

22
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



DIFERENCIA QUE EXISTE ENTRE LA
AUTOPERCEPCION DE LA IMAGEN CORPORAL
ENTRE NIÑAS DE NIVEL SOCIOECONOMICO
MEDIO Y BAJO DE PRIMARIA Y SECUNDARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
AVILA GARCIA LETICIA
LOZANO RODRIGUEZ MARIA VERONICA
ORTIZ ORTIZ LETICIA GUADALUPE

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ATJ

QUE ACEPTAS SER UNA RAZON
ESENCIAL EN LA VIDA DE LA
SOMANIDAD QUE LUCHAS Y
BASICAS ACTIVAMENTE ENTENDER
Y HACER CRECER TU POTENCIAL Y
TUS COMPROMISOS VITALES. Y
QUE EN ESTOS MOMENTOS DE
TRANSICION Y DE CRISIS,
PARTICIPAS EN EL CAMBIO,
MANIFESTANDOTE
TRANSCENDIENDO CON LO MEJOR
DE TI 'SER'.

ATJ

QUE NO ACEPTAS SER INFERIOR,
DEPENDIENTE. PASIVO
CONFORMISTA. SINO QUE
ACTIVAS PIENSAS Y DECIDES POR
TU MISMO. ORIENTANDO TU
LIBERTAD HACIA FORMAR Y
TRANSFORMAR EL MEDIO. EN
DONDE CRECE Y VIVE EL 'SER
SOMANO'.

ATJ

QUE ACEPTAS EL COMPROMISO
CON TU PROPIA EXISTENCIA. TU
MOMENTO HISTORICO. CAPAZ DE
MANTENER UNA BASTIENDA
INTERIOR. QUE TE PERMITA UN
CRECIMIENTO Y RESPETO
PROFUNDO CONTIGO MISMO. CON
TU ESENCIA. TUS VALORES. TUS
SENTIMIENTOS Y CON TUS
SEMEJANTES.

QUE APRENDES A GOZAR Y A
ENRIQUECERTE A TRAVES DE UN
AMOR SINCERAMENTE RESPETUOSO.
LIBRE. AUTENTICO Y UNICO.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la máxima casa de estudios la *Universidad Nacional Autónoma de México* por permitirnos ser parte de ella.

A nuestros profesores por su dedicación y enseñanza.

Agradecemos especialmente a la *Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré* por su asesoramiento, paciencia y por haber compartido con nosotras su experiencia al dirigir esta tesis.

Al *Lic. Enrique Avila Angulo* por su valiosa e inmejorable ayuda que nos proporciono para la realización de la parte estadística.

Al Sr. Jurado:

Mtra. Lucy Reidl Martínez
Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Mtro. Jorge Pérez Espinosa
Mtro. Sotero Moreno Camacho
Lic. Lilia Joya Laureano

Agradecemos el apoyo recibido por fundación *UNAM* para la realización de este trabajo.

Al personal administrativo: *María Benitez, Rosa Mendoza* y *Ma. Luisa*, por la ayuda brindada durante el tiempo de realización de este trabajo.

**A MI QUERIDO PADRE Y
HERMANOS.**

**Por su cariño y apoyo que siempre me han
brindado.**

A MI MADRE.

**Que siempre viva en mi memoria como una
mujer excepcional y unica.**

VERONICA

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar a la culminación de uno de mis sueños acompañada de los seres que más quiero: mis Padres y Hermanos.

A mis hermanos Oscar, Gabriela, Juan, Alberto, Erika, Luis, Monica, Sergio, Dulce y Viviana por los momentos agradables que compartimos y por su gran apoyo. A mis sobrinos Oscar, Luis, Laura y Fernanda.

A todas las personas que me brindaron su apoyo y confianza durante estos años Gracias.

DEDICATORIA

A mis Padres con gran amor y agradecimiento por su dedicación y esfuerzo de tantos años.

A ti Papá porque sin tu apoyo no hubiera sido posible esta meta. gracias por tu amor y tus palabras de aliento.

A ti Mamá por tu sacrificio y apoyo que me brindaste en todo momento para que fuera posible el logro de esta meta.

Gracias a ustedes conoci la alegría de vivir en familia , me enseñaron a luchar por lo que se desea, aprendí el valor de las cosas lo bueno y bello que la vida nos ofrece.

LETICIA

AGRADEZCO:

A DIOS:

Por darme la vida y por su fuerza espiritual.

A MI MADRE

A ti mamita Laura por tu cariño y apoyo que me ha acompañado a lo largo de mis estudios para poder lograr una de nuestras metas más preciadas. Gracias por estar conmigo en todos los momentos de mi vida. Te amo infinitamente.

A MI FAMILIA

Hermanos: Claudia, J. Carlos, Carla, Alberto y Brenda.

Abuelos: Sofía y Juan.

Tíos: Lulú, Mary, Rosy, Susana, Estela, Vero, Leonardo, Cruz, Enrique, Roberto y Mario.

A mis primos y demás familiares.

Mil gracias por su amor incondicional que siempre me han brindado.

A MIS PROFESORES:

Por su dedicación hacen posible el desarrollo y superación de personas tan valiosas...

AMJ FACULTAD
Por permitirme formarme en sus aulas.

A MIS AMIGOS:
Quienes saben valorar el significado de la verdadera amistad.

A todas las personas que participaron de alguna u otra forma en la elaboración de este trabajo, pues, no hay tarea humana que sea producto de un solo individuo. Mi agradecimiento sincero a todas ellas.

LETICIA A. G.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO 1 ANTECEDENTES TEORICO-PRÁCTICOS.....	5
CAPITULO 2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
2. 1 Anorexia nervosa.....	11
2. 2 Bulimia nervosa.....	13
2. 3 Obesidad.....	15
2. 4 Prevalencia por sexos.....	17
2. 5 Imagen corporal.....	17
2. 6 Clasificación de tipos físicos.....	19
2. 7 El atractivo físico y el consenso social.....	21
2. 8 La forma del cuerpo.....	22
2. 9 Delgadez femenina.....	22
2.10 Auto percepción.....	23
2.11 El error fundamental de atribución.....	25
CAPITULO 3 INFANCIA Y ADOLESCENCIA	
3. 1 Crecimiento durante la niñez.....	28
3. 2 Los años escolares.....	29
3. 3 Desarrollo físico.....	29
3. 4 Importancia de la autoimagen y autoconciencia.....	30
3. 5 Teoría del desarrollo.....	31
3. 6 Definición de adolescencia.....	32
3. 7 Cambios biológicos.....	33
3. 8 Los efectos psicológicos de la pubertad.....	35
3. 9 La vivencia afectiva y la propia imagen.....	38
3.10 Aspectos integradores: la identidad.....	38
3.11 Aspectos descriptivos y evaluativos.....	39
3.12 Nivel socioeconómico.....	40
3.13 Las imágenes mentales.....	41
3.14 Teorías de la adolescencia.....	42
3.15 La interpretación cognoscitiva.....	44
3.16 Generalidades de la interpretación cognoscitiva....	44

CAPITULO 4 AUTOPERCEPCIÓN E IMAGEN CORPORAL	
4. 1 Percepción social.....	47
4. 2 Formación de impresiones.....	48
4. 3 Percepción interpersonal.....	49
4. 4 Percepción Personal.....	50
4. 5 Rasgos físicos.....	52
4. 6 Belleza física.....	52
4. 7 Desarrollo de la imagen corporal.....	53
4. 8 Desarrollo de la imagen corporal en la pubertad...	54
4. 9 Esquema corporal.....	56
4.10 El concepto de sí mismo	58
4.11 El contexto social del concepto de sí mismo.....	58
4.12 Autoimagen.....	58
4.13 Autopercepción de la imagen corporal.....	61
4.14 Autoconcepto.....	62
CAPITULO 5 MÉTODO	
5. 1 Propósito del estudio.....	65
5. 2 Objetivos.....	65
5. 3 Planteamiento del problema.....	65
5. 4 Definición de variables.....	65
5.4.1 Variable independiente.....	65
5.4.1.1. Definición conceptual.....	65
5.4.1.2. Definición operacional.....	66
5.4.2 Variable dependiente.....	66
5.4.2.1 Definición conceptual.....	66
5.4.2.2 Definición operacional	66
5. 5 Control de variables.....	67
5. 6 Diseño.....	67
5. 7 Muestra.....	67
5. 8 Instrumento.....	69
5.8.1 Descripción del instrumento.....	69
5.8.1.1 Área Sociodemográfica.....	69
5.8.1.2 Medidas Antropométricas.....	69
5.8.1.3 Imagen Corporal	69
5.8.1.4 Autoatribución	71
5.8.1.5 Procedimiento.....	72

CAPITULO 6 RESULTADOS	
6. 1 Área sociodemográfica.....	74
6. 2 Medidas antropométricas.....	74
6.2.1 Índice de masa corporal estimado.....	74
6.2.1.1 Estatura estimada.....	74
6.2.1.2 Peso estimado.....	74
6.2.1.3 Índice de masa corporal estimado.....	74
6.2.2. Índice de masa corporal real.....	75
6.2.2.1 Estatura real.....	75
6.2.2.2 Peso real.....	75
6.2.2.3 Índice de masa corporal real.....	75
6. 3 Imagen corporal	76
6.3.1 Auto percepción.....	76
6.3.1.1 Auto percepción del peso corporal....	76
6.3.2 Satisfacción/insatisfacción de imagen corporal.....	77
6.3.2.1 Elección de figura ideal.....	77
6.3.2.2 Elección de figura actual.....	79
6.3.2.3 Diferencia fig. actual-fig. ideal.....	79
6.3.3 Percepción de los otros.....	80
6.3.3.1 Percepción de amigos.....	80
6.3.3.2 Percepción de padres.....	81
6.3.4 Autoevaluación de partes corporales.....	81
6.3.5 Preocupación por el peso.....	83
6.3.6 Peso deseado.....	84
6.3.7 Actitud hacia la delgadez/obesidad.....	84
6. 4 Autoatribución.....	85
6.4.1 Factor 1 "Habilidades escolares".....	85
6.4.2 Factor 2 "Habilidades sociales".....	86
6.4.3 Factor 3 "Conductas negativas".....	87
CAPITULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	90
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	99
REFERENCIAS.....	101
ANEXO (CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD).....	112

RESUMEN

El propósito de la presente investigación* fue determinar la diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria; así como determinar una posible relación con la autoatribución, para tal efecto se mantuvo constante el sexo femenino y la edad (9-15 años). Se trabajó con una muestra no probabilística de carácter intencional N=400 sujetos que a su vez se dividió en cuatro subgrupos de n=100 sujetos. Se les aplicó un cuestionario de alimentación y salud (XX) que consta de 46 reactivos, de los cuales se utilizaron únicamente 16. Las variables que se midieron fueron el nivel socioeconómico (variable independiente) y la autopercepción de la imagen corporal (variable dependiente). De acuerdo con los resultados encontrados no hubo diferencias por nivel socioeconómico (escuelas públicas privadas) en la autopercepción de la imagen corporal, excepto en percepción de las partes corporales en donde las niñas de escuelas privadas autopercebían más grandes dichas partes en comparación con las niñas de escuelas públicas. En cuanto al nivel escolar (primaria y secundaria) se encontró diferencia en la autopercepción de la imagen corporal de las niñas de primaria quienes: se percibieron más delgadas, y mostraron una actitud más favorable hacia la delgadez y expresaron mayor preocupación por su peso corporal a diferencia de las niñas de secundaria. Por otra parte no existió asociación entre la autoatribución con la imagen corporal, mostrando únicamente una tendencia de las niñas de secundarias públicas a percibirse con un mayor número de atributos conductuales negativos. Se concluyó que no existió influencia del nivel socioeconómico sobre las variables de imagen corporal, y que las niñas de primaria empiezan a preocuparse por tener un cuerpo delgado.

*La presente investigación forma parte de una investigación mayor: "Alteraciones de la Nutrición y Desórdenes del Comer: una Aportación Biopsicosocial en la Promoción de la Salud". Proyecto de Investigación (IN301695PS) aprobado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT); bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.

INTRODUCCIÓN

La alimentación constituye una de las necesidades y actividades esenciales para la salud, bienestar y para el mantenimiento de la vida misma. Sin embargo también constituye una de las fuentes más importantes de estresantes y de insatisfacción.

En una sociedad en donde los medios de comunicación nos invaden de mensajes, en la que el ideal es verse muy delgada esto conlleva a que se presenten desórdenes de la alimentación.

De esta manera el hombre crea conscientemente normas y leyes de conducta con las que protege al organismo social aunque sea en contra, si es necesario, de los imperativos bioológicos individuales. Es a partir de esto que, surge una relación interdependiente entre la enfermedad y su entorno social que constituye, de acuerdo con la aproximación sociocultural, uno de los elementos teóricos para la comprensión de los desórdenes del comer.

En años recientes ha habido un creciente interés en estudiar la manera como el ambiente puede afectar al ser humano. La salud del niño y particularmente su crecimiento y desarrollo han sido tópicos de mayor interés para las instituciones que tienen que ver con las políticas sociales y económicas, y como resultado de ello se han realizado investigaciones enfocadas a los aspectos epidemiológicos, etiológicos y de riesgo para contraer algún desorden alimentario: anorexia nervosa, bulimia nerviosa y obesidad.

Debe señalarse sin embargo, que en el campo de la Psicología son pocas las investigaciones que se han realizado en esta área y que establezcan la relación entre desórdenes del comer y factores de la imagen corporal.

De aquí que en la presente investigación nos hallamos propuesto conocer la relación que existe entre la autopercepción de la imagen corporal en las preadolescentes y su relación con el nivel socioeconómico.

Este trabajo consta de siete capítulos; en el primero se abordan algunas investigaciones teórico prácticas más recientes relacionadas con la percepción de la imagen corporal; en el capítulo dos se hace una reseña histórica de los trastornos de la alimentación como son anorexia nervosa, bulimia y obesidad, en el tercer capítulo se tratan aspectos generales del desarrollo humano desde la infancia hasta la adolescencia, mientras que en el capítulo cuarto se señalan los conceptos de autopercepción e imagen corporal. En el quinto capítulo se describe la metodología, en el sexto y séptimo capítulos se presentan los resultados encontrados en la investigación y se exponen la discusión y conclusión.

CAPITULO 1

1 ANTECEDENTES TEÓRICO PRACTICO

La alimentación representa en el ser humano una respuesta altamente condicionada por factores biológicos, psicológicos y culturales, (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Se encuentra bien documentado que el problema de distorsión de la imagen corporal se relaciona con desórdenes del comer. Incluso hay sugerencias de una relación causal entre estas variables (Thompson, 1990).

En los primeros estudios se proponía que la distorsión de la imagen corporal podía obedecer a deficiencias sensoriales o deficiencias relacionadas con aspectos personales (Orbach, Traub & Olson, 1966; Gardner, Martínez & Sandoval, 1987; Schontz, 1974; Crisp & Kalucy, 1974; Button, Fransella & Slade, 1977).

Otros resultados mostraban que las diferencias en percepción no podían atribuirse a factores sensoriales sino que eran respuestas alteradas influenciadas por variables relacionadas con personalidad, motivación y actitudes.

En otra investigación, y con respecto a la edad, se encontró que se relaciona con ideales de diferentes partes del cuerpo (Cohn, Adler, Irwin, Millstein, Kegeles & Stone, 1987) que a medida que se incrementa la edad, la definición de ideal se vuelve más delgada. Esto sugiere que hay una presión creciente para la delgadez en las poblaciones relativamente más grandes.

También con la edad se ha encontrado que en la pospubescencia femenina ocurren con mayor frecuencia los desordenes alimentarios (Slade & Russell, 1973) y que la anorexia nervosa es relativamente rara en las niñas prepúberes . Se han hecho supuestos con respecto a que la preocupación con la forma y apariencia del cuerpo se relacionan o se encuentran en función de la edad y que esta "obsesión" con el peso y tamaño del cuerpo se establece firmemente durante la adolescencia.

El estereotipo de que la mujer con un físico delgado es la más socialmente deseable contribuye a las presiones de delgadez entre las mujeres (Garner, Garfinkel, Stances & Moldofsky, 1976; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

Diferentes investigaciones han encontrado que la mujer de diferentes grupos etarios manifiesta una tendencia, adición u obsesión, por un grado de delgadez inalcanzable, ya que un buen número de ellas difícilmente acepta - independientemente del tamaño y peso real- estar suficientemente delgadas, aun niñas de 10 años responden, "estar o sentirse gordas, querer bajar de peso, estar insatisfechas con su figura, o con diferentes partes de su cuerpo, temor a subir de peso, y preocupación exagerada por el cuerpo, y por la comida (Gardner, Martínez, Espinoza & Gallegos, 1988 & Stunkard, 1984).

Entre las variables sociodemográficas y socioculturales relacionadas con desórdenes del comer se encuentra el predominio del sexo femenino; niveles socioeconómicos medios altos y altos.

Por ejemplo, se ha encontrado una relación inversa entre obesidad y clase social; porcentajes más altos de Anorexia Nervosa en escuelas privadas que en las públicas (Bowen, Tomoyasu & Cauce, 1991; Crisp, 1976).

La incidencia de los desórdenes en la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak y Crago, 1987).

A través del proceso de socialización, los rasgos físicos convertidos en rasgos de personalidad y en valores, se asumen como patrones definitorios de los demás y de uno mismo. Tales prejuicios pueden encontrarse incluso en edades muy tempranas y ponen de manifiesto que la estigmatización de la gordura está presente desde la infancia (Rodin, 1989).

Por otra parte, se ha investigado que la obesidad en la niñez no suele

ser un trastorno benigno, a pesar de las creencias populares de que los niños con sobrepeso "superan" su estado. Cuanto mayor tiempo han tenido el sobrepeso, más probable es que continúe su estado hasta la adolescencia y la vida adulta; hacia los 6 años de edad y después, no suele desaparecer espontáneamente el sobrepeso o la obesidad (Krause, 1995).

La experiencia clínica sugiere que muchos de los niños que son objeto de reproches provenientes de progenitores y pares por tener figura de gordos, están encerrados ya o pronto lo estarán en un círculo vicioso de rechazo, aislamiento y menosprecio adicional, es así como correr el riesgo de quedar atrapado en un sistema que los castiga por ser obesos y que al hacerlo aumenta la probabilidad de que continúen siéndolo (Schumaker, 1985).

De acuerdo con lo anterior, existe una cierta preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir como consecuencia de su propia obesidad, los niños y adolescentes que tienen sobrepeso. En el marco de la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día a potenciar el modelo de delgadez como uno de los signos externos de aceptación; la inteligencia, destreza, éxito tanto a nivel escolar o de interacción social son cualidades atribuidas a las personas con menor peso que a las personas con sobrepeso. Estudios recientes se han centrado en investigar la pérdida de autoestima, principalmente en los adolescentes, debido a la discriminación recibida por parte de profesores, compañeros y familia (Saldaña, 1994).

Con respecto a otros trastornos de la alimentación, se encuentran las investigaciones que indican, que la incidencia de la anorexia nervosa en niños no ha sido aún detectada, sin embargo, lo que sí se ha identificado es que este síndrome por regla general comienza poco después de la pubertad. Esto se apoya en el hecho de que en esta edad comienza a haber una mayor preocupación por la figura, principalmente debido a los cambios corporales y distribución de la grasa características de esta etapa. Estas modificaciones

provocan en las niñas y adolescentes una mayor atención con respecto a la comida y todo lo relacionado con ellas (Koff & Rierdan, 1993).

Los niños y adolescentes que manifiestan una mayor prevalencia de este trastorno son aquellas cuyas carreras o actividades extraescolares requieren esbeltez o delgadez (bailarinas y actrices) o bien en los varones que participan en competencias atléticas que exigen un control constante del peso (yoguis, corredores, luchadores, fisicoculturistas) (Ekwall, 1993).

Bruch (1973), propone que la anorexia nervosa y la obesidad temprana están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna; ella postula que estos individuos no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables.

El porcentaje de niños obesos que se convierten en adultos obesos incrementa con la edad, siendo el 60% de los niños con sobrepeso los que se convierten en adolescentes obesos (Peckhan, Stark y Muynihim, 1985) y del 75 al 80% de los niños obesos de 9 a 13 años los que pueden llegar a ser adultos obesos (Abraham y Nordsieck, 1960; Abraham, Collins y Nordsieck, 1971).

Algunos de los estudios epidemiológicos realizados para determinar la magnitud del problema que entre el 5 y 30% de la población infantil y adolescente tienen sobrepeso (Brownell y Stunkard, 1983); otros, señalan que estas cifras oscilan entre 2% y 40% (Le Bow, 1986). Estas diferencias de estimación, vienen determinadas por los criterios empleados para definir la obesidad.

En algunos países como es el caso de Barcelona indican que la obesidad se da entre un 9.6% (Valtrueño, 1977) y un 27.9% (Alonso, Pàmies, Segovia, Arnedo, Dènia & Orti, 1984) en niños de 6 a 14 años. También en los Estados Unidos de Norteamérica se estima que entre el 5% y el 25% de los

niños adolescentes, respectivamente son afectados por un desorden nutricional (Dietz, 1983).

CAPITULO 2

2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La conducta alimentaria tiene gran relevancia, ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Dicha conducta va a cobrar más valor si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; como son los psicológicos, sociales y culturales, en los cuales intervienen aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente generadora de desórdenes del comer.

Dentro del campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran tres entidades principales: anorexia nervosa, bulimia y obesidad, las que a continuación se describen brevemente.

2.1 ANOREXIA NERVOSA

Datan de la Edad Media los primeros relatos de una enfermedad misteriosa, que trasforma a la persona que la padece y que se caracteriza por una gran pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta. La primera descripción clínica de la anorexia nerviosa se le atribuye a R. Morton data del año 1694.

Fue Sir William Gull quien en 1874 acuñó el nombre de anorexia nervosa; Gull destaca, entre otras cosas, su típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención especializada (Rausch & Bat, 1990).

Lasègue(1853) describió el cuadro como Anorexia Histórica que ilustra especialmente bien las distorsiones cognoscitivas, negación y trastorno de la imagen corporal.

A partir de 1940 resurgieron las teorías de la causalidad

psicológicas, muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos que tiñeron el pensamiento psiquiátrico durante varias décadas. Estos aseguraban que la anorexia nervosa simbolizaba el repudio de la sexualidad, con predominancias de fantasías de embarazo oral. En los últimos 40 años, la anorexia nervosa adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas. La contribución de mayor influencia, desde el punto de vista de la psicopatología individual, surge de los escritos de Hilde Bruch que se iniciaron hace más de tres décadas. Ella destacaba el trastorno de la imagen corporal y un defecto en la interpretación de los estímulos corporales, tales como los signos de necesidad nutricional.

Crisp, Hsu, Harding & Hartshan (1980) proponen la teoría que vincula aspectos psicológicos y biológicos. Según estos autores la evitación de alimentos con hidratos de carbono y la consiguiente pérdida de peso llevan a interferir en la regulación que hace el sistema nervioso central de la menstruación, y así a una forma de regresión que elude los conflictos del crecimiento, la independencia personal y la sexualidad (Rausch & Bat, 1990).

La anorexia nervosa es un trastorno complejo: su génesis y mantenimiento juegan un papel importante, la interacción de diversos factores, tales como: genéticos, psicológicos, cognoscitivos, socioculturales, etc., siendo los síntomas más evidentes la pérdida de peso debida a un ayuno drástico y, en mujeres la amenorrea. Además el intenso miedo a aumentar de peso, la alteración de la imagen corporal, la práctica de dietas altamente restrictivas y el rechazo al reconocimiento de la existencia de una enfermedad son otros de los componentes más comunes a los pacientes anoréxicos.

La anorexia nerviosa es un trastorno que afecta básicamente a las mujeres, sobretodo jóvenes adolescentes, de nivel socioeconómico medio alto y alto, aunque también se da en una pequeña proporción entre chicos, aproximadamente un varón por cada once mujeres, en la fase puberal o prepuberal (Saldaña, 1994).

Las mujeres suelen percibirse obesas sin serlo, con mucho más frecuencia que los varones. Generalmente muestran gran confusión respecto de lo que significa una silueta normal (Brodie & Slade, 1988).

Un porcentaje elevado de los sujetos tanto chicas como chicos, habían tenido sobrepeso o eran obesos en el período anterior al desarrollo del trastorno, siendo además la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años. Los datos epidemiológicos de otros países indican que la anorexia se da en una de cada 250 a 300 jóvenes de las edades anteriormente citadas (Hsu, 1990; Toro y Vilardell, 1987).

2.2 BULIMIA

La conducta de atracones alimentarios exagerados, seguida de sensaciones variables, generalmente de placer y de vómitos autoinducidos para seguir comiendo luego, nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocada por la literatura, el cine y otras artes. Esto sucedía en las clases sociales altas y era señal de poder. Más tarde, estas conductas fueron condenadas por la sociedad, cuando la obesidad deja de ser considerada un signo de prosperidad.

A partir de entonces, se ha intensificado la investigación, para definir criterios adecuados de diagnóstico, para evaluar su incidencia, profundizar sobre la etiopatogenia y ensayar acerca de la mejor terapéutica (Rausch & Bat, 1990).

La causa de esta afección continúa siendo un enigma. En la interacción de fenómenos fisiológicos, psicológicos y socioculturales, radica probablemente la etiología y los factores de mantenimiento de la bulimia.

Gran número de pacientes bulímicos han comenzado su enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para bajar de peso. Resulta indiscutible la presión social de los últimos años por exaltar la silueta delgada. Esto, puede constituir un factor desencadenante y de perpetuación

de las conductas bulímicas (Rausch & Bat, 1990).

La asociación entre la anorexia y la bulimia ha encontrado su más completa formulación en los trabajos de Bruch (1975), quien analiza la triada **anorexia/delgadez/hiperactividad** y la triada **polifagia/obesidad/pasividad** como dos vertientes de un mismo trastorno fundamental en la <conciencia de sí>.

La bulimia nerviosa como tal fue identificada como trastorno del comportamiento alimentario entre las décadas de los sesenta y setenta, con anterioridad el trastorno había sido considerado una variedad de la anorexia nerviosa. Sin embargo, el término bulimia y los criterios para su diagnóstico no fueron adaptados e introducidos en un sistema clasificatorio psiquiátrico hasta la elaboración del DSM III (American Psychiatric Association, 1980), denominación y criterios que tuvieron que ser modificados en la siguiente edición del DSM III R, ya que en la primera no se requería la conducta purgativa para que un sujeto fuera diagnosticado como bulímico. El término nuevo adoptado por el DSM III R y empleado actualmente es el de "bulimia nerviosa".

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico) para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso. Las pacientes con este trastorno generalmente se dan cuenta de que es un comportamiento desadaptado y a menudo se sienten deprimidas y culpables. Además, muestran altos niveles de ansiedad frente a los alimentos y a la conducta de comer y tienen grandes preocupaciones por su imagen corporal (Saldaña, 1994).

Al igual que ocurre con otros trastornos del comportamiento alimentario la bulimia nerviosa afecta principalmente a mujeres jóvenes y está incrementando. Se calcula que aproximadamente el 90% de los bulímicos son

mujeres, a pesar de que su prevalencia exacta sea desconocida, debido a las grandes dificultades que entraña la detección del trastorno. Se cree que entre el uno y cinco por cien de las mujeres sufren de bulimia nerviosa (Saldaña, 1994).

Diversos modelos explicativos han sido desarrollados para explicar la etiología, desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa. Al igual que otros trastornos del comportamiento alimentario, la bulimia nerviosa es un trastorno multidimensional, en el cual juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aun cuando el peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado. Entre los factores causales más importantes recogidos por la literatura sobre el tema están: 1) la presión cultural sobre la mujer para ser delgada; 2) el deseo para alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto, para compensar la baja autoestima y el miedo a ser rechazada; 3) estados anímicos negativos, con presencia generalmente de depresión; 4) estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas; 5) hábitos alimentarios y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva; y 6) pensamientos desadaptados sobre nutrición, peso y apariencia física (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara, 1988).

2.3 OBESIDAD

Bajo la categoría de trastornos del comportamiento alimentario se encuentran agrupadas una serie de alteraciones conductuales que varían en su manifestación y gravedad de su sintomatología. Uno de los trastornos más comunes, que afecta tanto a niños y adolescentes, como adultos es la obesidad, la cual se esta incrementando notablemente durante los últimos años.

La obesidad es un problema de salud que afecta en mayor o

menor medida a una gran parte de la población (Kirschenbaum, Johnson & Stalonas, 1989). Es desde hace más de 25 años uno de los temas de mayor interés y preocupación para los investigadores dentro de los países occidentales. Estados Unidos es el que mayor número de estudios epidemiológicos ha llevado a cabo. Dichos estudios señalan que la obesidad es el problema número uno de los problemas nutricionales, llegando a afectar a 70 millones de norteamericanos (Jeffrey, 1976).

La información de investigaciones de la que se dispone al respecto de la obesidad la señalan como un problema creciente, como una enfermedad degenerativa y como un factor de riesgo para el desarrollo, o bien como un factor secundario de otras enfermedades con las que aparece frecuentemente asociada (Gómez, Pérez-Mitré, 1995).

En general la obesidad se define teóricamente de acuerdo con Braguinsky, Mendelson, D'Alessandro, Della Valle, Golberg, Matkman, Mestres, Fainbole & Reinbold, (1976) como un exceso de grasa o tejido adiposo determinado por un índice de Masa Corporal (IMC) > 27 en las mujeres > 28 en los hombres y obesidad masiva > 31 en hombres y mujeres.

De la Fuente (1994) considera a la obesidad como una condición caracterizada por la acumulación de grasa en el organismo.

Debido a que la obesidad se define como un exceso de grasa corporal, se considera que una persona es obesa cuando la masa total del tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con los otros tejidos del cuerpo.

Estudios especializados respecto al tema reportan que la obesidad se relaciona inversamente con nivel socioeconómico y obesidad, se relaciona con edad aunque solo hasta cierto límite (60 años) para revertirse después; se señala también una mayor frecuencia de obesidad en mujeres que en hombres, aunque mayores porcentajes de sobrepeso en éstos que en las mujeres (Bojontorp, 1985).

Algunos de los factores que intervienen en la obesidad son: **los biológicos**, las experiencias en la alimentación durante los primeros años de vida, los malos hábitos en la ingestión de alimentos adquiridos en la niñez.

Otro de los factores que interviene en el peso corporal es el **sociocultural**. En los pobres existe una tendencia más alta a ser gordos que en las personas ricas. Ello puede ser originado, en parte, a que las personas ricas sienten una presión mayor a conservar una figura esbelta y parte a que los patrones alimentarios de las personas pobres son los que contribuyen a la obesidad (Morris 1987).

2.4 PREVALENCIA POR SEXOS

De los distintos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexos, se puede concluir que en las sociedades occidentales la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que en los hombres parecen alcanzar su peso máximo antes que las mujeres. La obesidad es un problema de gran prevalencia entre los niños de los países industrializados (Alonso, Pámies, Segovia, Arnedo, Dénia & Orti, 1984) .

En los últimos años diversas investigaciones han mostrado que el exceso de peso es un factor de riesgo tanto para desencadenar otras enfermedades como, posiblemente elevar las tasas de mortalidad (Mayer 1968).

2.5 IMAGEN CORPORAL

Distorsión de la imagen corporal es el nombre que se le ha dado a lo que puede considerarse como el factor central y común a los desórdenes alimentarios y que agrupa, entre otros, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o del tamaño del cuerpo; deseo de tener un "peso ideal", por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas

éstas, a las que subyace, un temor, con diferentes grados de profundidad, por el cuerpo -su forma y tamaño y por la comida.

Un tema importante que recorre gran parte del discurso concerniente a la muchacha adolescente es el de la mujer arquetípica ideal que posee un cuerpo perfecto. La idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una omnipotente influencia en la conciencia de las mujeres y comienza a crear conflicto por primera vez durante la pubertad. Las mujeres de las culturas occidentales son bombardeadas con imágenes de mujeres con figuras ideales. Un análisis histórico nos muestra que este ideal es algo por entero socialmente construido. Los redondeados contornos del ideal renacentista contrastan marcadamente con la lisura asexual de la Flapper de los años veinte. En tiempos más recientes, el ideal de los 50 era rollizo y de curvas pronunciadas, en contraste con el de una década más tarde, que era el casi famélico aspecto de la mujer de los 60. Al apretar, comprimir y rellenar sus cuerpos con el fin de ajustarse algún ideal artificial, las mujeres están interiorizando el mensaje de que el cuerpo natural no es presentable ni atractivo y es necesario cambiarlo (Ussher, 1991).

Los significativos mensajes contenidos en los medios de difusión advierten a la joven que no se fie de su cuerpo, pues puede traicionarla, engordando, emitiendo olores desagradables y sangrando. Al mismo tiempo, la muchacha recibe el mensaje de que su cuerpo es el pasaporte a la felicidad: es a través de su cuerpo como pueda atraer a un hombre, que debería ser su principal objetivo. Esta actitud, que es inculcada en la adolescencia, reverbera a lo largo de toda la vida de una mujer, resultando en una preocupación constante por su peso, aspecto y una insatisfacción con su cuerpo. La transformación de un cuerpo durante los cambios pubertales de la adolescencia que se ajusta al último estereotipo social de belleza femenina en otro más pesado y redondo y, por tanto, considerado como menos atractivo, causa angustia a muchas mujeres

adolescentes. Es en esta etapa cuando puede desarrollarse una importante escisión entre el cuerpo y el yo (Orbach, 1986), ya que la joven desarrolla inseguridades respecto a su cuerpo que al parecer está fuera de control. Cuando mira su cuerpo cambiante y lo compara con la norma interiorizada de belleza, se ve a distancia de ella (Berger, 1972). En los casos más extremos, puede resultar en anorexia nervosa.

El origen de la insatisfacción con la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto intervienen un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los otros procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento, y por el otro es una gran disposición de aceptación rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que en un sujeto socializado internaliza como adopta o constituye como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura (Gómez, Pérez-Mitré, 1993b).

La insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad (Agras, 1988).

2.6 CLASIFICACIÓN DE TIPOS FÍSICOS

Por otra parte, Kretschmer, psiquiatra alemán describe tres tipos físicos fundamentales, el pícnico (ancho) el leptosomo (estrecho y largo) y el atlético (musculoso), y después un tipo mixto o displásico. Los tres primeros tipos corresponden respectivamente a la locura circular (psicosis maniaco-depresiva), a la demencia precoz (esquizofrenia) y a la epilepsia, pero también a unos tipos prepsicóticos (cicloide, esquizoide, epileptoide) y también a tipos normales (ciclotímico, esquizotímico, ixitímico) es decir, respectivamente sociable y realista, taciturnos e idealista, lento e imparable.

Sheldon (1950-1951) se relaciona con las tipologías constitucionales clásicas en muchos puntos,(descubrimiento intuitivo de tres tipos, método somastocópico, correspondencias entre somatotipos y temperamentos) ; pero también se aparta de ellas y puede aparecer como un precursor de los enfoques dimensionales. Intenta evaluar los somatotipos y más claramente todavía los temperamentos mediante unas escalas ordinales, más próximas a los rasgos (continuos) que a los tipos (discontinuos) (Bruchon, 1992).

Sheldon (1950) primero intentó establecer una clasificación de las morfologías basándose en datos antropológicos objetivos. Reconoce que fracasó y se vio obligado a recurrir a un método de apreciación global e intuitiva, la somatoscopia.

Descubrió tratando de clasificar a simple vista 4000 fotografías de cuerpos de estudiantes masculinos de 16 a 20 años, tres escalas de clasificación diferentes, a las que llamó componentes.

Endomorfismo= alto, vísceras desarrolladas.

Mesomorfismo= predominio de los huesos y músculos.

Ectomorfismo= predominio del sistema nervioso y de la piel.

En una etapa independiente de sus trabajos Sheldon (1951) llega a una clasificación de los temperamentos en tres componentes que rompe todavía más claramente con los sistemas de tipologías anteriores.

La última etapa del trabajo de Sheldon consiste en buscar las correspondencias entre componentes físicos y temperamentos.

Otras investigaciones son de naturaleza muy distinta, han surgido en los años setenta y proliferan actualmente, en especial en los países anglosajones tienen en común preguntarse sobre la parte subjetiva (o intrasubjetiva) de las relaciones entre la apariencia física y la personalidad (percepciones, actitudes, comportamientos afectivos diferentes inducidos por unos sujetos de aspecto diferente) (Bruchon, 1992).

Se trata de un nuevo paradigma, procedente de unas corrientes interaccionistas de la psicología y del desarrollo.

Percibir la apariencia física de los otros a menudo es considerado como un proceso global que incluye diversos detalles (forma del cuerpo, sexo, atractivo físico, edad, vestidos, gestos, expresiones...) y que se traduce por unas impresiones o unas evaluaciones también globales (a menudo se ha descrito un factor de impresión agradable/desagradable).

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

El atractivo físico es una de las características individuales fundamentales que permiten no solo describir a los individuos sino predecir percepciones y los comportamientos efectivos de que son objeto, y después las imágenes que ellos elaboran de sí mismos (Bruchon, 1992).

2.7 EL ATRACTIVO FÍSICO Y EL CONSENSO SOCIAL

Byrne (1971) ha teorizado el paradigma de la atracción interpersonal y del refuerzo social diferencial; según él, todo individuo es percibido por los otros de una manera más o menos deseable o indeseable, y esta percepción está inducida sobre todo por el atractivo o el no atractivo físico de la persona observada.

Se ha creído durante mucho tiempo que la belleza era una cuestión de "gusto" personal, o, al contrario, que estaba vinculada a unos criterios estéticos atemporales y universales.

Las informaciones obtenidas espontáneamente, en un breve encuentro con un desconocido son como han demostrado Lyman, Hatlied & Macurdy (1981) de cuatro tipos: características físicas del otro, comportamientos observados, rasgos de personalidad inferidos. Lo que más

determina la primera impresión global (positiva o negativamente) es el conjunto de las características físicas tal como las percibimos en los otros.

2.8 LA FORMA DEL CUERPO

Para describir la variedad de las formas corporales, se han utilizado a menudo los somatipos de Sheldon. Nada permite pensar que correspondan a unas características pertinentes de la apariencia físicas tal como es percibida por los otros. No obstante, la popularidad de estos tipos y la disponibilidad de las siluetas correspondientes en las obras del autor tienen la gran ventaja de hacer muy fáciles las comparaciones entre los diferentes estudios.

En cuanto a las formas femeninas, el tipo de la ectomorfa moderada (delgada sin ser flaca) es el considerado más bello de manera homogénea, desde la edad de 6 años por las niñas y de 8 años por los niños.

2.9 DELGADEZ FEMENINA

El peso es un índice precozmente utilizado, desde la edad de tres años, para categorizar a los otros (White, Mauro y Splinder, 1985). Los sujetos femeninos parecen particularmente sensibles a este aspecto de la apariencia (la suya y la de los otros).

Muchos estudios recientes permitieron acumular pruebas de la existencia de un estereotipo favorable respecto de los individuos más hermosos.

Estos resultados están expuestos en la excelente revista de la cuestión que hicieron Berscheid, Walster & Bohrnstedt (1974). Los individuos más hermosos de los dos sexos se consideran más amables, más sensibles, con mayor confianza en sí mismos y con más amigos que los menos hermosos. Se les supone por otra parte más dueños de su destino, más conscientes de sus objetivos, menos sujetos a influencias que los individuos

feos.

Si el cuerpo femenino considerado el más hermoso es el del tipo ectomorfo moderado, éste es también el que suscita más evaluaciones favorables (juventud, éxito, erotismo); en cambio, el cuerpo andomorfo se asocia con la mujer madura y no atractiva y el cuerpo mesomorfo con la mujer autoritaria y masculina.

2.10 AUTOPERCEPCIÓN

La teoría de la autopercepción propuesta por Bem, (1972), supone que hacemos inferencias similares cuando observamos nuestra propia conducta. Cuando nuestras actitudes son débiles o ambiguas estamos en la posición de alguien que nos observa desde el interior. Así como discernimos las actitudes de las personas observando de cerca sus acciones cuando son libres de actuar como les plazca, también discernimos nuestras propias actitudes. Escucharme hablar a mi mismo me informa de mis actitudes; ver mis acciones me proporciona claves de lo fuerte que son mis creencias, sobre todo si mi conducta no es atribuible fácilmente a presiones externas. Los actos que realizamos libremente son autoreguladores.

Hace un siglo, James (1890) propuso una explicación similar para la emoción. James sostenía que inferimos nuestras emociones al observar nuestros cuerpos y nuestras conductas.

La teoría de la autopercepción afirma que nuestras acciones son autoreveladores (cuando no estamos seguros respecto a nuestros sentimientos o creencias observamos nuestra conducta, tanto como cualquier otro lo haría).

La teoría de la atribución analiza la forma en que explicamos la conducta de las personas. Las variaciones de la teoría de la atribución comparten algunas suposiciones: que buscamos darle sentido a nuestro mundo, que atribuimos las acciones de las personas a causas internas o

externas, y que lo hacemos de manera bastante lógica y consistente (Myers, 1995).

Heider (1958), fundador de la teoría de la atribución, analizó la "psicología del sentido común" mediante la cual las personas tienden a atribuir la conducta de alguien a causas internas (por ejemplo, la disposición de la persona) o a causas externas (por ejemplo, algo relacionado a la situación de la persona).

Los psicólogos sociales han descubierto que por lo general atribuimos la conducta de los demás a sus disposiciones o a la situación.

Kelley (1973), formuló una de las teorías más influyentes sobre la atribución. Según Kelley recurrimos a tres clases de información de tipo conductual a fin de sacar conclusiones sobre la causa.

La primera parte de la información es la especificidad. En la medida en que un comportamiento ocurre solo cuando se presenta un evento tendemos a atribuir la conducta a él.

En segundo lugar tenemos en cuenta el consenso. Es el grado en que otros que intervienen en la situación se conducen de la misma forma. Por lo que un gran consenso indica que el ambiente es una causa del comportamiento, mientras que un consenso escaso sugiere que la causa es específica del sujeto.

Por último tomaremos en cuenta la consistencia de la conducta, o sea la medida en que no cambio siempre que se presenta la supuesta causa. Si la conducta no es constante, posiblemente se debe a una característica temporal del ambiente. Se ha observado que el modelo de Kelley no incluye todos los aspectos del proceso de atribución. Recuérdese que la atribución parece ser susceptible de grandes prejuicios.

Seguramente el prejuicio más importante es la tendencia general a atribuir los propios actos o factores situacionales y el comportamiento ajeno a factores internos o personales (Jones & Nisbett,

1972).

2.11 EL ERROR FUNDAMENTAL DE ATRIBUCIÓN

La tendencia a dar demasiada importancia a los factores personales al explicar las acciones de otros es tan frecuente que los psicólogos lo llaman error fundamental de atribución (Ross, 1977).

Otro error de atribución surge de la suposición de que el mundo es justo: lo malo le sucede a la gente mala y lo bueno a los buenos. A esto se le denomina hipótesis del mundo justo. Así cuando a alguien le sucede una desgracia, suponemos que la merecía en vez de atender a los factores situacionales que pudieron haber sido la causa.

La lección más importante de la psicología social se refiere a qué tanto somos afectados por nuestro ambiente social. En cualquier momento, nuestro estado interno, y por consiguiente lo que decimos y hacemos, depende de la situación, al igual que de lo que introducimos a la situación.

Los investigadores de la atribución han descubierto que a menudo no apreciamos esta importante lección. Cuando explicamos la conducta de alguien subestimamos el grado en que refleja los rasgos y actitudes del individuo (Myers, 1995).

El error de atribución es tan irresistible que aún cuando la persona sepa que está causando la conducta de otra persona, subestiman las influencias externas. Si los sujetos dictan una opinión que alguien más deba expresar después, tienden a ver a las personas como si en realidad sostuvieran esa opinión (Gilbert & Jones, 1986). Si se les pide a los sujetos que se autoelogien o autodesaprueben durante una entrevista, están muy conscientes de su efecto sobre la otra persona (Baumeister, Chesner, Senders & Tice, 1988).

Cometemos el error fundamental de atribución cuando

explicamos la conducta de otras personas. A menudo explicamos nuestra propia conducta en términos de la situación mientras sostenemos que los demás son responsables de su conducta. Cuando nos referimos a nosotros mismos, por lo general utilizamos verbos que describen nuestras acciones y reacciones. Cuando nos referimos a alguien más, con mayor frecuencia describimos lo que esa persona es (Fiedler, Semin & Koppetsch, 1991; Mc Guire & Mc Guire, 1986 & White & Jounger, 1988).

Los psicólogos sociales también estudian la manera en que explicamos nuestra propia conducta y como seleccionamos, interpretamos y recordamos información respecto de nosotros mismos.

En los 80's ningún tema de la psicología fue tan investigado como el sí mismo (self). Esta nueva ola de investigación reveló que nuestras ideas respecto a nosotros mismos (los esquemas de nosotros mismos) afectan poderosamente la manera en que procesamos la información social. El sentido del sí mismo organiza nuestros pensamientos, sentimientos y acciones influyendo por consiguiente sobre la manera en que percibimos, recordamos y evaluamos tanto a las demás personas como a nosotros mismos (Markus & Wurf, 1987).

Pero mientras procesamos información relevante para nosotros mismos se entromete un poderoso sesgo. Fácilmente atribuimos nuestras fallas a situaciones difíciles e igual de rápido nos damos el crédito por nuestros éxitos. Esto alimenta lo que para la mayoría de las personas es una autoimagen favorable, permitiéndoles disfrutar de los beneficios de la autoestima positiva.

CAPITULO 3

3. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

3.1 CRECIMIENTO DURANTE LA NIÑEZ

Las señales más visibles del crecimiento son los cambios que se advierten en la estatura y en el peso. A los seis años el niño promedio mide un poco más de 107 cms. y pesa aproximadamente 19 kilos. A los doce años un niño promedio tiene aproximadamente 152 cms. de estatura y pesa cerca de 33 kilos. Las proporciones del cuerpo cambian durante este periodo aunque no tan marcadamente como cambiaron durante los primeros cinco años, cuando el cuerpo perdió sus contornos de bebé, ni tan rápidamente como cambiarán durante la adolescencia, cuando los cuerpos relativamente idénticos de niños y niñas cobran la estatura y las características sexuales secundarias de los hombres y mujeres jóvenes (Strommen, Mckinney, Fitzgerald & Hiram, 1982).

El determinante principal del crecimiento sin duda es la herencia. Los padres altos de estatura suelen tener en la mayoría de los casos, hijos altos; en los padres bajos de estatura tendrán hijos bajos. Los ritmos de crecimiento se asemejan más tratándose de gemelos idénticos que tratándose de hermanos, y son más semejantes entre hermanos que entre niños que no tienen ningún parentesco entre sí (Strommen et al, 1982).

Pero hay otros factores que también influyen en el crecimiento en combinaciones bastante complejas. Estos factores incluyen: nutrición, cantidad de descanso, la calidad del hogar y lo adecuado del cuidado infantil, el clima, la presencia o ausencia de enfermedades, inclusive también el tiempo del año, los niños crecen más durante el verano que en el invierno.

Las perturbaciones psicológicas más graves también pueden interferir con el crecimiento normal. Por consiguiente, la relación entre desarrollo físico y desarrollo psicológico funciona en ambos sentidos: los atributos psicológicos suelen afectar el desarrollo físico y viceversa

(Strommen, Mckinney & Fitzgerald, 1982).

3.2 LOS AÑOS ESCOLARES

De los 6 a los 11 años es la etapa de la infancia o los años escolares. Sin perder los lazos próximos de seguridad a su hogar y a su familia, el niño en este lapso explora y consolida su situación y expande el mundo social de sus compañeros. Freud llamó este estadio el periodo de latencia, porque consideró que era el tiempo en que se encontraban tranquilos los conflictos psicológicos y emocionales del niño, particularmente sus sentimientos sexuales. Libres de la intromisión de problemas de ajuste social observados en los primeros años, puede ahora dirigir sus energías hacia las habilidades académicas de aprendizaje.

A pesar de la implicación de un intermedio quieto y placentero entre la edad escolar y la adolescencia, inherente en el término "latencia", los años escolares son tiempos de ajustes internos y externos; algunos niños realizan con facilidad estos ajustes, otros sufren grados diversos por las demandas sociales e intelectuales de este periodo (Angrilli & Helfat, 1985).

3.3 DESARROLLO FÍSICO

Al niño de edad escolar le interesa mucho el funcionamiento de su cuerpo y su aspecto físico; la coordinación motora, como la talla y el peso tienen significado psicológico durante este periodo de crecimiento, debido a que la evaluación del niño, de sí mismo y de sus situación, depende en gran parte de cuanto, literalmente sean sus medidas en relación con sus compañeros.

Las pautas de crecimiento son más lentas en la edad preescolar que la de los primeros seis años; sin embargo, al final del periodo escolar las niñas empiezan el arranque de crecimiento con aumentos notables

en talla y peso. Nuevamente, las variaciones en la estructura corporal pueden influir sobre la ecuanimidad psicológica. Las niñas que maduran precozmente muestran mayores proezas en el juego, para consternación de sus compañeros, especialmente los niños con crecimiento lento, por otra parte, las niñas que maduran más rápidamente que sus compañeros se observan a sí mismas como fuera de ritmo y autoconsciente de su apariencia (Angrilli & Helfat, 1985).

3.4 IMPORTANCIA DE LA AUTOIMAGEN Y AUTOCONCIENCIA

A pesar de toda la importancia de la familia y otros contextos sociales en los que los niños delinear sus vidas de manera activa o se les moldea en forma reactiva, no se debe perder de vista a la persona, y en especial, el núcleo íntimo de la personalidad que se conoce como el sí mismo los problemas psicológicos en mucho se relacionan con las autopercepciones favorables o desfavorables del niño (es decir, la autoimagen) y sus percepciones y relaciones con otras personas. Así muchas de las dificultades que los niños deben enfrentar son de naturaleza social, los problemas relativos a llevarse bien con hermanos y hermanas, con otros niños de la misma edad, sus propios padres y, no menos importante llevarse bien consigo mismos. Los niños necesitan depender de ellos mismos llegar a conocerse, entender sus propias limitaciones y sacar el mayor provecho de sus capacidades. En pocas palabras deben verse a sí mismos de manera realista.

La autoconciencia es una característica muy especial de los humanos pero no puede haber una autoimagen hasta que se tenga conciencia de los demás, es decir, conciencia social. Quien se es y qué se es, se define socialmente, es decir, que la manera en que el individuo se vea a sí mismo tiene influencia en gran parte, de los términos en los que otros lo ven, o de las formas en que él piensa que otros lo juzgan (Berryman, Hargreaves, Herbert & Taylor, 1994).

3.5 TEORÍA DEL DESARROLLO

La teoría psicoanalítica trata de elaborar un modelo de funcionamiento psicológico consciente, pero sostiene que los principales determinantes de la conducta son inconscientes y se interesa principalmente por estudiar la motivación que origina la actividad, que es atribuida a una energía interna del organismo que puede canalizarse de distintas maneras. El niño pasa por una serie de estadios relacionados con la forma en que se establecen la satisfacción de sus necesidades (Deval, 1994).

La posición conductista centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta, en lo que el organismo hace. Se preocupa sobre todo por estudiar como a partir de las conductas con que nace el sujeto que serían reflejos incondicionados, se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento. En ello consiste el aprendizaje, que es el proceso por el que se forman conductas nuevas. Los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales y a partir de conductas muy simples se constituyen cada vez más complejas por asociación entre ellas. Esos mecanismos son también los mismo en los niños y en los adultos y lo que entendemos por desarrollo puede reducirse aun proceso de incremento cuantitativo de conductas que cada vez se hacen más complejas (Deval, 1994).

Según Deval (1994) la psicología de la gestalt defiende que para conocer al sujeto se sirve de estructuras que tienen una base física, y que se imponen por sus cualidades internas. Las estructuras son totalidades complejas y para los gestaltistas las unidades simples no son el punto de partida sino el producto de la descomposición de unidades complejas.

La posición de Vigotsky presenta similitudes con las de Piaget, pero el autor ruso se interesa principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, manteniendo que el desarrollo social del individuo es indisoluble del medio en el que vive, la cual le trasmite formas de conducta y

de organización del conocimiento que el sujeto tiene que interiorizar (Deval, 1994).

De acuerdo con Deval (1994), la psicología cognoscitiva que surge como una reacción contra el conductismo, trata de estudiar los procesos internos que tienen lugar en el sujeto. Este es considerado como un procesador o elaborador de información y construye representaciones internas del mundo y de su propia conducta, en lo que coincide con la posición de Piaget. Sin embargo, muchos de los procesos que describe son asociativos, con los cuales se aproxima al conductismo.

La psicología de Piaget en vez de centrarse en el crecimiento, en el desarrollo social y emocional, se ha dedicado al estudio de una de las conductas más peculiarmente humanas: la cognición. Todas las facultades intelectuales (pensar, saber, percibir, recordar; el raciocinio abstracto y la generalización) quedan incluidos en el término "cognición" (Deval, 1994).

3.6 DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es un proceso que ocurre en lapsos variables de tiempo y que se caracteriza por cambios en la forma, el tamaño, las proporciones y el funcionamiento del organismo. Se inicia, transcurre y termina en forma diferente en los dos distintos sexos y grupos humanos e incluso hay variaciones en el desarrollo de personas del mismo grupo y sexo.

Se puede definir a la adolescencia como el periodo de desarrollo entre la infancia y la adultez, se caracteriza por cambios fisiológicos específicos apuntalados por la edad cronológica, especificada por cada sociedad y cultura, es un periodo de crecimiento en donde las personas jóvenes alcanzan la madurez física e intelectual y se lleva a cabo diversas actividades únicas del desarrollo (Angrilli & Helfat, 1985).

Cada sociedad define la adolescencia de manera distinta. Por

ejemplo, en la cultura mexicana una niña puede contraer matrimonio e iniciar su vida adulta antes de haber terminado su crecimiento y madurez sexual. (Casillas & Vargas, 1985).

Las transformaciones fisiológicas y morfológicas que se producen en la adolescencia constituyen sin lugar a dudas uno de los acontecimientos más importantes de este periodo de desarrollo. La pubertad se considera a veces como señal del inicio de la adolescencia. Por otra parte, dichas transformaciones corporales suscitan, evidentemente, un ajuste psicológico y seguramente por esta razón se ha supuesto la existencia necesaria de una perturbación importante de la propia imagen en el momento de la adolescencia. En consecuencia la pubertad constituye un factor causal ampliamente invocado, directa o indirectamente, para explicar la evolución psicológica en la adolescencia. Pero, si bien la pubertad es invocada como factor explicativo ello se produce, por lo general, de una manera global y se precisan rara vez las sutilezas del crecimiento físico o las eventuales correlaciones con dimensiones psicológicas.

3.7 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Hay que distinguir entre la adolescencia que es un proceso biológico psicológico, socio cultural, y la pubertad que se refiere exclusivamente a las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital. La pubertad comprende los siguientes cambios fundamentales:

- 1.-La aceleración y posterior desaceleración del crecimiento del esqueleto, que se conoce como estirón de la adolescencia".
- 2.-La aparición de cambios en la composición del cuerpo, como resultado del aumento de la masa del esqueleto, del desarrollo de la musculatura y de cambios en la calidad y distribución de la grasa.
- 3.-El desarrollo de los aparatos cardiovascular y respiratorio, que ocasiona, particularmente en los varones, aumento de la fuerza y de la

resistencia del organismo durante la actividad física.

4.-El desarrollo de las glándulas del aparato reproductor: ovarios o testículos, que producen las hormonas. Estas a su vez, son las responsables de las características sexuales secundarias de hombres y mujeres.

5.-Cambios en la organización corporal que modulan y coordinan el organismo, modificado en su estructura y función.

Sin duda, el cambio más evidente es el aumento de tamaño y la adquisición de las proporciones del esqueleto y del cuerpo en su totalidad. En esta etapa se crece a un ritmo acelerado, similar al de los primeros años de vida.

Durante la pubertad se puede llegar a crecer hasta 10 centímetros por año en el momento de máxima aceleración.

El aparato genital tiene un patrón de crecimiento bastante definido. En las mujeres, la primera menstruación es un signo de que la maduración de los órganos genitales y la aceleración de su crecimiento están llegando a su fin.

Los cambios corporales tienen repercusión sobre la alimentación de los individuos; pero para poder hablar de ellos es necesario tomar en cuenta las modificaciones psicológicas y sociales que ocurren durante la adolescencia. Desgraciadamente en los programas de estudio y en la secundaria la nutrición recibe muy poca atención (Casillas & Vargas, 1985).

Durante el arranque del crecimiento, los órganos internos con inclusión del corazón y los pulmones, llegan a las proporciones de la madurez. Solamente el cerebro, que ya para este tiempo ha alcanzado el 95% de su peso total definitivo, no se modifica durante este arranque del crecimiento (Angrilli & Helfat 1985).

Aunque las muchachas tienen en promedio más peso y son más altas que los muchachos de la misma edad en el lapso del arranque de crecimiento, los muchachos sobrepasan a las niñas en talla y peso.

Durante el periodo de crecimiento los niños y niñas se sienten ajenos a su cuerpo puesto que no tienen mucha familiaridad con el ya que cambia rápidamente. La irregularidad del crecimiento corporal contribuye para que los adolescentes se sientan no muy satisfechos con su cuerpo; la parte superior de la cara se alarga antes que la parte inferior, los pies maduran antes que las piernas y las piernas antes que el tronco.

Además del desarrollo muscular y esquelético, los adolescentes cambian en otros aspectos; la "grasa añeada" es reemplazada por una estructura corporal sólida y fuerte, se termina la asincronía y las diversas partes del cuerpo forman una pauta armoniosa. En las niñas comienzan a crecer las mamas, los pezones se hacen más prominentes y la pelvis se amplía. La grasa corporal de las niñas ya desarrollada le proporciona una apariencia redondeada, mientras que los muchachos aparecen musculosos (Angrilli & Helfat 1985).

Las niñas adquieren más que los varones; una capa de adiposidad subcutánea que redondea y suaviza los contornos del rostro y del cuerpo, mientras que los varones se vuelven más delgados, más angulosos y más musculosos que las niñas. (Stone y Church 1977).

3.8 LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA PUBERTAD

Es evidente que el crecimiento físico en la adolescencia, por su relativa brusquedad y por el hecho de que es vivido socialmente como una transformación cualitativa, no puede dejar de tener una repercusión sobre el plano psicológico. Es casi banal subrayar que el adolescente necesita identificarse con su propia imagen, apropiarse tanto propioceptivamente como en lo que a su representación se refiere de su cuerpo en transformación. Este aspecto ha sido subrayado por numerosos autores. Podemos señalar como por ejemplo, una revisión de esta cuestión realizada

por Grief & Ulman (1982) relativa al impacto psicológico de la aparición de las primeras normas entre los jóvenes adolescentes.

La adaptación a las transformaciones físicas es considerada a menudo como difícil y es muy posible que la duración del crecimiento tenga una influencia sobre dicha adaptación. En cualquier caso, es un hecho que muchos adolescente experimentan una cierta inquietud ligada a una sensación de desconcierto, de anomalía corporal a menudo no justificada. Se habla entonces de dismorfofobia (Tomkiewicz & Finder, 1967).

Sin embargo, los resultados obtenidos por Bruchon-Schweitzer (1981-1982) parecen mostrar que las actitudes negativas en relación al propio cuerpo no son generales, aún cuando se observen entre ciertos adolescentes. Esta encuesta, efectuada entre 260 adolescentes de 10 a 12 años, 12 a 14 y 17 años, indica que los sentimientos de los adolescentes respecto a su cuerpo son como media más favorable que desfavorable; por otra parte, las diferencias entre grupos de edad no son significativas.

Según Coleman (1980), quien cita una investigación de Lerner, Karabenick & Meisels (1974), la influencia de los medios de comunicación hace que los adolescentes tengan tendencia de tener normas ideales respecto a la apariencia física y a sentirse incomodo de su propio cuerpo si éste no corresponde a las normas en cuestión. Sucede así que los adolescentes que creen no alcanzar los estereotipos físicos tienen asimismo tendencia a tener una opinión más desfavorable sobre sí mismo en otros terrenos. Esto es así sobre todo en los adolescentes más jóvenes.

Para los adolescente, el hecho de que la pubertad sea tardía parece tener consecuencias más bien desfavorables.

Los chicos se preocupan por su cuerpo y se interrogan sobre el futuro. La alteración del peso y de la talla, cambios que anuncian la pubertad son los primeros avisos de la manifestación de la adolescencia; lo que se advierte primero son los cambios físicos.

Los adolescentes son siempre muy sensibles en lo que respecta a su imagen interior y normalmente no suelen manifestarlo abiertamente; sus preocupaciones estéticas y corporales ocupan un lugar muy importante en su vida cotidiana (Padioleau, 1991).

En los casos mas extremos, ante la pérdida de control, puede resultar en anorexia nervosa. Esta puede ser la única manera en que el adolescente consiga recobrar el control que parece haber perdido para alcanzar el ideal, tal como ella lo percibe, de belleza femenina la esbelta figura de muchachuelo.

El primer periodo menstrual juega un importante papel en esta enfermedad, ya que el cuerpo parece hallarse aún mas fuera de control de la joven mujer. Como menstruación es simbolo de hacerse mujer, y hasta cierto punto de maternidad, esto incrementará la ansiedad que se siente a causa del cuerpo.

Puede que en el caso de la adolescente anorexica sea un ejemplo de un extremo en un continuo, la reacción extrema ante la llegada de la menstruación y los cambios corporales que tienen lugar durante la pubertad. Hay, sin embargo, muchas mujeres jóvenes en otros puntos del continuo, tal vez no intentando controlar sus cuerpos mediante la abstinencia alimentaria pero igualmente angustiadas e impreparadas para la transformación en mujer. No es de extrañar que sea así, dada la presencia de una ideología condenatoria y de la ausencia de construcciones positivas del cuerpo femenino.

Es durante la adolescencia cuando se asientan los cimientos que daban lugar a mujeres a las que se define a través de sus cuerpos, de su estructura biológica, durante el resto de su vida (Ussher, 1991).

3.9 LA VIVENCIA AFECTIVA Y LA PROPIA IMAGEN

De manera muy general, se puede decir que la adolescencia es un periodo de emergencia de un yo adulto, es decir, que el individuo se hace más consciente de sí mismo y más autónomo de sus elecciones. Como consecuencia de ello se opera una especie de desfase en relación con la infancia como si existiera a la vez abstracción (se representa la propia infancia considerándose a sí mismo como perteneciente a otro nivel de edad), y diferenciación (las identificaciones que operan durante la infancia y constituían el yo son insuficientes y se busca, entre el grupo de compañeros quizás entre personas significativas ajenas a la familia, nuevas fuentes de identificación) (Lehalle, 1990).

3.10 ASPECTOS INTEGRADORES: LA IDENTIDAD

Si alguna ley general existe en biología esta es la que consiste en enunciar que todo organismo vivo tiende a mantener su unidad y su cohesión en respuesta a las perturbaciones internas y externas. En el plano psicológico, incluso cuando la individualidad es a veces considerada como ilusoria, sigue siendo cierto que el individuo debe tender a crear y mantener su coherencia propia y su integración si quiere conservar un equilibrio personal y una cierta adaptación social. En la adolescencia, se dan cuenta de las incitaciones al cambio, se trata de una apuesta fundamental (Lehalle, 1990).

Ante todo, esta problemática se sitúa a nivel del cuerpo. Es evidente que el crecimiento físico y la adaptación necesaria a dicho crecimiento conducen a una nueva imagen del cuerpo. Pero, especialmente en el caso del adolescente, el cuerpo es también de algún modo, un cuerpo síntoma, al manifestarse las dificultades de la integración personal frecuentemente a través del cuerpo: necesidad de satisfacción narcisista e incluso anorexia. En consecuencia existiría una relación entre la vivencia

corporal, la imagen del cuerpo y el equilibrio personal (Flavigny, 1981 a; Shonfeld, 1982, en su traducción francesa).

En el plano psicosocial se ha señalado que el análisis de Wallon (1946) pone de relieve la importancia del otro en la diferenciación y en la integración del yo. El trabajo de Rodríguez-Tomé (1972) ha evidenciado que la distancia entre las imágenes sociales y la propia imagen aumenta en el curso de la adolescencia como si el yo se constituyera en oposición dialéctica.

3.11 ASPECTOS DESCRIPTIVOS Y EVALUATIVOS

La mayoría de las investigaciones sobre la propia imagen y la autoestima en el adolescente se ha realizado con el objetivo de verificar la hipótesis -que parecía plausible- de una perturbación importante de la individualidad en el momento de la adolescencia. Sin embargo, estas investigaciones bajo la forma de encuestas conciernen a las representaciones que los sujetos se hacen de sí mismos. Por otra parte, podemos constatar la variabilidad de las concepciones de la imagen de sí y, sobre todo, el carácter multidimensional de dicho concepto. Por último, sería necesario poder interpretar los datos en relación a los procedimientos realmente utilizados (la formulación de las preguntas tiene aquí una importancia considerable) pero este tipo de información no siempre está disponible (Lehalle, 1990).

Se han distinguido cuatro dimensiones de la propia imagen apoyándose en el análisis de Murphy:

<<Presencia del yo>>: en las interacciones sociales, los individuos difieren según el grado de atención que dedican a sí mismos según su grado de control, en cierto sentido.

<<Estabilidad del yo>>: aquí se trata de evaluar la certeza que se tiene respecto de los valores, de lo que gusta y de lo que no gusta.

<<Autoestima>>: esta dimensión designa el carácter positivo

o negativo de las actitudes que el sujeto tiene al respecto de sí mismo.

El cuarto aspecto es el del <<yo social>>, que corresponde con la <<imagen social>> según la terminología. Se trata en este caso de la manera cómo creen los individuos ser percibidos por los demás.

Los principales resultados obtenidos en esta investigación se refieren ante todo a la hipótesis de una perturbación importante de la propia imagen en el momento de la adolescencia (Rodríguez-Tomé, 1972).

Conforme al análisis walloniano la representación del yo se estudia bajo dos aspectos principales: la propia imagen (PI), que es la descripción de sí mismo según el propio punto de vista, y las imágenes sociales (IS) que corresponden a la percepción que se puede tener de la descripción de sí mismo según el punto de vista de tal o cual <<otro>>. Pero el investigador puede preguntar directamente a ese <<otro>>, lo cual da un tercer tipo de imagen de la persona considerada, en este caso de los adolescentes e incluso un cuarto tipo de imagen dado que <<los demás>>, en particular los padres, pueden estimar que el niño es distinto, de hecho de lo que ellos perciben. El objeto de la investigación consistía en comparar estos diferentes tipos de imágenes.

3.12 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Si la autoestima de una persona es influida por lo que otros piensen de él, puede esperarse que gocen de un prestigio más elevado en la sociedad los miembros de las clases altas- se aceptan más a sí mismos que los demás. En el caso de los adolescentes, el vecindario, la familia o el grupo de pares, ejercen mayor influencia sobre los sentimientos de autoestima del individuo que el prestigio en la sociedad global.

El índice de nivel socioeconómico, que se empleó en un estudio realizado en niños, consistió en un puntaje ponderado del ingreso medio de la ocupación del padre, de la educación de éste último y de su

fuente de ingreso. Por lo general, los padres de los niños de la clase más alta han cursado estudios universitarios, sus ocupaciones les proporcionan ingresos que se hallan por encima del promedio, y en muchos casos son profesionales independientes. La mayoría de los padres de los niños de la clase más baja se desempeñan en el sector de los servicios o trabajadores manuales que no han pasado de la escuela primaria y se hallan en condiciones de asalariados.

La autoestima de las niñas no aumenta por el hecho de tener hermanos. Ya sea que esté rodeada en su mayor parte por varones o por niñas, ello parece tener escasa relación con su nivel de aceptación de sí misma.

Una reciente investigación empírica en el área de la autoimagen ha descuidado casi por completo la cuestión de los autovalores. Por ejemplo, un frecuente procedimiento de investigación consiste en presentar al sujeto una lista de adjetivos o frases descriptivas, obtener su propia evaluación con respecto a estas cualidades y luego establecer, en función de sus autoapreciaciones, un puntaje de autoestima. De esta manera se asigna igual importancia a cada cualidad. Es posible que experimente interés en ciertas cualidades pero otras no le importen en lo absoluto. Por tanto es sumamente importante conocer los autovalores del individuo.

En cierto sentido se ha intentado abordar el problema de los valores por medio de aquellos estudios que incluyen la consideración del sí mismo ideal (Rosenberg, 1973).

3.13 LAS IMÁGENES MENTALES

Las imágenes mentales constituyen una forma de representación interna que no tiene un correlato exterior. Todos tenemos la experiencia de utilizar imágenes mentales, que constituyen un elemento importante para el recuerdo, pero también una guía para la acción.

Piaget e Inhelder (1966b) estudiaron detenidamente el desarrollo de las imágenes en relación con las operaciones de inteligencia. Se oponen vivamente a la idea de que las imágenes derivan de la percepción y sostienen que la imagen es el resultado de la actividad del sujeto. Para ellos las imágenes mentales provienen de la imitación y constituyen una imitación interiorizada. Señalan que hay varias razones para dudar de la procedencia directa de las imágenes a partir de la percepción. Las imágenes derivarían, entonces, de la imitación y del conjunto de la actividad del sujeto, y del conocimiento que tiene sobre el objeto o situación. Por ello, contienen más material que el que dejaría la simple percepción.

Los estudios sobre el desarrollo de las imágenes en los niños han mostrado que éstas se encuentran muy ligadas al nivel de desarrollo intelectual del niño, de tal forma que podría decirse que el niño forma imágenes de las cosas o de las situaciones según las entiende, más que según como se desarrollan delante de él. Las investigaciones de Piaget e Inhelder ponen de manifiesto las dificultades que tienen los sujetos para producir imágenes adecuadas hasta un período bastante tardío (Deval, 1994).

3.14 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

La teoría psicoanalítica ha sido elaborada por Ana Freud y completada por otros autores como Erikson y Blos. Parte del brote pulsional que se produce como resultados de la pubertad y que altera el equilibrio psíquico logrado en la infancia, lo que puede provocar desajustes. Por una parte se produce un despertar de la sexualidad que provoca la búsqueda de objetos amorosos fuera del medio familiar, lo que lleva a un replanteamiento de los lazos con los padres, y a una personalidad más vulnerable y produce defensas psicológicas que en cierto modo obstaculizan la adaptación.

Para Blos (citado por Deval) la adolescencia constituye un segundo proceso de individuación que completa el que tuvo lugar durante los

primeros tres años de vida. En el primer proceso, el bebé aprende a nadar y adquiere independencia física y confianza en sí mismo, en el adolescente hay también una búsqueda de independencia, que en este caso es más afectiva, y supone romper los lazos afectivos de dependencia. El bebé para separarse de la madre la interioriza, mientras que el adolescente tiene que prescindir de esa construcción interiorizada para buscar nuevos objetos amorosos.

Las teorías sociológicas ponen más énfasis en los factores medioambientales, y la adolescencia se concibe como el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad, es decir, terminar de socializarse al mismo tiempo que adoptan determinados papeles sociales.

Coleman (1980) señaló que no hay grandes desacuerdos entre la concepción psicoanalítica y la sociológica, sino que ambas se complementan bastante bien y difieren principalmente en las causas que originan los cambios.

La teoría de Piaget menciona que en la adolescencia se producen grandes cambios en el pensamiento que van unidos a modificaciones en la posición social. El carácter fundamental de la adolescencia es la inserción en la sociedad de los adultos y por ello las características de la adolescencia están muy en relación con la sociedad con la que se produce. El individuo se inserta en esa sociedad, pero tiende a modificarla. Para ello elabora planes de vida lo que consigue gracias a que puede razonar no únicamente sobre lo real sino también sobre lo posible. Las transformaciones afectivas y sociales van unidas indisolublemente a cambios en el pensamiento.

La adolescencia se produce por una interacción entre factores sociales e individuales (Deval, 1994).

3.15 LA INTERPRETACIÓN COGNOSCITIVA

Según la interpretación cognoscitiva, el origen de las transformaciones psicológicas en la adolescencia no es totalmente interna (interpretación psicoanalítica) ni totalmente externa (la interpretación sociológica) sino que hay que buscarlo en el desarrollo de las competencias operatorias (abstracción y estructura), desarrollo en sí mismo vinculado a las interacciones y a las adaptaciones sucesivas del individuo a su entorno (abstracción reflexiva y equilibramiento) (Lehalle, 1990).

3.16 GENERALIDADES DE LA INTERPRETACIÓN COGNOSCITIVA

Inhelder y Piaget, desde la publicación de su obra fundamental sobre <<la lógica del adolescente>> (1955), han considerado que ciertas características de la psicología adolescente, no directamente cognoscitivas, eran, sin embargo, interpretables a causa de los progresos del pensamiento formal. De este modo, al considerar la adolescencia como el periodo de la <inserción del individuo en la sociedad de los adultos>, subrayan que esta inserción supone a la vez una reciprocidad interpersonal, una planificación orientada hacia el porvenir, una actitud activa que se traduce por una idea de reforma. Es decir; que esta socialización supone una reflexión que supera el presente, lo actual, para razonar en lo inactual, de ahí la importancia del pensamiento formal para construir teorías o para transformar el mundo por la idea. Se realiza también análisis desde el punto de vista afectivo que, bien es cierto, se asimila en gran medida al plano social.

La interpretación cognoscitiva se ha investigado en lo que se refiere a la interpretación de sí mismo y a la identidad, parece teóricamente evidente que el pensamiento formal permite mayor distancia en relación a uno mismo y conlleva una construcción activa de la identidad, situando la actual representación de sí entre otras posibles. Berzonsky & Barclay (1981)

examinan un gran número de investigaciones que intentan coordinar el enfoque piagetiano y el de Erikson y, por lo tanto, señalar la relación entre el razonamiento formal y la formación de la identidad.

En definitiva, el desarrollo cognoscitivo parece constituir el factor causal de un gran número de transformaciones psicológicas observables en la adolescencia.

CAPITULO 4

4 AUTOPERCEPCIÓN E IMAGEN CORPORAL

4.1 PERCEPCIÓN SOCIAL

La percepción social es el proceso por el cuál nos formamos una impresión de otra persona y establecemos una relación con ella. Este procedimiento implica reducir los rasgos y emociones del otro y definir las expectativas mutuas. Aunado al proceso de las atribuciones, la percepción social sustenta la mayoría de las relaciones sociales (Friedman, 1992 citado por Perlman, & Cozby, 1992).

La percepción social se utilizó para indicar como los factores sociales y culturales influyen en la percepción y la forma en que el medio social afecta los procesos perceptibles del individuo. Posteriormente el campo se extendió, e incluyó los mecanismos de percepción de los otros. la formación de impresiones, el conocimiento de las emociones, la percepción social que el individuo tiene de su medio físico y social, el efecto de halo y más recientemente el mecanismo de atribución.

La percepción resulta afectada por el aprendizaje, la emoción y todo el resto de las características permanentes o momentáneas del sujeto, como lo puede ser su ambiente (Baéz, & Lomelí, 1995).

Los mecanismos adaptativos que desarrollan los individuos respecto a los cambios continuos del medio físico son parte del proceso de interacción social, además de la percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados o expectativas, este proceso ha sido llamado por los psicólogos sociales como percepción social (Santoro, 1979).

La percepción resulta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social y cultural, y por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio. Además, la relación no es unidireccional el medio afecta las percepciones de los hombres, pero éstos, a su vez, afectan y trasforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social,

en base a programas y planes que suponen preconcepciones y expectativas sobre la realidad (Santoro, 1979).

Allport, (1955) señaló que la percepción es la manera en que vemos las cosas en algún grado, una conciencia que entiende un significado o un reconocimiento de los objetos.

La forma en que percibimos y nos dirigimos a las personas es muy diferente a la forma en que enfocamos a los objetos. Friedman (1992) citado por Perlman & Cozby, (1992) propone tres diferencias entre la percepción de los objetos y las personas: la primera en comparación con percibir un objeto inanimado, la percepción social abarca la acción de las personas; segundo, nuestras acciones producen reacciones en los demás; y tercera, sus acciones son percibidas por los demás y regresan de alguna manera para afectarlo. La percepción social implica interacción.

El proceso de la percepción es afectado por los intereses del individuo pero también por una serie de motivos, deseos, actitudes, experiencias anteriores y su cultura entre otros. La percepción social se puede definir como la formación de impresiones y procesos de atribución que un estímulo produce en una persona (Baéz & Lomelí, 1995).

4.2 FORMACIÓN DE IMPRESIONES

La formación de impresiones es el proceso mediante el cuál se infieren características psicológicas a partir de la conducta, así como de los atributos, de la persona observada y de la organización de inferencias en un todo coherente.

La fase de recopilación de información y de organización de rasgos para elaborar un modelo implícito sobre características de una persona es la formación de impresiones (Santoro, 1979).

Una impresión puede partir de nombres dados o rasgos: uno de los precursores de estos estudios fue Asch en 1946 quién a través de asignar

rasgos lo convirtió en una técnica estándar para el estudio de la formación de impresiones. Además encontró como los rasgos-estímulo y los rasgos-respuesta se relacionan entre sí, y a partir de allí cómo los sujetos hacían inferencias y se formaban juicios de las personas.

El proceso de formación de impresiones ha sido definido a partir de elementos que interactúan y que toman en cuenta la percepción como base. A continuación se presentan dos definiciones de este proceso.

Bruner (citado por Santoro) afirmó que el proceso de percepción en general realiza dos cosas:

- 1.- La recodificación de una diversidad de datos constituye una forma sencilla que la coloca dentro de los alcances de nuestra memoria limitada.
- 2.- La predicción de acontecimientos futuros que reducen el mínimo de sorpresas.

La recodificación económica y la predicción conforman el conjunto de la formación de impresiones.

Shraurer (citado por Santoro) dividió el proceso de la formación de impresiones en cuatro fases:

- 1) selección de claves; donde se recopila la información.
- 2) inferencia interpretativa; se constituye y se organiza la información inicial para inferir las características del sujeto.
- 3) inferencia generalizada; es la ampliación de la inferencia interpretativa, contrastando las características inferidas con otras que se deben relacionar entre sí lógicamente.
- 4) formación de expectativas; con respecto a otra forma o a la emisión de respuestas verbales.

4.3 PERCEPCIÓN INTERPERSONAL

La percepción de las personas abarca todos aquellos procesos de cognición o entendimiento de un individuo particular o sobre la formación de

impresiones de él. Incluye procesos más complejos que el simple procesamiento de la información, tales como la estimulación externa que es sólo un factor ya que cuando se trata de evaluar a otros seres vivos, intervienen mecanismos emocionales, motivacionales, etc.; que afecta la información y el juicio que se emite no siempre corresponde con la entrada sensorial. Se elabora una especie de "modelo de la otra persona" que permite integrar la información, para predecir la conducta y modular las propias respuestas a fin de lograr los efectos deseados (Santoro, 1979).

Según Mann (1972), las relaciones interpersonales comienzan con la percepción de la otra persona, con un conocimiento y una evaluación de sus atributos, de sus intenciones y de sus reacciones a nuestras acciones.

Un aspecto importante dentro de la percepción de la cultura subjetiva es la forma de percibir a otros seres humanos, esto ha sido tratado tradicionalmente dentro del dominio de los "estereotipos o imágenes". Los estereotipos constituyen formas particulares de percepción y categorización de aspectos de la realidad o de grupos sociales o individuos. Son una forma de conceptualización donde se incluyen en una clase, elementos que poseen (o se supone poseen), ciertas características o atributos. Constituyen sistemas conceptuales relativamente rígidos los cuales pueden ser positivos o negativos en cuanto a su evaluación y suponen una generalización respecto a los individuos que se incluyen en la clase (Santoro, 1979).

4.4 PERCEPCIÓN PERSONAL

Con excepción de nosotros mismos nada nos es más importante que el mundo de las otras personas. Ellas pueden influir fácilmente en nuestras alegrías y satisfacciones y también pueden causarnos tristeza y dolor. En consecuencia a todos nos interesa aprender acerca de las otras personas y todos tenemos muy fuertes convicciones en cuanto a la forma en que llegamos a conocer y a entender. Cuando se conoce a otra persona, se entra

en el proceso de percibirla. No solamente se ve como un estímulo físico sino que se percibe su comportamiento y, más aún se obtienen conclusiones de lo que se ve.

Quando se percibe X sujeto en esta percepción obviamente implica varios procesos complejos que operan a diferentes niveles. Pero en una perspectiva psicológica, la forma en que se percibe a las personas es solo un aspecto de la percepción general y de los procesos cognoscitivos (Schneider, Hastorf & Ellsworth, 1982).

El proceso perceptual se inicia con una persona concreta a quien llamaremos persona estímulo o actor.

Los rasgos físicos y los de atuendo (rasgos estéticos) son aspectos que se encuentran en todas las personas que vemos, sea en vivo o en una fotografía o pintura, y con frecuencia son inmediatamente accesibles y obvios. Todas las personas tienen estatura, peso y (comúnmente) ropas y frecuentemente vemos esas cosas de inmediato.

La gente obtiene inferencias a partir de los rasgos estéticos. Estas inferencias generalmente son bastantes inmediatas y no involucran procesos cognoscitivos complejos. Para destacar esa inmediatez los llamaremos juicios instantáneos. Estos no implican hipótesis complejas acerca de las interacciones y los motivos de las personas estímulo o de las causas de su comportamiento.

A menudo resulta útil saber que cualidades tiene una persona antes que nos reunamos con ella. Puede resultar más útil saber cosas negativas que positivas de una persona a la que nunca ha visto, particularmente si se está motivado para evitar la ansiedad o el aburrimiento. Es probable, que esto explique por que una alta proporción de los juicios instantáneos parecen referirse a características negativas. Tal vez nos hallamos esforzado por desarrollar claves para la evitación más que para la aproximación.

Los juicios instantáneos pueden ser útiles y las personas lo pueden emplear activamente para hacerse una idea rápida de como son las otras personas. Es más probable que nuestros juicios instantáneos se basen en estereotipos suministrados por la cultura. Tal vez es más obvio cuando consideramos los juicios instantáneos que se hacen en base en el color de la piel o en la raza, pero de hecho nuestra cultura nos enseña una serie de cosas acerca de las personas que tienen en particular cierto color de cabello, o longitud de cabello, estilo de vestimenta. Los medios de comunicación frecuentemente refuerzan estos estereotipos.

4.5 RASGOS FÍSICOS

Por lo común las personas no tratan de producir impresiones específicas por medio de sus rasgos físicos, pero los perceptores tienen la tendencia a hacer inferencias de todas maneras. Muchas de las inferencias de los rasgos físicos se deben a la cultura y solo se aplican a algunos tipos de perceptores. Muchas de ellas, particularmente las que implican la definición de la belleza, pueden cambiar de pronto, como cambia la moda. Únicamente tratamos de mostrar que las características físicas influyen en las percepciones, pero las percepciones específicas cambian mucho de cultura a cultura y de un tiempo a otro.

4.6 BELLEZA FÍSICA

A los hombres y mujeres físicamente atractivos no solo se les evalúa de manera más positiva que, a las personas menos atractivas, sino que además se les percibe como dotados de más rasgos positivos (Dion, Berscheid & Walster, 1972; Miller, 1970, Snyder, Tanked & Berscheid, 1977). Algunos de los rasgos que se asignan a las personas atractivas (hombres y mujeres) son: sociabilidad, bondad, fortaleza, reactividad sexual y cordialidad. Nos apresuramos a señalar que mientras que el color de la piel, los

Impedimentos y el género son claves relativamente objetivas, difieren más de otras en cuanto a lo que se percibe como atractivo. Cuando se consideran el color de la piel, los impedimentos, el género y el atractivo físico como variables que influyen en la percepción de los demás es evidente que estamos tratando lo que usualmente se llama estereotipos. La gente tiene estereotipos culturalmente derivados de las personas estímulos con características físicas particulares. Los estereotipos son reforzados no sólo por los padres y los compañeros, sino también por los medios masivos de comunicación.

4.7 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL

Aparentemente, hay dos factores que desempeñan un papel especial en la creación de la imagen del cuerpo. Uno es el dolor y el otro, el control motor de nuestros miembros.

El desarrollo del esquema del cuerpo probablemente corre paralelo en gran medida, al desarrollo senso-motriz.

Claro está que el dibujo es una actividad psíquica bastante complicada y podría resultar difícil determinar si esta incapacidad sintética se basa realmente en dificultades sensoriales, o si se debe, simplemente, a ineptitudes motrices. Pero el niño se siente completamente satisfecho con sus dibujos, de modo que, a nuestro juicio, lo que realmente refleja a la forma en que los niños dibujan las figuras humanas es su conocimiento y experiencia sensorial de la imagen corporal. Expresan así, en todo caso, el cuadro mental que tienen del cuerpo humano, y la imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción (Schilder 1989).

Horowitz (1966) afirma que la imagen del cuerpo actúa como ordenador que nos suministra información acerca del cuerpo y de su entorno y que está en constante relación con las percepciones internas y externas, memorias, afectos, conocimientos y acciones.

4.8 DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA PUBERTAD

Los cambios físicos de la adolescencia son: un aumento considerable en el ritmo del crecimiento y del tamaño del cuerpo, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo. En ambos sexos las extremidades y el cuello crecen más rápido que la cabeza y el tronco durante la pubescencia, lo que les da a los jóvenes de esta edad un aspecto característico (Stone & Church, 1977). Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo en los primeros 10 años de su vida. Las manos y los pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de piernas y de brazos. El estiramiento físico que a menudo se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, 1992).

Las pautas fisiológicas están gobernadas por el aumento de la actividad de la glándula "maestra", la pituitaria, órgano endocrino situado en la base del cerebro y que produce diversas hormonas. Las secreciones de la pituitaria regulan otras glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (testículos y ovarios), (Stone & Church, 1977).

Las glándulas sexuales (testículos y ovarios) cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides o óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente.

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan en poca cantidad las glándulas endocrinas.

Estas hormonas van a aumentar considerablemente en la pubertad. Las hormonas "masculinas y femeninas", están presentes en los individuos de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las hormonas llamadas andrógenas, de las cuales la más importante es la testosterona, y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona (Tanner, 1978).

Además de la aceleración del crecimiento, el primer signo de pubescencia en las niñas puede ser la aparición del vello púbico, el aumento del tamaño de los pechos, o ambas cosas simultáneamente las areolas se hacen más grandes, sobresale y toman forma cónica y su pigmentación se oscurece. Habitualmente los senos alcanzan casi su pleno tamaño antes de la menarquía, el comienzo de la menstruación (Stone y Church, 1977). La pelvis de las chicas se ensanchan y las caderas y los muslos se redondean gracias a un depósito de grasa que se acumula en estas partes conformando su aspecto femenino. En los chicos el fenómeno ocurre de diferente manera, se estiran los huesos de los hombros y la grasa tiende a situarse en la parte superior del cuerpo (Padiouleau, 1991).

Aunque las mujeres llegan primero al periodo del crecimiento rápido, en ocasiones superando en estatura a los varones entre los 12 y 13 años, éstos con el tiempo las alcanzan y las rebasan normalmente. Los hombres también comienzan a tener huesos más fuertes y una masa muscular mucho mayor que la de las mujeres, particularmente en el rostro. Por el contrario, el cuerpo de la mujer empieza a acumular proporcionalmente mayores cantidades de grasa. El aumento en la grasa corporal en sus brazos, tórax, caderas y piernas, comienzan a darles la figura propia de la mujer (Morris, 1987).

Tanto en los varones como en las niñas la piel se vuelve más grasosa, sus poros se dilatan y las glándulas sebáceas son más activas produciendo una secreción aceitosa. Como resultado en los jóvenes aparecen con más

frecuencia las espinillas y el acné. Las niñas sufren un cambio de voz, pero menos marcados que los niños, sus voces se hacen más profundas (Stone & Church, 1977).

4.9 ESQUEMA CORPORAL

El concepto de esquema corporal en cada individuo esta determinado por el conocimiento que se tiene del propio cuerpo. Nuestro cuerpo es un todo en el que pueden aislarse distintos componentes; entre los cuales se encuentran el eje, tronco, brazos, piernas, etc. Al inicio de su vida el niño siente su cuerpo como un todo difuso, posteriormente pasa a otra fase, en la cual a través del movimiento, vive su cuerpo y el de otro como si fueran lo mismo. Más tarde comprende que los distintos miembros de cuerpo pertenecen a un todo que es el cuerpo del sujeto (Ballesteros, 1982).

El papel que juega el otro es extremadamente importante en la adquisición de la noción del cuerpo. El niño en un principio esta unido al otro. El niño adquirirá la noción de ser el mismo a través de la imitación (Ballesteros, 1982).

Ajuriaguerra (1977), señala que la noción del esquema corporal, a menudo, no se sabe si se trata de un esquema inscrito o de un esquema funcional o bien si esta noción se aplica al sentimiento que tenemos de nuestro cuerpo, de nuestro espacio corporal, o más aún, si ello representa la función de mecanismos fisiológicos que nos dan el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo.

El esquema corporal es una representación que cada uno se hace de su cuerpo y que le sirve de referencia en el espacio. Desde el punto de vista psicológico, el concepto de esquema corporal se aplica a un sentimiento que tenemos de nuestro propio cuerpo de nuestro espacio corporal. Desde el punto de vista fisiológico, representa la función de un mecanismo fisiológico

que nos da el sentimiento correspondiente a la estructura real del cuerpo (Hecaen & Ajuriaguerra, 1952).

En términos generales el esquema corporal puede definirse como la intuición global o conocimiento inmediato de nuestro cuerpo, tanto en estado de reposo como en movimiento, en función de la interrelación de sus partes y sobre todo de relación con el espacio que lo rodea (Ballesteros, 1982).

Se considera que este concepto tiene un carácter evolutivo, siendo el cuerpo el primer objeto que el niño percibe. Desde que nace percibe sensaciones de satisfacción, de dolor, visuales y auditivas. Antes de conocer el mundo que lo rodea, el niño conoce su cuerpo, todo esto es apoyado por los diversos autores que han estudiado la evolución psicomotora del niño (Ballesteros, 1982).

Wallon (1959), menciona que el esquema corporal no es un dato inicial, ni una entidad biológica o física, sino el resultado y el requisito de una relación ajustada entre el individuo y su medio.

Este conjunto de datos que forma el esquema corporal, evoluciona con gran lentitud durante la infancia y parece ser que si no hay ningún contrat tiempo, esta completamente formado a los 11 o 12 años, según afirman Mucchielli & Boucier (1979), Daurat-Hmeljak, Stambak & Berges (1966) & Coste (1979).

Dentro de este proceso evolutivo es sumamente importante el periodo preescolar y la etapa escolar, ya que es entonces cuando se debe formar este concepto en el niño. A lo largo del desarrollo psicomotor, el niño va tomando poco a poco conciencia de su cuerpo gracias a las impresiones kinestésicas y sensoriales. Al mismo tiempo va tomando conciencia del espacio que lo rodea, ya que el niño toma conciencia del espacio únicamente en relación a su cuerpo (Ballesteros, 1982).

Se considera que el esquema corporal como conocimiento del propio cuerpo a nivel representativo, se va constituyendo muy lentamente hasta los

11 o 12 años en función de la maduración del sistema nervioso y de su propia acción; en función del medio y de los otros con los cuales el niño se va a relacionar, así como de la tonalidad afectiva de ésta relación, y por último en función de la representación que se hace el niño de sí mismo y de los objetos de su mundo con los que se relaciona (Ballesteros, 1982).

4.10 EL CONCEPTO DE SI MISMO

El concepto de uno mismo se forma en el proceso de interacción con otras personas. Desde su nacimiento, la gente responde a la conducta del niño y éste reacciona a su vez; desde el principio de su vida el niño recibe mensajes de las personas acerca de sí mismo de cómo se le juzga y de los efectos que puede tener su conducta (Statt, 1980).

4.11 EL CONTEXTO SOCIAL DEL CONCEPTO DE SI MISMO

Mientras el niño crece físicamente, desde el nacimiento hasta la pubertad el aspecto más importante del concepto de sí mismo es la forma como ve a las demás personas. A menudo los juicios acerca de los niños se hace (en presencia de ellos) en términos de su tamaño, forma y apariencia, estos juicios también son hechos por otros niños e influyen tremendamente en la formación de la imagen corporal del niño, y además puede tener efectos sorprendentes a largo plazo. Sin embargo, es bastante claro que al final de la adolescencia, cuando dejamos de crecer fisiológicamente, el esquema del concepto que tenemos de nosotros mismos ya se ha determinado y la pregunta crucial de si nos gustamos o no a nosotros mismos ya ha sido contestada (Statt, 1980).

4.12 AUTOIMAGEN

La autoimagen o identidad del ego se refiere a como una persona se percibe conscientemente a sí misma. El núcleo central de la autoimagen

consiste normalmente en su nombre, sus sensaciones corporales, su imagen corporal, el sexo y la edad (Argyle, 1978).

La imagen corporal es un parte importante de la autoimagen especialmente para las muchachas y mujeres jóvenes. A las mujeres les complace más que su cuerpo sea delgado, pero con el busto grande. Por el contrario los varones les agrada más su cuerpo cuando éste es grande. Existe claramente un ideal cultural sobre el tamaño y la forma que debe tener el cuerpo (Jourad & Secord, 1955).

Las personas presentan a la vista del público una versión algo mejorada de su autoimagen idealizada y censurada de si mismas, la cuál pueden llegar a creerse ellas mismas. Por otra parte, la realidad que aparece en forma de las reacciones de los demás evita que la autoimagen se aparte demasiado de la verdad. No obstante algunas personas logran aislarse de las opiniones de los demás de manera que no son conscientes de como se les considera (Argyle, 1978)

El ego ideal es el tipo de persona que a uno más le gustaría ser; es un objetivo personal para reforzarse en alcanzarlo, y también puede ser la imagen que se presenta ante los demás. Puede estar basado en individuos particulares a los que se toma por modelo, como pueden ser los padres, profesores, estrellas de cine y personajes literarios. Puede consistir en una fusión de características deseadas extraídas de diversas fuentes.

El ego ideal puede ser remoto o inalcanzable o ser sólo un poco mejor que la autoimagen (Wilie, 1961).

El principal origen de la autoimagen y la autoestima probablemente sean las reacciones de los demás; llegamos a vernos a nosotros mismos como los otros nos categorizan. Para vernos a nosotros mismos buscamos nuestro reflejo en las reacciones de los otros. En muchos estudios se ha descubierto que las autovaloraciones se correlacionan con las valoraciones hechas por los otros, aunque las autovaloraciones son más favorables (Wilie,

1961). Existe evidencia experimental de que las reacciones de los otros afecta a las autovaloraciones. Si sus padres le dicen a un niño que es listo, le tratan como si fuese poco de fiar, estos atributos pueden llegar a formar parte de la identidad del ego (Guthrie, 1938).

Los padres son una fuente de autoimagen y autoestima de la mayor importancia para los niños: aquellos que se ven rechazados llegan a rechazarse a sí mismos y a tener una baja autoestima en su vida posterior. Argyle (1964 a) formuló esto como un proceso de introyección como por medio del cual los niños adoptan las percepciones, actitudes y reacciones hacia ellos de los padres y de otras personas.

Las autopercepciones pueden comprender propiedades objetivas, como "alto"; estas propiedades sólo adquieren un significado en comparación con otras. Una importante fuente de autoimagen es la comparación de uno con sus hermanos, hermanas, amigos u otros que estén constantemente presentes y sean lo suficientemente parecidos como para incitar a la comparación. En un estudio sobre un gran número de adolescentes en el estado de Nueva York, Rosenberg (1965) descubrió que aquellos con mayor autoestima tendían a ser de clase social más elevada, habían obtenido mejores resultados en la escuela y habían sido líderes de clubes, lo cual podría ser una base para hacer comparaciones favorables de uno mismo con otros.

Otro de los orígenes de la autoimagen son los roles que una persona ha desempeñado en el pasado o que está desempeñando en la actualidad. Un niño desempeña muchos papeles, y la crisis de identidad de los adolescentes que normalmente ocurre en la sociedad industrial la produce la necesidad de elegir por cuál de estos papeles decidirse. (Argyle, 1978).

Los niños se identifican con una serie de personas: padres, maestros y otros modelos, es decir, admiran a estos modelos y quieren ser como ellos. El ego-ideal se basa principalmente en una fusión de todos estos modelos.

Sin embargo, se ha descubierto en varios experimentos que la identificación también modifica la autoimagen, es decir, que las personas sienten que ya se parecen al modelo (Mussen & Distler, 1964).

4.13 AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Según Shavelson, Hubner & Stanton (1976) La autopercepción es el autoconcepto que una persona tiene de sí misma. De acuerdo con los autores este constructo puede definirse según siete características. Así, la autopercepción puede ser descrita como: organizada, multifacética, jerárquica, estable, implica desarrollo, es evaluable y diferenciable. Esto es, una experiencia individual, en toda su gran diversidad, constituye el dato en el que la persona basa sus percepciones de sí mismo y para reducir la complejidad de estas experiencias, la persona las graba en sus formas simples o categorías.

Las categorías particulares adoptadas por un individuo son la extensión de su cultura particular, por ejemplo, una experiencia de un niño puede girar alrededor de su familia, amigos y escuela. Esto puede sumarse en las categorías del estado descriptivo del niño, acerca de sí mismo. Las categorías representan una forma de organizar las experiencias y darles significado. Una característica de la autopercepción entonces, es que es organizada o estructurada.

Una segunda característica de la autopercepción es que es multifacética, las facetas particulares reflejan la categoría adoptada por un individuo o compartida por grupos.

La tercera categoría es que la estructura multifacética de la autopercepción, puede ser jerarquizada en una dimensión de generalidad. Esto es facetas de la autopercepción pueden clasificarse en una jerarquía más general, a partir de una jerarquía de una experiencia individual, en una situación particular.

La cuarta característica de la autopercepción es que es estable. Sin embargo, a medida que desciende en la jerarquía, la autopercepción va dependiendo de situaciones específicas, inconsistentes con la autopercepción general.

La quinta característica de la autopercepción es el aspecto de su desarrollo. Los infantes tienden a no diferenciarse de su entorno, hasta que empiezan a construir frases como: yo y mío, y empiezan a construir conceptos para categorizar eventos y situaciones.

Una sexta característica de la autopercepción es su carácter evaluativo. No solo el individuo desarrolla una descripción de sí mismo en una situación particular o en otra clase de situaciones, sino que también se evalúa a sí mismo en estas situaciones. Las evaluaciones pueden ser hechas a estándares absolutos, tales como el "ideal" y pueden hacerse evaluaciones de estándares relativos, tales como de la propia percepción o la de los otros.

La séptima característica de la autopercepción es que, es diferenciable de los otros constructos con los que está teóricamente relacionada; sin embargo, es posible indicar la dirección que uno puede tomar para especificar cómo la autopercepción es diferente o está relacionada con otros constructos.

4.14 AUTOCONCEPTO

El autoconcepto ha demostrado tener una fuerte influencia sobre la conducta de las personas. Se encuentra directamente relacionado con la personalidad y el estado emocional de los sujetos (Fitts, 1965). Gran parte de la conducta que adoptan los sujetos se emite en forma tal que pueda ser coherente con la imagen que se tiene de sí mismo.

Aquellas personas que se perciben a sí mismas como "malas" o "indeseables", tenderán a comportarse de acuerdo con esa percepción. Por

otro lado, las personas que tienen un exagerado y por tanto irreal autoconcepto, vivirán y se relacionarán en forma igualmente irreal (Fitts, 1965).

La noción del autoconcepto se deriva directamente de la llamada psicología del yo, particularmente de la teoría del sí mismo. Actualmente, el sí mismo posee dos significados: uno, como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación (Hall, 1984).

El autoconcepto, es la síntesis de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo. No obstante, no es la simple suma de las representaciones del sí mismo, sino, una síntesis organizada, es decir una gestalt, en donde cualquier modificación de los elementos modificará el sistema total. El autoconcepto es, por tanto, un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significa una fusión de representaciones mentales, provenientes de nuestra experiencia, en un sistema de apercepciones que son más o menos estables (Bennett, 1984).

CAPITULO 5

5 MÉTODO

5.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Conocer si existen o no diferencias relacionadas con la autopercepción de la imagen corporal en una muestra de niñas preadolescentes según nivel escolar (primaria y secundaria) y tipo de escuela (pública y privada) a la que pertenecen.

5.2 OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio fueron:

- 1.- Aportar a la psicología conocimientos sobre la relación entre desórdenes del comer e imagen corporal.
- 2.- Proporcionar los elementos necesarios para la elaboración de un programa de prevención en los trastornos alimentarios.

5.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende determinar si existen diferencias en la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de primaria y secundaria de nivel socioeconómico medio (escuelas privadas) y bajo (escuelas públicas).

5.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

5.4.1.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Nivel socioeconómico es el agrupamiento de individuos con una serie de características, responsabilidades y derechos adquiridos por su posesión igual de cualidades valoradas en una sociedad determinada (Gittler citado por Hollander, 1978). Se sabe que el nivel socioeconómico es considerado como el agrupamiento de

variables tales como: ingreso, ocupación, lugar de residencia, escolaridad, entre otros.

5.4.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL. En la presente investigación el nivel socioeconómico se determinó por el tipo de escuela (pública o privada) a la que asistían las niñas; por la ubicación geográfica de la escuela, zonas residenciales o populares, también se tomó en cuenta la clasificación que al respecto hicieron las autoridades de las escuelas.

Nivel socioeconómico medio: fue clasificado por las autoridades escolares, tomando como referencia el costo de las inscripciones y cuotas mensuales, y el lugar de ubicación de las escuelas en zonas residenciales.

Nivel socioeconómico bajo: se determinó por la ubicación de las escuelas en colonias populares y porque las autoridades escolares clasificaron a su población general dentro de un nivel socioeconómico bajo.

5.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE

5.4.2.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL. Imagen corporal, este concepto se refiere al proceso por medio del cual nos conocemos y reflexionamos sobre nosotros mismos, es decir sobre las características físicas, psicológicas y estados interiores que nos atribuimos.

Una imagen corporal, es un cuadro o concepto mental relativamente temporal que cada cual se forma de sí mismo y que está sujeto a cambios al pasar de una situación biopsicosocial a otra.

5.4.2.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL. La autopercepción de la imagen corporal constituye un factor, esto es, está formado por un grupo de variables. Estas variables se midieron con el cuestionario de Alimentación y Salud XX (ver en instrumento la operacionalización de las variables que clasifican este factor).

5.5 CONTROL DE VARIABLES

Se mantuvo constante el sexo femenino, con un rango de edad de 9 a 15 años.

5.6 DISEÑO

Correspondió a un estudio exploratorio de campo, con diseño correlacional de cuatro grupos con observaciones independientes.

5.7 MUESTRA

El tipo de muestra fue no probabilística de carácter intencional.

El tamaño de la muestra fue N=400 sujetos, subdivididos en cuatro grupos, de la siguiente manera:

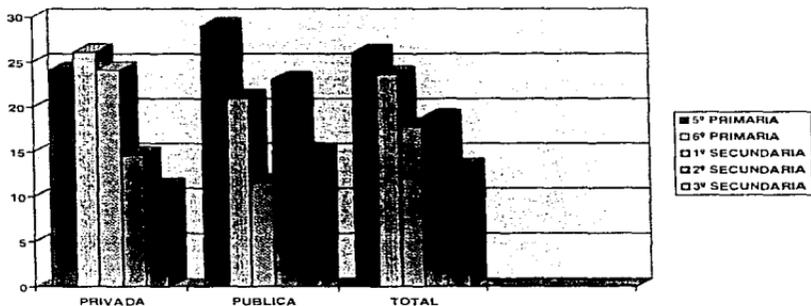
	PRIMARIA	SECUNDARIA
NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO	n=100	n=100
NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO	n=100	n=100

TABLA 1 Distribución de la muestra total.

Las características de los sujetos fueron que pertenecían al 5º y 6º grado de primaria y 1º, 2º y 3º de secundaria de escuelas públicas y privadas en el D.F. y área conurbada, de sexo femenino; el rango de edad fue de 9 a 15 años, con una media de 11.9 y una Desviación Estándar (DE) de 1.6. El nivel socioeconómico de las niñas de escuelas privadas fue clasificado por las autoridades escolares dentro de un nivel socioeconómico medio, tomando como referencia el costo de las inscripciones y cuotas mensuales, el lugar de

ubicación de las escuelas y el trabajo u ocupación de los padres; mientras que de acuerdo con estos dos últimos criterios, el nivel socioeconómico de las niñas de las escuelas públicas fue catalogado, dentro de un nivel socioeconómico bajo.

Tomando en cuenta el tipo de escuela y el grado escolar, en las escuelas privadas 24% de las niñas cursaban el 5º grado de primaria mientras que el 26% el 6º grado. Por otra parte en las escuelas públicas, como se observa en la Gráfica 1, el 29% de las niñas cursaban el quinto grado de primaria y el 21% el sexto grado de primaria. En las escuelas privadas el 24% de las niñas cursaban el 1º de secundaria; el 14% el 2º año de secundaria y el 11% en 3er año. En las escuelas públicas a nivel secundaria el 11% de las niñas cursaban el primer año, el 23% el segundo año y el 15% el tercer año.



GRÁFICA 1 distribución en porcentajes de la muestra total por tipo de escuela y nivel escolar.

5.8 INSTRUMENTO

Se elaboró un cuestionario para niñas, con un total de 46 reactivos (sin contar los de carácter sociodemográfico) con preguntas abiertas, cerradas, dicotómicas y escalas tipo Likert con reactivos de cinco opciones de respuesta.

El instrumento utilizado en la presente investigación consta de 16 reactivos (ver anexo), las áreas que explora son las siguientes:

- 1.- Sociodemográfica.
- 2.- Mediciones antropométricas.
- 3.- Imagen corporal.
- 4.- Autoatribuciones.

5.8.1 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

5.8.1.1 Área sociodemográfica, que consta de tres reactivos: "Tipo de escuela" (privada o pública), "Grado que cursa" (5º, 6º de primaria, 1º, 2º o 3º de secundaria) y "Edad" (años cumplidos).

5.8.1.2 De las medidas antropométricas sólo se tomaron peso y talla con las que se desarrolló el IMC-real (estos datos se obtuvieron de la submuestra). Con peso y talla reportados (datos de la muestra total); se desarrolló el IMC-estimado o reportado.

En los reactivos siguientes un puntaje alto corresponde a una mayor problemática.

5.8.1.3 Imagen corporal, medida por 10 reactivos con cinco opciones de respuesta.

Autopercepción del peso corporal, "Creo que estoy" calificándose de la siguiente manera: ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y muy gorda=5.

Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal. Se midió por medio de dos escalas visuales con cinco siluetas de la figura humana de niña.

Cada escala visual se compone de una serie de siluetas que se distribuye dentro de un continuo de peso corporal que va desde muy delgada hasta muy gruesa u obesa. Las siluetas aparecen en el cuestionario ordenadas al azar y en lugares separados:

Fig. 1 (ideal). Se pide que escojan la figura que más les gustaría tener: "me gustaría que mi cuerpo fuera..." En esta pregunta aparece además, la instrucción siguiente: si no hay una figura que te guste, dibújala.

Fig. 2 (actual). Se pide a los sujetos que escojan la figura que más se parezca a su cuerpo: "mi cuerpo se parece más a..."

La insatisfacción con la imagen corporal se midió por medio de la diferencia entre la figura corporal actual (reactivo 46) menos la figura corporal ideal (reactivo 34), de acuerdo con el resultado, si este es positivo o negativo son indicadores de insatisfacción con la imagen corporal; por el contrario existe satisfacción si en esta diferencia, los resultados obtenidos son igual a cero.

Percepción de los otros, esta variable la conforman dos reactivos que son: "Creo que mis padres o tutores me ven..." y "Creo que mis amigos y amigas me ven..." (ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y muy gorda=5).

Autoevaluación del tamaño de partes corporales, variable conformada por una escala de 11 reactivos con cinco opciones de respuesta "¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico..." (tu cara, cuerpo,

estatura, brazos, busto, estómago, cadera, muslo, pompas), con cinco opciones de respuesta que van desde muy pequeño hasta muy grande. Y cómo consideras que es tu: tórax y espalda, con cinco opciones de respuesta que van desde muy angosto hasta muy amplio.

Preocupación por el peso, esta formada por un reactivo que es: "Llegar a estar gorda..." (no me preocupa=1, me preocupa poco=2, me preocupa de manera regular=3, me preocupa=4 y me preocupa mucho=5).

Peso deseado; "Me gustaría pesar..." que va desde (mucho más de lo que peso actualmente=1, un poco más de lo que peso actualmente=2, mucho menos de lo que peso actualmente=3, un poco menos de lo que peso actualmente=4 y lo mismo que peso actualmente=5).

Actitud hacia la delgadez/obesidad; "Según yo una persona (niña) atractiva es..." (ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y muy gorda=5).

La variable imagen corporal se dividió en dos factores, el de autopercepción de la imagen corporal en el que se obtuvo un alpha de .7687; y para el factor de percepción de los otros fué de .7293.

5.8.1.4 Autoatribución: escala con 22 reactivos. A la respuesta de los reactivos de esta Escala, dadas por la muestra total se les aplicó un Análisis Factorial de los Componentes Principales con rotación VARIMAX que produjo tres factores. El primero se denominó Habilidades Escolares (estudiosa, inteligente, fuerte, trabajadora, cumplida, sana y cooperativa) que obtuvo un alpha de .8203, con un Eigenvalue de 6.56, una Varianza Explicada de 29.8. El segundo factor denominado Atributos de Habilidad Social (feliz, tranquila, cariñosa, buena, agradable, obediente, responsable y creativa) que

obtuvo un alpha de .8279 con un Eigenvalue de 2.44, una Varianza Explicada de 11.1. Y el tercer factor formado por Atributos Conductuales Negativos (rebelde, mentirosa, agresiva, enojona y floja) se denominó factor de agresividad y se encontró una alpha de .7056 con un Eigenvalue de 1.25, una Varianza Explicada de 5.7.

Aunque las estadísticas finales arrojaron 5 factores que explicaban el 56.1% del total de la Varianza, sin embargo se tuvieron que eliminar dos de ellos, puesto que no cubrían uno de los requisitos necesarios (tres ó más variables), quedando tres factores los cuales cubrieron los requisitos y explicaron el 46.6% del total de la Varianza.

5.8.2 PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo la aplicación del cuestionario sobre Alimentación y Salud se obtuvo la autorización de los directivos de las instituciones (primarias y secundarias, públicas y privadas).

La aplicación se realizó de forma colectiva en los salones de clase, y se les dijo a las niñas que eran libres de aceptar si querían o no participar, se les explicó que se deseaban conocer los hábitos de las niñas mexicanas, relacionados con la alimentación y la salud en general. Las instrucciones que se les dieron, fueron las siguientes:

En la Facultad de Psicología de la UNAM, se esta llevando a cabo una investigación sobre Alimentación y Salud Integral (física y psicológica) de las estudiantes de primaria y secundaria. Toda la información que ustedes proporcionen será confidencial con fines exclusivos de investigación".

Se capacitó a los encuestadores sobre el instrumento para estandarizar su aplicación.

CAPITULO 6

6 RESULTADOS

6.1 ÁREA SOCIODEMOGRÁFICA

La muestra estuvo formada por N=400 sujetos del sexo femenino de primaria y secundaria pertenecientes a nivel socioeconómico medio y bajo, con una Media de edad de 11.9 y DE=1.6.

6.2 MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

6.2.1 Índice de Masa Corporal Estimado (IMC-est.).

Para obtener el IMC-est. se requirió del peso y talla estimados. Esto es, del peso y talla reportados por los sujetos de la muestra, y se obtuvieron los siguientes resultados:

6.2.1.1 Estatura Estimada. La media de estatura estimada fue de 1.50 con una DE=0.11.

6.2.1.2 Peso Estimado. El promedio de peso estimado resultó igual a 44.14 con una DE=10.44.

6.2.1.3 El Índice de Masa Corporal Estimado (IMC-est.) se obtuvo mediante la fórmula: $IMC-est=(PESO/TALLA^2)$. Encontrándose una Media=18.92 y una DE=5.08 para las escuelas primarias, y en las escuelas secundarias se obtuvo una Media=19.98 y una DE=3.36 (TABLA 2).

	MEDIA	DE
PRIMARIA PUBLICA	19.30	5.91
PRIMARIA PRIVADA	18.58	4.20
SEC. PUBLICA	20.51	3.67
SEC. PRIVADA	19.33	2.90
IMC TOTAL DE PRIMARIA	18.92	5.08
IMC TOTAL DE SECUNDARIA	19.98	3.36
IMC MUESTRA TOTAL	19.46	4.31

TABLA 2 Medias del IMC-ESTIMADO para escuelas primarias y secundarias.

6.2.2 ÍNDICE DE MASA CORPORAL REAL (IMC-REAL).

6.2.2.1 Estatura Real. La Media de estatura real fue de 1.45 con DE=0.75.

6.2.2.2 Peso Real. Media de 40.89 y una DE=8.094.

6.2.2.3 El Índice de Masa Corporal Real (IMC-real) se obtuvo mediante la fórmula $IMC-R=(PESO/TALLA^2)$ (ver TABLA 3).

	MEDIA	DE
PRIMARIA PUBLICA	19.81	2.87
PRIMARIA PRIVADA	18.84	2.40
SEC. PUBLICA	21.53	4.42
SEC. PRIVADA	17.85	1.45
IMC TOTAL DE PRIMARIA	19.38	2.67
IMC TOTAL DE SECUNDARIA	19.60	3.66
IMC MUESTRA TOTAL	19.46	4.31

TABLA 3. Medias del IMC-REAL para escuelas primarias y secundarias (valor obtenido de una submuestra de 48 sujetos, con quienes se midieron directamente peso y estatura).

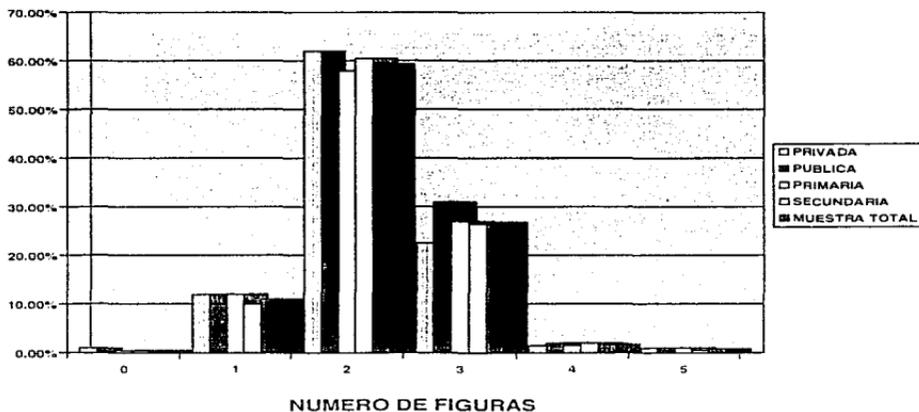
6.3 IMAGEN CORPORAL

6.3.1 AUTOPERCEPCIÓN

6.3.1.1 En relación con la pregunta: (creo que estoy... ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y muy gorda=5), tomando en cuenta el nivel escolar se encontró que la prueba U de Mann-Whitney que arrojó diferencias estadísticamente significativas: $U=15371$, con $Z=-4.1674$ y $P=.000$; mientras que se encontró una Media de 2.5250 y una DE=1.2235, para escuelas primarias; para las escuelas secundarias se obtuvo una Media de 2.0550 y una DE=1.2768. Por otro lado se encontró que el 49% de las niñas de nivel secundaria, respondieron que les gustaría estar ni gorda ni delgada, en tanto que un 26.5% de las niñas de nivel primaria respondieron que les gustaría estar delgada.

6.3.2 SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL (Estimación indirecta).

6.3.2.1 Elección de la Figura Ideal. Con respecto a la figura ideal elegida por las niñas, se encontró que un 89.0% (356) deseaban tener un cuerpo similar al que aparece en la figura 2 (figura delgada), la Media resultante fue de 2.045 con $DE=.528$.



GRÁFICA 2 Distribución en porcentajes de la figura Ideal por tipo de escuela, nivel escolar y muestra total.

TIPO DE ESCUELA

NIVEL ESCOLAR

SILUETAS	PRIVADA	PUBLICA	PRIMARIA	SECUNDARIA	MUESTRA TOTAL
0=NO CONTESTO	5	5	1.0	0	.5
1=MUY DELGADA	5.5	3.0	6.5	2.0	4.3
2= DELGADA	89.5	88.5	82.5	95.0	84.0
3= NI GORDA NI DELGADA	1.5	8.0	7.5	2.0	4.8
4= GORDA	0	0	0	0	0
5=MUY GORDA	2.0	0	2.0	0	1.0
6=FIGURA DIBUJADA POR SUJETOS	1.0	0	.5	.5	.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MEDIA	2.050	2.040	2.070	2.020	2.045
DE	.655	.683	.001	.347	.528

TABLA 4 Distribución de Porcentajes en cuanto a la elección de la figura Ideal por tipo , nivel escolar y muestra total.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

6.3.2.2. Elección de la Figura Actual, con respecto a la figura actual elegida por las niñas, se encontró que un 59.3% (237) percibieron su cuerpo similar al de la figura 2 (figura delgada), con una Media de 2.205 y una DE=.703.

SILUETAS	TIPO DE ESCUELA		NIVEL ESCOLAR		MUESTRA TOTAL
	PRIVADA	PUBLICA	PRIMARIA	SECUNDAR IA	
0=NO CONTESTO	1.0	0	.5	.5	.5
1=MUY DELGADA	12.0	10.0	12.0	10.0	11.0
2= DELGADA	62.0	56.5	58.0	60.5	59.3
3= NI GORDA NI DELGADA	22.5	31.0	27.0	26.5	26.8
4= GORDA	1.5	2.0	1.5	2.0	1.8
5=MUY GORDA	1.0	.5	1.0	.5	.8
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MEDIA	2.145	2.264	2.200	2.210	2.205
DE	.719	.683	.723	.684	.703

TABLA 5 Distribución de porcentajes en cuanto a la elección de la figura Real por tipo de escuela, nivel escolar y muestra total.

6.3.2.3 Diferencia Figura Actual - Figura Ideal. Se aplicó una prueba U de Mann-Whitney para conocer si existían diferencias en cuanto a la elección de las figuras 1 (ideal) y 2 (actual), tomando en cuenta el

tipo de escuela y nivel escolar. De acuerdo con los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Dichos resultados muestran que un 57.5% de las niñas de la muestra se sienten satisfechas con su imagen corporal, en tanto que un 13.7% de ellas reportan diferencias negativas y el 29.1% reportaron diferencias positivas, lo que significa insatisfacción con la imagen corporal en ambos casos (ver TABLA 6).

F.REAL F.IDEAL	TIPO DE ESCUELA		NIVEL ESCOLAR		MUESTRA TOTAL
	PRIVADA	PUBLICA	PRIMARIA	SECUNDARI A	
-5	.5	0	0	.5	.3
-3	2.5	0	2.5	0	1.3
-2	.5	1.0	.5	1.0	.8
-1	11.5	11.0	12.5	10.0	11.3
0	58.0	57.0	56.5	58.5	57.5
1	23.0	27.0	23.0	27.0	25.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
MEDIA	.095	.225	.130	.190	.160
DE	.959	.746	.915	.804	.861

TABLA 6 Distribución en porcentajes de la diferencia de la Figura Real (reactivo 43) menos la Figura Ideal (reactivo 31) en cuanto a tipo de escuela , nivel escolar y muestra total.

6.3.3 PERCEPCIÓN DE LOS OTROS

6.3.3.1 Con respecto a la pregunta: "creo que mis amigos(as) me ven..."ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y gorda=5, teniendo en cuenta el nivel escolar: se encontró que los resultados fueron: $U=15799$, una $Z=-3.6516$ y $P=.0003$, obteniéndose una Media

de 2.3586 y una DE=1.2290 para las primarias; una Media de 1.9600 y una DE=1.2107 para las secundarias. Se encontró que el 50.5% de nivel secundaria creen que sus amigos las ven: normales, ni gordas ni delgadas; y el 25.3% de las niñas de primaria, seleccionaron la opción número 2 que corresponde a delgada, esto es que sus amigos(as) las perciben delgadas.

6.3.3.2 Con respecto a la pregunta: "Creo que mis padres o tutores me ven..." ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 y muy gorda=5", en cuanto al nivel escolar: se encontró una U=18680.0, una Z=-1.1827 y P=.2369, para las escuelas primarias se obtuvo una Media de 2.4050 con DE=1.2605, mientras que para las secundarias los resultados arrojados fueron una Media de 2.2950 con DE=1.3368. En primaria un 26.5% de las niñas respondieron que sus padres las perciben normales y en secundaria un 37% respondieron igual.

6.3.4 AUTOEVALUACIÓN DE LAS PARTES CORPORALES

"Tu cara, cuerpo, brazos, estatura, busto, estómago, cadera, muslo, pompas, tórax y espalda es: muy pequeño(a), pequeño(a), tamaño adecuado, grande y muy grande".

En cuanto a la autopercepción del tamaño de las partes del cuerpo se aplicó la prueba U de Mann-Whitney, para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas por tipo y nivel escolar obteniéndose los siguientes resultados, en cuanto a tipo de escuela (Ver TABLA 7).

	PRIVADA	PUBLICA	VALORES DE U DE MANN-WHITNEY
TAMAÑO DE BRAZO	Media=3.1 DE=.625	Media=2.9 DE=.744	U=17614.0 Z=-2.5030 P=.0104
TAMAÑO DE MUSLO	Media=3.05 DE=.7618	Media=2.76 DE=.9141	U=16590.0 Z=-3.1103 P=.0019
TAMAÑO DE POMPA	Media=3.01 DE=.7924	Media=2.79 DE=.8425	U=17094.0 Z=-2.7715 P=.0056

TABLA 7 Medias, DE y diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la autopercepción de las partes corporales por tipo de escuela.

En cuanto al tamaño de las partes del cuerpo por nivel escolar se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tamaño de la estatura y cadera (Ver TABLA 8).

	PRIMARIA	SECUNDARIA	VALORES DE U DE MANN-WHITNEY
TAMAÑO DE ESTATURA	Media=3.12 DE=.8566	Media=2.94 DE=.8393	U=17077.5 Z=-2.4798 P=.0131
TAMAÑO DE CADERA	Media=2.86 DE=1.0109	Media=3.10 DE=.7046	U=17388.0 Z=-2.3676 P=.0179

TABLA 8 Medias, DE y diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la autopercepción de las partes corporales por nivel escolar.

De acuerdo con el análisis de Varianza aplicado a los índices o sumas de autopercepción de las partes corporales, (a mayor el índice, más grandes se perciben las partes corporales) por tipo de escuela y nivel escolar se encontró que la proporción de las partes corporales, difiere por el tipo de escuela, se obtuvo una $F(1,396)=5,050$ con $P=.025$; para las escuelas privadas la media fue de 32.94 con una $DE=4.599$ y para las públicas resultó una Media de 31.80 con una $DE=5.57$ (ver tabla 9).

	PRIVADA	PUBLICA
MEDIAS	32.94	31.80
DE	4.59	5.57

TABLA 9 Medias de los índices de autopercepción de las partes corporales por tipo de escuela y nivel escolar.

6.3.5 PREOCUPACIÓN POR EL PESO

Para la pregunta "Llegar a estar gorda..." no me preocupa=1, me preocupa poco=2, me preocupa de manera regular=3, me preocupa =4 y me preocupa mucho=5, con respecto al nivel escolar se obtuvo una $U=19899.5$, una $Z=-.0931$ y una $P=.9258$; para las escuelas primarias se obtuvo una Media de 4.0050 y una $DE=1.2380$, en tanto que para las secundarias se obtuvo una Media de 4.0300 y una $DE=1.2110$, de acuerdo con los resultados de esta pregunta no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Por nivel escolar los porcentajes obtenidos fueron el 48.5% de las niñas de primaria eligieron la opción "me preocupa mucho" mientras que el 47% de las niñas de secundaria eligieron la misma opción.

6.3.6 PESO DESEADO

Con respecto a la pregunta: "me gustaría pesar..." lo mismo que peso actualmente=1, un poco menos lo que peso actualmente=2, mucho menos de lo que peso actualmente=3, un poco más de lo que peso actualmente=4 y mucho más de lo que peso actualmente=5 se encontró en relación al nivel escolar una $U=16642.5$, una $Z=-3.0922$ con $P=.0020$, en relación al nivel escolar. En las escuelas primarias se obtuvo una Media de 3.2714 y una $DE=1.3434$, y el 33.7% de las niñas respondieron que les gustaría pesar un poco menos de lo que pesaban actualmente. En las escuelas secundarias se obtuvo una Media de 2.8693 y una $DE=1.2403$. Se encontró que el 44.7% de las niñas de secundaria respondieron que les gustaría pesar un poco menos de lo que pesaban en ese momento.

6.3.7 ACTITUD HACIA LA DELGADEZ/OBESIDAD

Con respecto a la pregunta: "Una persona atractiva es..." ni gorda ni delgada=1, delgada=2, muy delgada=3, gorda=4 muy gorda=5...". Con respecto al nivel escolar, en la prueba estadística aplicada se encontró una $U=13474$, con una $Z=-6.1793$ y una $P=.000$. Obteniéndose una Media de 1.8800 con $DE=.8540$ para las escuelas primarias, el 42% de estas niñas respondieron que una niña(o) atractiva(o) era delgada(o), para las secundarias se obtuvo una Media de 1.4250 con $DE=.6453$, en donde un 62.5% de las niñas respondieron que una persona atractiva era: muy delgada.

6.4 AUTOATRIBUCIÓN

6.4.1 FACTOR 1 HABILIDADES ESCOLARES

Se aplicó un ANOVA a cada uno de los factores por tipo de escuela y por nivel escolar para el Factor 1 (habilidades escolares) (TABLA 10) por tipo de escuela y nivel escolar, tomando en cuenta el Factor 1 se encontraron diferencias estadísticamente significativas por tipo de escuela y nivel escolar en cuanto a la percepción de los atributos positivos:

Para el tipo de escuela resultó una $F(1,395)=16.17$ con $P=.000$.

Para el nivel escolar se encontró una $F(1,395)=4.535$ con $P=.034$.

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
ESTUDIOSA	.73581
INTELIGENTE	.71755
FUERTE	.70688
TRABAJADORA	.66540
CUMPLIDA	.58876
SANA	.51399
COOPERATIVA	.43321
ALPHA=.8203	
EIGENVALUE=6.56	
VARIANZA EXPLICADA=29.8	

TABLA 10 Cargas factoriales, Medias y DE de las variables del Factor 1 (Atributos escolares deseables).

Las medias y desviación estándar obtenidas se pueden observar en las TABLAS 11 y 12.

	PRIVADA	PUBLICA
MEDIAS	17.66	22.71
DE	10.80	14.18

TABLA 11 Medias por tipo de escuela de los atributos escolares deseables (Factor 1).

	PRIMARIA	SECUNDARIA
MEDIAS	21.52	18.85
DE	14.37	10.98

TABLA 12 Medias por nivel escolar de los atributos escolares deseables (Factor 1).

6.4.2 FACTOR 2 HABILIDAD SOCIAL

De la aplicación del análisis de Varianza a los atributos de habilidad social del factor 2 (TABLA 13) por tipo de escuela y nivel escolar, se encontró que solamente el tipo de escuela defirió significativamente en la percepción de estos atributos, encontrando una $F(1,396)=20.40$ con $P=.000$ (Ver TABLA 14).

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
FÉLIZ	.72415
TRANQUILA	.72039
CARIÑOSA	.71391
BUENA	.60270
AGRADABLE	.54218
OBEDIENTE	.51240
RESPONSABLE	.49548
ALPHA=.8279	
EIGENVALUE=2.44	
VARIANZA EXPLICADA=11.1	

TABLA 13 Cargas factoriales, Medias y DE de las variables del Factor 2 (atributos de habilidad social).

	PRIVADA	PUBLICA
MEDIAS	15.41	21.78
DE	12.15	15.81

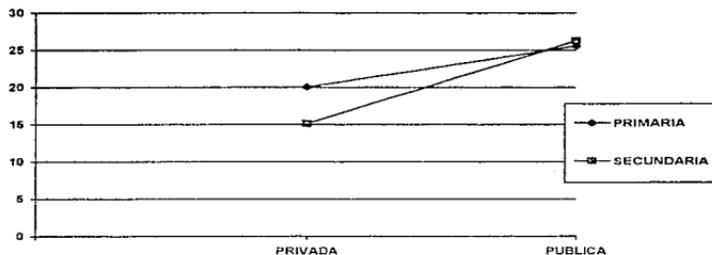
TABLA 14 Medias por tipo de escuela para el factor 2 de atributos de habilidad social.

6.4.3 FACTOR 3 CONDUCTUALES NEGATIVOS

De acuerdo con el Análisis de Varianza aplicado a los atributos conductuales negativos del factor 3 (TABLA 15) por tipo de escuela y nivel escolar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por separado sino que cuando interactúan ambas variables (tipo de escuela y nivel escolar), es como influyen en la percepción de los atributos conductuales negativos, encontrándose una $F(1,396)=6.691$ con una $P=.010$ (Ver GRÁFICA 3).

VARIABLES	CARGA FACTORIAL
REBELDE	.72854
MENTIROSA	.71765
AGRESIVA	.67915
ENOJONA	.64967
FLOJA	.54483
ALPHA=.7056	
EIGENVALUE=1.25	
VARIANZA EXPLICADA=5.7	

TABLA 15 Cargas factoriales, Medias y DE de las variables del factor 3 (atributos conductuales negativos).



GRÁFICA 3 Medias y DE por tipo y nivel escolar de los atributos conductuales negativos (factor 3).

De la correlación efectuada a los tres factores de atributos conductuales con cada una de las variables referentes a la imagen corporal, los resultados obtenidos indicaron que no existe una correlación entre dichos factores y las variables.

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue detectar si existían factores de riesgo asociadas con imagen corporal y determinar si existían diferencias en la autopercepción de la imagen corporal y si esta se relacionaba con la autoatribución en una muestra de niñas de 9 a 15 años tomando en cuenta el nivel escolar (primaria y secundaria) y el tipo de escuela (privada y pública), considerando las escuelas privadas como nivel socioeconómico medio y las escuelas públicas como nivel socioeconómico bajo.

Tomando en cuenta la autopercepción de la imagen corporal debe hacerse notar que solo una tercera parte de las niñas respondió percibirse dentro de un peso normal, una parte importante de estas niñas dieron respuestas un tanto más alejadas de la realidad, es decir, que tres cuartas partes de ellas tuvieron problemas con la percepción de su imagen corporal ubicándose tanto por debajo como por arriba de su peso corporal normal.

Lo anterior se ve respaldado por HSU (1983) quien destaca la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales y ha encontrado que en las mujeres este atractivo se relaciona con la delgadez. Asimismo, la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que más mujeres y principalmente las adolescentes, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha demostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar ha ser

excesivamente estilizada. Por ejemplo como lo ha señalado Davis (1984) quién realizó estudios con 91 estudiantes femeninas reporta que las que se consideraban ectomorfas (cuerpos delgados) tenían las puntuaciones de satisfacción más altas , mientras que las que se creían endomorfas (cuerpos obesos) tenían las puntuaciones más bajas. Todo esto ratifica y completa los resultados de Jourard y Secord (1955) en donde las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal. Sin embargo, se ha encontrado que esta preocupación por la figura ideal inicia aún más temprano que en la adolescencia (Nagel y Jones 1992).

Por otra parte, un poco más de la cuarta parte de las estudiantes eligió una figura actual con peso normal, además se observó que una proporción mayor de las estudiantes, tres cuartas partes, se identificaron con la figuras que se encontraban por abajo y por arriba de su peso normal.

Dichos hallazgos son confirmados por González, Lizano, Rodríguez y Gómez Peresmitré (en prensa) y por Gómez Peresmitré (en prensa), quienes encontraron que en niños de sexto año de primaria existe ya una fuerte preocupación por el peso y por la ingesta de alimentos, además de que las niñas son quienes se preocupan más por su peso.

Por lo que se refiere al grado o nivel de satisfacción con la propia figura corporal, debe señalarse que un poco más de la mitad de las niñas mostraron estar satisfechas con su imagen corporal, sin embargo un 40% manifestaron insatisfacción con dicha imagen, es esta proporción de estudiantes las que constituyen un factor de riesgo en tanto pueden desarrollar trastornos de la alimentación.

Esto es, se ha reportado consistentemente que la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal constituye un predictor dentro de los factores de riesgo asociados con los trastornos de la alimentación (Fabian y Thompson, 1989; León, Fulkerson, Perry y Cudeck 1993 entre otros).

La satisfacción corporal contribuye significativamente con la adaptación personal y social, con la autoestimación favorable así como con el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Igualmente en otro estudio se utilizó una escala de figuras femeninas las cuales variaban e iban desde las más delgadas a las extremadamente obesas, donde las mujeres seleccionaban las figuras que más se les parecían y posteriormente decidían cual les gustaría tener. Facilitándoles la percepción continua de las figuras y mostrando las preferencias emitían sus juicios sobre los que más se acercaban a su ideal. Las chicas que no se restringían en su alimentación reportaban poca diferencia entre la imagen corporal percibida y su ideal. En cambio las chicas que hacían dietas restringidas preferían fuertemente las figuras significativamente más delgadas de lo que correspondía a su propia imagen (Stunkard, Sorensen y Shulsinger 1983).

Además Bruchon-Schweitzer, (1992) y Tucker (1984) sostienen la premisa que afirma que es mejor predictor de satisfacción corporal la autopercepción subjetiva (cuerpo percibido) que la realidad objetiva.

Estos estudios se han confirmado por lo encontrado por Gómez Peresmitré (en prensa) quién encontró que satisfacción funciona como

una variable mediadora entre cuerpo percibido y factores de riesgo asociados con desórdenes del comer y que tiene mayor importancia como predictor de satisfacción corporal "sentirse atractivo" que "ser atractivo".

Con respecto a la percepción de los otros (padres y pares) los resultados más significativos fueron que más de la mitad de las niñas de secundaria respondieron que las percibían con peso normal y una cuarta parte de las niñas de primaria respondieron que las percibían con peso normal; esto nos hace suponer que en estas niñas existe ya la preocupación por estar esbeltas a pesar de que en algunos estudios (Aguilar & Rodríguez, 1997; Brodie, Bagles & Slade, 1994; & Murrieta, 1997) señalan que la insatisfacción de la imagen corporal aumenta con la edad.

Sin embargo un estudio realizado por Rivera (1997) muestra que en las edades más frecuentemente citadas en las que las estudiantes iniciaron las dietas con propósitos relacionados con el control de peso fueron entre los 12 y los 17 años. Esto nos lleva a suponer que a edades muy tempranas existe insatisfacción con la imagen corporal. En esta misma dirección, otro estudio realizado por Gómez Peresmitré y Ávila (en prensa) encontraron que escolares de 5º y 6º año de primaria habían hecho en el último año un cambio en su alimentación en donde la principal intención era bajar de peso.

Con respecto a la elección de la figura ideal casi el 90% de las niñas eligieron figuras delgadas, esto es congruente con lo encontrado en relación al peso que deseaban tener, en donde una parte importante, de las niñas de primaria, y en mayor medida las de secundaria les gustaría pesar poco menos de lo que pesaban en ese momento.

En esta misma dirección encontramos una actitud más favorable hacia la delgadez ya que respondieron que una persona atractiva tiene que ser delgada o muy delgada. Dichos resultados fueron encontrados en las respuestas de las niñas de primaria, mientras que más de la mitad de niñas de secundaria consideraron que una persona atractiva debía tener peso normal esto es ni gorda ni delgada. Esto concuerda con lo señalado por varios autores en cuanto a que el estereotipo de que la mujer con un físico delgado es la más socialmente deseable contribuye a las presiones de delgadez entre las mujeres (Garner, Garfinkel, Stance & Moldofsky, 1976; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

También es importante destacar otro de nuestros hallazgos y que constituye tal y como ha sido ampliamente documentado un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación: una gran mayoría de las niñas de nuestro estudio independientemente de su nivel escolar y nivel socioeconómico, mostraron preocupación por su peso .

Por otra parte cuando a las niñas se les pidió que valoraran por separado las partes de su cuerpo entonces nos encontramos con que si influye el tipo de escuela y nivel escolar.

Con respecto a la percepción que las niñas tenían de las partes de su cuerpo, al hacer la comparación por tipo de escuela resultó que las niñas de escuelas privadas percibían algunas partes corporales más grandes que las niñas de escuelas públicas . Estos resultados concuerdan con lo que Morris (1987) quien señala que uno de los factores que interviene en el peso corporal, es el nivel socioeconómico, esto es, que en los pobres existe una tendencia más alta a ser gordos que en las personas con ingresos altos. Ello puede ser originado porque las personas ricas sienten una presión

mayor a conservar una figura esbelta y también porque los patrones alimentarios de las personas con ingresos bajos son los que contribuyen más a la obesidad.

En cuanto a la comparación por nivel escolar se encontró que con respecto a la estatura fueron las niñas de primaria las que se percibieron más altas que las niñas de secundaria, esta percepción posiblemente se deba a que en esta etapa inicia el arranque del crecimiento con aumento notable en talla y peso (Angrilli y Helfat 1985).

Por otro lado las niñas de secundaria reportaron percibir sus caderas más grandes en comparación con las niñas de primaria. Existe la posibilidad que esta situación se deba a que en secundaria la grasa corporal de las niñas ya ha adquirido una apariencia más redondeada.

Esta tendencia por percibir de esta forma las partes corporales es congruente con lo que Morris (1987) señala, que es entre los 12 y 13 años el cuerpo de la niña empieza a acumular proporcionalmente mayores cantidades de grasa. El aumento en la grasa corporal, en brazos, tórax, caderas y piernas comienza a darles la figura propia de la mujer.

Finalmente también debe señalarse que contrario a lo que se esperaba no se encontró asociación entre factores de atributos con las variables de la imagen corporal, sin embargo, si se encontraron interacciones significativas entre el tipo de escuela y nivel escolar con el factor de atributos conductuales negativos, observándose que fueron las niñas de primarias privadas las que se percibieron con menos atributos conductuales negativos, mientras que, sucedió lo contrario con las niñas de secundarias públicas.

Cabe mencionar que la diferencia que existió en cuanto a la percepción de estos atributos fué significativamente más grande entre las primarias (públicas y privadas) mientras que entre las secundarias no resultó tan marcada esta diferencia.

Se encontró que estos resultados confirman lo encontrado por Gómez Peresmitré (1996) en donde a la presentación de una lista de adjetivos positivos y negativos, y la selección que de ellos hacen los niños, permiten inferir que se ha obtenido una autodescripción de la imagen que los niños tienen de sí mismos.

La autoatribución no solo se refiere a los aspectos antes señalados, sino que incluye también la autoatribución de características físicas que conforman la imagen corporal, esta última se define como la representación del propio cuerpo y forma parte del concepto de sí mismo, es producto de la interacción social y resulta fuertemente influenciada por los cánones de belleza difundidos en cada época.

En suma podemos concluir que:

a) se detectaron factores de riesgo asociados con imagen corporal, en un porcentaje importante de estudiantes de primaria y secundaria.

b) la percepción de la imagen por partes corporales si se relacionó con el tipo de escuela mientras que no se relacionó con la percepción de la imagen total.

c) no se encontró relación entre autoatribución e imagen corporal, curiosamente si interactuaron nivel y tipo de escuela con un solo factor de autoatribución, el de autopercepción de atributos conductuales negativos; y por último

d) los hallazgos presentados en este estudio son preocupantes y nos muestran la gran necesidad de desarrollar programas distintos para la prevención de este tipo de problemas que pueden afectar física, psicológica y socialmente a muestras de población tan importante, como son nuestros escolares de primaria y secundaria.

SUGERENCIAS

Y

LIMITACIONES

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

Una de las limitaciones más importantes del presente estudio es que no se trabajó con muestras aleatorias por lo que no se pueden generalizar los resultados. Sin embargo si cumplió con la información que aportó como estudio exploratorio.

SUGERENCIAS

-Proponer programas dirigidos a estudiantes de nivel básico acerca de la conducta alimentaria.

-Realizar más investigaciones con la población de sexo masculino y femenino a fin de llevar acabo comparaciones entre ambos grupos.

-Realizar estudios similares en los cuales se comparen muestras de niñas que ya presentan menstruación contra las que aún no menstrúan.

-Realizar estudios con niños menores de 10 años.

-Realizar programas dirigidos a padres de familia para que a través de ellos puedan prevenir y evitar el desarrollo de trastornos de la alimentación en los niños.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Abraham, S., & Nordsieck, M. (1960). Relationship of excess weight in children and adults. Public Health Reports, 25, 263-273.
- Abraham, S., Collins, G., & Nordsieck, M. (1971). Relationship of childhood weight status to morbidity in adults. Public Health Reports, 86, 273-284.
- Aguilar, C. Y., & Rodríguez, C. A. R. (1997). Relación entre nivel socioeconómico. La auto percepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes de nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología . UNAM.
- Agras, W. S. (1988). Eating Disorders, Management of Obesity, Bulimia and Anorexia Nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Ajuriaguerra, J. (1977). Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Toray-Masson.
- Alonso, J., Pàmies, A., Segovia, C., Arnedo, A., Dènia, A., & Ortí, T. (1984). Prevalencia d'obesitat en escolars. Comunicació presentada en el XIIè. Congrés de metges i biòlegs de lengua catalana. Benicasim. castellón.
- Allport, F. H. (1955). Theories of Perception and the Concept of Structure. Nueva York: Willey.
- Angrilli, A., & Helfat, L. (1985) Psicología Infantil. México: Continental.
- Argyle, M. (1964a). Introjección: A form of social learning. British Journal of Psychology, 55, 391-402.
- Argyle, M. (1978). Psicología del Comportamiento Interpersonal. Madrid: Alianza Editorial.
- Baéz, H. Y., & Lomelí, G. M. (1995). La percepción social del concepto que los estudiantes de enseñanza media superior tienen de sus maestros. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U N A M.
- Ballesteros, J. S. (1982). El Esquema Corporal. Madrid: TEA. Ediciones.
- Baumeister, R. F., Chesner, S. P., Senders, P. S., & Tice, D. M. (1988). Who's in charge here? Group leaders do lend help in emergencies. Personality and Social Psychology Bulletin, 14, 17-22.
- Bem, D. J. (1972). Self- Perception Theory. En L. Berkowitz (ed.). Advances in Experimental Social Psychology. Nueva York: Academic Press.

- Bennett, Ch. C. (1984). Know thyself. professional psychology. Research and Practice. 15,(2), 271-283.
- Berger, J. (1972). Ways Of Seeing. Londres: Viking.
- Berryman, C. J., Hargreaves, D., Herbert, M., & Taylor, A. (1994). Psicología del Desarrollo. México: El Manual Moderno.
- Berscheid, E., Walster, E., & Bohrnstedt, G. (1974). The happy american body: A survey report. Psychology Today. 7, 119-131.
- Berzonsky, M. D., & Barclay, C. R. (1981). Formal reasoning and identity formation: A reconceptualization , en J. A. Meachan y N. R. Santilli. Human Development. 26, 213-221.
- Bojontorp, P. (1985). Adipose Tissue in Obesity. End: Hirsch, J., & Van, J. B. Itallie (eds.). Recent Advances in Obesity Research. V. London: Libbey.
- Bowen, J. D., Tomoyasu, N., & Cauce, A. M. (1991). "The triple threat: A discussion of gender, class , and race differences in weight. Women & Health. 17, (4), 123-141.
- Braguinsky, S. J., Mendelson, M., D'Alessandro, J., Della Valle, M., Goldberg, F., Matkman, C., Mestres, A., Fainbole, B., & Reinbold, H. (1976). Estudios de prevalencia de obesidad en sectores de la población de Buenos Aires. Trabajo presentado en el sexto congreso argentino de nutrición.
- Brodie, D. A., & Slade, P. D. (1988). The relationship between body-image, and body-fat in adult women. Psychological Medical. 18, 623-631.
- Brodie, D. A., Bagley, K., & Slade, P. D. (1994). Body image perception in pre and postadolescent females. Journal of Perceptual and Motor Skills. 78, 147-154.
- Brownel, K. D., & Stunkard, A. J. (1983). Behavioural treatment for obese children and adolescents. En P. Mc Grath y P. Firestone (eds). Pediatrics and Adolescent Behavioural Medicine: Issues in Treatment. Nueva York: Springer.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.
- Bruch, H., (1975). Les Yeux et le Ventre. Paris: Payot.
- Bruchon, S. M. (1992). Psicología del Cuerpo. Barcelona: Herder.

- Bruchon-Schweitzer, M. (1981-1982). L'image du corps chez les lycéens; étude structurale et comparative. Bulletin de Psychologie, 35, (355), 435-448.
- Button, E. J., Fransella, F., & Siade, P. D. (1977). A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 7, 235-243.
- Byrne, D. (1971). The Attraction Paradigm. Nueva York: Academic Press.
- Casillas, C. L. E., & Vargas, L. A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de Nutrición, 3, 17-32.
- Cohn, L. D., Adler, N. E., Irwin, C. E., Millstein, S. G., Kegeles, S. M., & Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 96, 276-279.
- Coleman, J. C. (1980). The Nature of Adolescence Londres. Methuen. Trad. cas. de A. Guerra (1985). Psicología de la Adolescencia Madrid: Morata.
- Coste, J. C. (1979). Las 50 Palabras Clave de la Psicomotricidad. Barcelona: Médica y Técnica.
- Craig, G. J. (1992). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Crisp, A. H., & Kalucy, R. S. (1974). Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa. British Journal of Medical Psychology, 47, 349-361.
- Crisp, A. H., Palmer, R. L., & Kalucy, R. S. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 218, 549-554.
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B., & Hartsham, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. A study a consecutive series of 102 female patents. Journal of Psychosomatic Research, 24, 179-191.
- Daurat-Homeljak, C., Stambak, M., & Bergès, J. (1966). Une epreuve de schema corporel. Revue de Psychologie Appliquée, 16, (3), 141-185.
- De La Fuente, R. (1994). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Deval, J. (1994). El Desarrollo Humano. México: Siglo XXI.
- Dietz, W. H. (1983). Childhood obesity: Suceptibility, cause and managment. Journal Pediatric, 5, 676-678.

Dion, K., Berscheid, E., & Walter, E. (1972). What is beautiful is good. Journal of Personality and Social Psychology, 24, 285-290.

Ekwall, W. S. (1993). Pediatric Nutrition in Chronic Diseases and Developmental Disorder. New York: Oxford University Press.

Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. International Journal of Eating Disorders, 8, 63-74.

Fiedler, K., Semin, G. R., & Koppetsch, C. (1991). Language use and attributional biases in close personal relationships. Personality and Social Psychology Bulletin, 17, 147-155.

Fitts, W. H. (1965). Tennessee Self-Concept Scale. Manual. Nashville, Tennessee: Department of Mental Health.

Flavigny, H. (1981). Psychopathologie du corpus à l'adolescence. Anne Pédiatre, 28,(2),119-124.

Gardner, R. M., Martínez, R., & Sandoval, Y. (1987). Obesity and body image: An evaluation of sensory and non-sensory components. Psychological Medicine, 17, 927-932.

Gardner, M. R., Martínez, R., Espinoza, T., & Gallegos, V. (1988). Distortion of body image in the obese: A sensory phenomenon. Psychological Medical, 18, 633-641.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Stancer, H. C., & Moldofsky, H. (1976). Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity. Psychosomatic Medicine, 38, 327-337.

Gilbert, D. T., & Jones, E. E. (1986). Perceiver-induced constraint: Interpretations of self-generated reality. Journal of Personality and Social Psychology, 50, 269-280.

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

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12, (2), 185-197.

Gómez, Peresmitré, G. (en prensa). Imagen corporal ¿Qué es más importante "sentirse atractivo" o "ser atractivo".

Gómez, Peresmitré, G. (en prensa). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14,(1).

Gómez, Peresmitré, G., & Àvila, A. E. (en prensa). Escolares mexicanos preadolescentes: Dieta intencional y autopercepción de atributos.

González, S. L. M., Lizano, M. M., Rodríguez, A. P., & Gómez, Peresmitré, G. (en prensa). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos.

Grief, E. B., & Ulman, K. J. (1982). De psychological impact of menarche on early adolescent females: A review of the literature. Child Development, 53, 1413-1430.

Guthrie, (1938). The Psychology of Human Conflict. Nueva York: Harper.

Hall, C. S. (1984). La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad. México: Paidós.

Hecaen, H., & Ajuriaguerra, J. (1952). Mécanismes et Hallucinations Corporelles. París: Masson et Cie.

Heider, F. (1958). The Psychology of Interpersonal Relations. Nueva York: Wiley.

Hollander, E. (1978). Principios y Métodos de Psicología Social. Buenos Aires: Amorrurtu.

Horowitz, M. (1966). Body image. Archives of General Psychiatry, 14, 5.

Hsu, L. K. G. (1990). Eating Disorders. Nueva York: The Guilford Press.

Hsu, L. K. G. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 13, 231-238.

Inhelder, B., & Piaget, J. (1955). De la Logique de L'enfant a la Logique de L'adolescent. París: PUF.

James, W (1890). Reimpreso en 1950. The Principles of Psychology. Nueva York: Dover Publications.

Jeffrey, P. B. (1976). Behavioral Management of Obesity. En W. E. Craighead, A. E. Kazdin y M. J. Mahoney (eds), Behavior Modification: Principles, Issues and Applications. Nueva York: Moughton Mifflin.

Jones, E. E., & Nisbett, R. E. (1972). The Actor and the Observer: Divergent Perceptions of the Causes of Behavior. Morristown, Nueva Jersey: General Learning Press.

- Jourard, S. M., & Secord, P. F. (1955). Body-cathexis and personality. British Journal of Psychology, 46, 130-38.
- Kelley, H. H., (1973). The process of causal attribution. American Psychologist, 28, 107-128
- Kirschenbaum, W., Johnson, G., & Stalonas, M. P. (1989). Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes. Barcelona: Martinez Roca.
- Koff, E., & Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. Journal Adolescence Health, 146, 433-439.
- Krause, M. (1995). Nutrición y Dietoterapia. México: Interamericana-Mc Graw Hill.
- Laségue, C. (1873) . On hujsterical anorexia . Med Tumes S Gaz, 2, 265-266.
- LeBow, M. D. (1986). Obesidad Infantil. Una Nueva Frontera de la Terapia Conductual. Buenos Aires, Paidós.
- Lehalle, H. (1990). Psicología de los Adolescentes. México: Grijalbo.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S., & Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 535-541.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associate with risk state for eating disorders in adolescent girls. Journal of Abnormal Psychology, 1023, 138-144.
- Lerner, R. M., Karabenick, S. A., & Meisels, M. (1975). Effects of age and sex on the development of personal space schemata toward body build. Journal of Genetic Psychology, 127, 91-101.
- Lyman, B., Hatlied, D., & Macurdy, C. (1981). Persons cues in firts-impression attraction. Perceptual and Motor Skills, 52, 59-66.
- Mann, L. (1972). Psicología Social. México: Limusa.
- Markus, H., & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. Annual Review of Psychology, 38, 291-337.
- Mayer, J. (1968). Overweight: Causes, Cost and Control. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.

McGuire, W. J., & McGuire, C. V. (1986). Differences in conceptualizing self versus conceptualizing other people as manifested in contrasting verb types used in natural speech. Journal of Personality and Social Psychology, *51*, 1135-1143.

Miller, A. G. (1970). Role of physical attractiveness in impression formation. Psychonomic Sciences, *19*, 241-243.

Morris, G. CH. (1987). Psicología. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A.

Mucchielli, R., & Boucier, A. (1979). La Dislexia, Causas, Diagnóstico y Reeducación. Madrid: Cincel-Kapeluz.

Murrieta, C. C. M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Mussen, P., & Distler, L. (1964). Child-rearing antecedents of masculine identification in kindergarden boys. Child development, *31*, 89-100.

Myers, G. D. (1995). Psicología Social. México: Mc Graw Hill.

Nagel, K. L., & Jones, K. H. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. Adolescence, *27*, (105), 107-113.

Orbach, J., Traub, A. C., & Olson, R. (1966). Psychophysical studies of body image. Archives of General Psychiatry, *12*, 41-47.

Orbach, S. (1986). Hunger Stricke. Londres: Faber & Faber.

Padiouleau, F. M. (1991). Queridos Adolescentes. México: Grijalbo.

Perlman, D., & Cozby, P. C. (1992). Psicología Social. México: McGraw Hill.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1966b). La Psychologie de L'enfant. Paris: PUF. Trad. Cast., Psicología del niño. Madrid: Morata, 1969. 12ª edición 1984. (citado por la edición Francesa).

Rausch, H. R. C., & Bat, L. (1990). Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la Autonomía. Argentina: Paidós.

Rivera, M. L. O. (1997). Relación entre nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes alimentarios en mujeres de 16 a 19 años. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Rodin, J. (1989). Psychological features of obesity. Medicine Clinical of North América, *73*, (1), 47-66.

Rodríguez-Tomé, H. (1972). *La Dismorphobie de L'adolescent*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel.

Rosenberg, M. (1973). La Autoimagen del Adolescente y la Sociedad. Buenos Aires: Paidós.

Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. Princeton: University Press.

Ross, L. D. (1977). The Intuitive Psychologist and His Shortcomings: Distortions in the Attribution Process. En L. Berkowitz (ed.) Advances in Experimental Social Psychology. New York: Academic Press.

Saldaña, G. C. (1994). Trastornos del Comportamiento Alimentario. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Santoro, E. (1979). Percepción Social. En Salazar, J. M. Psicología Social. México: Trillas.

Schilder, P. (1989). Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano. Argentina: Paidós.

Schneider, J. D., Hastorf, H. A., & Ellsworth, C. P. (1982). Percepción Personal. México: Fondo Educativo Interamericano.

Schonfeld, W. A. (1982). Le Développement de L'adolescentes Déterminants Biologiques, Psychologiques et Sociologiques, en S. C. Feinstein, M. L. Giovacchini y A. A. Miller, eds. Psychiatrie de L'enfant.

Schontz, F. C. (1974). Body image and its disorders. International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 150-161.

Schumaker, J. F. (1985). Experience of loneliness by obese individuals. Psychological Reports, 57, 1147-1154.

Shavelson, R., Hubner, J., & Stanton, G. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. Review of Educational Research, 46, (3), 407-411.

Sheldon, W. H. (1950-1951). Las Variétés de la Constitution Physique de L'homme. Paris: PUF.

Shisslak, C. M., & Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, (5), 660-667.

Slade, P. D., & Russell, G. F. M. (1973). Awareness of body dimension in anorexia nervosa: Cross-section and longitudinal studies. Psychosomatic Medicine, 3, 188-199.

- Snyder, M., Tanked, E. D., & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior on the self-fulfilling nature of social stereotypes. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 656-666.
- Statt, A. D. (1980). La Psicología. México: Harla Harp & Row Latinoamericana.
- Stone, J., & Church, J. (1977). Niñez y Adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Striegel-Moore, R. H., Silverstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
- Strommen, E. A., Mckinney, J. P., Fitzgerald, H. E., & Hiram (1982). Psicología del Desarrollo. México: El Manual Moderno.
- Stunkard, A. J. (1984). The Current Status of Treatment for Obesity in Adults. En Stunkard, A. J., & Stellar, E. (eds). Eating and its Disorders. Nueva York: Raven Press.
- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the danish adaption register for the study of obesity and thinness in S. Kety (ed). The Genetics of Neurological and Psychiatric Disorders. (New York:Raven Press) en Hill, A. J. (1993). Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. International Review of Psychiatry, 5, 87-99.
- Tanner, J. M. (1978). Foetus Into Man: Physical Growth From Conception to Matunty. Cambridge, MA: Horward University Press.
- Thompson, J. K. (1990). Body Image Disturbance: Assesment and Treatment. Nueva York: Pergamon.
- Tomkiewicz, S., & Finder, J. (1967). La dismorphophobie de l'adolescent caractériel. Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 15, (12), 939-965.
- Toro, J., & Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and personality: A dinamic international perspective. Journal of Clinical Psychology, 40, 1226-1234.
- Ussher, J. (1991). La Psicología del Cuerpo Femenino. Madrid: Arias Montano.
- Valtrúeño, O. (1977). La Obesidad Infantil. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Madrid.
- Wallon, H. (1946). Le rôle de "l'autre" dans la conscience du "moi". Enfance, 3, (4), 279-286.

Wallon, H. (1959). Kinesthesie et image visuelle du corps propre chez l'enfant. Enfance, 3, (4), 252-263.

White, D. R., Mauro, K., & Splinder, J. (1985). Development of body-type salience implications for early childhood educator. International Review of Applied Psychology, 34, 433-442.

White, P. A., & Jounger, D. P. (1988). Differences in the ascription of transient internal states to self and other. Journal of Experimental Social Psychology, 29, 292-309.

Willie, R. C. (1961). The Self Concept. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

ANEXO

A N E X O

FORMA XX

A.- Tipo de Escuela	Privada	1
	Pública	2
B.- Grado que cursa	5 to grado	1
	6 to grado	2

Nombre _____

C.- Edad (años cumplidos): _____

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los niños mexicanos, de 5º y 6º grados de primaria, relacionados con la alimentación y la salud en general.

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACION

1.- ¿Cuánto crees que mides? _____

2.- ¿Cuánto crees que pesas? _____

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



A



B



C



D



E

F

(si no hay una figura que te guste, dibújala)

35.- Llegar a estar gorda:

- me preocupa mucho..... 5
 me preocupa..... 4
 me preocupa de manera regular.... 3
 me preocupa poco..... 2
 no me preocupa..... 1

36.- Marca con una X en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMANO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
CARA	5	4	3	2	1
CUERPO	5	4	3	2	1
ESTATURA	5	4	3	2	1
BRAZOS	5	4	3	2	1
BUSTO	5	4	3	2	1
ESTOMAGO	5	4	3	2	1
CADERA	5	4	3	2	1
MUSLOS	5	4	3	2	1
POMPAS	5	4	3	2	1

37.- Marca con una X como consideras que es tu:

	MUY ANGOSTO (A)	ANGOSTO (A)	REGULAR	AMPLIO	MUY AMPLIO
TORAX	1	2	3	4	5
ESPALDA	1	2	3	4	5

38.- Creo que estoy:

- Muy gorda..... 5
 Gorda..... 4
 Ni gorda ni delgada..... 1
 Delgada..... 2
 Muy delgada..... 3

39.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gorda..... 5
 Gorda..... 4
 Ni gorda ni delgada..... 1
 Delgada..... 2
 Muy delgada..... 3

40.- Según yo, una persona (niña) atractiva es:

- Muy gorda..... 5
 Gorda..... 4
 Ni gorda ni delgada..... 1
 Delgada..... 2
 Muy delgada..... 3

41.- Creo que mis amigos y amigas me ven:

Muy gorda.....	5
Gorda.....	4
Ni gorda ni delgada.....	1
Delgada.....	2
Muy delgada.....	3

42.- Me gustaría pesar:

Mucho más de lo que peso actualmente.....	5
Un poco más de lo que peso actualmente.....	4
Lo mismo que peso actualmente.....	1
Un poco menos de lo que peso actualmente.....	2
Mucho menos de lo que peso actualmente.....	3

45.- Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 0=nada hasta el 10=mucho, cuánto crees que tienes de cada uno.

	NADA											MUCHO
INTELIGENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FUERTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SANA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FLOJA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ATRACTIVA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ESTUDIOSA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
MENTIROSA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TRABAJADORA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
BUENA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
AGRADABLE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CREATIVA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CARIÑOSA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
OBEDIENTE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
AGRESIVA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
CUMPLIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
RESPONSABLE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FELIZ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TRANQUILA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TIMIDA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ENOJONA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
REBELDE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
COOPERATIVA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

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

Mi cuerpo se parece más a:

