujeres que son físicamente activas.

Antes de concluir con esta sección conozcamos un poco más de la composición corporal y los criterios de medición de la masa corporal.

1.4.4 Conformación de la masa corporal y su medición

Si nos refiriéramos en términos experimentales a la relación de variables de esta investigación, nuestras *variables independientes* estarían dadas por los factores referidos (Nociones de género, Imagen corporal y estilos de vida, en sus dimensiones de actitudes alimentarias y actividad física); mientras que la *variable dependiente* sería la conformación corporal, es decir, el equilibrio/desequilibrio de los diferentes tejidos que componen la masa corporal. A pesar de que nuestro modelo teórico nos imposibilita explicar los fenómenos en forma de causalidad lineal biunívoca (causa-efecto), sólo para fines ilustrativos permítaseme utilizar la metáfora.

Es menester dedicar algunas consideraciones respecto a la conformación corporal y las implicaciones que tiene su estimación en adolescentes. El cuerpo humano está conformado por distintos tejidos: músculos, huesos, tejidos internos (vísceras), y adiposo. Sí la obesidad (y sobrepeso) se define “como la acumulación en el cuerpo de masa grasa en exceso (cantidades superiores a las encontradas en individuos que mantienen el balance energético)” (Rivera, Perichart y Moreno, 2012, p. 47), se vuelve crucial definir los criterios que nos permitan identificar los puntos de corte, de lo que desde la definición antes citada puede ser considerado exceso de grasa.

Existen diversas formas de cuantificar la cantidad y distribución de la grasa corporal, una de las más consensuadas es el Índice de Masa Corporal (IMC). Dada la simplicidad de su fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$, se ha convertido en una de las

medidas más aceptadas para estimar el nivel nutricional de las personas, consecuentemente su sobrepeso/obesidad. A pesar de que la mayoría de los organismos colegiados coinciden en lo esencial respecto a los puntos de corte, a nivel internacional existen algunas discrepancias en su clasificación, por ejemplo, para la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), un IMC entre 18.5 y 24.9 lo consideran peso saludable, un IMC entre 25 y 29.9 corresponde a sobrepeso, y un IMC > 30 a obesidad (NHANES, s/f); por su parte, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) establece los puntos de corte un tanto diferentes: normopeso (peso saludable) 18.5-24.9; sobrepeso grado I 25.0-26.9; sobrepeso grado II (pre-obesidad) 27.0-29.9; obesidad tipo I 30.0-34.9 (Rubio et al., 2007), estos criterios son compartidos por la OMS.

Otro indicador que ha ganado consenso en el área, es el índice cintura cadera (ICC), ya que permite identificar con relativa facilidad y certeza la distribución de grasa abdominal. Vázquez y Cos (2011) afirman que desde hace 10 años se aceptan como puntos de corte para identificar la acumulación de grasa abdominal los siguientes parámetros: en hombres ICC > 1,0, y en mujeres ICC > 0.85. Los cuales se asocian fuertemente a la acumulación de grasa corporal y sus consecuentes riesgos para la salud.

Es importante señalar que estos criterios y sus puntos de corte se refieren a población adulta, cuando se trata de estimar el nivel nutricional en adolescente las cosas se complican, ya que al estar en desarrollo presentan cambios bruscos en su composición corporal y se deben tomar en cuenta estos factores. La Food and Nutrition Technical Assistance publicó unas tablas para calcular el estado nutricional de niños y adolescentes (norteamericanos) que ponderan las variables del desarrollo de cada seis meses para hombres y mujeres (FANTA, 2012).

A pesar de los esfuerzo para dotar a los servicios de salud de indicadores confiables y sencillos de tomar, algunos especialistas en antropometría como Rodríguez et al. (2005), Kaufer-Horwitz y Toussaint (2008) y Freedman, Horlick y Berenson (2013), sostienen que estos baremos se deben utilizar con cautela. Además de que el IMC no es una medida muy precisa para estimar el tejido del que está conformado la masa corporal de la persona, es decir, el IMC no discrimina el porcentaje de tejido graso en relación a otros tejidos (i.e., muscular u óseo). Es común que en personas entrenadas (deportistas) su IMC indique parámetros de sobrepeso/obesidad cuando en realidad no tienen un porcentaje de grasa elevado, y por ende no se les debería catalogar así.

Dada la controversia detectada respecto al IMC como una medida fiable para nuestro objetivo, nos dimos a la tarea de buscar formas alternativas. Existen métodos mucho más precisos para identificar la cantidad de tejido adiposo de una persona; sin embargo, la mayoría de ellos requieren de sofisticados equipos, por ejemplo, la Absorciometría Dual por Energía de Rayos X o la Hidrodensitometría (Rodríguez, Gallego, Moreno y Fleta, 2006), lo cual hacen poco viable su aplicación a grupos numerosos; un método más accesible es el análisis de impedancia bioeléctrica (AIB) (Martínez, 2010). De hecho se adquirieron dos modelos comerciales distintos de estos instrumentos, pero en las pruebas piloto con jóvenes, nos dimos cuenta que estos aparatos no están calibrados para menores de edad, por lo cual marcaban un error, y se tuvo que desechar su uso.

Dentro de los métodos viables, se encuentra la medición de pliegues cutáneos (Rodríguez et. al., 2005), lo cual brinda la posibilidad de calcular el Porcentaje de Grasa Corporal (PGC), que suele ser un indicador de mayor precisión que el IMC, por lo cual se decidió utilizarlo para medir la conformación corporal de las y los participantes. En el

apartado del procedimiento del estudio se describe con precisión las medidas que se tomaron, así como las fórmulas que se utilizaron para calcularlo.

Antes de cerrar la presente sección, hago una síntesis de los temas hasta aquí tratados y explico cómo se pueden estar interrelacionando estas variables. Recordemos que uno de los puntos centrales del presente trabajo es identificar qué factores pueden estar asociados al alarmante incremento en los índices de sobrepeso obesidad entre la población juvenil en México. En ese sentido se ha considerado que dado que no existe un agente biológico patógeno que lo explique, una buena parte de sus causas las debemos buscar en el cambio de los estilos de vida que se presentan en la actualidad.

El género puede ser una de las variables asociada a la imagen corporal y por ende a los estilos de vida. En ese sentido, uno de los primeros hilos conductores que se decidió explorar desde la psicología, fue justamente la relación entre las nociones de género que tienen las y los jóvenes y su cuerpo. Para dar cuenta de esta relación se optó por el constructo Imagen Corporal ya que en la literatura ha demostrado tener cierta consistencia para explicar la relación que las personas establecen con su cuerpo.

La relación que cada persona establece con su cuerpo y las creencias que tenga de él, no se dan en el vacío, por el contrario, lo hacen en función a una serie de prácticas que articula esa relación, siendo el género uno de los principales vehículos que las articulan. Una vez que esas prácticas se van consolidando se transforman en estilos de vida, los cuales pueden estar constituidos por un sinnúmero de elementos de distinta índole. En esta investigación nos centramos primordialmente en dos aspectos: en las actitudes a la alimentación y actividad física, las cuales pueden repercutir en la conformación corporal.

Hasta aquí se ha intentado hacer un recuento de algunas variables psicológicas que pueden estar relacionadas con el sobrepeso y obesidad juvenil. Esta relación de variables se

aborda desde la perspectiva interconductual, en el siguiente apartado se explican las implicaciones y alcances de la teoría utilizada.

CAPÍTULO 2

ENCUADRE Y POSICIONAMIENTO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DEL OBJETO DE ESTUDIO

2.1 Posicionamiento ontológico

Considero necesario explicitar el posicionamiento ontológico desde donde partimos al hablar de aprendizaje y psicología. Desde la perspectiva interconductual (Kantor 1963/1990) se concibe al ser humano como parte del reino animal, y a los procesos psicológicos como procesos de naturaleza cualitativamente diferentes a los biológicos y sociales. Concibiendo los procesos psicológicos de forma evolutiva, es decir, van de lo básico a lo complejo, y se pueden observar en distintos niveles de la escala filogenética.

Desde esta postura, a los procesos psicológicos se les atribuyen propiedades inclusivas, es decir, se requiere el desarrollo de los básicos para que emerjan los complejos, de igual manera se sostiene que lo psicológico no aparece de forma espontánea en el ser humano, por el contrario, está presente en organismos de distintos niveles de la escala filogenética. Por supuesto que algunos de ellos pueden ser cualitativamente diferentes a los del ser humano dado su nivel de complejidad. Ver la Psicología de esta manera, nos permite analizar un mayor espectro de lo psicológico y sobre todo aislar variables que en el humano es prácticamente imposible controlar.

2.2 Interconductismo, una perspectiva de campo de los fenómenos psicológicos

La relación de variables presentada anteriormente (impacto en el PGC de las nociones de género, imagen corporal, y estilos de vida en sus dimensiones: alimentación y actividad física) se analizará desde el modelo de la Psicología Interconductual, propuesto por Kantor (1963/1990) y retomado por Ribes y López (1985), en donde se sostiene que las relaciones establecidas entre el organismo y su medio ambiente son producto de la interdependencia de cada uno de los elementos que componen un segmento conductual. Tomando como objeto de estudio y unidad de análisis la interacción de un organismo y su entorno. Entre los elementos generales que se considera pertenecen al llamado campo interconductual se encuentran: a) objetos y eventos de estímulo con los que hace contacto el individuo, aquí se pueden agrupar: objetos (i.e., mesa, luz, manzana), personas (i.e., amigos, pareja, padres), eventos (i.e., tornado, temblor, vuelo de un ave); b) variables orgánicas relacionadas con los sistemas reactivos con que cuenta el individuo y que permiten entrar en contacto con los objetos y eventos de estímulo, (i.e., los cinco sentidos, el cerebro, una lesión); c) factores situacionales que pueden alterar las relaciones contingenciales presentes (i.e., afectos, estados de saciedad, el clima) y; d) factores disposicionales que probabilizan ciertos contactos presentes (i.e., gustos, inclinaciones). De la forma en que se interrelacionen estos elementos, dependerá la configuración contingencial.

Desde la perspectiva interconductual no tiene sentido el estudio del comportamiento de los individuos independientemente de su entorno, sino en relación con el medio que los rodea: “Los eventos psicológicos son ajustes del organismo a las cosas que le rodean”

(Kantor, 1967/1980, p. 93). Kantor (1975) señaló que el comportamiento psicológico es continuo, inicia un poco antes del nacimiento y termina con la muerte del organismo. Afirma que el desarrollo psicológico (interconducta) se puede identificar en tres etapas: a) la etapa de los fundamentos o etapa infantil, b) la etapa básica, y c) la etapa social.

En la etapa de los fundamentos, gracias a la reactividad biológica con que cuenta el organismo y dependiendo de su maduración, el organismo realiza una serie de exploraciones, las cuales pueden catalogarse en tres tipos de conductas: reflejas, aleatorias y ecológicas. Dependiendo de la forma en que el organismo entre en contacto con los objetos de estímulo de su entorno, irá desarrollando su propia historia interconductual, a estas conductas Kantor las nombra interacciones transitorias.

Respecto a la etapa básica de la historia interconductual, Kantor refiere que en esta etapa ya no se depende tanto de la respuesta fisiológica, sino que el organismo va estableciendo funciones de estímulo-respuesta propiamente psicológicas. Una de las conductas básicas es la de protección, el niño con ayuda de sus padres y cuidadores, aprende a discriminar qué objetos o animales pueden causarle daño y aprende a auto protegerse de ellos. En esa misma etapa, aprende a identificar qué cosas le agradan y cuáles no (los alimentos, por ejemplo), también aprende a manipular objetos y transformarlos. Estos ajustes dependerán, en buena medida, del entorno social en que se desenvuelva el menor, no será el mismo desarrollo el de un niño inglés que aprende a leer, escribir y a resolver problemas aritméticos y que entra en contacto con determinados alimentos; que el de un niño nativo de una tribu sudafricana, quien tendrá que adaptarse a las condiciones de vida y a los rituales de paso que la comunidad espera de ellos, los alimentos a los que son expuesto también serán diferentes. Como parte de las funciones estímulo-respuesta que los niños van generando, también se desarrolla la socialización y junto con ella, las nociones de

género, que a su vez va acompañada de toda una forma de ver y estar en el mundo. Por ejemplo, la imagen corporal, dependerá en gran medida de cuál sea la noción de género que la persona tenga, por medio de la cual el individuo va conformando patrones conductuales que a la postre podemos identificar como estilos de vida, veamos cómo se explica dicha adaptación desde esta postura teórica.

2.3 La Socialización del individuo desde el Interconductismo

La interacción social (sujeto - entorno social) se puede establecer como otras formas de respuesta, es decir, por medio del contacto exploratorio que el organismo tiene con los objetos de estímulo y situaciones. Desde la perspectiva psicológica interconductual se analiza el ajuste individual del organismo a su entorno social, el medio de contacto es medular en este tipo de relaciones. Recordemos que desde el punto de vista de Kantor (1975), existen tres medios de contacto: físico-químico, ecológico y convencional.

El medio de contacto físico-químico, está dado por aquellos elementos que posibilitan la interacción funcional entre el organismo y el objeto de estímulo; por ejemplo, para escuchar se requiere el aire, sin él no podríamos entrar en contacto con los sonidos. El medio de contacto ecológico es aquel que permite la mediación, entre organismos de la misma especie que comparten una historia filogenética particular. El medio de contacto convencional (exclusivamente humano) está representado por aquellos códigos que permiten entrar en contacto con objetos y eventos no presentes físico-químicamente, es decir, por medio del lenguaje, a través de este se puede entrar en contacto con cosas que ocurrieron en lugares distantes e incluso en otras épocas.

Es sabido que para que el ser humano llegue a considerarse como tal, se requiere un arduo proceso de socialización a lo largo del ciclo vital del individuo (Savater, 1977). Kantor plantea que se pueden distinguir cuatro etapas de socialización: conducta suprabásica, conducta contingencial, conducta idiosincrática, conducta cultural.

Por conducta suprabásica Kantor se refiere al mantenimiento de las conductas de la etapa básica, y que en general acompañarán al individuo por un largo periodo de su historia interconductual. Esta etapa se determina en gran medida por las experiencias a las que la persona se ve expuesta durante su infancia, por ejemplo, las prácticas del grupo de donde proviene su familia, así como las experiencias de su primera infancia: la *forma* de comer, correr, sentarse, etc., una de sus principales características, es que las ejecuciones se mantienen de la niñez a la edad adulta, quizá esta etapa sea la responsable en gran medida, de la formación de los estilos interactivos (Ribes, 2009). De lo que no parece haber duda es que dichas conductas supra básicas o estilos interactivos también están tamizados profundamente por los roles de género.

Respecto de la segunda etapa (conducta contingencial), el autor explica que los seres humanos pasan por una serie de situaciones a lo largo de su historia de vida, aprendiendo a responder de cierta manera cuando se presentan situaciones semejantes. A eso le llama “ocasiones de respuesta”, eso no quiere decir que las situaciones sean las mismas, de hecho advierte que “las interacciones contingenciales son eventos psicológicos únicos” (Kantor, 1975. p. 125). Sin embargo, probabilizan el tipo de interacciones en futuras situaciones semejantes.

La conducta idiosincrática es uno de los elementos que caracterizan el comportamiento individual. Se refiere a la forma particular de comportarse de un individuo en situación; por ejemplo, los artistas que tienen un estilo particular de expresar su arte.

Otro ejemplo de este tipo de conducta idiosincrática podría estar dado por los hombres machistas, ellos generalmente reaccionan de una manera consistente ante distintas circunstancias. Así como los artistas tienen un estilo propio, cada persona va generando rasgos de interacción particulares. A dichas conductas idiosincráticas, Ribes las ha denominado estilos interactivos, identificando tres criterios que deben poseer: “1. Que describa un modo interactivo idiosincrático; 2. Que implique que dicho modo se ha configurado históricamente; 3. Que como modo resultante de la historia individual permita predecir tendencias interactivas particulares en condiciones determinables” (1990a, p.85).

Finalmente, Kantor se refiere a la conducta cultural como la serie de cánones que un determinado grupo social tiene. Cuando un individuo comparte las mismas prácticas que su grupo de pertenencia y se ajusta a ellas, se predica que se está comportando de manera cultural, de hecho una de sus principales características es la uniformidad. Por ejemplo, cuando se asiste a una cena de gala, muchos van vestidos de manera similar, todos toman los cubiertos en cierto orden, y se hace más o menos las mismas cosas de manera muy semejante, a eso Kantor le llama uniformidad. La gran mayoría del comportamiento humano es cultural. El género, como se viene diciendo es un claro ejemplo de una práctica cultural, los hombres deben comportarse de forma semejante entre sí (ser valientes, no demostrar tristeza y ser fuertes); pero diferencialmente de las mujeres, a ellas se les asignan otros atributos (fragilidad, ternura, compasión). El género no se construye en el vacío, existe todo un sistema jerárquico de poder patriarcal que se encarga de articular los roles de unos y otras. Dichos atributos se le asignan desde el nacimiento al poseedor de un determinado cuerpo (macho/hembra), rebasando con mucho las diferencias netamente biológicas; en ese sentido, el cuerpo es el depositario de esos mandatos de género, y por ello cobra un valor relevante en el análisis.

A lo largo del ciclo vital, cada persona va interpretando y dándole distintos significados a su cuerpo: sus dimensiones, funcionalidad, postura, vello o ademanes, entre otros elementos (Mora, Muñoz y Villarreal, 2001; Siverio y Garcia, 2007). Lo cual determina qué tan satisfecha se sienta la persona con su cuerpo. Como se ha dicho, el grupo social de pertenencia juega un factor determinante en la forma en que se valora el cuerpo, siendo los jóvenes particularmente sensibles al escrutinio social. En ese sentido, es importante echar mano de un constructo que desde hace tiempo se ha estado trabajando: imagen corporal.

Para el análisis de la relación: género - imagen corporal – adopción de estilos de vida, el interconductismo propone hacer el análisis en dos dimensiones, por una parte, los factores microcontingenciales, a saber: 1) Conductas instrumentales focales (i.e., los episodios concretos que conforman un estilo de vida); 2) Condiciones situacionales, que poseen funciones disposicionales (conductas socialmente esperadas, capacidades personales, propensiones, tendencias); 3) Personas implicadas funcionalmente en la situación (mediador/mediado de la situación: padre-hijo, maestro-alumno, compañeros); 4) Conductas relacionadas; 5) Efectos contingenciales (positivos, negativos).

Por otro lado se encuentran los factores macrocontingenciales de la situación: 1) las prácticas sociales dominantes relativas a estilos de vida (i.e., prácticas sociales relacionadas con la alimentación y la actividad física); 2) las prácticas lingüísticas relacionadas con efectos reguladores por parte del grupo social normativo (i.e., “caminar es de pobres”, “a comer y beber que el mundo se va a acabar”) y, 3) los individuos y grupos sociales de referencia (i.e., quién dice lo que se debe hacer, quién hace y quién sanciona).

Ribes (1992) sugiere que los factores macrocontingenciales forman parte de un grupo o sistema social al que el individuo se integra y trascienden la dimensión individual,

en el sentido de que conforman un sistema establecido al que el individuo se integra, y que es susceptible de modificar, a partir de su práctica. Dichas prácticas sociales son criterios de pertinencia del actuar en situación y delimitan el dominio o contenido que enmarca, o dan sentido, a las prácticas individuales. Dependiendo de las exigencias del grupo social de referencia, será el tipo de comportamiento que tendrá que emitir la persona para ajustarse a lo que los otros miembros del grupo esperan de él. Existen prácticas específicamente relacionadas con estilos de vida, las cuales se pueden articular de distintas maneras: a) en forma de indicaciones, advertencias, comparaciones o ejemplares de tipo general que prescriben el deber ser dependiente del grupo social de referencia o, b) como “deber hacer” particulares derivados de dichos ejemplares (i.e., hacer o comer cierto tipo de cosas, de determinada manera). El tipo de alimentos, el horario en que se consumen y la cantidad en que se ingieren, en cada sociedad y grupo de referencia son particulares.

En ese sentido los estilos de vida relacionados con las conductas de riesgo para la salud, pueden ser analizados funcionalmente midiendo el efecto de cómo dichos elementos (micro y macro contingenciales) influyen para que el comportamiento se estructure de determinada manera, y donde los ejemplares de los distintos estilos de vida juegan un factor determinante. En la medida en que se logre que una persona se adhiera a un ejemplar de vida sano, en esa medida los esfuerzos de las instituciones dejarán de tener un peso tan relevante, ya que serán los propios individuos quienes gestionen y auto regulen su comportamiento.

Parecería lógico pensar que en la era de la información, donde el conocimiento está al alcance de “todos”, y donde la gran mayoría de las personas debería conocer cuáles son aquellos modelos de vida sanos, versus aquellos que conllevan un incremento en la probabilidad de tener un resultado adverso para la salud (riesgo), en ese sentido la mayoría

debería optar por estilos de vida saludables. Sin embargo, parece que no es así, muchas personas actúan como si no les importara su salud o la de sus seres queridos, sin darse cuenta que siguiendo con dichas prácticas tarde o temprano tendrán consecuencias desfavorables. La intención de este proyecto es justamente analizar ¿Cómo intervienen el género y la imagen corporal para la adopción de estilos de vida relacionados al Porcentaje de Grasa Corporal en jóvenes de Guadalajara? Formulando las siguientes preguntas particulares: ¿Qué rol juegan las nociones de género y la imagen corporal de las y los jóvenes, en la adopción de determinados estilos de vida, en sus dimensiones: actitudes alimentarias y ejercicio físico?, y ¿el estilo de vida cómo se ve reflejado en el porcentaje de grasa corporal? Para contestar estas y otras interrogantes se planteó la propuesta de investigación presentada en el capítulo cuatro.

Antes de pasar a la parte metodológica considero necesario hacer un paréntesis para dejar explícitas algunas de las razones por las que se decidió emplear la metodología que se describe en los siguientes apartados. A decir verdad, algunas de las decisiones las tuvimos que tomar por cuestiones prácticas, a pesar que al inicio del proyecto doctoral, tres años parecen suficientes para realizar cualquier cosa, por ejemplo: un estudio exploratorio, uno experimental y además probar los resultados con una intervención. La experiencia de los asesores estuvo ahí para ubicarme y ayudarme a plantear diseños y objetivos más plausibles y con mayor rigor metodológico.

Se decidió comenzar con un estudio exploratorio que englobara aquellas variables que teóricamente pudieran estar interviniendo en el problema de investigación. Hasta ahí todavía existía la posibilidad de abordarlo desde una metodología experimental, ya que tradicionalmente la postura interconductual ha utilizado dicha metodología en sus indagaciones, sin embargo, al abordar tópicos que no han sido explorado por quienes

comparten este paradigma, y tomando en cuenta la literatura existente, consideramos necesario emplear una metodología similar a la utilizada actualmente en el área (i.e., desde el tipo de variables y escalas), sobre todo para tener con qué comparar los resultados y contar con interlocutores con quienes poder discutir los resultados y/o llegar a consensos, siempre teniendo en cuenta una perspectiva de campo.

De cualquier forma, es menester explicar cómo entendemos el uso de estos instrumentos desde el punto de vista interconductual, sobre todo, sin caer en los errores que constantemente se han advertido al utilizar de forma indiscriminada formatos inventariales para medir supuestas variables psicológicas (Ribes, 2009). En ese sentido, nuestra idea fue ubicarnos en medio de estas dos posturas, donde por una parte se hace uso indiscriminado de escalas, otorgándole un sentido de realidad que pocas veces alcanzan a probar; y por otro lado, negándole cualquier utilidad para recabar información. Considero que hay que tomar estos instrumentos como lo son, herramientas de recolección de información, la cual sirve para tomar decisiones respecto al fragmento de realidad que nos ocupa: lo psicológico. Sobre todo tomando en consideración que: "...la historia psicológica no es pasado, sino presente, y posee propiedades semejantes a las de los factores situacionales, en la medida en que probabiliza funcionalmente las interrelaciones posibles en el campo" (Ribes, 1994b, p. 234), en el entendido de que contestar una escala, también implica un campo psicológico.

Frojan explica esto mismo al referirse a la intervención de las verbalizaciones como forma de evaluar la funcionalidad del comportamiento: "La historia de aprendizaje de una persona es presente desde el momento que tiene un valor funcional sobre comportamientos actuales y esta funcionalidad se puede estudiar a partir de las verbalizaciones que dicha persona da cuando describe las relaciones que ha establecido entre diversos eventos ocurridos a lo largo de su vida. Estas relaciones son 'presente', aunque describan hechos

pasados.” (Frojan, 2011, p. 203). Esto también aplica cuando los participantes entran en contacto funcional con el texto de un instrumento, prueba de ello es la capacidad de interactuar consistentemente con él, por ejemplo, cuando al responder a un cuestionario existe consistencia en las respuestas a pesar que algunas de ellas puedan tener un sentido opuesto (i.e., siempre hago ejercicio, nunca hago ejercicio) en cuyo caso la persona responderá diferencialmente. En contraste con la verbalización libre, cuando el lector se enfrenta a un cuestionario en donde se le ofrecen distintas opciones de respuesta debe ajustar su respuesta en función a dónde se ubica o en todo caso dónde le gustaría ubicarse, respecto a la situación que se le presenta. Asumimos que dicha respuesta es presente y que va acorde a su sistema de creencias (entendidas en términos wittgensteinianos), lo cual nos permite suponer que esa sería la conducta que tendría si se presentara una situación de ese tipo o la conducta que ha tenido en el pasado, dadas las disposiciones que las creencias implican.

Otra prueba del ajuste funcional que las personas tienen cuando interactúan con un instrumento de medición (i.e., escala, test) es la respuesta diferencial a cada reactivo, pero consistente entre sí, es decir, un conjunto de ítems que conforman un factor, ya que esos reactivos fueron diseñados para evaluar distintos aspectos. En ese sentido, podemos suponer que gracias al medio de contacto convencional interactúan funcionalmente con lo que cada reactivo plantea; caso contrario sería si los participantes solo hicieran contacto contextual con el instrumento, sin atender al texto, pudiéndose detectar inconsistencias en sus respuestas, incluso se pueden encontrar patrones gráficos en la hoja de respuesta que adviertan que se respondió aleatoriamente, es decir, sin hacer contacto funcional con el texto, en esos casos se anulan las respuestas del participante, como se haría en cualquier otro tipo de diseños cuando un participante no atiende las instrucciones.

Ahora bien, con la ayuda de herramientas estadísticas que han sido validadas y consensuadas por buena parte de la comunidad científica (i.e., Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio), se evalúa el conjunto de datos obtenidos para tener cierto grado de certezas, en el sentido de que dicho conjunto de mediciones no son respuestas emitidas al azar, sino que tienen sentido lógico, tanto desde la perspectiva estadística como a la luz de una teoría, proporcionando patrones de respuesta que advierten tendencias.

Cosa distinta es la interpretación que se hace de los datos, y considero que ahí es donde radica el principal “talón de Aquiles” de aquellos que asumen que en la validación de los instrumentos es donde acaba todo, haciendo una sobre generalización, pretendiendo que la realidad quepa en esa pequeña deformación que se hizo de ella en una orilla de sus confines. Ese debería ser el punto de partida para organizar la información que permita generar hipótesis para seguir probando empírica y sistemáticamente la relación de variables que la teoría predice, quizá llegado ese punto con diseños experimentales, si la naturaleza de las variables lo permite.

2.4 Objetivos e Hipótesis de investigación

Teniendo presente nuestra pregunta de investigación: ¿Cómo intervienen el género y la imagen corporal en la adopción de estilos de vida relacionados al Porcentaje de Grasa Corporal en jóvenes de Guadalajara? Y después de una exhaustiva revisión bibliográfica, se propusieron los siguientes objetivos e hipótesis de investigación.

2.4.1 Objetivo general de investigación

Analizar cómo interviene el género y la imagen corporal en la adopción de los estilos de vida relacionados al Porcentaje de Grasa Corporal en una muestra de jóvenes de Guadalajara.

2.4.2 Objetivos particulares

Enunciando los objetivos particulares de la siguiente manera:

- Validar una escala psicométrica para evaluar las nociones de género que tienen las y los jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara;
- Conocer la relación entre las nociones de género de los y las jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara y su imagen corporal;
- Identificar la relación existente entre nociones de género, imagen corporal y estilos de vida que influyen en las actitudes de alimentación y activación física de los y las jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara;

2.4.3 Hipótesis de investigación

Las nociones de género intervienen en la imagen corporal, que a su vez probabilizan que los y las jóvenes de la ZMG adopten determinados estilos de vida, particularmente en las dimensiones: actitudes alimenticias y a la actividad física, influyendo en su Porcentaje de Grasa Corporal (PGC). Con el fin de estructurar una hipótesis estadística más clara, esto mismo se podría enunciar de la siguiente manera: Existe una diferencia significativa en las actitudes alimenticias y a la activación física, entre los y las jóvenes que comparten valores extremos de las nociones de género, los cuales se reflejan en su PGC.

2.4.4 Hipótesis nula

No existen diferencias significativas entre las actitudes de alimentación y de activación física, entre los y las jóvenes que comparten valores extremos de las nociones de género. Por lo tanto tampoco existen diferencias en sus PGC ($\mu \text{PGC } g_1 = \mu \text{PGC } g_2$).

Para alcanzar estos objetivos y comprobar si nuestra hipótesis de trabajo se cumplía se trabajó con un diseño transversal, para indagar cómo se comporta la relación de estas variables en adolescentes de secundaria de Guadalajara. Antes de proceder a la aplicación de los instrumentos de medición, se tomaron las providencias necesarias para confirmar la validez de los instrumentos, lo cual quedó consignado en la primera etapa del estudio que a continuación se presenta.

CAPÍTULO 3

ETAPA 1: SELECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

3.1 Selección de los instrumentos psicométricos

Para lograr un adecuado entendimiento del objeto de estudio, es indispensable contar con instrumentos de medición confiables. Antes de seleccionar las escalas psicométricas que nos ayudarían a tal propósito, se realizó una investigación documental para conocer qué instrumentos se adecuaban mejor a las necesidades del proyecto, y cuáles de ellos reportaban resultados satisfactorios en cuanto a su confiabilidad y validez, amén de haber sido validados en población mexicana para medir nuestras variables de interés.

Para conocer las nociones de género que tienen las y los jóvenes una de las pruebas más citadas en la literatura (Lamke, 1982; Gayton y Havu, 1977; Johnson, Jones y Brems, 1996) es Bem Sex-Role Inventory (BSRI) (Bem, 1974; Bem, 1981); sin embargo, dicho instrumento mide los “roles sexuales” utilizando algunos estereotipos de género para determinar el ajuste que se tiene a ellos, además de que su construcción fue hecha para la sociedad estadounidense de los años setenta del siglo pasado, de tal suerte que no cumplía con las necesidades del proyecto. En ese sentido se decidió utilizar una escala diseñada para este propósito por Martínez-Munguía (2006), sin embargo, dicha escala no había sido validada psicométricamente, por lo tanto como parte de este proyecto se procedió a hacer su validación.

Otra variable preponderante de conocer fue la imagen corporal, para ello, se decidió utilizar la prueba Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales (Cash, 2000) (en adelante MBSRQ), la cual ya había sido traducida al español y validada en población española (Botella, Ribas y Ruiz, 2009). Sin embargo, no se encontraron referencias al respecto en población mexicana, por lo que se procedió a evaluar sus propiedades psicométricas con jóvenes del occidente de México.

Las dimensiones de los estilos de vida que se consideraron pertinentes evaluar fueron las actitudes hacia la alimentación y al ejercicio físico. Para medir la primera dimensión se eligió el instrumento: *Eating Attitudes Test* (Garner y Garfinkel, 1979), el cual ha demostrado ser confiable, además ha sido validado con mujeres y hombres mexicanos (Álvarez-Rayón, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz y Gómez-Peresmitré, 2002; Vázquez, Saucedo, Téllez, López, Mancilla y Álvarez, 2010). Por su parte, el instrumento seleccionado para medir las actitudes a la actividad física fue el *University of Rhode Island Change Assessment*, también conocido como URICA-E2 (Reed, 1995), traducido al castellano por Gutiérrez y Villafaña (2003).

A continuación se describen cada instrumento, el procedimiento que se siguió para la validación de dos de ellos, las propiedades psicométricas de cada uno, así como los resultados del análisis factorial confirmatorio.

3.2 Método de la validación del Generímetro

El Generímetro es una escala con formato de respuesta tipo Likert, elaborada en el 2005 (Martínez-Munguía, 2006), cuyo objetivo es medir la percepción que los y las jóvenes tienen respecto a su género, sobre todo en relación a algunas conductas de riesgo para la

salud. Las opciones de respuesta van de uno: lo/la hace ser o parecer mucho menos hombre/mujer ante sus amigos(as); hasta cinco: lo/la hace ser o parecer mucho más hombre/mujer ante sus amigos(as). Siempre se les cuestionaba respecto al género concordante a su sexo. Las oraciones que integran este instrumento tienen la intención de sondear distintas dimensiones del quehacer de los y las jóvenes, algunos ejemplos del tipo de oraciones son: “Tomar tequila o cerveza”, “Lavar los platos después de comer”, “Fumar”, el total de reactivos fue de 35 y se pueden ver en el apéndice uno.

El procedimiento que se siguió para diseñar el instrumento fue el siguiente. Se formaron grupos focales con jóvenes de distintas escuelas secundarias y preparatorias de la zona metropolitana de Guadalajara, con la intención de conocer qué cosas, desde la perspectiva de ellos y ellas, los hacen ser o parecer más masculinos/femeninas ante sus amigos(as). Con base en los resultados arrojados en los grupos focales, se elaboró un banco de reactivos de los cuales se seleccionaron aquellos que tuvieran mayor consistencia entre los y las jóvenes, se pilotearon y adecuó el lenguaje, para que a la población objetivo les resultaran claros.

Como parte de esta investigación se exploró la confiabilidad y validez del Generímetro, se utilizó el siguiente procedimiento para su validación psicométrica: a) **Distribución:** análisis de frecuencias, sesgo–asimetría; b) **Dirección:** análisis de poder discriminativo y de direccionalidad; c) **Discriminación de reactivos:** por medio de la prueba t de Student; d) **Confiabilidad:** Análisis de consistencia interna por medio del Alpha de Cronbach por factor y escala total y; e) **Validez de constructo:** análisis factorial por medio del método de componentes principales con rotación Varimax.

3.2.1 Participantes para la Validación del Generímetro

Para proceder al análisis factorial exploratorio del Generímetro se utilizaron datos recabados con anterioridad de 480 jóvenes, 243 hombres y 237 mujeres con un rango de edad entre los 14 y 22 años ($M = 15.88$ años, $D.E. = 1.46$). El levantamiento de estos datos se realizó en cuatro escuelas secundarias y cuatro preparatorias de la zona metropolitana de Guadalajara, así como en el tutelar para menores del estado de Jalisco. Entre abril del 2011 y mayo del 2013.

3.2.2 Resultados de la validación del Generímetro

En el análisis de distribución, la mayoría de los reactivos se comportaron según lo esperado, con un sesgo entre (-.5 a .5), ya que se buscaban respuestas con una distribución normal en el grupo de interés; sin embargo, tres no cumplieron el criterio de dirección: G14 “Que su pareja lo(a) mantenga” (1.62); G21 “Tener el pene/bubis muy grandes” (-.62); y G22 “Ser responsable” (12.06). Al realizar el análisis de discriminación de reactivos por medio de la prueba t de Student, se encontró que los siguientes reactivos no discriminaron: G9 “Ser indeciso” ($p = .998$); G23 “Usar el cabello largo/corto” ($p = .055$); G25 “Ser valiente” ($p = .379$); G27 “Ser fuerte” ($p = .929$); y G30 “Tener juegos sexuales con un amigo” ($p = .943$) por lo cual se eliminaron de los siguientes análisis. Respecto al criterio de confiabilidad, se decidió eliminar aquellos reactivos que correlacionaban muy bajo con la escala total (correlación menor a .2) los ítems que no cumplieron dicho criterio fueron: G14 “Que su pareja lo(a) mantenga” (.190); G15 “Ser líder estudiantil” (.172); G18 “Rechazar la invitación de un(a) amiga(o) para tener un faje” (.197); G26 “Aventarse del Bongi” (.174) y G31 “ser independiente” (.193).

La consistencia interna total de la escala que se obtuvo una vez depurada la estructura factorial a través del coeficiente alfa de Cronbach con 25 ítems, fue de $\alpha = .882$. Para evaluar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio con el método de extracción: componentes principales con rotación Varimax (Tabla 3.1). Se puede observar que los 25 ítems se agruparon en 6 factores con valores propios mayores a uno (la rotación convergió en 8 iteraciones), que en conjunto explican el 55.48% de la varianza total de los datos. El factor uno explica un 27.28% de la varianza; el factor dos un 8.76%; el factor tres un 5.83%; el cuarto factor 4.89%; el quinto 4.63%; y el sexto factor 4.07% de la varianza.

El primer factor (FG1) se compone de cinco ítems: G7 “Salir de casa sin avisar o pedir permiso”; G13 “Consumir sustancias prohibidas (drogas)”; G6 “Tomar cerveza o tequila”; G16 “Tener una novia/o en la escuela y otra/o en la colonia” y G2 “Fumar”. Dado que la mayoría de la muestra es menor de edad y para ellos estas conductas son prohibitivas, se decidió nombrarlo *Conductas Transgresoras*. Se le asoció al eje de masculinidad.

En el segundo factor (FG2) se agrupan seis ítems: G22 “Ser responsable”; G4 “Ser decidido/a”; G24 “Lavar los platos después de comer”; G12 “Ser muy aplicado/a en la escuela”; G19 “Cocinar”; G5 “Acompañar a su mamá al mercado”. La mayoría de estas conductas denotan un sentido de responsabilidad por lo que a este factor se le denominó *Conductas Proactivas*, asociándolo al eje de la feminidad.

En el tercer factor (FG3), se agrupan cuatro ítems: G32 “Invitar a salir a su novia/o (pagándole)”; G33 “Masturbarse”; G35 “Reñir frecuentemente”; G17 “Ver material pornográfico”. Se consideró que estos ítems se asocian a cuestiones de relaciones

interpersonales, por lo que se le nombró *Conductas Relacionales*. Colocándolo en el eje de la masculinidad.

El cuarto factor (FG4) lo conforman tres ítems: G21 “Tener el pene/bubis muy grande”; G3 “Tener mucha experiencia sexual”; G10 “Haber tenido un encuentro erótico”, dado que estos ítems hacen referencia a aspectos relacionados con la sexualidad, al factor se le llamó *Conductas Sexuales*. Formando parte del eje masculinidad.

En el quinto factor (FG5), se agrupan cuatro ítems: G1 “Tenerle miedo a una rata”; G29 “Ser delicado”; G8 “Cuidar mucho su arreglo personal” y G11 “Ser cariñoso/a”, al estar relacionados estos ítems con propiedades disposicionales del comportamiento, se le nombre *Conductas Emocionales*, alineándolo al eje de la feminidad.

Finalmente, el sexto factor se compone de tres reactivos: G34 “Demostrar abiertamente el afecto a sus amigos”; G28 “No tener experiencias sexuales (ser virgen)”; G20 “Ser recatado/a”, nombrándosele *Conductas de Cautela*, formando parte del eje de feminidad.

De los seis factores tres parecen estar relacionados a atribuciones masculinas (FG1, FG3 y FG4) y tres con atribuciones femeninas (FG2, FG5 y FG6), lo anterior se dedujo tomando en cuenta el puntaje promedio que hombres y mujeres le asignaron a cada factor del Generímetro, estos resultados se pueden ver en la Figura 4.5. En la Tabla 3.1 se presentan de forma esquemática los resultados del AFE del Generímetro.

Tabla 3.1. Estructura factorial del Generímetro.

Factor	Reactivo	1	2	3	4	5	6	Peso	Varianza explicada	α de Cronbach
F1 C. Transgresoras	G7 Salir de casa sin avisar o pedir permiso	.751						6.821	27.28%	.790
	G13 Consumir sustancias prohibidas (drogas)	.648								
	G6 Tomar cerveza o tequila	.645								
	G16 Tener una novia/o en la escuela y otra/o en la colonia	.599								
	G2 Fumar	.521								
F2 C. Proactivas	G22 Ser responsable		.657					2.190	8.76%	.732
	G4 Ser decidido/a		.648							
	G24 Lavar los platos después de comer		.639							
	G12 Ser muy aplicado/a en la escuela		.636							
	G19 Cocinar		.507							
	G5 Acompañar a su mamá al mercado		.495							
F3 C. Relacionales	G32 Invitar a salir a su novia/o (pagándole)			.752				1.458	5.83%	.728
	G33 Masturbarse			.650						
	G35 Reñir frecuentemente			.619						
	G17 Ver material pornográfico			.470						
F4 C. Sexuales	G21 Tener el pene/bubis muy grande				.716			1.223	4.89%	.671
	G3 Tener mucha experiencia sexual				.652					
	G10 Haber tenido un encuentro erótico				.574					
F5 C. Emocionales	G1 Tenerle miedo a una rata					.747		1.159	4.63%	.627
	G29 Ser delicado					.573				
	G8 Cuidar mucho su arreglo personal					.529				
	G11 Ser cariñoso/a					.519				
F6 C. de Cautela	G34 Demostrar abiertamente el afecto a sus amigos						.681	1.019	4.07%	.390
	G28 No tener experiencias sexuales (ser "virgen")						.634			
	G20 Ser recatado/a						.407			

Nota: Nociones de género asociadas al riesgo. Alfa de Cronbach total con 25 elementos .882

Con el objetivo de identificar si el modelo obtenido con el análisis factorial exploratorio cumple con los criterios de ajuste, se realizó el análisis factorial confirmatorio con el programa de ecuaciones estructurales AMOS (V. 20). Se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud (ML). Fijando en 1.0 las varianzas de las variables latentes. Utilizamos los siguientes indicadores de bondad de ajuste: 1) chi-cuadrado (X^2 también CMIN); 2) chi-cuadrado dividido por los grados de libertad (CMIN/DF: el cociente debería ser menor de 4.00; a menor índice, mejor ajuste); 3) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI, Comparative fit index); 4) índice de bondad de ajuste LISREL (GFI, Goodness of fit index); 5) Relative Fit Index (RFI); 6) Raíz cuadrada media residual (RMR, Root mean square residual); 7) raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA, Root mean square error of approximation); y 8) criterio de información de Akaike (AIC, Akaike's information criterion).

En la Figura 3.1 se muestra el resultado gráfico estandarizado del modelo del Generímetro, obtenido con los datos de los participantes del estudio; en la Tabla 3.2 se presentan los índices de bondad de ajuste de los mismos datos. Como se puede ver en algunos índices el ajuste es aceptable, como en el caso de CMIN/DF, nuestro resultado es de 2.21, cuando el criterio para ser considerado como un buen ajuste es < 4.00 ; otros índices de ajuste también parecen ser buenos: CFI = .903 y GFI = .901, los cuales pueden ser considerados como un buen nivel de ajuste. En ese sentido podemos afirmar que nuestro modelo se ajusta y por lo tanto, lo consideramos confiable para medir las nociones de género de las y los jóvenes.

Figura 3.1 Representación gráfica del modelo del Generímetro de seis factores

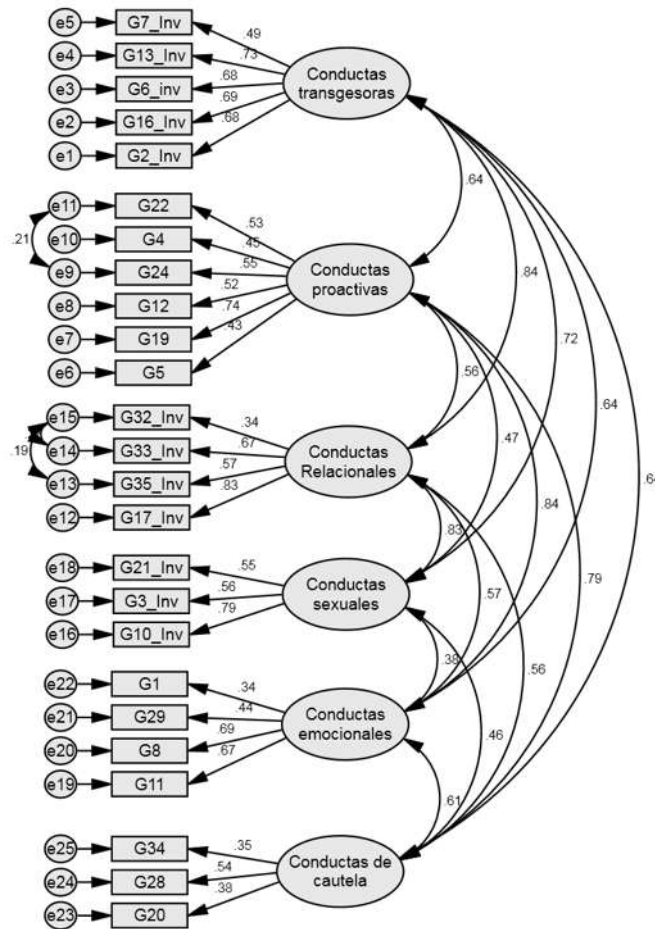


Tabla 3.2 Índices de bondad de ajuste del AFC del Generímetro

X^2	CMIN/DF	CFI	GFI	RFI	RMR	RMSEA	AIC
505.006	1.965	.896	.892	.781	.059	.053	641.006

Nota: CMIN/DF = X^2 /GL; CFI= Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RFI = Relative Fit Index; RMR = Root mean square residual; RMSA = Root Mean Square Error of Approximation; AIC= Akaike's information criterion.

3.3. Validación del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

Otra variable que tiene relevancia en el presente proyecto es la de Imagen Corporal, la cual ha sido medida de diversas formas (Body Rating Scale, Body Image Scale, Body Esteem Scale) (Yanover y Thompson, 2009), uno de los instrumentos más citados en la

literatura es el Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ, Cash, 1990).

Botella y colaboradores realizaron una adaptación al castellano (2009) y su respectiva validación con jóvenes españoles y proponen una versión abreviada del instrumento, ya que el original cuanta con 69 ítems, proponiendo la utilización 44 ítems, dicha versión fue la utilizada en este proyecto. Al no encontrar ningún trabajo de validación del instrumento en México, como parte de la primera etapa de este proyecto nos dimos a la tarea de aplicarlo con el objetivo de explorar la confiabilidad y validez para su validación psicométrica en población mexicana.

La versión del MBSRQ utilizada fue la de 44 ítems, con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones: 1) totalmente en desacuerdo; 2) Bastante en desacuerdo; 3) Indiferente; 4) bastante de acuerdo; y 5) Totalmente de acuerdo. Los enunciados presentados a los participantes tienen el siguiente estilo de redacción: “Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto”, “casi todo el mundo me considera guapo(a)”, “Al primer signo de enfermedad voy al médico”. En el apéndice dos pueden consultarse la totalidad de los reactivos, así como las instrucciones. El instrumento es de formato autoaplicable con un tiempo promedio de respuesta de 20 minutos.

3.3.1 Participantes para la validación del MBSRQ

La muestra estuvo conformada por 297 personas (93 hombres y 204 mujeres), con un rango de edad de 17 a 43 años, una media de 21.75 años y $DE = 3.11$. El levantamiento se realizó en julio de 2014 tanto con participantes de Morelia, Michoacán como de Guadalajara, Jalisco. La mayoría fueron estudiantes de nivel licenciatura.

3.3.2. Resultados de la validación del MBSRQ

En cuanto al análisis de reactivos su distribución y dirección (los cuales no son criterios definitorios) existen dos reactivos que tienen una asimetría por arriba de lo esperado, que son el MB2 “Podría superar la mayoría de las pruebas de estar en buena forma física” (-.825) y el MB14 “Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí” (-.949), los demás ítems se comportaron según lo esperado. En cuanto al análisis de discriminación, todos los reactivos se ajustan al criterio. Con respecto al criterio de confiabilidad, dado que el instrumento no muestra una consistencia adecuada, se decidió eliminar los reactivos que correlacionaban muy bajo con la escala total (correlación menor a .190). Los ítems que no cumplieron con dicho criterio fueron: el MB22 “A menudo leo libros y revistas de salud” y el MBQ33 “Nunca pienso en mi aspecto”.

La consistencia interna total de la escala que se obtuvo una vez depurada, a través del índice alfa de Cronbach con 30 ítems, fue de $\alpha = .85$. Para evaluar la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales y rotación Varímax, en la Tabla 3.3 se presentan los resultados. Se puede observar que los ítems se agruparon en 5 factores (la rotación convergió en 17 iteraciones), que en conjunto explican el 43.925% de la varianza de los datos. El factor uno explica un 16.849% de la varianza; el factor dos un 9.926%; el factor tres un 8.358%; el factor cuatro un 4.611%; y el factor cinco un 4.181% de la varianza.

El primer factor (F1_ MBSRQ) lo constituyen los siguientes ítems: MB5 “No hago ejercicio regularmente”; MB11 “Tengo una buena capacidad de resistencia física”; MB13 “No hago cosas que me mantengan en forma”; MB18 “Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas”; MB20 “Hago cosas que aumenten mi fuerza física”; MB26 “Me

esfuerzo en mejorar mi resistencia física”; MB31 “Trato de estar físicamente activo”; y MB37 “Hago deporte regularmente a lo largo del año”. Todos estos ítems coinciden con uno de los factores reportado por Botella (2009): *Conductas orientadas a mantener la forma física*.

El segundo factor (F2_MBSRQ) está constituido por los ítems: MB8 “Me gusta mi aspecto tal y como es”; MB23 “Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa”; MB28 “Me gusta cómo me sienta la ropa”; MB35 “Me muevo de forma armónica y coordinada”; MB40 “Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)”; MB41 “Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)”; MB42 “Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)”; MB43 “Tono muscular”; y MB44 “Peso”. A pesar de que en este caso solamente se comparten dos ítems (MB8 y MB23) con uno de los factores reportados por Botella (2009), se optó por mantener el nombre *atractivo físico auto evaluado*, por considerar que mantienen el sentido del factor.

El tercer factor (F3_MBSRQ) lo conforman: MB1 “Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto”; MB9 “Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo”; MB10 “Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme”; MB15 “Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños”; MB17 “Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno”; y MB34 “Siempre trato de mejorar mi aspecto físico”. Tres de estos reactivos (MB9, MB15 Y MB17) forman parte de lo que en la fuente de referencia le llamaron *Cuidado del aspecto físico*, por lo que se mantiene el nombre.

El cuarto factor (F4_MBSRQ) está integrado por los ítems: MB12 “Participar en deportes no es importante para mí”; MB24 “No soy bueno en deportes o juegos”; MB25 “Raramente pienso en mis aptitudes deportivas”; MB30 “No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas”. Tres de estos cuatro ítems coinciden con el factor

que originalmente llamaron: *importancia subjetividad de la corporalidad*, al igual que en los casos anteriores se respetó el nombre.

El quinto y último factor (F5_MBSRQ) se constituye de los ítems: MB32 “Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo”; MB38 “Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud”; MB39 “Al primer signo de enfermedad voy al médico”. Para distinguirlo del factor anterior podríamos nombrarlo *Importancia de la salud*. Estos ítems concuerdan en su totalidad al factor original.

Tabla 3.3 Estructura factorial del MBSRQ de una muestra mexicana

Factor	Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	Peso propio	Varianza explicada	α de Cronbach
F1 Conductas orientadas a mantener la forma física	Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física	.765					7.077	16.84%	.755
	Hago cosas que aumenten mi fuerza física	.726							
	No hago cosas que me mantengan en forma	.711							
	Hago deporte regularmente a lo largo del año	.658							
	Trato de estar físicamente activo	.610							
	Tengo una buena capacidad de resistencia física	.502							
	Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas	.463							
	No hago ejercicio regularmente	.424							
F2 Atractivo físico auto evaluado	Peso		.784				4.169	9.92%	.847
	Tono muscular		.782						
	Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)		.671						
	Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)		.665						
	Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)		.597						
	Me gusta cómo me sienta la ropa		.538						
	Me gusta mi aspecto tal y como es		.515						
	Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa		.473						
	Me muevo de forma armónica y coordinada		.405						

Factor	Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	Peso propio	Varianza explicada	α de Cronbach
F3 Cuidado del aspecto físico	Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme			.739			3.511	8.35%	.778
	Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno			.718					
	Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto			.714					
	Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo			.694					
	Siempre trato de mejorar mi aspecto físico			.675					
	Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños			.403					
F4 Importancia subjetividad de la comorbididad	No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas				.757		1.936	4.61%	.715
	Raramente pienso en mis aptitudes deportivas				.712				
	Participar en deportes no es importante para mí				.668				
	No soy bueno en deportes o juegos				.427				
F5 Importancia de la salud.	Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud					.760	1.756	5.26%	.653
	Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo					.731			
	Al primer signo de enfermedad voy al médico					.707			

Nota: Factor de ponderación para permanecer $> .40$. Solamente los ítems de los factores uno y cinco, concuerdan exactamente con lo reportado por Botella (2009), en los demás factores sólo existe una semejanza aproximada.

Una vez obtenidos estos resultados, también se aplicó el análisis factorial confirmatorio a ambos modelos propuestos: el de cuatro factores (España); y el de cinco factores (México), las características del análisis fueron las mismas que se describieron en el instrumento anterior. En la Tabla 3.3, se presentan los resultados del AFC de ambos modelos. Se puede apreciar que en los índices de bondad de ajuste más importantes como: CMIN, GFI y RMSEA el modelo mexicano tiene mejor ajuste, por ello, ese fue el modelo

que se utilizó para la presente investigación, en la Figura 3.3 se pueden ver sus resultados gráficos.

Figura 3.3 Representación del modelo del MBSRQ de 5 factores

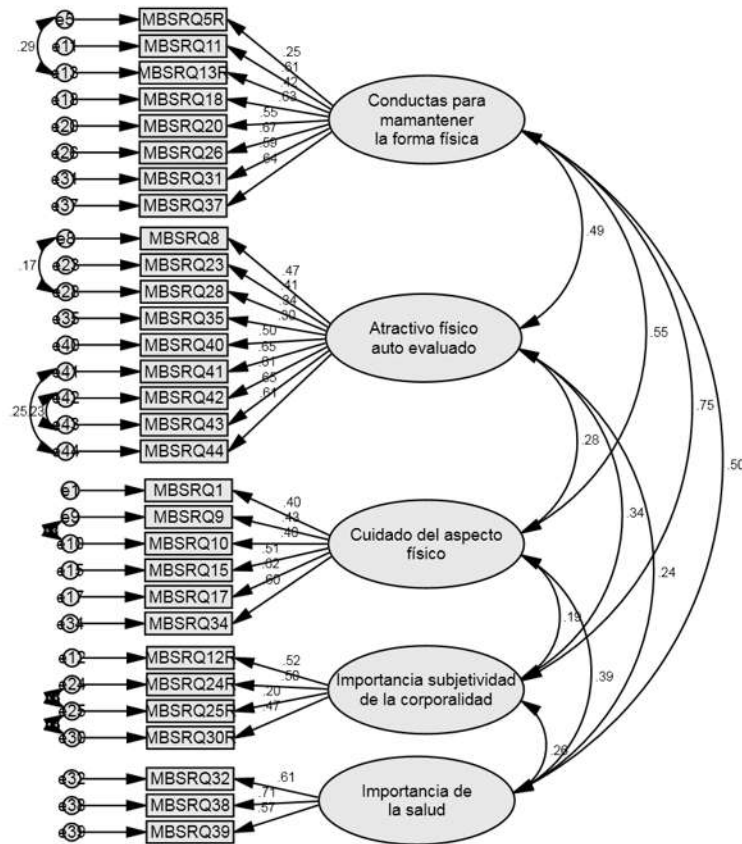


Tabla 3.3 Comparación de los índices de bondad de ajuste del AFC del BMSRQ del modelo español y mexicano

Modelo	X^2	CMIN /DF	CFI	GFI	RFI	RMR	RMSEA	AIC
México	769.296	1.983	.835	.874	.686	.097	.054	923.296
España	2473.425	2.761	.528	.714	.391	.114	.072	2661.425

Nota: CMIN/DF = X^2 /GL; CFI= Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RFI = Relative Fit Index; RMR = Root mean square residual; RMSA = Root Mean Square Error of Approximation; AIC= Akaike's information criterion.

3.4. *Eating Attitudes Test (EAT-40)*

Como se mencionó en la introducción del presente capítulo, las dos dimensiones que se decidió evaluar para identificar los estilos de vida relacionados a la obesidad y sobrepeso tienen que ver con las actitudes hacia la alimentación y a la actividad física. En ese sentido se eligió el “*Eating Attitud Test*” de Garner y Garfinkel (1979) mejor conocido como EAT-40, ya que a lo largo del tiempo ha demostrado ser un instrumento confiable para identificar las actitudes hacia la alimentación, así como ser un buen predictor de trastornos de la conducta alimentaria.

El EAT-40 consta de cuarenta ítems con seis opciones de respuesta tipo *Likert*: 1 Nunca; 2 Casi Nunca; 3 Algunas veces; 4 Bastantes Veces; 5 Casi siempre; y 6 Siempre. La redacción de los ítems tienen el siguiente estilo: “Me gusta comer con otras personas”, “Me siento muy culpable después de comer”, “Disfruto comiendo en restaurantes”, en el apéndice tres se pueden consultar el total de reactivos y las instrucciones del instrumento. El tiempo promedio para responderlo fue de 15 minutos aproximadamente y se trata de un instrumento de autoaplicación.

En años recientes este instrumento ha sido validado en población mexicana, lo cual ha quedado documentado en tres reportes: Álvarez-Rayón, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz y Gómez-Peresmitré (2002); Álvarez-Rayón, Mancilla-Díaz, Vázquez-Arévalo, Unikel-Santoncini, Caballero-Romo y Mercado-Corona (2004) quienes lo hicieron con mujeres. Por su parte, Vázquez, Saucedo, Téllez, López, Mancilla y Álvarez (2010) reportan una validación con hombres mexicanos.

Estos tres reportes proponen estructuras factoriales diferentes para el EAT-40. Ante tal disyuntiva se realizó un análisis factorial confirmatorio tomando en cuenta los tres modelos propuestos, con la intención de cerciorarnos cuál de los tres brinda mejor bondad

de ajuste en la población estudiada. Los resultados del AFC de dichos modelos se resumen en la Tabla 3.4.

Tabla 3.4 Comparación de índices de ajuste para tres propuesta de estructuras factoriales del EAT-40 en población mexicana

Escala	X^2	CMIN/ DF	CFI	GFI	RFI	RMSEA	PCLOSE
Álvarez-Rayón 2002	485.806	1.767	.852	.905	.671	.047	.737
Álvarez-Rayón 2004	573.986	2.166	.801	.883	.649	.058	.019
Vázquez et al. 2010	609.398	2.518	.719	.865	.562	.067	.000

Nota: CMIN/DF = X^2 /GL; CFI= Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RFI = Relative Fit Index; RMSA = Root Mean Square Error of Approximation; PCLOSE = *p valor* de la hipótesis nula de ajuste estrecho.

Se puede apreciar que aunque ninguno de los tres modelos tiene un ajuste óptimo, el que parece presentar un mejor nivel de ajuste es el propuesto por Álvarez-Rayón et al. (2002), dado que los índices de bondad de ajuste *GFI*, *CMIN/DF* y *RMSEA* así lo sugieren, confirmándolo el *p valor* de la columna *PCLOSE*. Siendo esa estructura factorial la que se utilizó para el análisis de datos de la presente investigación.

3.4.1 Estructura factorial del EAT-40

El modelo de Álvarez-Rayón et al. (2002), proponen la agrupación de 26 ítems en siete factores que explican 37.2 % de la variabilidad total y una alfa de Cronbach de .76. El primer factor está constituido por cinco reactivos: EAT25 “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”; EAT15 “Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)”; EAT04 “Me da mucho miedo pesar demasiado”; EAT22 “Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio”; y EAT37 “Me comprometo a hacer dietas”. A este primer factor le llamaron:

Motivación para adelgazar, el cual tiene un valor propio de 4.91, explica 12.3 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.79$.

En el segundo factor se agrupan tres ítems: EAT10 “Evito espacialmente comer alimentos con muchos carbohidratos”; EAT09 “Tengo en cuenta las calorías de los alimentos que como”; y EAT29 “Procuro no comer alimentos con azúcar”. A este segundo factor lo llamaron: **Evitación de alimentos engordantes**, con valor propio de 2.17, explica 5.4 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.63$.

El tercer factor lo componen cuatro reactivos: EAT34 “Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome de la comida”; EAT31 “Siento que los alimentos controlan mi vida”; EAT07 “A veces me he ‘atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer’; y EAT14 “Me siento muy culpable después de comer”. A este tercer factor lo nombraron **Preocupación por la comida**, con valor propio de 1.92, explica 4.8 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.64$.

El cuarto factor lo componen tres ítems: EAT12 “Noto que los demás preferirían que yo comiese más”; EAT33 “Noto que los demás me presionan para que coma”; y EAT24 “Los demás piensan que estoy demasiado delgada(o)”. Al cuarto factor lo llamaron **Presión social percibida**, con valor propio de 1.73, explica 4.3 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.69$.

El quinto factor lo conforman cuatro reactivos: EAT17 “Me peso varias veces al día”; EAT30 “Sólo consumo alimentos dietéticos”; EAT21 “Cada día como los mismos alimentos”; y EAT18 “Me gusta que la ropa me quede ajustada”. El nombre que le dan a este quinto factor es: **Obsesiones y compulsiones**, con valor propio de 1.65, explica 4.1 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.51$

El sexto factor lo integran cuatro ítems: EAT27 “Disfruto comiendo en restaurantes”; EAT19 “Disfruto comiendo carne”; EAT01 “Me gusta comer con otras personas”; y EAT39 “Disfruto comiendo comidas nuevas y sabrosas”. A este sexto factor lo denominaron: *Patrones y estilos alimentarios estereotipados*, con valor propio de 1.30, explica 3.3 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.57$.

Finalmente el séptimo factor lo componen tres reactivos: EAT13 “Vomito después de haber comido”; EAT40 “Tengo ganas de vomitar después de las comidas”; y EAT28 “Tomo laxantes (purgantes)”. A este último factor lo llamaron *Conductas compensatorias*, con valor propio de 1.19, explica 3.0 de la varianza total y tiene un $\alpha = 0.53$.

En la Figura 3.4 se puede apreciar el resultado del análisis factorial confirmatorio del modelo propuesto por Álvarez-Rayon et al. (2002) con la población del este estudio, en la Tabla 3.5 se reportan los índices de bondad de ajuste, en donde se puede apreciar que se ajustan bastante bien, como lo demuestran los residuales RMR y RMSEA que están por debajo del criterio aceptado y el GFI $> .900$ que también indica un buen nivel de ajuste. Por estas razones se considera que esta propuesta estructural es válida para medir las actitudes alimentarias en población mexicana.

Uno de los principales usos que se le ha dado a esta escala es para predecir/diagnosticar Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), para ello se han planteado distintos puntos de corte, originalmente se estableció en 30 puntos (Garner y Garfinkel, 1979; Álvarez-Rayón et. al., 2002); sin embargo, en estudios más recientes con población mexicana, Álvarez-Rayón et. al., (2004) después de aplicar el EAT-40 a una muestra clínica de 276 mujeres con TCA y a una muestra control de 280 mujeres. Llegando a la conclusión que la mejor predicción diagnóstica con el punto de corte de 28 para

3.5. Escala de evaluación del cambio para el ejercicio físico, *EURICA-E2*

Para medir las actitudes que tienen los y las jóvenes respecto a la actividad física que realizan. Se utilizó el instrumento University of Rhode Island Change Assessment (URICA-E2) diseñado por Reed (1995) con el objetivo de medir las etapas al cambio del ejercicio físico.

En este caso se decidió emplear la estructura factorial original propuesta por Reed (1995), ya que ha demostrado ser persistente en distintas poblaciones como la publicada por Lerdal et al. (2009) en población noruega, como también quedó demostrado cuando se realizó el AFC con la población del presente estudio.

El URICA es una escala que consta de 24 reactivos, con cinco opciones de respuesta tipo Likert, en donde: 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Indeciso(a); 4 = De acuerdo; y 5 = Totalmente de acuerdo. El estilo de redacción de los reactivos es el siguiente: “Por lo que a mí respecta no necesito hacer ejercicio regularmente”, “He estado pensando que podría hacer ejercicio regularmente”. En el apéndice cuatro se pueden ver la totalidad de los reactivos, así como las instrucciones que se les dieron a los participantes.

3.5.1 Estructura factorial del *EURICA-E2*

Con respecto a la estructura factorial del Urica-E2, el modelo propuesto por Reed (1995) se compone de 24 ítems que se aglutinan en seis factores. El primer factor lo integran los reactivos: URICA1 “Por lo que a mí respecta no necesito hacer ejercicio regularmente”; URICA3 “No hago ejercicio y por el momento no me importa”; URICA6 “Estoy satisfecho de ser una persona sedentaria”; y URICA9 “Podría realizar ejercicio

regularmente pero no tengo intención de hacerlo”. A este primer factor lo nombró: ***Precontemplación no creen en el ejercicio.***

El segundo factor lo conforman: URICA11 “Por ahora no tengo el tiempo ni las ganas necesarias para realizar ejercicio regularmente”; URICA19 “Sé que el ejercicio regular es valioso, pero no tengo tiempo para ello por ahora”; URICA21 “Pienso que el ejercicio regular es bueno, pero por ahora no puedo encontrar tiempo en mi agenda”; y URICA24 “Soy consciente de la importancia del ejercicio regula pero por el momento no puedo hacerlo”. A este segundo factor lo nombró: ***Precontemplación creen en el ejercicio.***

El tercer factor lo integran: URICA7 “He estado pensando que me gustaría empezar a hacer ejercicio regularmente”; URICA13 “He estado pensando si sería capaz de hacer ejercicio regularmente”; URICA16 “He estado pensando que podría empezar a hacer ejercicio regularmente”; y URICA22 “Realmente pienso que debería esforzarme en empezar a hacer un programa de ejercicio regular en los próximos 6 meses”. A este tercer factor lo denominó: ***Contemplación.***

El cuarto factor está constituido por los ítems: URICA14 “He fijado un día y una hora para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas”; URICA17 “Me he puesto de acuerdo con un amigo para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas”; URICA20 “He estado llamando a amigos para encontrar a alguno con quien empezar a hacer ejercicio en las próximas semanas”; y URICA23 “Me estoy preparando para empezar a hacer ejercicio regular en grupo en las próximas semanas”. A este cuarto factor lo llamó: ***Preparación.***

El quinto factor lo conforman: URICA4 “Suelo hacer ejercicio con regularidad”; URICA8 “He empezado a realizar ejercicio regularmente en los últimos 6 meses”; URICA10 “Recientemente he empezado a hacer ejercicio con regularidad”; y URICA12

“He empezado a hacer ejercicio regularmente y pienso continuar”. Al quinto factor lo nombró: **Acción**.

El sexto y último factor está integrado por: URICA2 “He estado realizando ejercicio regularmente durante mucho tiempo y pienso continuar haciéndolo”; URICA5 “He estado realizando ejercicio regularmente con éxito y pienso continuar haciéndolo”; URICA15 “Me las he arreglado para mantenerme haciendo ejercicio regularmente los últimos 6 meses”; y URICA18 “He completado 6 meses de ejercicio regular”. A este sexto factor lo llamó: **Mantenimiento**.

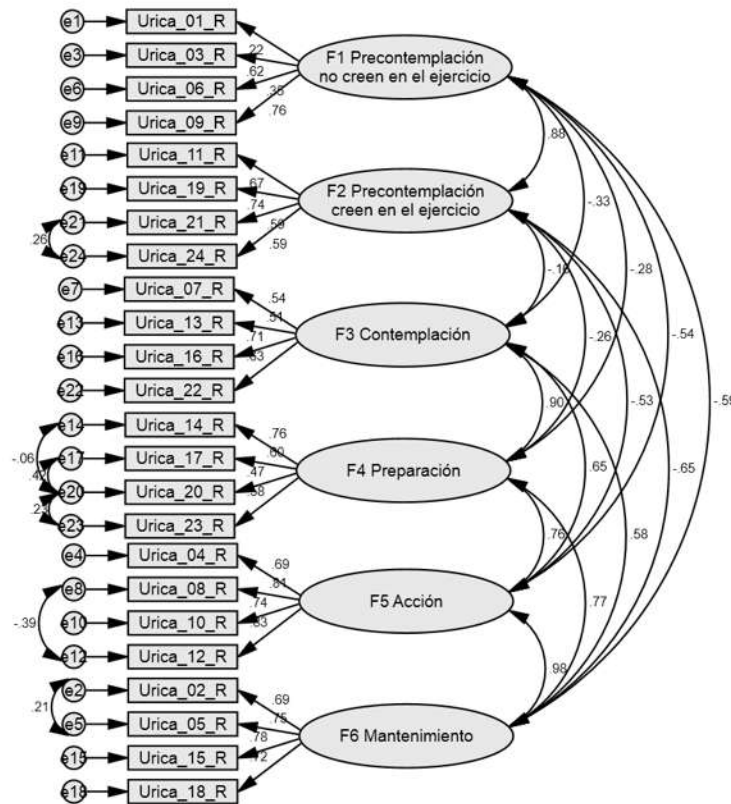
Se realizó el AFC siguiendo los lineamientos de este modelo con los datos de los participantes en este proyecto y los resultados parecen confirmar el modelo con población mexicana, en la Figura 3.4 se muestra la representación gráfica con los valores estandarizados y en la Tabla 3.4 mostramos una síntesis de los índices de bondad de ajuste de dicho análisis.

Tabla 3.4 Índices de bondad de ajuste del AFC del URICA-E2 con población mexicana

X^2	CMIN/D F	CFI	GFI	RFI	RMR	RMSEA	AIC
468.634	2.029	.929	.900	.845	.095	.055	606.634

Nota: CMIN/DF = X^2 /GL; CFI= Comparative Fit Index; GFI = Goodness of Fit Index; RFI = Relative Fit Index; RMR = Root mean square residual; RMSA = Root Mean Square Error of Approximation; AIC= Akaike's information criterion.

Figura 3.4 Representación gráfica del modelo URICA-E2 con población mexicana



Una vez analizadas las propiedades psicométricas de estos cuatro instrumentos se procedió a buscar una muestra para aplicar la batería de pruebas, las mediciones antropométricas y comprobar la relación existente entre nuestras variables. En el siguiente capítulo se presenta de forma detallada el desarrollo (aplicación) de este proyecto.

CAPÍTULO 4

ETAPA 2: APLICACIÓN Y RESULTADOS DEL ESTUDIO

4.1 Método

4.1.1 Participantes en el estudio

La muestra fue no probabilística, conformada por 344 adolescentes, 175 hombres y 169 mujeres con edades entre 14 a 18 años ($M = 15.04$, $DE = .59$). Todos estudiantes de tercer grado de secundarias públicas de la Zona Metropolitana de Guadalajara; en total se trabajó en 10 escuelas públicas de zona centro y sur poniente de la ciudad. La participación de los y las jóvenes fue voluntaria, contando con su consentimiento y apegada a los reglamentos vigentes de la ley de salud (Ley de Salud del Estado de Jalisco, 1986, art. 122). Se respetó la decisión de los y las participantes de interrumpir su participación en cualquier momento del proceso, aunque ello implicara que dejaran incompletos los datos; por ejemplo, si después de contestar los cuestionarios, no accedían a ser medidos y/o pesados se respetaba su decisión. A pesar que desde un inicio se les explicaba en qué consistiría su participación y ellos(as) consentían participar. Lo cual generó que muchos casos no se completaban y se tuvieron que descartar de la muestra final.

4.1.2 Escenarios

Diez secundarias de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG) haciendo un levantamiento de 40 jóvenes por escuela (20 hombres y 20 mujeres aproximadamente). Esto fue variable porque dependía de cómo estaban conformados los grupos, por lo general los del turno matutino eran más numerosos con un predominio ligeramente mayor de

mujeres, mientras que en el turno vespertino había mayor cantidad de varones. Las autoridades de cada escuela indicaban el área de trabajo, por lo general en el salón de clase se aplicaba la batería de pruebas psicométricas. Además se asignaba un salón contiguo, en donde se instalaban la y el nutriólogo para tomar las medidas antropométricas; en ocasiones se facilitaba la biblioteca o uno de los laboratorios de la escuela que no se estuviera utilizando.

4.1.3 Instrumentos para la medición antropométrica

Para medir estatura se empleó un estadímetro marca ADE, con fijación en la pared y longitud máxima de 2.20 m. Las mediciones de la cintura y cadera se realizaron con una cinta métrica convencional de 150 cm. Los pliegues cutáneos se tomaron con un plicómetro marca Slimguide con un rango de 0 a 80 mm y la distancia humeral se midió con un antropómetro.

4.1.4 Procedimiento

Con previo consentimiento de las autoridades escolares se seleccionaba aleatoriamente un grupo de tercero grado de secundaria y se invitaba a los alumnos a participar en el estudio; el levantamiento de la muestra se realizó entre mayo y septiembre del 2014. A los jóvenes que daban su consentimiento para participar y el de sus tutores, se les aplicaban los instrumentos grupalmente (*Generímetro, MBRSQ, EAT-40 y URICA- E2*) dentro de su salón de clases, siempre con la presencia de un investigador, para aclarar cualquier duda y supervisar que contestaran adecuadamente. El tiempo de aplicación fluctuó entre 35 y 50 minutos.

Conforme terminaban el llenado de los instrumentos, se les invitaba a pasar a un salón contiguo, en donde una nutrióloga y un nutriólogo los esperaban para tomar las medidas antropométricas. Las medidas que se tomaron fueron: estatura, peso, cintura, cadera y pliegues cutáneos (tríceps, subescapular, bíceps, supraespinal). Todo ello para conocer el PGC con base en las fórmulas de Durnin y Womersley para la densidad corporal; y la de Weststrate y Deurenberg para el PGC en adolescentes (citadas en Rodríguez et al., 2005). Aquí se presentan las versiones genéricas de las formulas³, aplicando las respectivas variaciones por sexo y edad, en el análisis de datos definitivo:

Densidad Corporal (DC) = $C - [M * \text{Log}(\text{Suma Pliegues})]$.

Porcentaje Grasa Corporal (PGC) = $([C - M(\text{edad} - 2)] / D - [C - M(\text{edad} - 2)])$

A todos los jóvenes se les pidió que se quitaran los zapatos para medirlos y pesarlos; sin embargo, cuando alguno(a) de ellos(as), no quería hacerlo, se respetaba su decisión y se medía y pesaba con calzado. De igual forma, para tomar la lectura de algunos pliegues cutáneos se les pedía que se descubrieran el área abdominal; si por alguna razón no querían hacerlo, la lectura se realizaba sobre la ropa, siempre tratando que fuera con la menor cantidad de ropa y se consignaba en el apartado de observaciones en las hojas de registro (Ver Figura 4.1).

³ Para Durnin y Wondersley, la densidad corporal en adolescentes se estima con una de cuatro formulas dependiendo del sexo y edad de los participantes. Por su parte, Weststrate y Deurenberg proponen dos posibles fórmulas en función al sexo del adolescente de quien se quiera estimar el PGC, ver Rodríguez et al, 2005.

Tabla 4.1. Comparativa entre hombres y mujeres de algunas medidas antropométricas

	Mínimo		Máximo		Media		D. E.	
	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
Edad	13.83	14.00	17.84	16.36	15.09	14.99	0.69	0.49
Estatura	149.00	138.60	185.00	177.50	168.45	158.55	6.96	6.02
Peso	35.80	36.50	136.10	97.80	63.56	54.96	17.14	11.09
IMC	15.00	15.01	42.01	38.05	22.27	21.81	5.19	3.88
ICC	0.71	0.57	1.13	1.05	0.82	0.77	0.06	0.06
PGC	5.96	16.39	37.10	35.23	19.70	26.74	7.15	3.80

Nota: IMC: índice de masa corporal; ICC: índice cintura cadera; PGC: porcentaje de grasa corporal.

Fuente: Elaboración propia a partir de las mediciones obtenidas de una muestra de 344 adolescentes de tercero de secundaria de la ZMG.

En la Figura 4.2 se muestra el porcentaje de hombres y mujeres, según su condición nutricional, la escala va desde desnutrición severa hasta obesidad. El nivel nutricional se estimó con base al IMC de cada participante y tomando como referencia los criterios de la Food And Nutrition Technical Assistance (FANTA, 2012) para niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años de edad. Respecto a los niveles de desnutrición severa, se observó un porcentaje mayor en mujeres; en desnutrición moderada el porcentaje es ligeramente mayor en hombres al igual que en desnutrición leve. La mayoría de los y las jóvenes de esta muestra se encuentran en un rango de normalidad respecto a su IMC (52.0% y 62.72% respectivamente). Existe una mayor proporción de mujeres en la categoría de normopeso. Mientras que en los parámetros de Sobrepeso/Obesidad, existe mayor proporción de hombres que de mujeres, sobre todo en la categoría de obesidad.

Figura 4.2. Comparación del nivel nutricional entre hombres y mujeres

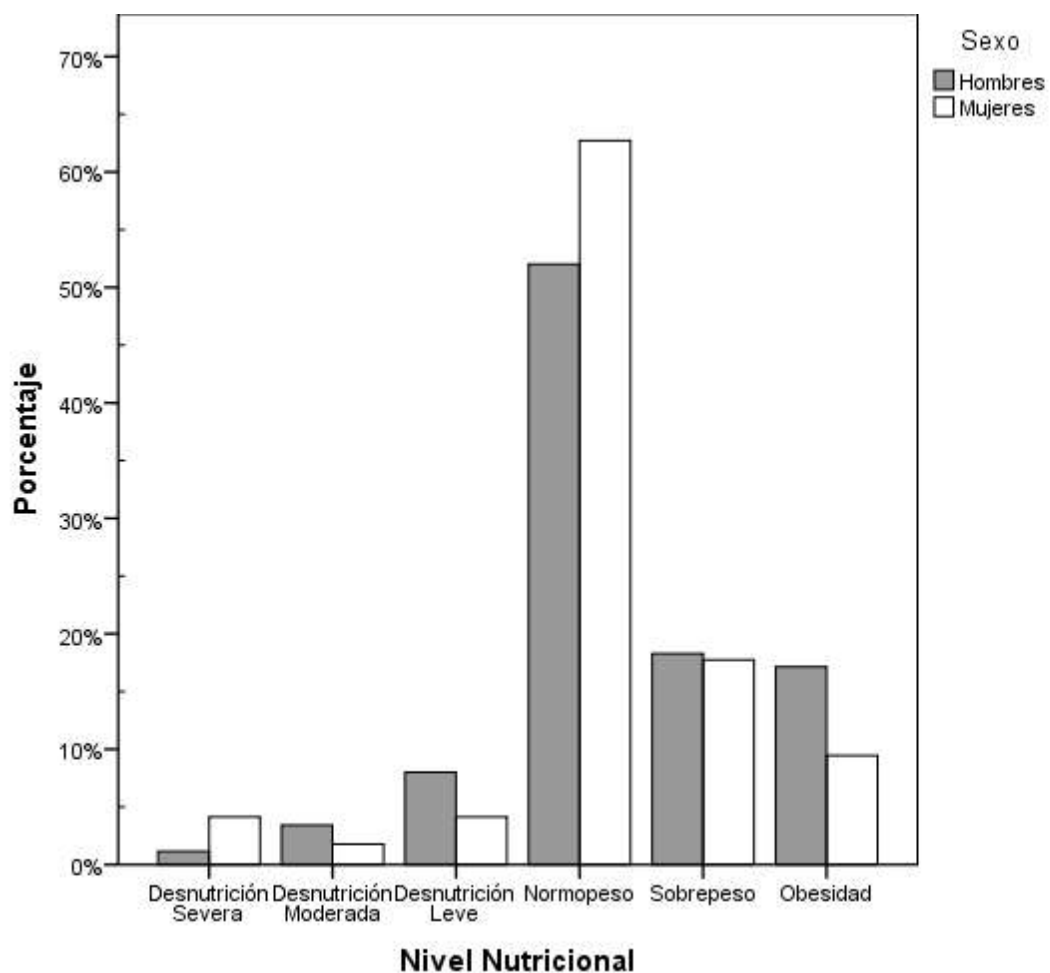


Figura 4.2. Comparación del nivel nutricional de hombres y mujeres en función a su IMC, tomando en cuenta los criterios de la Food And Nutrition Technical Assistance (FANTA, 2012) para niños, niñas y adolescentes de 5 a 18 años de edad.

4.2.1.1 Porcentaje de Grasa Corporal

En la Figura 4.3 se muestra una comparativa del PGC acumulado entre hombres y mujeres. Se puede apreciar que alrededor del 60% de los hombres se ubican por debajo del 20% de grasa corporal, mientras que el porcentaje de mujeres con esos mismos parámetros de grasa corporal es considerablemente más bajo.

Figura 4.3. Comparativa del acumulado del PGC entre hombres y mujeres

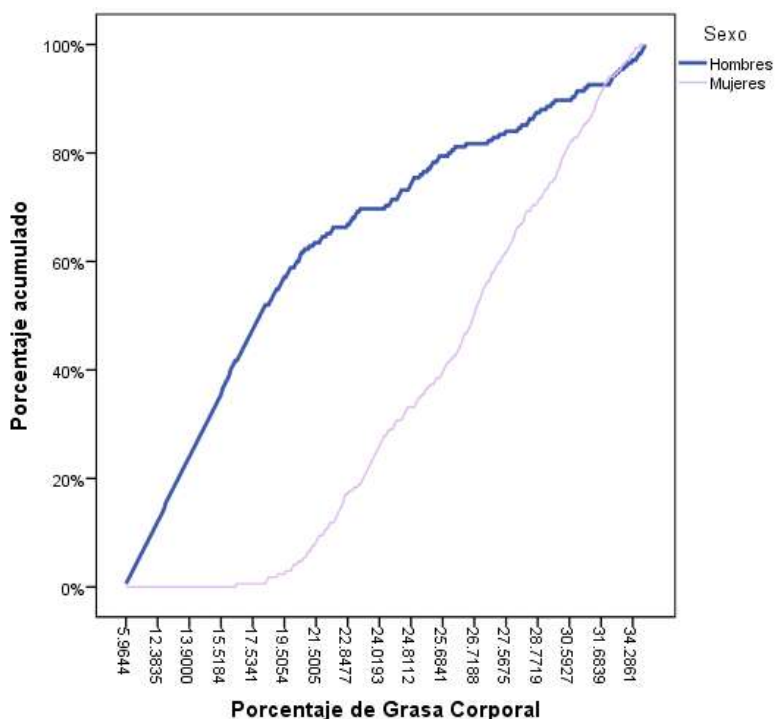


Figura 4.3. Comparación del porcentaje acumulado entre hombres y mujeres del PGC

Por el momento quedémonos con esta primera exploración de los datos antropométricos, más adelante retomaremos parte de estos datos para relacionarlos con los parámetros psicométricos con que contrastamos estas variables. En primer lugar veamos cuál es la noción de género de las y los participantes en esta investigación.

4.2.2 Resultados del Generímetro

El análisis de resultados del Generímetro se realizó identificando las puntuaciones de cada factor de la escala, recordemos que de los seis factores tres miden conductas asociadas a la masculinidad tradicional (FG1, FG3 y FG4), y otros tres factores (FG2, FG5, y FG6) evalúan comportamientos más asociados a la feminidad tradicional. En primera instancia se compararon las medias de hombres y mujeres para cada factor, encontrándose diferencias significativas en todos los factores, como se muestra en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2. Comparación por sexo de las medias de los factores del Generímetro

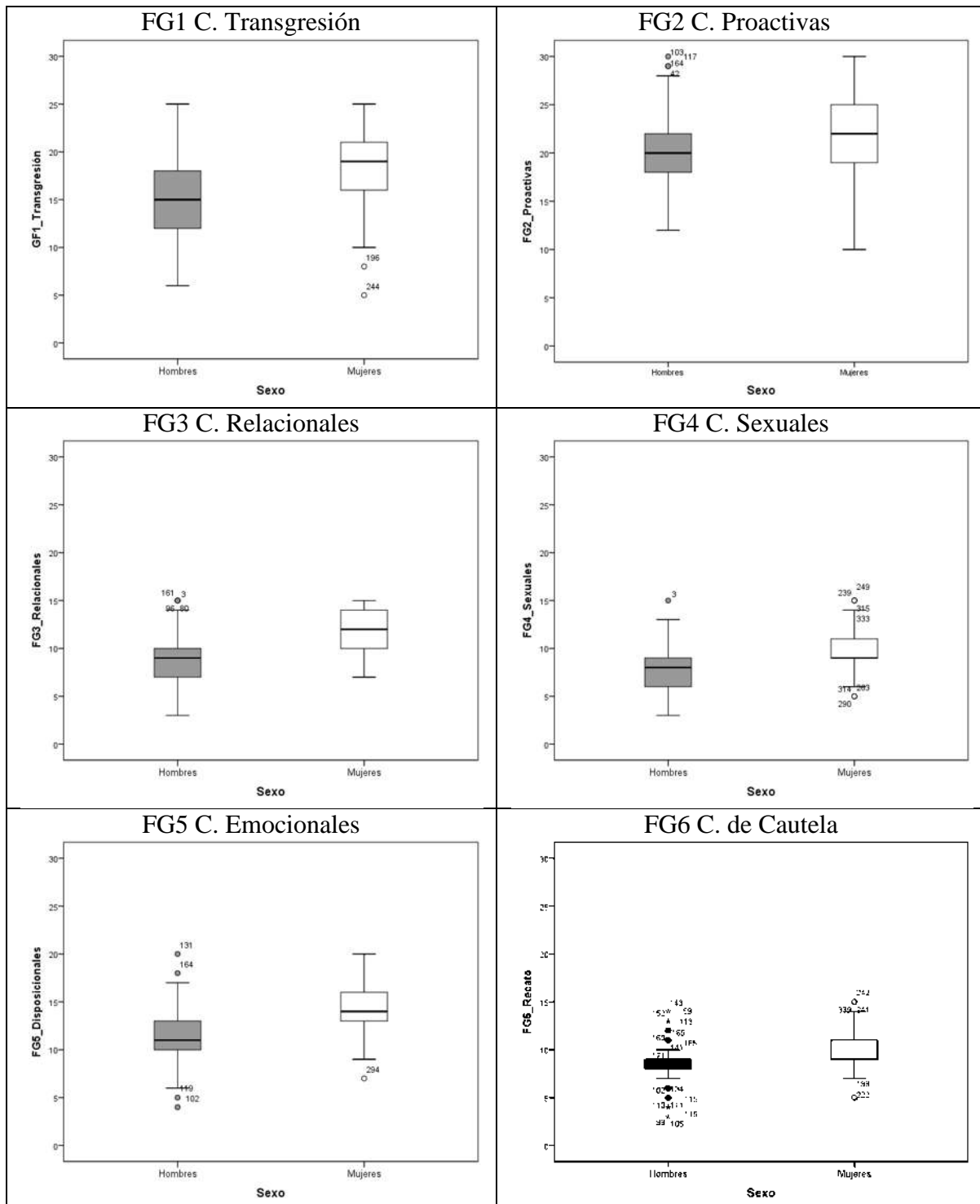
	Mínimos		Máximos		Media		D. E.		T
	H	M	H	M	H	M	H	M	
FG1 C. Transgresión	6	5	25	25	15.11	18.60	4.20	3.50	-8.360**
FG2 C. Proactivas	12	10	30	30	20.09	22.05	3.51	3.83	-4.966**
FG3 C. Relacionales	3	7	15	15	8.72	11.90	2.51	2.28	-12.29**
FG4 C. Sexuales	3	5	15	15	7.61	9.62	2.33	2.13	-8.349**
FG5 C. Emocionales	4	7	20	20	11.28	14.40	2.44	2.44	-11.85**
FG6 C. Cautela	3	5	14	15	8.54	9.92	1.77	1.93	-6.899**

Nota: H = hombres, M = mujeres

** $p < .001$

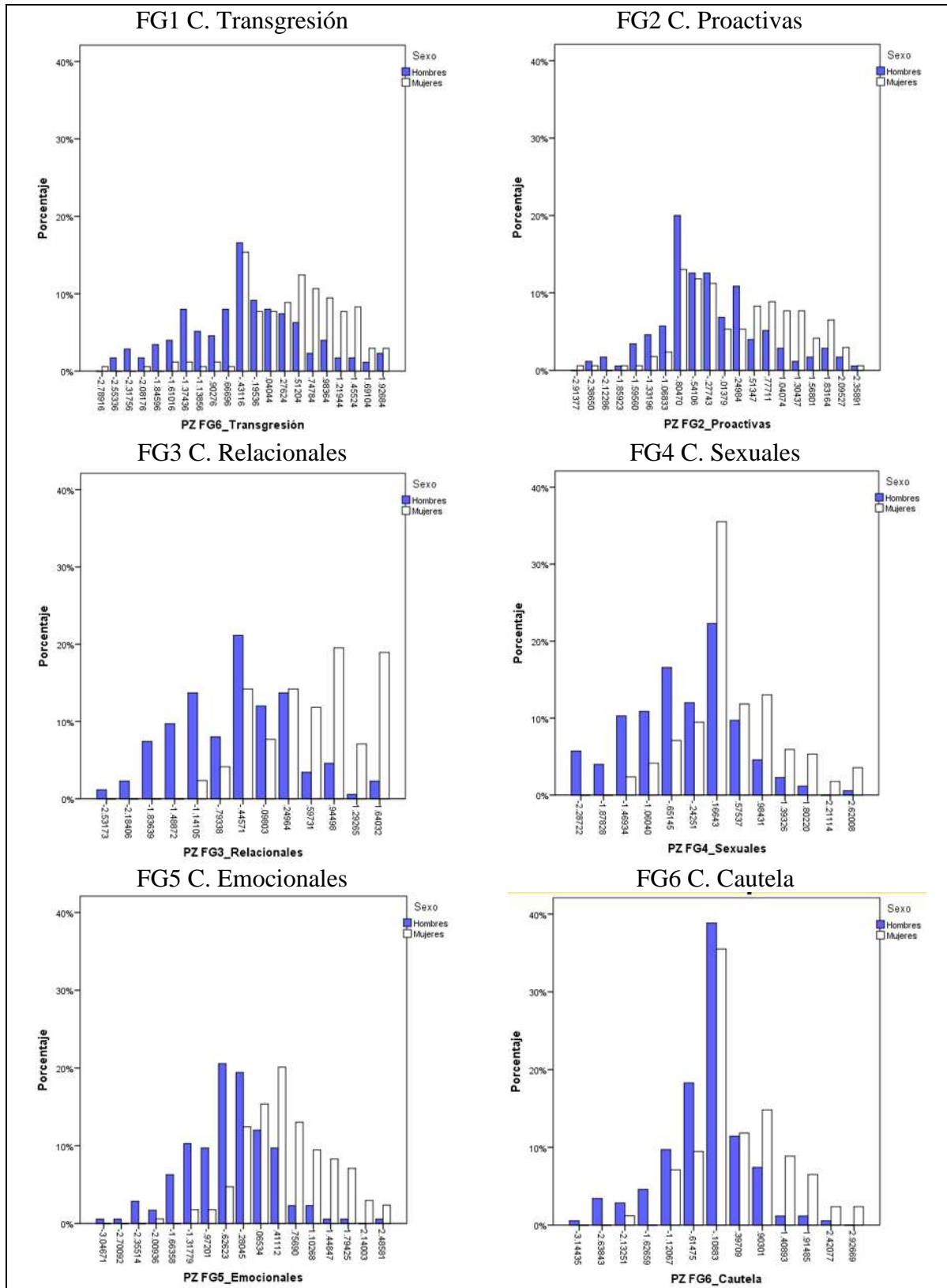
Para tener una representación más clara de la distribución de los puntajes de cada factor del Generímetro entre hombres y mujeres, en la Figura 4.4 se presentan las gráficas de forma ordenada del primero al sexto factor, la ventaja de presentarlos así es que se puede apreciar con mayor claridad la dispersión de los datos. En los seis factores se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p < .001$), siendo los factores tres cinco y uno donde se observan las diferencias más marcadas, como lo demuestra el estadístico t de Student (ver Tabla 4.2). Con la finalidad de tener un punto de comparación entre los distintos factores de la escala, se procedió a estandarizarlos en puntajes Z. La distribución en puntajes Z de cada uno de los factores del Generímetro entre hombres y mujeres se muestra en la Figura 4.5.

Figura 4.4. Comparativa de los factores del Generímetro entre hombres y mujeres



Nota: en todos los factores existen diferencias significativas entre sexos $p < .001$

Figura 4.5 Distribución de cada factor del Generímetro de hombres y mujeres



4.2.2.1 Género total

Con las puntuaciones z de cada participante de cada factor se procedió a categorizarlos teniendo en cuenta los criterios que se presentan en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3 Criterios para la categorización de los factores del Generímetro

Puntos de corte para cuantificar los factores del Generímetro		
Rangos en puntaje Z	Categoría asignada	Significado
-.5 a +.5	0	Indiferenciado
-.51 a -1.5	-1	Masculino moderado
< -1.5	-2	Masculino Extremo
.51 a 1.5	1	Femenino Moderado
> 1.5	2	Femenino Extremo

Es importante señalar que estos criterios se establecieron teniendo en cuenta que entre el puntaje sea más bajos representa mayores conductas de riesgo y mientras el puntaje sea más alto representa conductas de mayor prevención, siempre teniendo en cuenta las respuestas de los y las participantes, ya que al emitirlas en uno u otro sentido evaluaban hasta qué grado dicho comportamiento los/las hace ser o parecer más masculinos-femeninas. Como se puede ver en los promedios de cada factor los hombres asocian más frecuentemente su masculinidad a las conductas de riesgo (ver Figura 4.5). De tal suerte que aquellos que tienen menores puntajes se les asocia a una noción de masculinidad más tradicional (-1 y -2), y a quienes tienen puntajes más altos (1 y 2) se les asocia a nociones tradicionalmente femeninas del género.

Una vez obtenidos los valores categóricos de cada factor, se procedió a estimar el valor total de las nociones de género. Para ello se realizó la sumatoria de los seis factores de cada participante, nombrándolo Género Total. En la Figura 4.6 se observan las distribuciones del Género Total de hombres y mujeres. Su rango fluctuó de -12 a 11, los valores negativos corresponden a nociones de género asociadas a factores de riesgo (e.i.,

fumar, consumir droga, ser polígamo), generalmente asociadas a la masculinidad tradicional (hegemónica); mientras que los valores positivos se refieren a aspectos alejados al riesgo (e.i., ser responsable, arreglarse, ser aplicado), generalmente asociadas a la feminidad tradicional.

Figura 4.6 Distribución del género total de hombres y mujeres

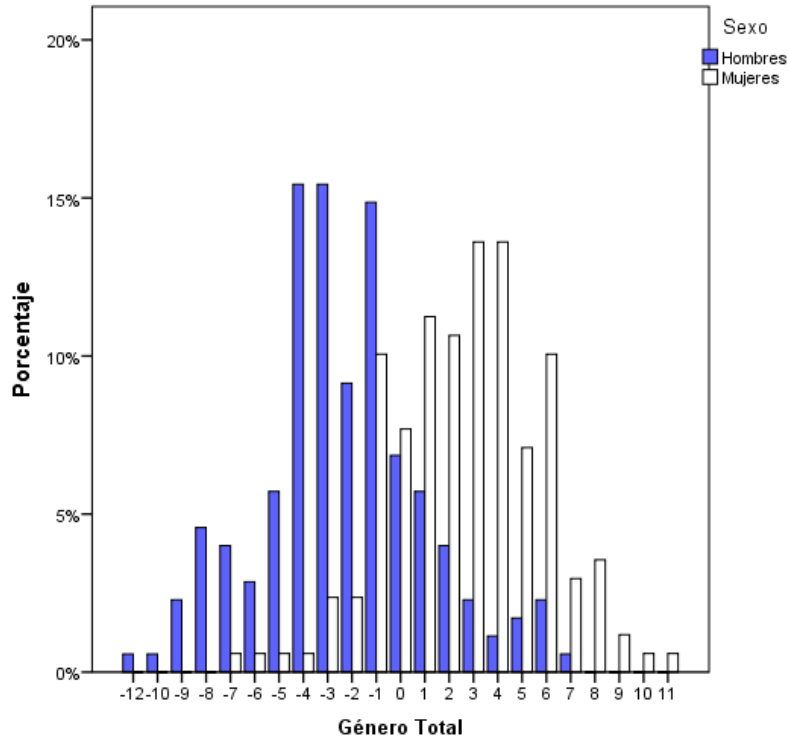


Figura 4.6. Distribución del género total de hombres y mujeres, surge de la sumatoria de los puntajes categóricos de los factores del Generímetro.

Un primer cruce de variables se realizó estimando el coeficiente de correlación de Pearson entre Género Total y el Porcentaje de Grasa Corporal, con el objetivo de identificar la existencia de alguna relación entre ambas variables. Se encontró una correlación significativa $r = .326, p < .001$. En la Figura 4.9 se muestra la dispersión de puntos de dicha relación.

Figura 4.9. Dispersión de puntos entre PGC y Género Total

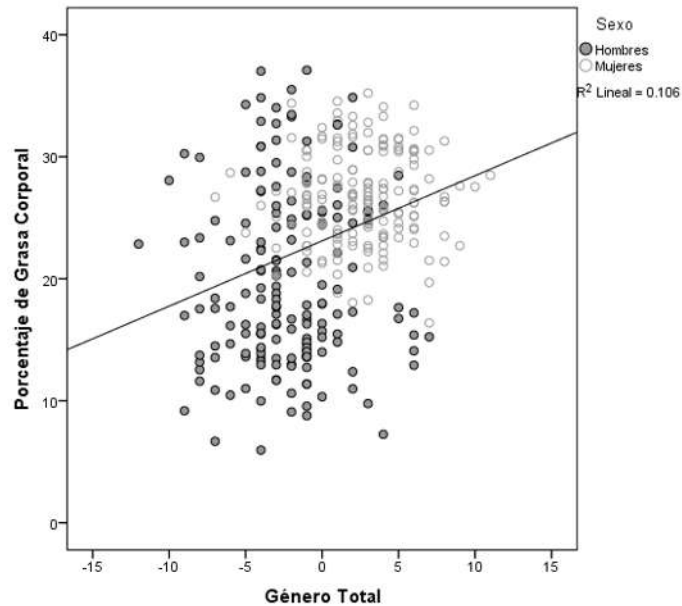


Figura 4.9. Dispersión de puntos del Género Total y el Porcentaje de Grasa Corporal $r = .326, p < .001$.

4.2.2.2 Género total Categórico

Con la intención de reducir el rango de puntajes y facilitar el análisis de datos, nuevamente se procedió a recategorizar la variable género total para reducirla a cinco categorías que tuvieran un sentido más teórico, creando cinco categorías relacionadas a las nociones de género: Indiferenciado, Masculino Moderado, Masculino Extremo, Femenino Moderado, Femenino Extremo. Para ellos se siguieron los criterios descritos en la Tabla 4.4, nombrando a esta nueva variable Género Total Categórico (en adelante GTC). Para una mejor comprensión del sentido de las puntuaciones de los factores del Generímetro, es importante recordar que una de las cosas que mide este instrumento son las conductas de riesgo/prevenición que los y las jóvenes asocian con su género, en ese sentido entre mayor sea el puntaje se refiere a conductas preventivas, a medida que ese valor es más bajo (valores negativos), indica que las conductas son de mayor riesgo.

Tabla 4.4. Criterios para la recategorización del GT a GTC

Puntaje en Género Total	Categoría asignada	Grupo de Pertenencia
0	0	Indiferenciado (I)
-1, -2, -3	1	Masculino moderado (MM)
< -3	2	Masculino Extremo (ME)
1, 2, 3	3	Femenino Moderado (FM)
> 3	4	Femenino Extremo (FE)

En la Figura 4.10 se presenta la distribución del Género Total Categórico entre hombres y mujeres participantes del estudio. Es de destacar que la mayoría de hombres y mujeres puntuó dentro de la categoría correspondiente a su sexo, teniendo un mayor porcentaje de hombres en la categoría de Masculino Moderado; mientras que entre las mujeres la categoría con mayor porcentaje fue Femenino Extremo.

Figura 4.10 Distribución de hombres y mujeres en las categorías del GTC

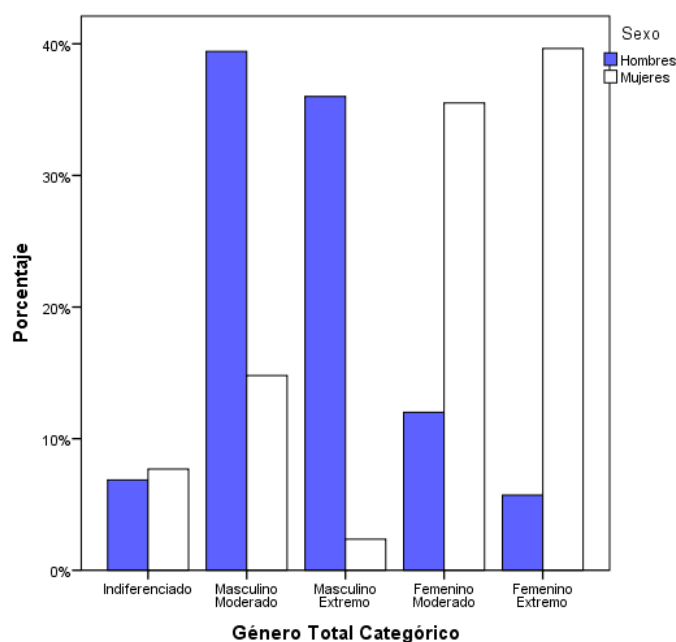


Figura 4.10. Distribución de hombres y mujeres en las categorías del género total categórico.

Con los grupos conformados categóricamente, se realizó un análisis de varianza de un factor (ANOVA), ajustando el valor de α a .05, para identificar si existen diferencias

significativas en el PGC entre los distintos grupos. El resultado mostró que sí existe diferencia significativa entre grupos ($F_{(4, 343)} = 12.437, p < .001$). En la Figura 4.11 se representa el comportamiento de los grupos.

Figura 4.11. Comparación del PGC entre los grupos de GTC

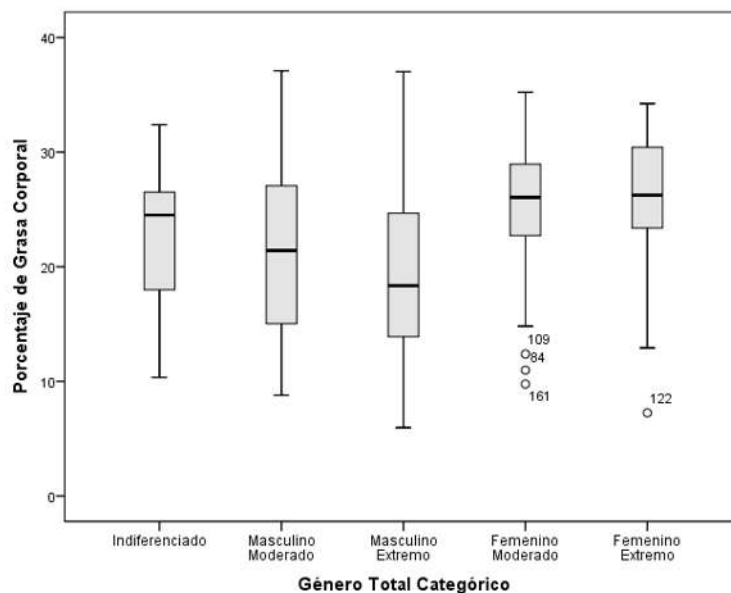


Figura 4.11. ANOVA de un factor ($F_{(4, 343)} = 12.437, p < .001$). La línea horizontal dentro de la caja representa la media, las líneas baja y superior de cada caja representan los percentiles 25 y 75, respectivamente. El I barra representa los percentiles 2.5 y 97.5. Los círculos representan datos fuera de rango “outliers”.

Un análisis *post hoc* usando Tukey HSD, permitió identificar entre qué grupos existen diferencias significativas. Por ejemplo, el PGC del grupo indiferenciado no se diferencia significativamente de ninguno de los grupos restantes ($p > .185$); el grupo de MM se diferenció con ambos grupos de feminidad (FM y FE $p < .001$); Lo mismo ocurrió con el grupo ME, solo se presentaron diferencias significativas con ambos grupos de feminidad ($p < .001$); en correspondencia ambos grupos de feminidad presentaron diferencias significativas solo con los dos grupos de masculinidad ($p < .001$).

Se asume que las nociones de género no se reflejaban directamente en la masa corporal, sino que estas se actualizan por medio de otros mecanismos más concretos, uno de ellos es la imagen corporal y sus implicaciones que tienen en cuanto a las actitudes alimenticias y a la actividad física. Veamos cómo se comportó nuestra muestra en los indicadores de imagen corporal.

4.2.3 Resultados de la Imagen corporal (MBSRQ)

Recordemos que el MBSRQ (Cash, 1990), es un instrumento que permite evaluar la imagen corporal. Y que al hacer el análisis factorial confirmatorio los ítems se agruparon en cinco factores: **Factor 1** Conductas orientadas a mantener la forma física (COMFF); **Factor 2** Atractivo físico auto evaluado (AFAE); **Factor 3** Cuidado del aspecto físico (CAF); **Factor 4** Importancia subjetividad de la corporalidad (ISC); y **Factor 5** Importancia de la salud (IS). Un primer análisis consistió en comparar las medias de cada factor en función al grupo de pertenencia del GTC, para lo cual se utilizó el ANOVA de un factor. En la Tabla 4.5 se presenta una primera aproximación a los resultados de este análisis. Se puede identificar que en los factores F1 COMFF y F2 CAF existen diferencias significativas ($p < .05$); mientras que en el F4 ISC también se aprecian diferencias, pero sin alcanzar a ser significativas ($p = .057$).

Tabla 4.5. Comparación de medias de los factores del MBSRQ, por grupos del GTC

Factores del MBSRQ	Media					D. E.					ANOVA	
	I	MM	ME	FM	FE	I	MM	ME	FM	FE	F	p
F1 COMFF	28.08	28.48	29.09	26.67	26.03	5.56	5.74	5.50	5.64	5.07	4.018	.003
F2 AFAE	30.44	29.65	30.55	29.02	29.35	6.25	5.25	5.77	6.09	6.23	.793	.531
F3 CAF	21.96	20.98	20.61	21.37	23.25	4.27	4.09	4.53	4.75	4.52	4.019	.003
F4 ISC	13.64	14.47	13.99	13.26	13.17	3.70	3.43	3.36	2.89	3.15	2.317	.057
F5 IS	10.08	10.03	10.21	9.57	9.25	3.07	2.16	2.66	2.61	2.93	1.682	.154

Nota: **COMFF** = Conductas orientadas a mantener la forma física; **AFAE** = Atractivo físico auto evaluado; **CAF** = Cuidado del aspecto físico; **ISC** = Importancia subjetividad de la corporalidad; **IS** = Importancia de la salud. **I** = Indiferenciado; **MM** = Masculinidad Moderada; **ME** = Masculinidad Extrema; **FM** = Feminidad moderada; **FE** = Feminidad extrema.

Además se aplicó un análisis *post hoc* usando Tukey HSD, para identificar entre qué grupos se presentan las diferencias. Encontrándose que las diferencias significativas del factor F1_COMFF se presentan entre FE y los dos grupos de masculinidad MM ($p=.033$) y ME ($p=.009$); en el factor F3_CAF las diferencias significativas se presentaron entre los mismos grupos FE con MM ($p=.009$) y ME ($p=.004$). Entre los otros factores no se encontraron diferencias significativas, como lo sugieren los resultados del ANOVA. En suma, se advierten diferencias consistentes entre el grupo de Feminidad Extrema y los de masculinidad.

Además, con la intención de conocer qué tanto estos factores se relacionaban con el PGC se procedió a realizar un análisis de correlación entre cada uno de los factores del MBSRQ. Dicho análisis se efectuó tomando en cuenta cada uno de los grupos del GTC, en la Tabla 4.6 se pueden ver los resultados de dicho análisis. Los factores que se correlacionan significativamente con el PGC son “Conductas orientadas a Mantener la forma física”, “Atractivo físico auto evaluado” e “Importancia subjetiva de la corporalidad”, siendo los factores “Cuidado del aspecto físico” e “importancia de la salud” en los que no se encontró una correlación con el PGC.

Tabla 4.6. Correlaciones de los factores del MBSRQ con el PGC

PGC según el Grupo GTC	Factores del MBSRQ				
	COMFF	AFAE	CAF	ISC	IS
I	-0.342014	-0.570865 **	-0.187506	-0.290982	-0.199323
MM	-0.272800**	-0.437336**	-0.055919	-0.229559*	-0.013517
ME	-0.248599*	-0.361930**	-0.117556	0.099463	0.090811
FM	-0.236869*	-0.247245*	0.055531	-0.022709	0.043614
FE	-0.218898	-0.288183*	0.183570	-0.115100	-0.111647
Todos	-0.305289**	-0.355188**	0.049420	-0.139228**	-0.057842

Nota: GTC = Género Total Categórico; COMFF = Conductas orientadas a mantener la forma física; AFAE = Atractivo físico auto evaluado; CAF = Cuidado del aspecto físico; ISC = Importancia subjetividad de la corporalidad; IS = Importancia de la salud. I = Indiferenciado; MM = Masculinidad Moderada; ME = Masculinidad Extrema; FM = Feminidad moderada; FE = Feminidad extrema. * La correlación es Significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2.4 Resultados de las actitudes a la alimentación EAT-40

Para identificar las actitudes alimenticias se utilizó el EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979). Como ya se mencionó en una sección anterior, de los análisis factoriales propuestos con población mexicana se optó por el de Álvarez-Rayón, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz y Gómez-Peresmitré (2002), quienes proponen siete factores: F1 *Motivación paras adelgazar* (MPA); F2 *Evitación de alimentos engordantes* (EAE); F3 *Preocupación por la comida* (PPC); F4 *Presión social percibida* (PSP); F5 *Obsesiones y compulsiones* (OC); F6 *Patrones y estilos alimentarios estereotipados* (PAE); F7 *Conductas compensatorias* (CC). Con base a los criterios propuestos por estos autores se calculó la media de cada factor para cada uno de los grupos de trabajo (GTC), además del análisis de varianza de un factor. Estos resultados se sintetizan en la Tabla 4.6. Se aprecia que solamente existen diferencias significativas entre grupos del GTC en el factor F4 *presión social percibida* ($p < 0.023$).

Tabla 4.7. Comparación de medias de los factores EAT-40 entre grupos del GTC

Factores del EAT-40	Media					D. E.					ANOVA	
	I	MM	ME	FM	FE	I	MM	ME	FM	FE	F	P
F1 MPA	3.32	2.31	2.09	3.15	2.61	4.04	3.27	3.12	3.57	3.55	1.326	.260
F2 EAE	0.56	0.53	0.43	0.75	0.77	1.04	1.27	0.97	1.37	1.65	.890	.470
F3 PPC	0.72	0.59	0.64	0.27	0.62	1.10	1.32	1.28	0.79	1.56	1.286	.275
F4 PSP	1.32	0.74	0.84	1.42	1.58	1.95	1.52	1.49	2.31	2.27	2.872	.023
F5 OC	2.16	1.99	2.10	1.75	1.58	1.14	1.26	1.60	1.60	1.45	1.724	.144
F6 PAE	2.96	2.89	2.42	2.75	2.58	2.21	2.75	2.57	2.21	2.40	.480	.750
F7 CC	0.20	0.16	0.13	0.20	0.29	0.58	0.78	0.57	0.62	0.94	.458	.767

Nota: MPA = Motivación paras adelgazar; EAE = Evitación de alimentos engordantes; PPC = Preocupación por la comida; PSP = Presión social percibida; OC = Obsesiones y compulsiones; PAE = Patrones y estilos alimentarios estereotipados; CC = Conductas compensatorias; I = Indiferenciado; MM = Masculinidad Moderada; ME = Masculinidad Extrema; FM = Feminidad moderada; FE = Feminidad extrema.

También se realizó el análisis *post hoc* usando Tukey HSD para conocer entre qué grupos se presentaron las diferencias en el F4 *Presión social percibida*, la única diferencia

significativa se dio entre FE y MM ($p= 0.041$). En ninguno de los otros factores parece existir diferencias en relación entre los distintos grupos del GTC.

También se analizaron las correlaciones de cada uno de los factores del EAT-40 con el PGC, para identificar cuáles son los factores que pudieran tener una relación con la conformación de la masa corporal. Los resultados se presentan en la Tabla 4.8. en donde se puede apreciar que los factores “Motivación para adelgazar”, “Evitación de alimentos engordantes” y “Patrones y estilos de alimentación estereotipados”, son los que guardan mayor relación con el PGC. Seguida de “Presión social percibida” aunque en este caso solamente en uno de los grupos ME presenta correlación y no así cuando se analiza el total de los grupos.

Tabla 4.8. Correlaciones de los factores del EAT-40 con el PGC

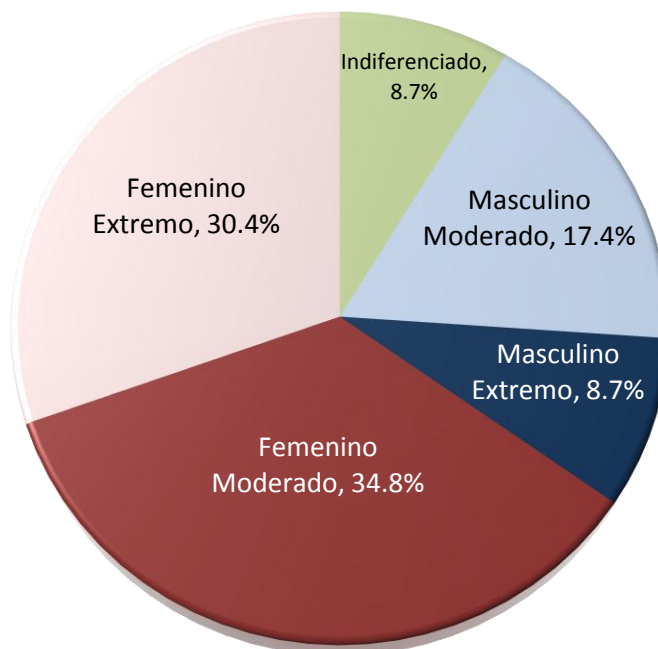
PGC según		Factores del EAT-40					
Grupo GTC	MPA	EAE	PPC	PSP	OC	PAE	CC
	0.092685	0.424067**	0.196739	-0.122099	0.310750	0.212675	0.017185
MM	0.341237**	0.141915	-0.007209	-0.165716	0.192730	0.269865**	0.089335
ME	0.195980	0.134913	-0.059407	-0.285805*	0.178765	0.203790	0.149900
FM	0.184950	0.105116	0.063968	-0.192544	0.090867	0.035958	-0.142784
FE	0.253707*	-0.009564	0.134095	-0.051799	-0.006708	0.169110	0.166441
Todos	0.251906**	0.134645*	0.008590	-0.083773	0.076359	0.180257**	0.088406

Nota: GTC = Género Total Categórico; MPA = Motivación para adelgazar; EAE = Evitación de alimentos engordantes; PPC = Preocupación por la comida; PSP = Presión social percibida; OC = Obsesiones y compulsiones; PAE = Patrones y estilos alimentarios estereotipados; CC = Conductas compensatorias; I = Indiferenciado; MM = Masculinidad Moderada; ME = Masculinidad Extrema; FM = Feminidad moderada; FE = Feminidad extrema. * La correlación es Significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Además del análisis ya descrito, se decidió realizar un análisis adicional, tomando en cuenta que uno de los principales usos que tradicionalmente se le ha dado a esta prueba es la de predecir la existencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) entre quienes la contestan. Para lo cual se realizó un análisis de aquellos casos que tenían una puntaje por arriba del punto de corte para TCANE (≥ 22) (Álvarez-Rayón, et. al., 2004),

para identificar a qué grupo del GTC pertenecían. En la Figura 4.12 se puede observar que entre ambos grupos de feminidad abarcan alrededor del 65% de los casos, mientras que los porcentajes más bajos se dieron en el indiferenciado y el grupo de masculinidad extrema.

Figura 4.12. Clasificación por grupo de pertenencia (GTC) de los casos que rebasan el punto de corte para riesgo de TCA-NE, según el EAT-40.



4.2.5 Resultados de las actitudes a la actividad física URICA-E2

Recordemos que para medir las actitudes a la actividad física se utilizó el instrumento University of Rhode Island Change Assessment (URICA-E2) diseñado por Reed (1995), utilizando la estructura factorial propuesta por el autor que consta de seis factores: F1 *Precontemplación no creen en el ejercicio* (PCNCE); F2 *Precontemplación creen en el ejercicio* (PCCE); F3 *Contemplación* (C); F4 *Preparación* (P); F5 *Acción* (A); y F6 *Mantenimiento* (M). Al igual que con los otros instrumentos, se calculó la media de los distintos factores para cada uno de los grupos del GTC, y se utilizó la varianza de un

factor, para identificar diferencias entre grupos. Los resultados se muestran en la Tabla 4.9. Como se puede ver en los factores F3 contemplación, F5 Acción y F6 Mantenimiento existen diferencias significativas entre los grupos (ver Tabla 4.9).

Tabla 4.9. Comparación de medias de los factores URICA-E2 entre grupos del GTC

Factores del URICA-E2	Media					D. E.					ANOVA	
	I	MM	ME	FM	FE	I	MM	ME	FM	FE	F	p
F1 PCNCE	10.04	8.89	9.36	9.30	9.43	3.38	3.12	3.66	3.04	2.88	.755	.555
F2 PCCE	9.76	9.89	9.60	10.23	11.04	4.55	3.66	4.13	3.82	3.79	1.516	.197
F3 C	14.60	14.30	13.54	15.20	13.97	4.01	3.47	3.57	3.30	3.06	2.471	.044
F4 P	11.84	11.77	12.03	12.30	11.21	4.38	3.88	4.48	3.89	3.90	.771	.545
F5 A	13.96	13.87	13.67	13.25	11.88	4.28	4.03	4.16	3.74	3.89	3.237	.013
F6 M	10.04	8.89	9.36	9.30	9.43	3.38	3.12	3.66	3.04	2.88	2.614	.035

Nota: PCNCE = Precontemplación no creen en el ejercicio; PCCE = Precontemplación creen en el ejercicio; C = Contemplación; P = Preparación; A = Acción; M = Mantenimiento; I = Indiferenciado; MM = Masculinidad Moderada; ME = Masculinidad Extrema; FM = Feminidad moderada; FE = Feminidad extrema.

Con el análisis *post hoc* usando Tukey HSD, se identificaron entre qué grupos se presentaron las diferencias significativas. En la tabla 4.10 se pueden observar los valores de la probabilidad, para los grupos en donde el ANOVA de un factor mostraba diferencias significativas, en esa misma tabla se presentan valores que no son estadísticamente significativos, sin embargo, se presentan como un dato ilustrativo de la tendencia.

Tabla 4.10. Diferencias específicas de las medias de los factores del URICA-E2 con base al análisis de *post hoc* de Tukey HSD entre los grupos del GTC

Factor del URICA-E2	Comparación entre grupos	P
F3 Contemplación	FM vs MM	.028
F5 Acción	FE vs MM	.011
	FE vs ME	.057
F6 Mantenimiento	FE vs MM	.093
	FE vs ME	.028

Nota: FM = Feminidad Moderada; MM = Masculinidad Moderada; FE = Feminidad Extrema; ME = Masculinidad Extrema. Se reportan algunos valores de p no significativos por considerarlos un indicador de tendencia interesante.

De la misma forma que en las anteriores escalas, también se procedió a realizar un análisis de correlación entre los factores de esta escala y el PGC, para conocer su relación entre ellos. En la Tabla 4.11 se pueden observar los resultados de dicho análisis y se puede apreciar que solamente los factores “Acción” y “Mantenimiento” resultaron con una relación estadísticamente significativa con el PGC.

Tabla 4.11 Correlación de los factores del URICA con el Porcentaje de Grasa Corporal de cada uno de los grupos analizados del Género Total Categórico

PGC según el Grupo GTC	Factores del URICA					
	PCNCE	PCCE	C	P	A	M
I	-0.236045	0.008773	-0.066478	0.010722	-0.190616	-0.170512
MM	0.031248	0.109203	0.200969	0.087460	-0.100772	-0.084464
ME	-0.056716	0.187365	-0.026430	-0.000295	-0.148507	-0.269592*
FM	-0.015418	-0.048480	-0.050159	0.046687	-0.019682	-0.039981
FE	-0.011226	-0.012935	0.071060	-0.031885	-0.110564	-0.154398
Todos	-0.015243	0.099656	0.085912	0.021116	-0.144264**	-0.178846**

Nota: GTC = Género total categórico; PCNCE = Precontemplación no creen en el ejercicio; PCCE = Precontemplación creen en el ejercicio; C = Contemplación; P = Preparación; A = Acción; M= Mantenimiento; I = Indiferenciado; MM = Masculinidad Moderada; ME = Masculinidad Extrema; FM = Feminidad moderada; FE = Feminidad extrema. * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.2.6 Resultados de la interacción de las variables: correlaciones y regresiones

Para conocer la forma en que se estaban relacionando las distintas variables implicadas en ésta investigación, se procedió a realizar un análisis correlacional entre los factores que componen las escalas que se utilizaron para medir las variables. En primer lugar se hizo un análisis de correlación de aquellos factores de las escalas de Imagen corporal, actitudes a la actividad física y a la alimentación, para identificar cuáles de ellos guardan una relación estadísticamente significativa con el PGC. Además se estimaron las correlaciones de los factores del generímetro con dichos factores, para identificar en dónde las nociones de género ejercen más influencia. En la Figura 4.13 se puede observar el resultado de dicho análisis.

Figura 4.13. Mapa de correlaciones entre los factores del Generímetro y los factores de las escalas que correlacionaron significativamente con el PGC.

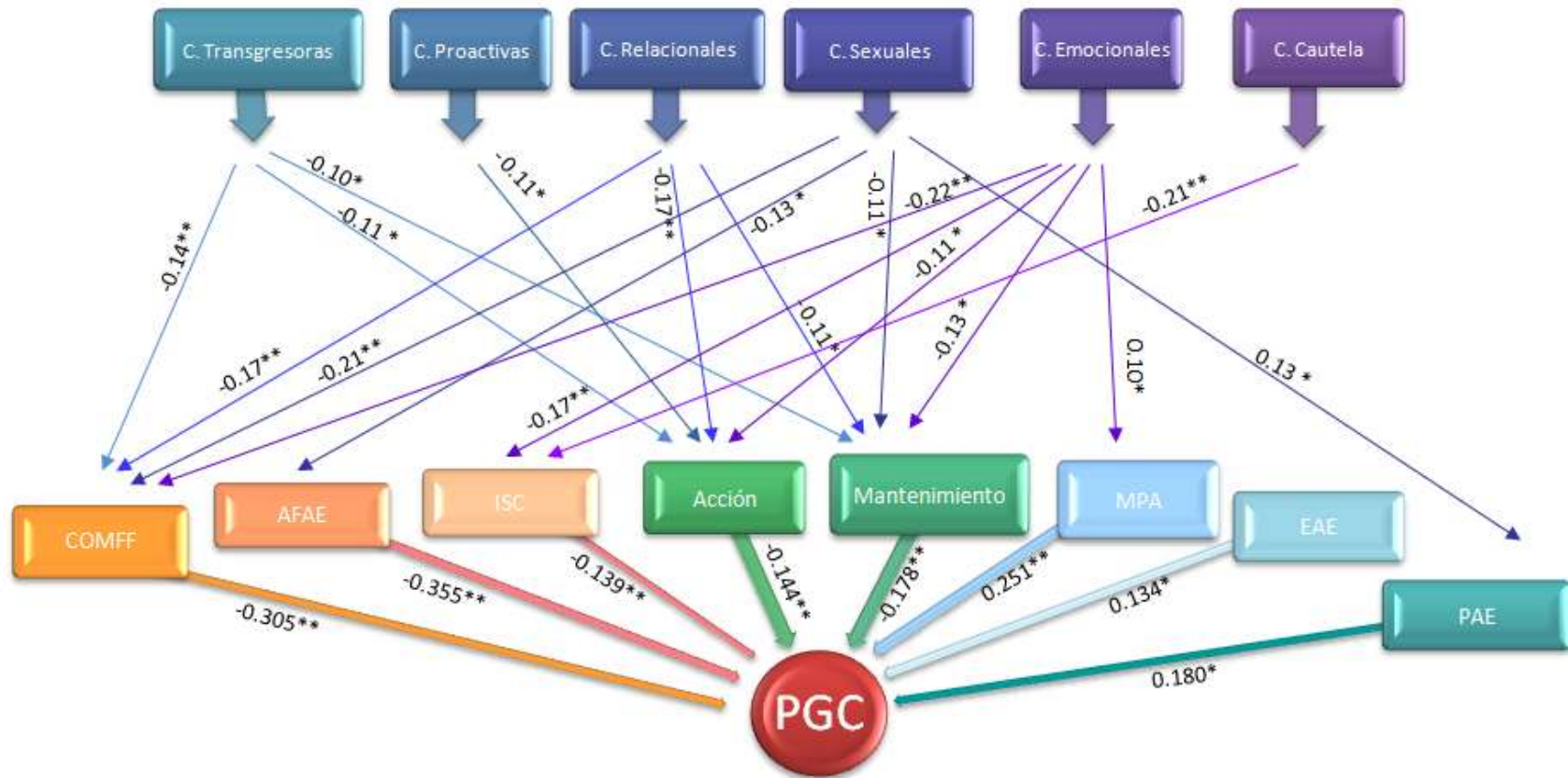
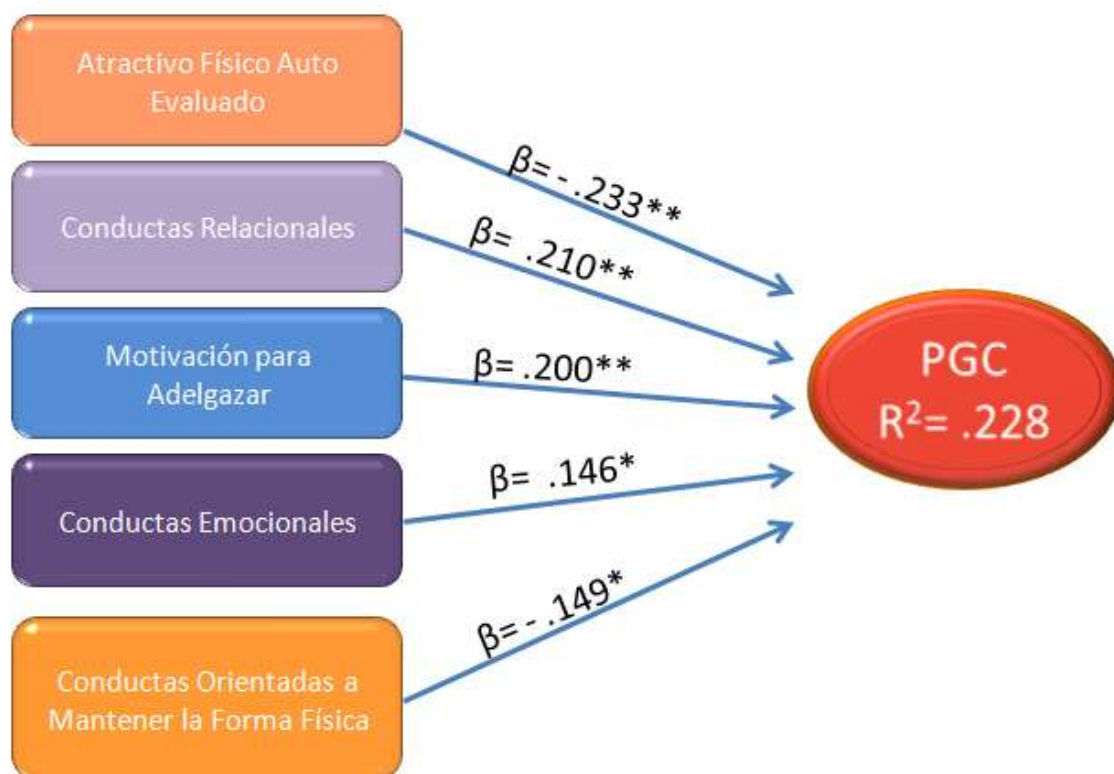


Figura 4.13. C = Conductas; **COMFF** = Conductas orientadas a mantener la forma física; **AFAE** = Atractivo físico auto evaluado; **ISC** = Importancia subjetividad de la corporalidad; **MPA** = Motivación paras adelgazar; **EAE** = Evitación de alimentos engordantes; **PAE** = Patrones y estilos alimentarios estereotipados; * $p < .05$; ** $p < .001$.

Solamente ocho factores correlacionaron con el PGC, tres de imagen corporal (COMFF, AFAE y ISC); dos de actitudes a la actividad física (ACCIÓN y MANTENIMIENTO) y tres de actitudes a la alimentación (MPA, EAE y PAE). Encontrándose las dos correlaciones más altas entre los factores de Imagen Corporal; seguidas de los factores del EAT; y finalmente las dos de la actividad física. Respecto a la correlación de esos ocho factores con los factores del Generímetro, podemos afirmar que los que parecen tener mayor influencia son: las Conductas Emocionales, con cinco correlaciones estadísticamente significativas, además la correlación más alta de todas está entre ellas (-0.2192); en segundo término está el factor Conductas Sexuales, con cuatro correlaciones; los factores Conductas Transgresoras y Conductas Relacionales tienen tres correlaciones cada una; finalmente los factores de Conductas Proactivas y Conductas de Cautela tienen una sola correlación estadísticamente significativa cada una.

Con la finalidad de explicar la contribución de las variables bajo estudio en el PCG se procedió a realizar un análisis de regresión lineal con el método de pasos, utilizando las variables presentadas en la Figura 4.13. Los resultados muestran una R^2 de .282 (ver figura 4.14), con las siguientes variables explicativas del MBSRQ: Atractivo Físico Auto Evaluado y Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física; del Generímetro: Conductas Relacionales y Conductas Emocionales; y del EAT-40: Motivación Para Adelgazar.

Figura 4.14 Regresión lineal del PGC y los factores que mejor lo explican en jóvenes.



Nota: * Significativa al nivel 0,05; ** Significativa al nivel 0,01.

Con los datos hasta aquí presentados podemos intentar construir algunas deducciones respecto a la forma en que se relacionan las variables de estudio, las cuales se presentan en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

5.1 Discusión

Recordemos que una de las principales motivaciones de esta investigación es identificar aquellos factores psicológicos asociados al sobrepeso y obesidad en los y las jóvenes de Guadalajara. En ese sentido se buscó identificar de qué manera las nociones de género pueden estar relacionadas con la imagen corporal y la forma en que esta relación probabiliza la adopción de determinados patrones de interacción, mejor conocidos como estilos de vida, de los cuales, los que se consideraron pertinentes analizar fueron las actitudes a la alimentación y a la actividad física, ya que éstos, según la literatura son algunos de los factores que pueden explicar mejor la pérdida/ganancia de masa corporal, así como el tipo de tejidos que la conforma.

Con los datos aquí presentados podemos afirmar que la hipótesis de investigación se cumplió, dado que la hipótesis nula fue rechazada: *las medias del PGC son iguales en los grupos de jóvenes que difieren en sus nociones de género* ($\mu \text{ PGC } g_1 = \mu \text{ PGC } g_2$), así lo sugieren los resultados de la ANOVA de un factor $F(4, 343) = 12.437, p < .001$, y su posterior análisis *post hoc*, al comparar las medias del PGC de cada grupo del Género Total Categórico. Las diferencias estadísticamente significativas entre grupos solo se confirmaron entre ambos grupos de masculinidad y ambos de feminidad, y no entre los otros grupos. Lo cual sugiere aceptar nuestra H_1 : *las nociones de género que tienen los y las jóvenes influyen en la conformación de su masa corporal, particularmente en el PGC.*

Sabemos que la relación entre género y PGC no es directa, ni automática, implica la participación de otras variables en donde se actualizan (materializan) las nociones de género. Por ejemplo, en la imagen corporal que tienen los y las jóvenes, las actitudes hacia la alimentación y el ejercicio físico, se pueden llegar a concretizar en patrones de interacción más o menos permanentes (estilos de vida), que a su vez tienen repercusiones en su conformación corporal. En las siguientes líneas intentaré explicar la forma en que se pueden estar articulando estas variables.

Recordemos que para cada escala utilizada se realizaron dos análisis, en primer lugar el ANOVA de un factor, para conocer si existían diferencias significativas entre los grupos del GTC; y en segundo lugar una análisis correlacional para identificar cuál de los factores de cada escala guardaba una relación estadísticamente significativa con el PGC, esto con la intención de poder identificar las posibles rutas que siguen las nociones de género que pudieran estar relacionadas con el PGC. A continuación se tratarán de interpretar los resultados más significativos de cada una de las escalas.

Con respecto a la Imagen Corporal (MBSRQ), el hecho de encontrar diferencias significativas únicamente entre el grupo de Feminidad Extrema y ambos grupos de masculinidad (ver Tabla 4.5, p. 109), refuerza la idea de que existe una relación entre las nociones de género y la imagen corporal que tienen unas y otros. Por ejemplo, en el primer factor del MBSRQ “Conductas orientadas a mantener la forma física” el grupo que tiene las puntuaciones promedio más altas, es Masculinidad Extrema, mientras que el grupo Feminidad Extrema tiene la puntuación media más baja para dicho factor; mientras que en el tercer factor “Cuidado del aspecto físico”, los valores se invierten Feminidad Extrema tiene la media más grande, y el grupo de Masculinidad Extrema presenta la puntuación media más baja. Esto refuerza lo reportado por Cafri y Thompson (2004), en el sentido de

que los hombres están más preocupados por tener un aspecto musculoso, lo cual puede estar asociado a tener mayor actividad física; así como lo dicho por Sapién y Espinosa (2003) de que las mujeres tienden a cuidar más su arreglo personal que los hombres. Al Parecer esto se encuentra relacionado con el hecho de que a los hombres les importe menos el sobrepeso, como quedó demostrado en el estudio de Cash, Morrow, Hrabosky y Perry (2004), donde reportan que ese dato se mantuvo a lo largo de su estudio de corte transversal de 1983 a 2001.

Respecto al análisis de correlación de los factores de la Imagen Corporal (MBSRQ) con el PGC, el hecho de que aquí se encuentren los dos que presentaron las correlaciones más altas (ver Figura 4.13, p. 116), parece indicar que la Imagen Corporal guarda una estrecha relación con el PGC. De esos tres factores el que parece tener mayor influencia es “Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física” que es el que tiene el mayor número de correlaciones con los factores del Generímetro (cuatro), no solo eso, de esas cuatro es el que tiene dos de las correlaciones más altas con los factores del Generímetro. El hecho de que sean algunos de los factores relacionados a la masculinidad los que se asocian a este factor (C. Transgresoras y C. Sexuales), hace suponer que las nociones de masculinidad son las que están influyendo en él. Esto parece confirmarlo el hecho de que el factor “Cuidado del aspecto físico” que está más asociado a la feminidad, no correlacionó con el PGC.

La imagen corporal está intrínsecamente relacionada a las nociones de género, pero requiere de otros componentes que permitan la consecución de dicha imagen corporal, esos elementos son las actitudes a la alimentación y a la actividad física. Analizándolo desde las actitudes a la alimentación, si identificamos el grupo de pertenencia de aquellos participantes que tuvieron un puntaje mayor al punto de corte que predice la presencia de algún TCA (≥ 22), como se muestra en la Figura 4.12 (p. 113), el hecho de que más del

60% pertenezcan a los grupos con nociones de género femeninas, parece sostener la idea de que quienes tienen dichas nociones, aumentan su probabilidad de padecer TCA como lo refiere García (2004) quien menciona una proporción 1: 6 hombres-mujeres.

Otro dato a destacar es, que de los siete factores de la escala EAT-40, sólo en uno, *F4 Presión Social Percibida*, se encontraron diferencias significativas (FE y MM). El hecho de que el grupo FE tienda a percibir mayor presión social que los participantes de los otros grupos (Tabla 4.7, p.111) y que la noción de género de aquellos que rebasan el punto de corte sean mayoritariamente del grupo de feminidad, hace suponer que las nociones de género femeninas están más relacionadas con las actitudes alimenticias que para los que comparten las nociones masculinas. Sin embargo, cuando se hace la correlación de los factores del EAT, tres factores tienen correlación significativa con el PGC. Sin embargo, ninguno de ellos es “presión Social Percibida” que fue el único que discriminó entre los grupos del GTC. De los tres que sí correlacionaron con el PGC, solamente dos tienen correlación con los factores del Generímetro, uno cada uno, mientras que el factor “evitación de alimentos engordantes”, no se asocia significativamente con ninguno de los factores del Generímetro. Todo esto se puede interpretar como que ningún grupo tiene un interés particular por la alimentación; o que la despreocupación a la alimentación es generalizada entre la muestra juvenil estudiada. Ambos escenarios representan áreas de oportunidad para identificar cómo influye esa aparente indiferencia a la alimentación en el incremento de los indicadores de sobrepeso y obesidad. Tampoco se puede descartar que sea un problema de la configuración factorial que se utilizó para el análisis del EAT -40, y utilizando alguna de las otras dos propuestas para población mexicana se podrían tener otros resultados.

Algo distinto ocurrió cuando se compararon los promedios de los factores del URICA, escala utilizada para medir las actitudes hacia la actividad física (ver Tabla 4.9, p. 114). Se presentaron diferencias significativas en tres de seis factores: *F3 Contemplación*, *F5 acción* y *F6 Mantenimiento*. En todos los casos las diferencias significativas se dieron entre grupos de masculinidad y feminidad, lo cual demuestra consistencia en los resultados, en el sentido de que son las nociones de género las que están siendo el factor asociado a las diferencias entre quienes están en acción y mantenimiento y quiénes no. Esto concuerda con los datos reportados por Ramírez-López, Chávez-Navarro y Zúñiga-Barba (2009), en el sentido de que los hombres jóvenes presentan mayor actividad física vigorosa.

Cuando se realiza el análisis correlacional de los factores del URICA con el PGC, se encuentran correlaciones estadísticamente significativas solamente en los factores “Acción” y “Mantenimiento”, entre estos dos factores y los del Generímetro se encuentran siete correlaciones. Lo cual parece corroborar la existencia de una estrecha relación entre, las nociones de género, las actitudes a actividades físicas y el Porcentaje de Grasa Corporal.

En términos generales podemos afirmar con los datos aquí expuestos que las nociones de género que tienen los y las jóvenes influyen la Imagen Corporal que tienen de sí mismos y de lo que se espera corporalmente de ellos(as) como miembros de un género determinado. Esto en términos interconductuales se puede interpretar como el conjunto de creencias que tienen los jóvenes, asociadas a las macrocontingencias ejemplares. Estas creencias probabilizan el ajuste funcional que estos jóvenes tienen con su cuerpo y la manera en que interactúan cotidianamente, es decir, lo que a la postre se transforma en estilos de vida.

Hablando de los estilos de vida relacionados al PGC, al parecer las nociones de género masculinas tienen mayor influencia, sobre todo en lo que toca a la Imagen Corporal,

y ésta a su vez influye el tipo de actividad física que realizan aquellas personas que comparte una noción de género masculina. En la actividad física es donde se actualiza el comportamiento y lo que con seguridad genera el consumo de grandes cantidades de recursos energéticos, lo cual puede llegar a explicar la diferencia del PGC entre los grupos del GTC. Entre los hombres existe mayor competencia por ser fuerte, atlético y resistente físicamente, en ese sentido su conducta la dirigen a la actividad física, mientras que las mujeres suelen estar más preocupadas por su apariencia física, lo cual se ve reflejado en que sientan mayor presión social.

En el modelo de regresión se sintetiza la interacción de las variables que pueden estar explicando qué factores están más relacionados con el PGC. La R^2 de .228 se puede interpretar, como que esos cinco factores explican alrededor de un 23% de varianza del PGC, en ese sentido valdría la pena profundizar en las implicaciones que tienen estos resultados para nuestra teoría y el problema que se pretende conocer. El factor que tiene mayor fuerza explicativa es “Atractivo físico autoevaluado” ($\beta = -.233$), al parecer, quienes mejor autoevalúan su atractivo tienden a tener un menor porcentaje de grasa corporal. Algunos de los ítems que conforman este factor son: “satisfacción/insatisfacción con el peso”, “me gusta mi aspecto tal y como es”, “me muevo de forma armoniosa y coordinada”, desde nuestra postura los llamados sentimientos al propio cuerpo, en realidad son conductas emocionales que pueden surgir por comparar su morfología corporal y la del ideal del grupo de referencia. Las cuales pueden configurarse en factores disposicionales y formar parte del segmento de interacción microcontingencial, influyendo en el tipo de interacciones que la persona se permite, consigo mismo y con los demás.

El segundo factor en cuanto a fuerza, en el modelo de regresión es “Conductas Relacionales”, el cual está más asociado a nociones de masculinidad ya que el tipo de ítems

que lo conforman son del tipo: “invitar a salir a su novia/o”, “reñir frecuentemente”, y esas conductas se asocian más a las atribuciones masculinas. Y dado que con único factor que correlaciona y aparece en el modelo de regresión es el de Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, podemos suponer que la forma en que las nociones de género masculinas que influyen en el PGC, lo hacen desde este factor. Es decir, favorecen que quienes comparten nociones de género masculinas desarrollen mayor actividad física.

Por su parte, el otro factor del Generímetro que también se hace presente en el modelo de regresión “Conductas Emocionales”, está constituido por ítems del tipo: “Tenerle miedo a una rata”, “Ser delicado” y “Cuidar mucho del arreglo personal”, lo cual denota mayor asociación a nociones tradicionales de feminidad. Un dato interesante es que es el único factor del Generímetro que correlaciona con el factor “Motivación para adelgazar”, que a su vez lo conforman ítems como: “Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo”, “Me preocupa el deseo de estar más delgado(a)”, “Me da mucho miedo pesar demasiado”. Lo cual puede interpretarse de manera que las personas con nociones de género femeninas tienden a preocuparse más por adelgazar y su alimentación.

En síntesis la influencia de las nociones de género masculinas se ve reflejada en el PGC a través de conductas instrumentales como hacer ejercicio y/o actividad física vigorosa. Mientras que la influencia de las nociones femeninas se refleja más en función a la preocupación por la alimentación, por su apariencia personal y la presión social percibida, lo cual implica un riesgo en cuanto a las conductas de trastorno alimenticio.

5.2 Limitaciones del estudio

Considero que los hallazgos encontrados en la presente investigación se deben tomar con cautela. A continuación enumero algunas de las razones de ello. En primer lugar, al tratarse de un estudio exploratorio se tomaron en cuenta y midieron una gran cantidad de variables. Algunas de ellas de forma novedosa, como es el caso de las nociones de género, ya que aquí se midieron las creencias asociadas a dichas nociones, mientras que en la mayoría de los trabajos, cuando se reportan diferencias de “género” lo hacen comparando los grupos con base al sexo y no tanto por las nociones de género que los participantes tienen. A pesar que esto implicó un esfuerzo importante para construir y validar la escala con que se midió (Generímetro), al ser una escala de reciente cuño consideramos prudente tomar los resultados con reserva hasta que en futuros estudios demuestre su consistencia, cuando sea empleada con otras muestras y confirme sus propiedades psicométricas.

Otro elemento a tener en cuenta es que se trabajó con una muestra de adolescentes, lo que implica que están en pleno desarrollo físico y los varones tienden a perder la grasa en la adolescencia (OMS, 2000), elemento que se tiene que considerar ya que la mayoría de los grupos del GTC estaban constituidos por participantes del sexo concordante a su género, eso puede conllevar que algunas variables de orden biológico, como cambios hormonales y metabólicos, puedan estar implicadas en los resultados.

5.2 Prospectiva

A pesar de que se dejaron al margen algunas de las ideas originales del proyecto original (i.e., estudios experimentales, intervenciones educativas), sobre todo por cuestión de tiempo, considero que los logros alcanzados del proyecto son favorables. Por supuesto

que es necesario seguir trabajando en esta línea de generación y aplicación del conocimiento para fortalecer y clarificar algunos de los hallazgos alcanzados. Con la información aquí obtenida se podría trabajar en futuros proyectos con algunos de los elementos que se tenían pensados originalmente, es decir, desarrollar diseños experimentales para probar relaciones de variables más puntuales, por ejemplo, las nociones de género que tienen los y las jóvenes en relación a: imagen corporal; actividad física y conductas alimentarias, para identificar de manera más precisa cómo interactúan entre ellas y sus implicaciones en el comportamiento de riesgo/prevención.

Desde el interconductismo no se concibe una realidad psicológica monolítica, por ejemplo, que las atribuciones otorgadas a hombres y mujeres deban ser y permanecer así. Por el contrario, al formar parte de las convenciones sociales y estar mediadas por el aprendizaje son susceptibles de modificarse, en primer lugar para que exista mayor equidad entre los roles de género; y en segundo, para promover patrones de comportamiento más saludables tanto consigo mismos, como con quienes les rodean.

Esto nos lleva a plantear ¿cuál será la mejor estrategia para lograrlo?, algunos autores continúan hablando en términos de promoción de hábitos saludables (Aguayo, 2010; Albavera et. al., 2013), sin embargo, como ya se mencionó, el concepto de hábitos trae consigo algunas complicaciones teóricas, una de ellas es su referencia a conductas mecánicas y repetitivas Ryle (1949/2005). Como vimos en la sección de resultados, al parecer los y las jóvenes tienen hábitos de alimentación muy establecidos, dada su indiferencia a la alimentación, aunque ciertamente poco sanos. En ese sentido, se sugiere que más que promover hábitos de vida saludables, se debería pensar en generar estrategias de intervención más efectivas para promover estilos de vida saludables entre la población juvenil. El propio Ryle, esboza una alternativa al hablar de aptitudes inteligentes.

Posteriormente, autores como Ribes (1990c) y Varela (1998) retoman los planteamientos Ryleanos para proponer estrategias más estructuradas respecto a aptitudes inteligentes, concretamente: comportamiento inteligente (Ribes, 1990c; Varela, 1998); y recientemente Ribes hace alusión al concepto competencias de vida (2008), para referirse a uno de los elementos que las instituciones de educación básica deben dotar al educando, definiéndolas como competencias prácticas en relación a “salud, nutrición [...] el uso del tiempo de ocio y recreación [...]” (Ribes, 2008, p. 196). El desarrollo de estos conceptos en sí mismo podría ser motivo de una disertación suficiente como para otra tesis de grado, por ahora solamente se esbozarán sucintamente (y por ello, de forma incompleta) algunos de los elementos más significativos de estos conceptos con el ánimo de identificar sus bondades para el caso que nos ocupa, la promoción de estilos de vida saludables.

Varela define el comportamiento inteligente como: “aquel que es variado y eficiente, es necesario aludir a la transferencia del comportamiento, como indicador de un proceso de estructuración del aprendizaje que implica la emergencia de comportamiento ‘nuevo’ ante situaciones ‘nuevas’.” (1998, p. 87). El propio Varela afirma que la formación del comportamiento inteligente incluye la consideración del discurso didáctico delineado por Ryle y que Ribes ha formulado como el desarrollo y práctica de: a) un ejercicio variado y retroalimentado por el agente enseñante; b) describir el desempeño y las condiciones funcionalmente pertinentes; c) describir descripciones de desempeños variados, eficaces y pertinentes; d) describir condiciones en las que se puede aplicar esa regla de desempeño y; e) transmitir el conocimiento a otros.

A continuación intento ejemplificar cómo sería la aplicación de estos elementos en el ámbito de la promoción de estilos de vida saludables entre los y las jóvenes. El inciso a) *un ejercicio variado y retroalimentado por el agente enseñante*, por principio de cuentas

para que este elemento se establezca, debe existir una interacción al momento de ingerir los alimentos, se pueden establecer “talleres” o en los espacios dedicados a las comidas en las escuelas de tiempo completo. Los padres o cuidadores, deben establecer contingencias de ejemplaridad y retroalimentar el comportamiento alimentario y la actividad física del educando que induzcan respuestas inteligentes. En cuanto al segundo inciso: b) *describir el desempeño y las condiciones funcionalmente pertinentes*, en función de las propiedades de cada grupo de alimentos, se debe inducir a los educandos que ellos deduzcan qué alimentos son los más adecuados (sanos) de acuerdo al tipo de resultados que deseen, esto siempre debe estar relacionado al tipo de actividad física que desarrollan. Con relación al inciso c) *describir descripciones de desempeños variados, eficaces y pertinentes*, hace referencia a presentar alternativas del comportamiento. Por ejemplo, en qué condiciones pueden hacer excepciones en su dieta, como comer pastel en situaciones especiales; o tener la posibilidad de elegir alimentos alternos. El inciso d) *describir condiciones en las que se puede aplicar esa regla de desempeño*, creo que aquí reside una de las principales ventajas de la propuesta, se refiere a que sea capaz de describir la regla de desempeño, lo cual dota a los y las jóvenes de la capacidad de adecuar su comportamiento incluso en situaciones “nuevas”, es decir no enseñadas, ahí es donde surgen ‘nuevos’ comportamientos, y donde se esperaría que la persona sea capaz de mediar las distintas situaciones en donde se presente un evento de ingesta de alimentos. Finalmente, el inciso e) *transmitir el conocimiento a otros*, es una propiedad que se puede utilizar para que los propios jóvenes funjan como agentes para promover estilos de vida saludables entre sus pares, utilizando el mismo método con el que aprendieron.

Otro de los aspectos relevantes del estudio radica en tratar de identificar las nociones de género que tiene cada participante y no asumir que éste se encuentra

directamente relacionado su sexo de pertenencia (Muth y Cash, 1997). En algunas investigaciones se tienden a confundir género con sexo. El hecho de tener una aproximación más certera de sus nociones de género, nos permite tener un punto de comparación más objetivo, es decir, no es lo mismo un(a) participante que tenga una noción exacerbada de alguno de los géneros, independientemente de su sexo biológico, que uno(a) que sea moderado o indiferente, máxime cuando dichas nociones están relacionadas a conductas de riesgo/prevención asociadas a las nociones de género. Tener un parámetro para identificar cuáles son las nociones de género de un individuo, nos permite, además de anticipar los posibles riesgos que implica querer ajustarse a los mandatos que estos implican, también nos posibilitaría asociar comportamientos preventivos a las nociones de género, contribuyendo con ello la promoción de relaciones intergenéricas más equitativas.

Recordemos que la etiología de la obesidad es compleja y multifactorial (Breton, de la Cuerda, Cambor y García-Peris, 2011) pues una gran variedad de factores influyen en diversos grados al incremento de la masa grasa de las personas. Distintos grupos de especialistas están abocados a identificar aquellos factores que dentro de su área de conocimiento, puedan estar asociados a incrementar los índices de sobrepeso/obesidad. Por ejemplo, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad llegó a la siguiente conclusión, desde el punto de vista genético: “hay que destacar que un buen número de casos de obesidad (cerca del 5%) se han podido atribuir a los polimorfismos del receptor MC4” (Rubio et. al., 2007). Existen otros investigadores que tratan de identificar la influencia que tienen los medios de comunicación, la familia y los cambios en las prácticas sociales, en los hábitos de alimentación y por ende en el incremento del sobrepeso/obesidad (Roblin, 2007).

En este trabajo nos hemos enfocado en identificar el rol que juegan las nociones de género en la adquisición de determinados estilos de vida, y su relación en la conformación de la masa corporal. Con base en nuestros resultados podemos afirmar que existe una relación de alrededor del 10% entre las nociones de género y su porcentaje de grasa corporal, es importante aclarar que esto no explica el 10% de los casos de obesidad, dado que la muestra estuvo conformada, en su mayoría, por jóvenes que estaban en un peso sano.

Consideramos que la forma en que el género se relaciona en la conformación corporal, es por etapas. En un primer momento las nociones de género probabilizan una determinada imagen corporal, dependiendo la forma en que el sistema de creencias se articulen en torno al cuerpo masculino/femenino y la forma en que cada persona viva su relación con el cuerpo. Las creencias en tanto que disposiciones se actualizan en situación, es decir, en la medida de que la imagen corporal corresponda, por ejemplo, a un ideal de delgadez o robustez, aumenta la probabilidad de que ajusten su comportamiento para que su cuerpo se asemeje al modelo. En el entendido de que el equilibrio/desequilibrio energético se puede alcanzar por una doble vía, lo que se ingiere y lo que se “quema” en términos de desgaste energético. Dejando de lado las patologías biológicas, la consecución de un determinado cuerpo implica comer ciertas cosas de determinada manera y/o desarrollar actividad física que permita metabolizar los alimentos, transformándolos ya sea en gasto calórico (movimiento) o en tejido óseo, muscular, etc.

Los resultados de esta investigación hacen suponer que a los jóvenes de ambos géneros incluidos en la muestra, no les importa mayormente su alimentación, si bien, como ya se mencionó la ingesta es importante en la ecuación de la obesidad, no parece haber diferencias entre los géneros en dicho rubro. Lo que parece estar marcando la pauta en cuanto a la diferencia de géneros y la conformación corporal, es la actividad física que

realizan los y las jóvenes, al parecer aquellos que tienen nociones de género más masculinas tienden a desarrollar mayor ejercicio que aquellos que comparten nociones de género femeninas.

Con base a los resultados aquí descritos me atrevo a sugerir que las estrategias de intervención para prevenir el incremento de los altos índices de sobrepeso obesidad entre hombres y mujeres son promover nociones de géneros más equitativas y saludables entre los y las jóvenes. Particularizando: entre quienes tienen nociones de género femeninas se recomienda, promover más la actividad física como parte de los criterios de belleza; evitar la promoción de modelos ultradelgadas como prototipos de belleza femenina. Por su parte para quienes comparten las nociones de género masculinas, considero importante seguir promoviendo la actividad física como parte del rol masculino; así como sensibilizarlos en una ingesta alimenticia razonable, todo ello tomando en cuenta las propuestas que se plantea en la enseñanza del comportamiento inteligente.

6. Referencias

- Aguayo, H. B. (2010). Las prácticas escolares de los educadores físicos. *Perfiles Educativos*, 32, 128, 97-117.
- Albavera, C., Alcalde, J. E., Rodríguez, J. M., y Molina, J. F. (2013). Guías técnicas para promotores de salud. Redes de apoyo. México: INSP-IMSS.
- Alves, M., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., y Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5, 1-20.
- Álvarez-Rayón, G., Mancilla-Díaz, J. M., Vázquez-Arévalo, R., Unikel-Santoncini, C., Caballero-Romo, A. y Mercado-Corona, D. (2004). Validity of the Eating Attitudes Test: A Study of Mexican eating disorders patients. *Eating Weight Disord*, 9(4), 243-248.
- Álvarez-Rayón, G., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J., y Gómez-Peresmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades Psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) en Mujeres Mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 47-56.
- Arbinaga, F., y Caracuel, J.C. (2008). Imagen corporal en varones fisicoculturistas. *Acta colombiana de psicología*, 11, 75-88.
- Baile, J.I., González, A., Ramírez, C., y Suárez, P. (2011). Imagen corporal, hábitos alimentarios y hábitos de ejercicio físico en hombres usuarios de gimnasio y hombres universitarios no usuarios. *Revista de psicología de deporte*, 20(2), 353-366.
- Baile, J.I., Monroy, K.E. y Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasio. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10 (1), 161-169.

- Barquera, S. (2003). Prevención de diabetes Mellitus: Un problema mundial. *Salud Pública*, 45, 413-414.
- Baum, W. M. (1995). Introduction to Molar Behavior Analysis. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 21, 7-25.
- Bem, S.L. (1974). The Measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 155-162.
- Bem, S.L. (1981). *The Bem Sex Role Inventory*. Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Blashill, A. J., and Wilhelm, S. (2014). Body Image Distortions, Weight, and Depression in Adolescent Boys: Longitudinal Trajectories Into Adulthood. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(4), 445–451.
- Blanco, D. (2008). La comunicación corporal en las elaboraciones identitarias–subjetivas. *Perfiles Latinoamericanos*, 32, 35-65.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249.
- Botella, L., Grañó, N., Gámiz, M., y Abey, M. (2008). La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad (re)construcción de la identidad. *Revista argentina de clínica psicológica*, XVII, 3, 245-263.
- Botella, J. L., Ribas, E. y Ruiz, J. (2009). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18 (3), 253-264.

- Botella, J. L., Garriga, M. y Vázquez, C. (2011). Actividad física en el tratamiento de la obesidad. En Vázquez, C. y Cos, A., Calvo, C., y Nomdedeu, C. (ed.). *Obesidad. Manual Teórico-práctico*. 219-256. Madrid: Diaz de Santos.
- Brewis, A. (2003). Biocultural aspects of obesity in young Mexican school children. *American Journal of Human Biology*, 15 (3), 4446-460.
- Butler, J. (1990/1996). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault. En M. Lamas. (Cord.), *El Género La contrucción de la diferencia sexual* (pp. 303-326). México: Porrúa/PUEG.
- Burin, M., y Meler, I. (2000). *Varones: Género y Subjetividad Masculina*. Bueno Aires: Paidós.
- Cachelin, F. M., Phinney, J. S., Schug, R. A., and Striegel-Moore, R. H. (2006). Acculturation and Eating Disorders in a Mexican American Community Sample. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 340–347.
- Cafri, G. and Thompson, J. K. (2004). Measuring Male Body Image: A Review of the Current Methodology. *Psychology of Men & Masculinity*, 5 (1), 18-29.
- Calado, M., Lameiras, M., Rodríguez, Y., y Fernández, M. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International journal of clinical and health psychology*, 4(2), 357-370.
- Calañas, A., Martínez, P., y Vázquez, C. (2011). Obesidad en la infancia y adolescencia. En Vázquez, C. y Cos, A., Calvo, C., y Nomdedeu, C. (ed.). *Obesidad: Manual Teórico-práctico* (pp. 315-341). Madrid: Diaz de Santos.
- Carpio, C. y Bonilla, M. (2003). La Disputa Cuantitativo-Cualitativo en Ciencias Sociales: Un Falso Dilema. *Psicología Iberoamericana*, 11 (1), 11-19.

- Carrasco, D., Gómez, E., y Staforelli, A. (2009). Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 143-149.
- Cash, T. F., Morrow, J., Hrabosky, J. and Perry, A. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6). 1081–1089.
- Cash, T. F., y Smolak, L. (2011). *Body Image, second edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. New York: Guilford Press.
- CENSIDA. (2014). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de Sida Actualización al 30 de junio de 2014. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf
- Colunga, L. (2008). *Obesidad y Sedentarismo en Población Rural y Urbana (Tesis de Maestría)* Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Connell, R. (1995). *Masculinidades*. México: UNAM.
- Contreras, F., Esguerra, G., y Londoño, X. (2005). Hábitos y creencias relacionadas con la salud en un grupo de adolescentes escolarizados de Bogotá. *Diversitas*, 1(1), 88-95.
- Córdova-Villalobos, J. (2009). Sobre peso y obesidad, problemas de salud pública en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77, 421-422.
- Cortés, A., Romero, P., Hernández, R. y Hernández-Pozo, R. (2004). Estilos interactivos y desnutrición: sistema de observación para la detección de riesgo en el infante. *Psicología y Salud*, 14 (1), 57-66.

- Creswell, J. W. y Plano, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*.
- Cruz-Sánchez, M., Tuñon-Pablos, E., Villaseñor-Farías, M., ÁlvarezGordillo, G. y Nigh-Nielsen, R. (2012). Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9 (2), 1-22.
- Da Silva-Filho L., Rabelo-Leitao, A.C., Menezes-Cabral, R.L., y Knackfuss, M.I. (2008). Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Revista de salud pública*, 10 (4), 550-560.
- Dietz, W. y Gortmaker, S. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75, 807-812.
- Dolcini, M. y Adler, N. (1994). Perceived Competencies, Peer Group Affiliation, and Risk Behavior Among Early Adolescents. *Health Psychology*, 13 (6), 496-506.
- Dwyer, J. T. (1996). Nutrition: Essential Ingredient for Child Development. *Social policy report*, 10 (5), 23-25.
- ENA. (2008). *Encuesta nacional de adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ENA. (2012). *Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de alcohol*, México: INPRFM / Secretaría de Salud.
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud 2012, Resultados Nacionales*, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- FANTA. (2012). Tablas de IMC y Tablas de IMC Para la Edad, de niños(as) y adolescentes de 5 a 18 años de edad y Tablas de IMC para adultos(as) no embarazadas, no lactantes \geq 19 años de edad. Recuperado de <http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/fanta-bmi-charts-agosto2012-espanol.pdf>
- Fernández, J. (1996). *Sexo, Sexología y generología en varones y mujeres desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. Madrid: Piramide.
- Ferris, P., Kline, T., y Bourdage, J. (2012). He Said, She Said: Work, Biopsychosocial, and Lifestyle Contributions to Coronary Heart Disease Risk. *Health Psychology*, 31, 503-511. DOI: 10.1037/a0026394.
- Franco, K., Mancilla, J.M., Vázquez, R., Álvarez, G., y López, X. (2011). El papel del perfeccionismo en la insatisfacción corporal, la influencia sociocultural del modelo de delgadez y los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 829-840.
- Freedman, D. S., Horlick, M. y Berenson, G. S. (2013). A comparison of the Slaughter skinfold-thickness equations and BMI in predicting body fatness and cardiovascular disease risk factor levels in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98, 1417–1424.
- Froján, M. X. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? *Clínica y Salud*, 22 (3), 201-204.
- García, N. I. (2004). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de ambos sexos con y sin diabetes mellitus tipo 1. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- García-Rodríguez, J., García-Fariñas, A., Rodríguez-León, G., y Gálvez-González, A. (2010). Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*, 16, 891-896.

- Garner, D. y Garfinkel, P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Gayton, W. y Havu, G. (1977). A Comparison of the Bem Sex Role Inventory and the PRF ANDRO Scale. *Journal of Personality Assessment*, 41-6, 619-621.
- Golub, M., Gorman, K., Grantham-McGregor., S., Levitsky, D., Schürch, B., Strupp, B., y Wachs, T. (1996). A Reconceptualization of the Effects of Undernutrition on Children's Biological, Psychosocial, and Behavioral Development. *Social Policy Report*, 10 (5), 2, 25.
- Gómez, G., y Acosta, M.V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y salud*, 11, 35-58.
- Gutiérrez, T. y Villafaña, F. (2003). Instrumentos para la evaluación de los estilos de vida saludable: Actividad física y control del peso. En Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus (coords.), *Instrumentos de evaluación en Psicología de la salud*. Madrid: Alianza.
- Halberstam, J. (2008). *Masculinidad femenina*. Madrid: Egales.
- Hilgard, E. R., y Bower, G. H. (1949/1978). *Teorías del aprendizaje*. México: Trillas.
- Huerta, F. (2006). La deportivización del cuerpo: la globalización de las identidades genéricas masculinas. En Careaga, G. y Cruz, S. (Ed.), *Debate sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía* (pp. 221-233). México: UNAM.
- Johnson, M., Jones, G. y Brems, C. (1996). Concurrent Validity of the MMPI-2 Feminine Gender Role (GF) and Masculine Gender Role (GM) Scales. *Journal of Personality Assessment*, 66 (1), 153-168.

- Kantor, J. R. (1963/1990). *La evolución científica de la psicología*. México, D.F.: Trillas.
- Kantor, J. R. (1967/1980). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México, D.F.: Trillas.
- Kantor, J. R. (1975). *The Science of Pshychology*. Chicago: Principia Press.
- Kaufer-Horwitz, M., y Toussaint, G. (2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Medigraphic Artemisa*, 65, 502-518.
- Kendall, P. y Ford, J. (1988). Manejo cognoscitivo comportamental del stress como estrategia en medicina conductal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 55-70.
- Lamas, M. (1996). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lamke, L. (1982). Adjustment and Sex-Role Orientation in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 11 (3), 247-259.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y., y Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical of health psychology*, 3, 23-33.
- Lerdal, A., Moe, B., Digre, E., Harding, T., Kristensen, F., Grov, E.K., Bakken, L.N., Eklund, M.L., Ruud, I y Rossi, J.S. (2009). Stages of Change Continuous Measure (URICA-E2): psychometrics of a Norwegian version. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 193–202. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04842.x.
- Ley de Salud del Estado de Jalisco. (1986).

- Lopes, P. M. (2008). Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 551-563.
- Madrigal-Fritchl, H., Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Kearney, J., Gibney, M., y Martínez-Hernández, J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud pública de México*, 41 (6), 479-486.
- Marina, A. (2002). El rompecabezas de la sexualidad. Barcelona: Anagrama.
- Martínez-Munguía, C.E. (2006). Identidad Masculina de Adolescentes Varones y Hombres Jóvenes de la Zona Metropolitana de Guadalajara como Factor de Riesgo para la Salud. (Tesis de maestría). CEASS. Guadalajara, Jalisco. México.
- Meyer, A. M., Evenson, K. R., Couper, D. J., Stevens, J., Pereria, M. A., y Heiss, G. (2008). Television, physical activity, diet, and body weight status: the ARIC cohort. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (68), 1-14.
- Money, J. (1955). An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human Hermaphroditism. *Bolletín of the Johns Hopkins Hospital*, 97, 301-319.
- Mora, L., Muñoz, G., y Villarreal, C. (2001). La imagen corporal en adolescentes: expresión de los aprendizajes socioculturales adquiridos sobre el ser mujer. *Educación*, 25, 111-122.
- Moreno, R. (2004). La psicología interconductual en España: Orígenes y desarrollo. *Acta comportamental*, 12, 39-51.
- Mundo la Revista. (s/f). Recuperado de: <http://www.elmundo.es/larevista/num111/textos/jirafa1.html>

- Muth, J., y Cash, T. (1997). Body-image attitudes: what difference does gender make? *Journal of applied social psychology*, 27 (16), 1438-1452.
- Navarro-Contreras, G. y Reyes-Lagunes, I. (2005). Prácticas parentales e índice de masa corporal (imc) de niños(as) en edad preescolar y escolar. *Revista de psicología social y personalidad*, 21 (2), 191-205.
- NHANES. (s/f). Healthy weight, overweight, and obesity among U.S. adults. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/databriefs/adultweight.pdf>
- Nuño-Gutiérrez, B. L.; Celis-de la Rosa, A., y Unikel-Santoncini, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61 (4), 286-293.
- Nutbeam, D., Aar, L., y Catford, J. (1989). Understanding childrens' health behaviour: the implications for health promotion for young people. *Social Science & Medicine*, 29 (3), 317-225.
- OCDE. (2010). 30% el índice de obesidad en México. Recuperado de <http://www.oecd.org-/centrodemexico/medios/30elindiceobesidadenmexico.htm>.
- OMS. (2000). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para Todos en el Año 2000". España: OMS.
- OMS. (2015). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311, Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- OMS. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Pantoja, A. y Montijano, J. (2012). Estudio sobre hábitos de actividad física saludable en niños de Educación Primaria de Jaén capital. *Apunts. Educación Física y Deportes*, 107, 13-23. DOI: 10.5672/apunts.2014-0983.es.(2012/1).107.01
- Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18 (1), 18-24.
- Peña, T. (1999). Algunas insuficiencias del análisis experimental del comportamiento en la explicación del comportamiento humano. *Suma Psicológica*, 6, 21-74.
- Pérez-Gil, J. A., Martínez, R. J., y Moreno, R. (1994). Modelos de ecuaciones estructurales y de campo psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 20(2), 240-252.
- Pérez-Gil, S. E., Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud pública de México*, 52 (2). 111-118.
- Pikett, T. C., Lewis, R.J., y Cash, T.F. (2005). Men, muscles and body image: comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 217-222.
- Pons, X., y Gil, M. (2008). Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. *Acta colombiana de psicología*, 11, 97-106.
- RAE. (n.d.). Los ciudadanos y las ciudadanas, los niños y las niñas. Recuperado de <http://www.rae.es/consultas/los-ciudadanos-y-las-ciudadanas-los-ninos-y-las-ninas>
- Ramírez, J. (2005). *Madeiras entreveradas. Violencia masculinidad y poder*. México: Plaza y Valdés.

- Ramírez-López, M. G., Chávez-Navarro, M. L., y Zúñiga-Barba, A. C. (2009). Etapas de cambio comportamental en actividad física y sobrepeso en adolescentes. *Revista Médica del IMSS*, 47, 55-60.
- Ramos, P., Pérez, L., Liberal, S., y Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de psicodidáctica*, 15 (16), 1-9.
- Ramos, P., Rivera, F., y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal en jóvenes españoles. *Psicothema*, 22, 77-83.
- Redolar, D. (2011). *El Cerebro Estresado*. Barcelona: UOC.
- Reichert, F. (1999). Odorico da Pordenone and the European perception of Chinese beauty in the Middle Ages. *Journal of Medieval History*, 25 (4), 339–355.
- Reséndiz, A., Hernández, S., Sierra, M. y Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (2), 672-681.
- Ribes, E., y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta: Un análisis de campo y Paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990a). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología de la salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990c). Aptitudes sustitutivas y la planeación del comportamiento inteligente en las instituciones educativas. En E. Ribes (Ed). *Psicología General*. México; Trillas.

- Ribes, E. (1992). Factores Macro y Micro-sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 18, 39-55.
- Ribes, E. (1994). Conducta, juegos del lenguaje y criterios de validación del conocimiento. *Acta Comportamental*, 2 (1), 57-86.
- Ribes, E. (1994b). ¿Qué significa ser interconductista?. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 20 (2), 227-239.
- Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología?. *Suma Psicológica*, 11, 9-28.
- Ribes, E. (2006). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26 (3), 367-383.
- Ribes, E. (2008). *Psicología de la salud*. Un análisis conceptual. México: Trillas.
- Ribes, E. (2009). La personalidad como organización de los estilos interactivos. *Revista Mexicana de Psicología*, 26 (2), 145-161.
- Rivarola, M.F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, IV (7-8), 149-161.
- Rivera, J. A., Perichart, O., y Moreno, J. E. (2012). Determinantes de la obesidad: marco conceptual y evidencia científica. En Rivera, J. A., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., y Murayama (ed.), *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado* (pp. 45-77). México: UNAM.
- Roblin, L. (2007). Childhood obesity: food, nutrient, and eating-habit trends and influences. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32, 635–645. doi:10.1139/H07-046
- Roca, J. (2006). *Psicología*. Una introducción teórica. España: Documenta Universitaria.

- Rocha-Sánchez, T. E., y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21, 42-49.
- Rodríguez, A., Goñi, A., y Ruiz, S. (2006). Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. *Intervención Psicosocial*, 15, 81-94.
- Rodríguez, G., Gallego, S., Moreno, L.A., y Fleta, J. (2006). El índice de masa corporal, ¿predice adecuadamente el nivel de adiposidad y el riesgo cardiovascular en niños y adolescentes? *Acta pediátrica española*, 64 (10), 476-481.
- Rodríguez, G., Moreno, L.A., Blay, M.G., Blay, V.A., Fleta, J. Sarría, A. and Bueno, M. (2005). Body fat measurement in adolescents: comparison of skinfold thickness equations with dual-energy X-ray absorptiometry. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1158–1166.
- Rodríguez, J. (2008). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, J. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M. (1997). *La mujer Azteca*. México. UAEM.
- Rojas, M., y Aviña, G. (2009). Autoagresión corporal entre los jóvenes del occidente de México: psicopatología y cultura. *Revista latinoamericana de psicología fundamental*, 12 (4), 662-676.
- Rubin, G. (1975/1996). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En M. Lamas, *El Género: La construcción cultural de la diferencia del sexo* (pp. 35-96). México: Porrúa/PUEG.
- Rubio, M., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., y Blay, V. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y

- el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Revista Española de Obesidad*, 1, 7-48.
- Ryle, G. (1949/2005). *El Concepto de lo Mental*. Barcelona: Paidós.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez. *Reflexiones*, 87, 2, 67-80.
- Salvador, M., García-Galvez, C., y De la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control de peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and psychology*, 3 (2). 257-273.
- Sandoval-Montes, I., Romero-Velarde, E., Vásquez-Garibay, E., González-Rico, J.L., Martínez-Ramírez, H. R., Sánchez-Talamantes, E. y Troyo-Sanromán, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Revista Médica IMSS*, 48 (5), 485-490.
- Sapién, J. y Espinoza, R. (2003). Patrones y nociones de la salud de profesionales de medicina: una comparación entre géneros. *Psicología y ciencia Social*, 6, 22-33.
- Savater, F. (1997). *El valor de educar*. México: Instituto de Estudios Educativos y Sindicales de América.
- Schilder, P. (1935/1978). *The Image and Appearance of the Human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. London: K. Paul, Trench, Trubner & Co.

- Scott, J. (1986/1996). El Género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas, *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 265-302). México: Porrúa/PUEG.
- Sepulveda, A., Carrobles, J. A., y Gandarillas, A. M. (2010). Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (1), 364-375.
- Shontz, F. C., y McNish, R. D. (1972). The human body as stimulus object: estimates of distances between body landmarks. *Journal of Experimental Psychology*, 95, 20-24.
- Siberio, M.A., y García, M.D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de psicología*, 23 (1), 41-48.
- Stahl, T., Rütten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., Lüschen, G., Diaz, J., Vinck, J., y Zee, J. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle: results from an international study. *Social Science and Medicine*, 52 (1), 1-10.
- Stoller, J. (1968). *Sex and Gender: On the development of masculinity and femininity*. New York: Science House.
- Tashakkori, A. y Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology*. USA: SAGE.
- Tiesler, V. y Romano, A. (2008). El modelado del cráneo en Mesoamérica. *Arqueología mexicana*, XVI-94.
- Toro, J. (2013). *El adolescente ante su cuerpo. Cuerpo, vestido y sexo*. Madrid: Pirámide.
- Trujano, P., Nava, C., De gracia, M., Limón, G., Alatraste, A., y Merino, M. (2010). Trastorno de la imagen corporal: Un estudio con preadolescentes y reflexiones desde la perspectiva de género. *Anales de psicología*, 26 (2), 279-287.

- UNICEF. (2010). *Los derechos de la infancia y la adolescencia en México: una agenda para el presente*. México: UNICEF.
- Vacio, A. (2011). “Análisis experimental de la conducta alimentaria: evaluación de la influencia social en el consumo de adolescentes”. *Tesis doctoral*. Universidad de Guadalajara, México.
- Varela. J. (1998). Teoría de la conducta: extensiones sobre el desarrollo del comportamiento inteligente. *Acta Comportamental*, 6, 87-97.
- Vargas, L., y Casillas, L. (2008). Comer, beber, cuerpo y cosmovisión un viaje de ida y vuelta. *Anales de antropología*, 42, 87-115.
- Vázquez, F. (2000). Las corrientes educativas en la Grecia clásica desde la perspectiva del concepto postura. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 30, 89-116.
- Vázquez, C. y Cos, A. (2011). Diagnóstico y clasificación de la obesidad. En Vázquez, C. y Cos, A., Calvo, C., y Nomdedeu, C. (ed.). *Obesidad. Manual Teórico-práctico*. 1-12. Madrid: Diaz de Santos.
- Vázquez, S. E. y Mingone, B. (2008). La actividad física en los adolescentes: un valor para crecer y vivir sanos. En Mingote, C. y Requeta, M. (ed.), *El malestar de los jóvenes: contextos, raíces y experiencias* (pp. 385-418). España: Diaz de Santos.
- Vázquez, R., Saucedo, I., Ocampo, M., López, X., Mancilla, J., y Álvarez, G. (2010). Psychometric Properties of the Eating Attitudes Test for men. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, 39-46.
- West, C., & Zimmerman, D. (1999). Haciendo Género. En M. Navarro, & C. Stimpson, *Sexualidad, Género y Roles Sexuales* (pp. 112). Buenos Aires: FCE.
- WHO. (1986). Life-styles and Health. *Social Science & Medicine*, 22, 117-124.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1990). *Measuring sex stereotypes: A multination study*. Newbury Park: Sage Publications.

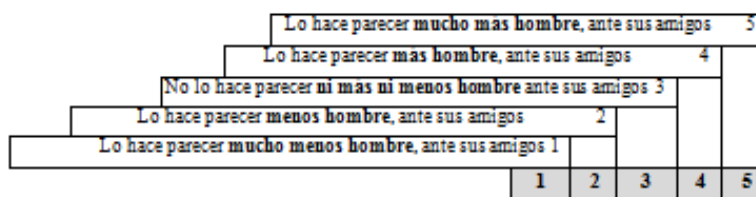
Yanover, T., y Thompson, J. K. (2009). Assessment of Body Image in Children and Adolescents. En Thompson y Smolak (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. (2nd ed), 261-279. Washington, DC: American Psychological Association, xiii, 389.

7 ANEXOS

Anexo I Generímetro

A continuación vamos a describir una serie de cosas que un adolescente de tu comunidad puede hacer. Nos gustaría que nos ayudaras, clasificando cada acción en una escala del 1 al 5 de acuerdo a si esa acción lo hace ser o parecer más hombre o menos hombre ante sus amigos.

Tacha el cuadro que corresponda, con una X
(Por favor selecciona sólo una opción en cada renglón, gracias)



	1	2	3	4	5
1 Tenerle miedo a una rata	1	2	3	4	5
2 Fumar	1	2	3	4	5
3 Tener mucha experiencia sexual	1	2	3	4	5
4 Ser decidido	1	2	3	4	5
5 Acompañar a su mamá al mercado	1	2	3	4	5
6 Tomar cerveza o tequila	1	2	3	4	5
7 Salir de casa sin avisar o pedir permiso	1	2	3	4	5
8 Cuidar mucho su arreglo personal	1	2	3	4	5
9 Ser indeciso	1	2	3	4	5
10 Haber tenido un encuentro erótico con una compañera	1	2	3	4	5
11 Ser cariñoso	1	2	3	4	5
12 Ser muy aplicado en la escuela	1	2	3	4	5
13 Consumir sustancias prohibidas (drogas)	1	2	3	4	5
14 Que su pareja lo mantenga	1	2	3	4	5
15 Ser líder estudiantil	1	2	3	4	5
16 Tener una novia en la escuela y otra en la colonia	1	2	3	4	5
17 Ver material pornográfico (películas, revistas, Internet, etc.)	1	2	3	4	5
18 Rechazar la invitación de una amiga para tener un "faje" con ella	1	2	3	4	5
19 Cocinar	1	2	3	4	5
20 Ser recatado	1	2	3	4	5
21 Tener el pene muy grande	1	2	3	4	5
22 Ser responsable	1	2	3	4	5
23 Usar el cabello largo	1	2	3	4	5
24 Lavar los platos después de comer	1	2	3	4	5
25 Ser valiente	1	2	3	4	5
26 Aventarse del "Bongi"	1	2	3	4	5
27 Ser fuerte	1	2	3	4	5
28 No tener experiencias sexuales (ser "virgen")	1	2	3	4	5
29 Ser delicado	1	2	3	4	5
30 Tener juegos sexuales con un amigo	1	2	3	4	5
31 Ser independiente	1	2	3	4	5
32 Invitar a salir a su novia (pagándole)	1	2	3	4	5
33 Masturbarse ("Jalársela")	1	2	3	4	5
34 Demostrar abiertamente el afecto a sus amigos	1	2	3	4	5
35 Reñir frecuentemente	1	2	3	4	5

Anexo II MBSRQ

MBSRQ REDUCIDO Y ADAPTADO

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Por favor indique su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo. Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones. Cruce con una X el número en la casilla que se encuentra a la derecha de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero posible.

	Totalmente de acuerdo				
	Bastante de acuerdo				5
	Indiferente			4	
	Bastante en desacuerdo 2		3		
	Totalmente en desacuerdo 1				
1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto	1	2	3	4	5
2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física	1	2	3	4	5
3. Para mí es importante tener mucha fuerza	1	2	3	4	5
4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo	1	2	3	4	5
5. No hago ejercicio regularmente	1	2	3	4	5
6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física	1	2	3	4	5
7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a	1	2	3	4	5
8. Me gusta mi aspecto tal y como es	1	2	3	4	5
9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo	1	2	3	4	5
10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme	1	2	3	4	5
11. Tengo una buena capacidad de resistencia física	1	2	3	4	5
12. Participar en deportes no es importante para mí	1	2	3	4	5
13. No hago cosas que me mantengan en forma	1	2	3	4	5
14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí	1	2	3	4	5
15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños	1	2	3	4	5
16. Casi todo el mundo me considera guapo/a	1	2	3	4	5
17. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno	1	2	3	4	5
18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas	1	2	3	4	5
19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida	1	2	3	4	5
20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física	1	2	3	4	5
21. Raramente estoy enfermo	1	2	3	4	5
22. A menudo leo libros y revistas de salud	1	2	3	4	5
23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa	1	2	3	4	5
24. No soy bueno en deportes o juegos	1	2	3	4	5
25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas	1	2	3	4	5
26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física	1	2	3	4	5
27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada	1	2	3	4	5
28. Me gusta cómo me sienta la ropa	1	2	3	4	5
29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo	1	2	3	4	5
30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas	1	2	3	4	5
31. Trato de estar físicamente activo	1	2	3	4	5
32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo	1	2	3	4	5
33. Nunca pienso en mi aspecto	1	2	3	4	5
34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico	1	2	3	4	5
35. Me muevo de forma armónica y coordinada	1	2	3	4	5
36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente	1	2	3	4	5
37. Hago deporte regularmente a lo largo del año	1	2	3	4	5
38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud	1	2	3	4	5
39. Al primer signo de enfermedad voy al médico	1	2	3	4	5

Anexo II MBSRQ (Continuación)

Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación:

1. Muy insatisfecho /a
2. Bastante insatisfecho/a
3. Punto medio
4. Bastante satisfecho/a
5. Muysatisfecho/a

40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies)	1	2	3	4	5
41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago)	1	2	3	4	5
42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos)	1	2	3	4	5
43. Tono muscular	1	2	3	4	5
44. Peso	1	2	3	4	5

Anexo III EAT-40

Test de Actitudes Alimentarias, EAT-40 (versión castellana, Castro y cols.; 1991)

Instrucciones: Responde marcando con una X la respuesta que consideres más adecuada a tu caso. Es muy importante que contestes todas las preguntas. Gracias por tu colaboración.	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALCUNAS VECES	BASTANTE RAREAS	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comidas para otros pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupó mucho por la comida.						
7. Me he «atracado» de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.						
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (pan, arroz, papas).						
11. Me siento lleno/a después de las comidas.						
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto temprano por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que las otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes).						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de "light".						
31. Tengo la sensación de que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo durante las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida.						
35. Tengo estreñimiento.						
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.						
37. Me comprometo a hacer dieta.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						

Anexo IV URICA-E2

Escala de evaluación del cambio para el ejercicio físico

Instrucciones: Por favor, utiliza la siguiente definición de ejercicio cuando contestes a estas preguntas: **Ejercicio regular** es cualquier actividad física realizada para mejorar la forma física (aeróbic, jogging, bicicleta, natación...). Esta actividad debería desarrollarse de 3 a 5 veces por semana en sesiones de 20 a 60 minutos. El ejercicio no tiene que ser agotador para ser efectivo, pero debería realizarse con la suficiente intensidad para que provoque un aumento del ritmo respiratorio y sudoración.

Por favor, utiliza la siguiente escala para indicar en qué medida estás o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente de acuerdo 5				
	De acuerdo 4				
	Indeciso 3				
	En desacuerdo 2				
	Totalmente en desacuerdo 1				
1. Por lo que a mí respecta no necesito hacer ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5
2. He estado realizando ejercicio regularmente durante mucho tiempo y pienso continuar haciéndolo.	1	2	3	4	5
3. No hago ejercicio y por el momento no me importa.	1	2	3	4	5
4. Suelo hacer ejercicio con regularidad.	1	2	3	4	5
5. He estado realizando ejercicio regularmente con éxito y pienso continuar haciéndolo.	1	2	3	4	5
6. Estoy satisfecho de ser una persona sedentaria.	1	2	3	4	5
7. He estado pensando que me gustaría empezar a hacer ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5
8. He empezado a realizar ejercicio regularmente en los últimos 6 meses.	1	2	3	4	5
9. Podría realizar ejercicio regularmente pero no tengo intención de hacerlo.	1	2	3	4	5
10. Recientemente he empezado a hacer ejercicio con regularidad.	1	2	3	4	5
11. Por ahora no tengo el tiempo ni las ganas necesarias para realizar ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5
12. He empezado a hacer ejercicio regularmente y pienso continuar.	1	2	3	4	5
13. He estado pensando si sería capaz de hacer ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5
14. He fijado un día y una hora para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas.	1	2	3	4	5
15. Me las he arreglado para mantenerme haciendo ejercicio regularmente los últimos 6 meses.	1	2	3	4	5
16. He estado pensando que podría empezar a hacer ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5
17. Me he puesto de acuerdo con un amigo para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas.	1	2	3	4	5
18. He completado 6 meses de ejercicio regular.	1	2	3	4	5
19. Sé que el ejercicio regular es valioso, pero no tengo tiempo para ello por ahora.	1	2	3	4	5
20. He estado llamando a amigos para encontrar a alguno con quien empezar a hacer ejercicio en las próximas semanas.	1	2	3	4	5
21. Pienso que el ejercicio regular es bueno, pero por ahora no puedo encontrar tiempo en mi agenda.	1	2	3	4	5
22. Realmente pienso que debería esforzarme en empezar a hacer un programa de ejercicio regular en los próximos 6 meses.	1	2	3	4	5
23. Me estoy preparando para empezar a hacer ejercicio regular en grupo en las próximas semanas.	1	2	3	4	5
24. Soy consciente de la importancia del ejercicio regular pero por el momento no puedo hacerlo.	1	2	3	4	5