

57

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0296139

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS:
IMAGEN CORPORAL, AUTOATRIBUCION Y AUTOESTIMA
EN RELACION CON EL PESO CORPORAL EN
PREADOLESCENTES.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
DIANA CRUZ ANDRADE
FATIMA ESTRADA MARQUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

CIUDAD UNIVERSITARIA,

2001



FACULTAD
DE PSICOLOGIA



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.

JURADO ASIGNADO

Dra. Lucy María Reidl Martínez.

Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.

Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinoza.

Lic. María Isabel Martínez Torres.

Mtra. Lilia Joya Laureano.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarnos una formación crítica y libre.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por su dedicación y compromiso en la realización de este trabajo.

A Gisela y Betty por su apoyo y guía a lo largo de esta investigación.

A Gisela, Joaquín y Alejandra por su ayuda en la aplicación de los instrumentos.

A Sandra Montenegro por su asesoría en el inicio de este proyecto.

Al Colegio Madrid y al Instituto Luis Vives por facilitarnos la muestra para nuestra investigación.

A mis padres José y Graciela que siempre me impulsaron para hacer posible este logro tan importante en mi vida.

A mi hermana Gisela por acompañarme en las buenas y en las malas para concluir este proyecto.

A mis amigos que me han brindado lo mejor de sí y que me han enseñado el valor de la amistad.

A Eduardo que me hace crecer y ser mejor cada día.

*A la Yaya, porque sin ella
este momento no sería
tan importante.*

*A mis padres Carmen y
Marcotulio, porque
gracias a que siempre
han caminado a mi lado,
esto y más es posible.*

*A la Palo y a la Montse
por todos los buenos y
malos momentos
compartidos hasta
ahora.*

*A mis amigos, porque sin
ellos mi vida estaría
incompleta.*

*Y gracias a Gabriel por
hacer que cada día sea
mejor.*

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Trastornos alimentarios	
1.1 Trastornos alimentarios.....	5
1.2 Anorexia nervosa	
1.2.1 Historia.....	7
1.2.2 Etiología.....	9
1.2.3 Sintomatología.....	12
1.2.4 Diagnóstico y tratamiento.....	15
1.3 Bulimia nervosa	
1.3.1 Historia.....	17
1.3.2 Etiología.....	19
1.3.3 Sintomatología.....	22
1.3.4 Diagnóstico y tratamiento.....	24
1.4 Trastornos de la alimentación no especificados.....	26
1.5 Peso corporal.....	27
Capítulo 2. Preadolescencia	
2.1 Preadolescencia.....	31
2.1.1 Teoría psicoanalítica.....	32
2.1.2 Teoría psicosocial.....	34
2.1.3 Teoría psicogenética.....	35
2.1.4 Teoría del aprendizaje social.....	37
2.1.5 Teoría del condicionamiento.....	38
2.1.6 Teoría humanista.....	38
2.2 Desarrollo físico.....	39
2.2.1 Desarrollo físico de los nueve años.....	42
2.2.2 Desarrollo físico de los diez años.....	42
2.2.3 Desarrollo físico de los once años.....	43
2.2.4 Desarrollo físico de los doce años.....	43
2.3 Desarrollo cognoscitivo.....	44
2.4 Desarrollo socioemocional.....	47
2.5 Pubertad.....	52

Capítulo 3. Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

3.1 Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios..... 56

 3.1.1 Imagen corporal..... 58

 3.1.2 Autoestima..... 65

 3.1.3 Autoatribución..... 71

Capitulo 4. Planteamiento del problema y metodología..... 75

Capitulo 5. Resultados..... 84

Capitulo 6. Discusión y conclusiones..... 112

Sugerencias y limitaciones..... 119

Referencias 121

Anexos

RESUMEN

Se llevó a cabo una investigación para determinar la relación que existe entre imagen corporal, autoestima y autoatribución con el peso corporal en preadolescentes. Se trabajó con una muestra no probabilística (N=277) de preadolescentes hombres y mujeres que se encontraban cursando el 4º, 5º y 6º año de educación primaria en escuelas privadas del Distrito Federal; la muestra se subdividió en ocho grupos: niñas y niños con bajo peso, niñas y niños con normopeso, niñas y niños con sobrepeso y niñas y niños con obesidad. Se aplicaron 3 escalas del cuestionario de formato mixto "Estudio de Alimentación y Salud"; datos sociodemográficos, autoatribución y satisfacción/insatisfacción con imagen corporal y un test de autoestima validado en México.

Entre los principales resultados relacionados con imagen corporal se encontró que a menor peso corporal mayor insatisfacción negativa y a mayor peso corporal mayor insatisfacción positiva; también se observó que las niñas presentan mayor grado de insatisfacción corporal que los niños. Los resultados relacionados con autoestima mostraron que a mayor autoestima, mejor autoatribución y mayor satisfacción corporal.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios se caracterizan por graves alteraciones de la conducta alimentaria. La anorexia nervosa se describe como el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se distingue por la aparición de episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia y de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Las estadísticas señalan que la prevalencia de anorexia nervosa fluctúa entre .2% y .5%, la bulimia nervosa entre 2% y 3% y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados del 3% al 5% (DSM-IV, 1995; Unikel, Villatoro, Medina-Mora, 2000).

Existen diferentes factores de riesgo involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios entre ellos los que se asocian con la insatisfacción y alteración de la imagen corporal. El origen de la insatisfacción es de carácter psicosocial y cognoscitiva ya que intervienen tanto procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento como también actitudinales, ya que además de expresar un conocimiento, se expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura. La insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionado, es decir, mas o menos alejado de la realidad (Gómez-Peresmitré, 1993).

Otra variable que se ha encontrado relacionada con los trastornos alimentarios son las autoatribuciones negativas, es decir, características que devalúan a la propia persona. En una investigación reciente se observó que niños que presentaban un mayor número de autoatribuciones negativas tendían a tener mayor número de problemas con la conducta alimentaria (González, Lizano, y Gómez-Peresmitré, 1999).

Las personas que tienen un sentido de la autoestima basado en la aprobación externa y la apariencia física, corren un mayor riesgo de padecer algún tipo de trastorno alimentario, porque es más susceptible a las presiones sociales, en donde la delgadez forma parte de la belleza ideal. (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1998). La imposición ideológica de un modelo femenino que ha adquirido la capacidad de ejercer presión social y que se difunde a través de los medios de comunicación social ha sido a partir de 1950 cada vez más delgado (Gómez-Peresmitré, 1993). En un estudio se encontró que un grupo de personas con problemas de la conducta alimentaria presentaban sentimientos de baja autoestima, ya que ésta se encuentra muy ligada a la valoración que el sujeto tiene de su propio cuerpo (Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román, 1999).

Debido a que se ha observado que el adolescente se orienta a la búsqueda de un autoconcepto y una imagen corporal más acorde con la idealización por su núcleo social, y actualmente la belleza, la inteligencia y el ser sociables son relacionadas con las personas delgadas (González y cols, 1999), esta investigación estuvo dirigida a saber como se relaciona el peso corporal con la autoestima, con las autoatribuciones y con la imagen corporal en una muestra de preadolescentes.



CAPITULO 1

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1 TRASTORNOS ALIMENTARIOS

El acto de comer, en la historia ha tenido diferentes connotaciones de acuerdo al contexto sociocultural, en muchas ocasiones se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional e involucra experiencias emotivas importantes para cada sujeto. Tales connotaciones comprenden desde demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales, expresar amor y cariño, hasta significar recompensas o castigos (Toro, 1996).

Algunas conductas relacionadas con la alimentación, como es el ayuno, también han tenido diferentes significados, dependiendo de la época y el contexto sociocultural de que se trate. A principio de la Edad Media, el ayuno era considerado como una forma de entregarse a Dios; posteriormente en los siglos XV y XVI era catalogado como una práctica demoniaca; más tarde, en el siglo XVIII, la autoinanición se convirtió en un espectáculo comercial; y no es sino a finales del siglo XIX y principios del XX cuando el ayuno y la abstinencia se practican en función de la belleza corporal (Toro, 1996).

Los trastornos alimentarios son enfermedades caracterizadas por la insatisfacción de la imagen corporal, temor intenso a engordar y la búsqueda de la delgadez . Dichos trastornos afectan a hombres y mujeres. Hay mayor prevalencia en mujeres que en hombres jóvenes, en una proporción de diez a uno. La media de edad de aparición fluctúa entre los 17 o los 18 años (DSM-IV, 1995). Existe gran controversia en relación con las causas por las que se desarrollan las alteraciones del comportamiento alimentario; sin embargo, varios autores coinciden en que son trastornos de origen biopsicosocial (Chinchilla, 1995; Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Roman, 1999; Raimbault y Eliacheff, 1991; Serrano, Van Den Bosch, Roelandts y Cornu, 1992; Toro, 1996).

Lo anterior indica que las alteraciones del comportamiento alimentario son el resultado de una compleja interacción de factores genéticos y biológicos, emocionales, familiares, de personalidad y del "vivir en una cultura en la que hay una sobreabundancia de comida y una obsesión con la delgadez" (García, 1996; p. 22). Los trastornos de la conducta alimentaria se dividen en: anorexia nervosa, bulimia nervosa y el trastorno de la conducta alimentaria no especificado (DSM-IV, 1995).

Así como existe mayor incidencia de estos trastornos en mujeres jóvenes, también se observa una mayor prevalencia en países occidentales que orientales. Esto se debe a que en Oriente aún predominan los cánones tradicionales femeninos, ligados a la reproducción y al cuidado doméstico, sin importar tanto el aspecto físico. Por el contrario en Occidente, a partir de los sesenta se ha ido modificando el rol que debe asumir la mujer en la sociedad, se han ido incorporando papeles y funciones sociales que hasta ese momento correspondían únicamente al sexo masculino, como son: asertividad, independencia, destreza intelectual y productividad. Esto se complica más por la importancia que le conceden los medios de comunicación occidentales a la asociación del éxito, el prestigio y la aceptación social con una figura delgada, atribuyéndole a la obesidad aspectos negativos. En este sentido, se ha observado que cuanto más influencia occidental tenga un país, aumenta la probabilidad de la aparición de trastornos de la alimentación en la población (Toro, 1996; Behar, 1992).

Como consecuencia de lo anterior, en los últimos años se ha incrementado la preocupación por la búsqueda de la delgadez y cada vez a edades más tempranas; por ejemplo, en 1984 se registraban de dos a tres casos de trastornos alimentarios anuales en un hospital infantil londinense y en la década de los noventa el número de casos aumentó a cuarenta por año.

En los últimos años la aparición de la pubertad se da cada vez a edades más tempranas, por la mejora en los hábitos alimentarios y en la salud pública, lo que provoca una mayor preocupación en relación con los cambios corporales y una falta de crítica (propios de la edad) de los modelos de belleza establecidos por los medios de comunicación, esto causa en los individuos más jóvenes un conflicto entre el cuerpo real y el ideal impuesto por la sociedad (Chinchilla, 1995; Toro, 1996).

La incidencia de los trastornos alimentarios se presenta por lo general en familias de clase media o alta, esto tal vez debido a que se encuentran más preocupadas por seguir los ideales de la delgadez, para así cumplir con las presiones ejercidas por la sociedad (Duker y Slade, 1992).

1.2 ANOREXIA NERVOSA

1.2.1 Historia

La palabra anorexia procede del griego que significa falta de apetito, aunque hoy se utiliza como rechazo al alimento. La primera descripción clínica que se realizó de la anorexia fue en el siglo XVII por Richard Morton, quien utilizó el término de *consunción nerviosa* para referirse a una degeneración corporal ocasionada por una perturbación del sistema nervioso, así como a tristeza y preocupaciones ansiosas. Definió los síntomas de la anorexia actual como adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio, aparente pérdida del apetito y la no aceptación de tratamiento por parte del paciente. A finales del siglo XVIII, Pinel considera la anorexia como una neurosis gástrica. En 1840, Imbert describe dos tipos de anorexia: la anorexia gástrica y la anorexia nervosa. La primera era un trastorno del estómago y la segunda implicaba alteración de las funciones cerebrales, pérdida de apetito y una gran variedad de síntomas neuróticos, mostrándose melancólicos, coléricos y asustadizos (Toro, 1996).

Lasègue en 1873 en Francia, y Gull en 1874 en Inglaterra, describen por primera vez, de una manera científica, la anorexia. Lasègue le da el nombre de anorexia histérica, describiéndola como una "anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario con represión de un deseo más o menos consciente" (Chinchilla, 1995; p 13). Consideraba que la edad de aparición se situaba entre los 15 y los 20 años, debido a una emoción relacionada con la transición a la edad adulta. Para este autor la evolución de la anorexia se daba en tres etapas: la primera consistía en el rechazo a alimentarse, durante la segunda empeoraba el estado mental de la paciente y en la tercera se presentaban los síntomas físicos que requerían intervención médica. Este médico francés descubrió que la anorexia es una forma de conflicto intrafamiliar (entre la paciente y los padres) y resaltó la importancia de los factores sociales en la etiología de la enfermedad (Toro y Vilardell, 1987). Gull empleó por primera vez el término de anorexia nervosa, describiéndola como "un estado mental morboso creado por trastornos centrales y hereditarios" (Chinchilla, 1995; p 13).

Desde la primera descripción científica que se hace de la anorexia hasta 1914 predomina la interpretación psicodinámica de la anorexia. Freud, Fenichel, Abraham y Melanie Klein, entre otros, la definen como una neurosis y la relacionan con la melancolía y la histeria, explicándola como una pérdida de la libido debido a algún conflicto simbiótico con los padres (Chinchilla, 1995).

De 1914 a 1937 se consideró que la anorexia era una enfermedad exclusivamente endócrina, debido a que Simmonds, en 1914, descubre la caquexia hipofisiaria o adelgazamiento por insuficiencia endócrina, olvidándose un poco del origen psíquico (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Más tarde surgió la explicación neurológica con Soltman y Lehermitte, quienes pensaban que la enfermedad se debía a una disfunción de los nervios gustativos o a un tumor del tercer ventrículo; al mismo tiempo, trataban de combinar factores afectivos en la explicación del origen de la enfermedad (Chinchilla, 1995).

Es en 1981 cuando se plantea una perspectiva biopsicosocial, vigente hasta nuestros días, la cual considera la anorexia como el resultado de un grupo de fuerzas en interacción, pudiendo ser factores individuales, familiares y sociales. También es considerada en el marco de las enfermedades psicosomáticas (Raimbault y Eliacheff, 1991).

1.2.2 Etiología

Se ha intentado explicar la etiología de la anorexia desde diferentes perspectivas teóricas. La teoría psicodinámica considera que la enfermedad se gesta durante la primera infancia, debido a que la madre no reacciona adecuadamente a los estados de privación y saciedad que expresa el niño, por consiguiente éste no discrimina las sensaciones internas. La teoría sistémica señala que el principal factor etiológico se relaciona con las características familiares. La explicación conductista plantea que el rechazo al alimento es un reforzador positivo por la sensación placentera que experimenta la persona anoréxica al adelgazar o al mantener su peso corporal y, al establecerse el miedo a engordar cualquier conducta dirigida a evitar el aumento de peso sería un reforzador positivo consolidándose la conducta de rechazo al alimento. Y por último la teoría cognitivo conductual añade la relación entre pensamiento, emoción, afecto y comportamiento en la explicación del origen de la enfermedad (Toro y Vilardell, 1987).

La anorexia se caracteriza por un rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, restricción alimentaria voluntaria, búsqueda del adelgazamiento (con el que experimentan placer), intenso miedo a engordar, una alteración de la imagen corporal, pensamiento obsesivo relacionado con los alimentos y las consecuencias de no poder mantener el control alimentario, y amenorrea o retardo de la menarquía (Chinchilla, 1995; DSM-IV, 1995).

La edad promedio de aparición del trastorno es 17 años, con un rango entre los 14 y los 18 años. La prevalencia se sitúa en un porcentaje de .5 a 1%; el 10% de los casos son mortales, y es más frecuente en el sexo femenino (DSM-IV, 1995). Entre más pronto se realiza el diagnóstico y se inicia el tratamiento, el pronóstico es más favorable, dado que se ha visto que cuanto más avanzado está el trastorno, la recuperación se torna difícil e incluso en algunos casos imposible (Mateos y Solano, 2000; Toro, 1996).

Dos aspectos importantes en el desarrollo de la anorexia en nuestro tiempo son: la contradicción que existe entre el rol femenino, caracterizado por lealtad, sumisión, interés y preocupación por la familia; y la ideología dominante del capitalismo industrial, que es siempre aspirar a más, alcanzar un éxito mayor sin importar los medios que se tengan que utilizar para alcanzar dichas metas. Existe la presión hacia la mujer de ser útil, independiente y competitiva, a la vez de mantener un papel tradicional de esposa, ama de casa y madre. Ante esta ambivalencia, algunas mujeres rechazan la idea de tener que ejercer un papel adulto, manteniendo un estado de dependencia por medio de la enfermedad. Probablemente, por esta razón existen más casos de anorexia en mujeres que en hombres, ya que éstos no experimentan ambivalencia en el rol que desempeñan (Behar, 1992; Duker y Slade, 1992).

La anorexia nervosa se inicia por lo general en la pubertad, debido a que durante esta etapa se dan múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, acompañados de nuevos sentimientos, impulsos y deseos que causan gran preocupación y temor en el adolescente (Stierlin y Weber, 1990).

Otro aspecto digno de considerar es el papel que juega la familia en el surgimiento y perpetuación de la anorexia, ya que en este contexto se interioriza todo un sistema de creencias y patrones de conducta. Las características más comunes observadas hasta ahora en las familias con un miembro anoréxico son el aglutinamiento, sobreprotección, rigidez e incapacidad para la resolución de conflictos por medio de la evitación y el rodeo a los problemas; junto con una gran preocupación por el autocontrol, exceso de pautas de responsabilidad, brindando mucha importancia a los logros, inflexibilidad en los vínculos, pautas de pensamiento, sentimientos y evaluaciones radicales; dificultad en la comunicación y el liderazgo (Speier, 1986; Stierlin y Weber, 1990).

Conforme va creciendo el adolescente, comienza a cuestionar y criticar el sistema de creencias y patrones de conducta familiares por la convivencia diaria que tiene con sus pares, manifestando su inconformidad por medio del síntoma, esto le crea sentimientos de ambivalencia debido a que esta actitud por un lado le satisface y por otro le causa culpa.

1.2.3 Sintomatología

Aparecen diferentes manifestaciones cognoscitivas, conductuales y emocionales en el transcurso de la anorexia; las primeras manifestaciones cognoscitivas que se presentan están relacionadas con el deterioro en la capacidad de razonar, reducción del pensamiento complejo y conforme avanza la desnutrición las ideas se vuelven simples. Sus experiencias están bien delimitadas y son altamente polarizadas, es decir, para la enferma anoréxica no existen actitudes moderadas, sus ideas son selectivas y menos diversificadas y constantemente se centran en temas relacionados con la comida. Desarrollan fobia hacia los alimentos. Si la restricción alimentaria es constante desaparecen las funciones mentales superiores, como la capacidad de pensamiento abstracto, así como la posibilidad de ser imaginativo o creativo, lo cual impide que afronten situaciones que requieren de gran dedicación (Duker y Slade, 1992).

Otra manifestación importante del deterioro cognitivo es la distorsión de la imagen corporal, lo cual representa una alteración de la percepción externa. Se dan también alteraciones de la percepción interna que provoca que ciertos estímulos, relacionados con la saciedad, el cansancio y la apetencia sexual (disminución del interés, de la práctica y del placer sexual) sean erróneamente percibidos. Niegan la enfermedad (Toro y Vilardell, 1987).

La mayoría de los cambios conductuales están relacionados con la alimentación: inician una dieta restrictiva, muestran una actitud extravagante (como manipular los alimentos, partirlos en trozos pequeños o mantenerlos en la boca sin tragarlos), usan laxantes y diuréticos; y se inducen vómitos de manera clandestina. Se consideran cambios conductuales la hiperactividad, la obsesiva dedicación al estudio y la disminución de las horas de sueño (Toro y Vilardell, 1987).

La persona anoréxica experimenta deterioro de sus sentimientos y emociones. El amor, el odio y la ira se perciben y se experimentan con menor intensidad, lo cual provoca retraimiento social. Por lo general aparecen trastornos de ansiedad y depresión; reducción de intereses, baja autoestima y alexitimia (Duker y Slade, 1992).

La enferma anoréxica se caracteriza por ser perfeccionista y rígida, y conforme evoluciona el trastorno se torna egocéntrica. Suele tener una actitud de superioridad; mantener cierta distancia entre ella y los otros; rechazarse a si misma (aunque no lo manifieste) y vivir en función de lograr o no el control alimentario (Duker y Slade, 1992).

Además sufren cambios físicos primarios y secundarios. Los primeros corresponden a la pérdida de peso, amenorrea o retardo de la menarquia, y los segundos son los siguientes (Toro, 1996):

Sistema cardiovascular	Sistema gastrointestinal	Sistema renal	Manifestaciones hematológicas	Otros
Arritmias Bradicardia Hipotensión Disminución del volumen sanguíneo	Dolores abdominales Estreñimiento Hinchazón Vómitos Flatulencias	Formación de cálculos	Anemia	Disminución de la secreción de hormonas reproductoras Resequedad de la piel Lanugo Caída de pelo Hipotermia Uñas quebradizas Problemas dentarios Desajuste de electrolitos

El desarrollo de la anorexia es paulatino. Existen factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento que dificultan el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Dichos factores pueden ser genéticos, psíquicos y somáticos (Chinchilla, 1995).

Se ha establecido que pueden ser factores predisponentes los agentes genéticos, las edades que fluctúan entre los 13 y los 20 años, la pertenencia al sexo femenino, los trastornos afectivos, la introversión, la inestabilidad, la obesidad, el nivel socioeconómico medio-alto, la existencia de familiares con trastornos afectivos, con adicciones o con trastornos de la ingesta; la obesidad materna y los valores estéticos dominantes de la cultura (Toro y Vilardell, 1987).

Los factores precipitantes, son los que marcan el momento del inicio del trastorno; están relacionados con cambios corporales adolescentes, separaciones y pérdidas, ruptura conyugal de los padres, contacto sexual, incremento rápido de peso, críticas respecto al cuerpo (que es el desencadenante más frecuente para el inicio de la enfermedad), enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales (como cambios en la aceptación del grupo de pares y situaciones estresantes) (Toro y Vilardell, 1987).

Entre los factores de mantenimiento se incluyen las consecuencias psicológicas de la inanición como son problemas de concentración, irritabilidad y reducción de los intereses; así como, la interacción familiar, la interacción social, cogniciones y valores centrados en el control del peso corporal y la yatrogenia (Toro, 1987).

1.2.4 Diagnóstico y tratamiento

Así como existen diferentes explicaciones etiológicas de la enfermedad hay diversidad de opinión en cuanto a las formas de tratamiento y contextos de intervención (Serrano, Van den Bosch, Roelandts y Cornu, 1992). Algunos tratamientos se centran en la recuperación de peso, otros en modificar el cambio de actitud de la anoréxica en cuanto a los alimentos y otros en el cambio de las relaciones familiares (Duker y Slade, 1995 y Toro, 1987). Sin embargo, algunos autores consideran que para abordar el tratamiento de la anorexia es indispensable la "pluralidad de abordajes psicoterapéuticos" (Serrano, Van den Bosch, Roelandts y Cornu; 1992, p. 52).

Todo personal relacionado con el área de la salud debe tomar en cuenta los criterios para diagnosticar la anorexia nervosa del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o del CIE-10 (La Clasificación Internacional de Enfermedades). La anorexia nervosa se encuentra clasificada dentro de los trastornos de la conducta alimentaria, los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995, p. 558 y 559) son:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (peso corporal inferior al 85% del peso esperado).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales y exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

El incremento de los trastornos alimentarios ha dado pie a mayor investigación en este campo. Es así que hay cambios importantes en el DSM-IV con respecto al DSM-III-R con relación al diagnóstico de la anorexia nervosa. En el DSM-III-R se consideraba a la anorexia como parte de los trastornos del inicio de la infancia, la niñez y la adolescencia, no se especificaba que la pérdida de peso debía ser por debajo del 85%, no se mencionaba la presencia de amenorrea en mujeres pospuberales y no aparecía la descripción de los subtipos de la anorexia (Pryor, 1995).

De acuerdo al DSM-IV (1995) existen dos subtipos de anorexia. El tipo restrictivo y el tipo compulsivo/purgativo, el primero se refiere a que durante el episodio de anorexia nervosa no hay frecuencia de atracones o purgas y durante el segundo si se presentan.

Con respecto la CIE-10 (1992), las diferencias radican en que en esta clasificación la pérdida de peso se considera autoinducida mediante la evitación de "comidas grasas" y, se especifica que el varón experimenta una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Para la CIE-10 (1992) se considera bulimia si se presentan episodios de atracones de forma regular aunque se cubran todos los criterios de anorexia y, en el DSM-IV (1995) correspondería a la clasificación de anorexia tipo compulsivo/purgativo.

Es importante llevar a cabo el diagnóstico diferencial de la anorexia ya que se puede llegar a confundir con cuadros psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno dismórfico; así como con cuadros orgánicos tales como tumores hipotalámicos, diabetes mellitus, hipertiroidismo y tuberculosis (Chinchilla, 1995 y DSM-IV, 1995).

El deseo de adelgazar voluntariamente, poco a poco va agravándose de tal forma que se convierte en una enfermedad autónoma e independiente de la voluntad de la paciente, por lo que se va consumiendo cada vez más entre fobias, obsesiones, temores, rituales de defensa, merma de intereses, aislamiento, ambivalencia, desesperación, incomprensión de los demás, compulsiones, pérdida de libertad, autodominio y autocontrol absurdo y confuso (Chinchilla, 1995).

1.3 BULIMIA NERVOSA

1.3.1 Historia

Bulimia que significa hambre de buey, según su raíz griega, fue estudiada hasta finales del siglo XIX e inicios del XX como trastorno alimentario. Sin embargo, Jenofonte en el año 970 a.C. describe por primera vez en la cultura occidental lo que hoy se considera como prácticas bulímicas (atracones y vómitos); también los griegos recurrían a los vómitos en algunas prácticas religiosas y sociales. En Roma, se acostumbraban grandes banquetes en las clases medias y altas, y al sentirse saciados los comensales frecuentemente llevaban a cabo el vómito en una habitación destinada para ello. Durante la Edad Media, el vómito era una forma en que el penitente expulsaba sus pecados y al mismo tiempo constituía un medio para dominar su apetito sexual (Chinchilla, 1995).

En 1398, Trevisa utilizó por primera vez el término de bulimia para referirla como apetito inmoderado, sin mencionar vómitos. Gran parte de la historia de occidente, y especialmente de Europa en la Edad Media, alude a la práctica del vómito seguida del atracón; aunque esto no era considerado como una práctica anormal o extraña (Chinchilla, 1995).

En el siglo XVIII, los atracones y el vómito comienzan a considerarse como enfermedad. Es James en 1743 quien hace la referencia más completa del trastorno, distingue entre *boulimus* y el *caninus appetitus*. El primero se refiere a atracones que finalizan en desmayos, y el segundo a atracones que terminan en vómito (Toro, 1996)

Fue en el siglo XIX cuando se asocia a la anorexia nervosa con la sintomatología bulímica, esto provoca que se describa como simple síntoma de la anorexia y no como un trastorno independiente, ignorando lo que se había descrito anteriormente. Es hasta el siglo XX, en la década de los cincuenta, que Stunkard plantea a la bulimia como entidad nosológica autónoma, describiendo que se presentaba en personas con peso normal u obesas. En 1979, Russell propone el término de bulimia nervosa la cual se caracteriza por miedo a engordar, atracones y conductas compensatorias (vómitos y uso de purgas y laxantes). En 1987 aparece en los criterios diagnósticos del DSM-III (Chinchilla, 1995 y Toro, 1996).

La persona bulímica come grandes cantidades de alimento, que por lo general son altos en calorías (de 3,000 a 4,000 calorías por atracón), en periodos variables de tiempo (de unos minutos a horas), pierden el control sobre su ingesta y lo hacen en secreto. Al terminar el atracón experimenta culpa y malestar físico, lo que la conduce a la práctica de conductas compensatorias como vómitos, purgas, uso de laxantes, diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo, para evitar el aumento de peso. Viven con intenso temor a engordar y a no poder parar de comer. Presentan

alteraciones de la imagen corporal (Chinchilla, 1995; Sherman y Thompson, 1999; Zuckerfeld, 1992).

1.3.2 Etiología

Existen diferentes hipótesis con relación a las causas de la bulimia nervosa, pero ninguna ha sido comprobada empíricamente. Sin embargo, al igual que en la anorexia nervosa, se considera que debe estudiarse desde una perspectiva multidimensional donde se incluyan factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales; estos factores interactúan entre sí para desencadenar la enfermedad (Chinchilla, 1995).

La bulimia generalmente se desarrolla en mujeres blancas adolescentes o jóvenes adultas, al igual que en la anorexia existe una proporción de un varón por 10 mujeres. La prevalencia del trastorno es de 1 a 3%; del 7 al 15% de los casos son mortales; predomina en clase media o media-alta (DSM-IV, 1995). La evolución de la bulimia es más optimista que la de la anorexia nervosa. Una larga duración del trastorno, edad de comienzo temprano, frecuencia elevada de atracones y vómitos, así como una historia familiar de alcoholismo y depresión son indicios de un pronóstico negativo. Al igual que en la anorexia, el pronóstico es más favorable si la detección se realiza en la etapa inicial del trastorno (Chinchilla, 1995 y Toro, 1996).

Las presiones sociales, al igual que en la anorexia, desempeñan un papel importante para la aparición y mantenimiento de la bulimia (García, 1996). Los medios masivos de comunicación transmiten mensajes contradictorios con relación a la comida. Por un lado gran parte de los anuncios incitan al consumo de alimentos, ya sean con alto contenido calórico o productos bajos en calorías (lights), y por otra parte también se transmiten mensajes alusivos a disminuir de peso o mantener un cuerpo delgado.

A pesar de que el prototipo de la mujer mexicana es de estatura baja y complexión robusta, el mercado capitalista impone un estilo de vestir, el cual exige lucir una figura esbelta; esto ejerce presión sobre la mujer para el inicio de conductas de control alimentario; se ha observado que la bulimia por lo general comienza con una dieta o al menos con el deseo de adelgazar. Este modelo delgado se encuentra sumamente interiorizado tanto en mujeres como en hombres, lo que provoca que el sexo masculino busque y elija parejas que cubran este ideal de figura. Al igual que en las mujeres, los medios publicitarios influyen para que el hombre desee tener un cuerpo musculoso, que le puede proporcionar mayor éxito en diversas áreas de su vida. Sin embargo, esto aún no tiene tanta influencia como sucede en las mujeres y quizá por esto la incidencia de bulimia sea mayor en el sexo femenino.

Este fuerte impacto de los medios de comunicación es digno de considerarse porque es un factor determinante para el desarrollo de la bulimia en personas con alto riesgo de padecer un trastorno alimentario, en jóvenes y adolescentes e incluso en preadolescentes (Sherman y Thompson, 1999).

Otro factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia es la familia. En la mayoría de las familias con un miembro bulímico existe una comunicación deficiente y destructiva; de tal manera que la bulímica no puede expresar sus emociones directamente, lo cual genera frustración que es afrontada por medio de la comida para así evitar sentimientos displacenteros (Sherman y Thompson, 1999).

El mantenimiento de la bulimia cumple ciertos propósitos en la familia. Uno de ellos es de distracción y protección ante un problema que la familia no puede resolver y prefiere fijar su atención en la enferma bulímica. Otra función que cumple la bulimia es que puede ayudar a la bulímica a conseguir la atención que necesita. La ingesta y las conductas compensatorias le hacen sentir que ella es la única que tiene control sobre sí misma; esto le ocasiona satisfacción porque a lo largo de toda su vida ha cedido sus deseos a los deseos de los otros y ha estado sujeta al control de sus padres. Por último la bulimia ayuda a la familia a manejar aspectos de separación, individualización y apego (Sherman y Thompson, 1999).

Según Sherman y Thompson (1999) existen tres tipos de familia con bulimia. La familia perfecta, que se caracteriza por aparentar una buena relación entre sus miembros, y hace caso omiso de las cosas negativas que se presentan. La familia sobreprotectora, que es aquella que carece de confianza entre los miembros de la familia, lo que impide que los hijos crean en sus capacidades para ser autónomos e independientes. Y la familia caótica en la cual no hay estructura ni estabilidad y las reglas son inconsistentes.

1.3.3 Sintomatología

La bulimia tiene tres componentes: el conductual; el cognoscitivo que hace referencia a la forma en cómo se autopercebe la persona y; el emocional que describe el manejo de las emociones (Sherman y Thompson, 1999).

Las manifestaciones cognoscitivas que presenta la bulímica son semejantes a las de la anorexia con respecto a lo que piensan del cuerpo y peso. Sin embargo, la diferencia radica en que las bulímicas tienen grandes dificultades para el control de impulsos, lo que las conduce a los atracones. Esta falta de control también provoca conductas adictivas como el consumo de drogas, alcohol, laxantes y diuréticos, así como una peligrosa adicción al vómito. Otras expresiones cognoscitivas son la promiscuidad sexual, los cambios de pareja y trabajo, robos y mentiras. Las bulímicas, a diferencia de las anoréxicas, niegan tener la enfermedad ante los demás pero ellas saben que la tienen (Sherman y Thompson, 1999; Zuckerfeld, 1992).

Existen dos componentes conductuales que caracterizan a la bulímica el primero es que utiliza el alimento para fines que no son ni gustativos ni nutritivos; comen de forma compulsiva, secreta y solitaria. El segundo está asociado con las conductas compensatorias, es decir, el vómito y el uso de laxantes y diuréticos (Zuckerfeld, 1992).

Con relación a las emociones, su comportamiento es inestable e impulsivo, muestran gran dificultad para expresar sus emociones en forma directa. Requieren de aprobación por lo que siempre ceden a los deseos de los otros creando un vínculo de dependencia hacia ellas, lo que les causa frustración. Presentan poca tolerancia a la frustración, baja autoestima, depresión, enojo y ansiedad (Sherman y Thompson, 1999).

Durante el desarrollo de la bulimia se presentan alteraciones físicas y biológicas. A pesar de que mantienen un peso promedio para su estatura, edad y sexo tienen un alto riesgo de padecer cardiopatías, alcalosis, perforación del esófago, ruptura gástrica, pancreatitis y hernia hiatal. Wurtman observó una alteración en el feed-back de serotonina, lo que provoca la ingesta desmesurada de alimentos ricos en hidratos de carbono (Chinchilla, 1995; Zuckerfeld, 1992).

En la paciente bulímica predomina una personalidad histérica, tiene un autoconcepto negativo, se denigra a sí misma y tiende a referirse negativamente a los sucesos de su vida. Se muestra más irresponsable que la mayoría de la gente. Manifiesta una expresión histriónica de sus emociones para ser atendida afectivamente. Tiene dificultad para la toma de decisiones debido a que no ha logrado obtener beneficio de sus determinaciones, por lo que no se tiene confianza. Pueden llegar a ser muy extremistas e intolerantes. Considera que sólo podrá ser feliz si logra adelgazar (Chinchilla, 1995; Sherman y Thompson, 1999).

En otro aspecto, los factores predisponentes de la bulimia nervosa están relacionados con factores genéticos, con la crisis adolescente, el pertenecer al sexo femenino, inestabilidad, obesidad infantil, falta de control de impulsos, el que la persona sea altamente influenciable, pertenecer al nivel socioeconómico medio-alto, experimentar diferencias significativas entre el peso real y el ideal, y el tener antecedentes familiares de trastorno afectivo, adicciones y/u obesidad. Dentro de los factores precipitantes se encuentran las críticas respecto al cuerpo, vivir situaciones estresantes, presentar estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera y aburrimiento) y obesidad. Y los factores de mantenimiento están relacionados con una interacción familiar conflictiva, distorsión de la imagen corporal, depresión, ansiedad, sentimiento de culpa y baja autoestima (Chinchilla, 1995).

1.3.4 Diagnóstico y tratamiento

En la actualidad los principales abordajes terapéuticos para la bulimia nervosa son la utilización de drogas antidepresivas, tratamiento cognitivo, tratamiento psicodinámico individual, terapia familiar sistémica o reeducación alimentaria y conductual. Zukerfeld (1992) plantea que el tratamiento para la bulimia debe ser integrativo.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (1995, p. 563 y 564) para la bulimia nervosa son:

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

- (1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las persona ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

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

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

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

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

El DSM-IV (1995) especifica dos tipos de bulimia nervosa. Tipo purgativo, durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. El tipo no purgativo durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Por otro lado, Zukerfeld (1992) ha diferenciado tres tipos de bulimia de acuerdo al funcionamiento psíquico. El primer tipo es la bulimia sintomática, aparece en pacientes mujeres, la edad de comienzo es variada, y es causa de un episodio desencadenante de características traumáticas. El funcionamiento mental es predominantemente neurótico pero mal organizado. El segundo tipo es la bulimia conflictiva, aparece en la adolescencia, el funcionamiento mental es neurótico con la presencia de algunos síntomas depresivos. Pueden hacer descripciones detalladas de sus síntomas haciéndolo de forma metafórica. El tercer tipo es la bulimia operatoria comienza en la niñez, se denomina bulimia nervosa porque hay una búsqueda de la delgadez. Ante un incremento de tensión se produce el episodio bulímico.

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-IV (1995) y la CIE-10 (1992) difieren en que el primero considera que si existe un episodio bulímico en el transcurso de la anorexia nervosa se excluiría el diagnóstico de bulimia nervosa y, por el contrario la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nervosa si se han dado atracones de forma regular.

Existen algunas diferencias del DSM-IV con respecto del DSM-III con relación a los criterios diagnósticos de la bulimia nervosa. En el DSM-IV se unifican en un mismo criterio atracones y sentimientos de falta de control, se enfatiza el concepto de no ganar peso, menciona la frecuencia de atracones y conductas compensatorias y se incluye el criterio E (Pryor, 1995).

Se debe llevar a cabo el diagnóstico diferencial ya que la bulimia nervosa puede confundirse con la anorexia nervosa de tipo compulsivo/purgativo, con algunas enfermedades neurológica o médicas, como el síndrome de Klein-Levin; con trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos y con trastorno límite de la personalidad (conductas impulsivas) (DSM-IV, 1995).

1.4 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Este trastorno se clasifica a partir del DSM-IV (1995) y se caracteriza por exceso del comer sin purgación y otras conductas de anorexia y bulimia acompañadas de peso normal o vómitos después de comer cantidades pequeñas de comida. Fue establecido para describir los trastornos del comer no definidos específicamente como anorexia y bulimia.

De acuerdo con el DSM-IV (1995, p. 564) los criterios diagnósticos que establece son:

1. Se cumplen todos los criterios para la anorexia nervosa a excepción de amenorrea y/o pérdida de peso significativa.

2. Se cumplen todos los criterios para la bulimia nervosa a excepción de la cantidad de atracones y conductas compensatorias por semana y/o empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida y/o ausencia de conductas compensatorias.
3. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.

1.5 PESO CORPORAL

Las mediciones antropométricas pueden ser lineales o de masa, evalúan las dimensiones y la composición global del cuerpo humano por medio de los indicadores antropométricos como son peso y talla para la edad, peso para la talla, circunferencia del brazo y cráneo y los pliegues cutáneos. Evalúan el crecimiento físico del niño y del adolescente, y las dimensiones físicas del adulto (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998).

Existen diferentes índices que permiten llevar a cabo clasificaciones más precisas en relación a las alteraciones de la nutrición, tanto por exceso como por deficiencia. Los índices más utilizados en salud pública son: el índice nutricional (IN), el perímetro de brazo entre el perímetro cefálico y el índice de masa corporal (IMC) (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998).

El índice nutricional se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto con la relación del peso y la talla correspondiente al percentil 50 (mediana), referido en las tablas del National Center of Health Statistic - OMS (NCHS - OMS) donde también se considera el sexo y la edad. La fórmula para obtener el índice nutricional es: (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1998).

$$\text{IN} = \frac{\text{Peso actual en kg.} / \text{talla actual en m.}}{\text{Peso en Kg. (percentil 50) / talla en m. (p 50)}} \times 100$$

Los puntos de corte para la clasificación de las diferentes categorías de peso en la etapa preadolescente fueron determinadas por Saucedo y Gómez-Peresmitré (1998), y son:

Menor a 77.51%	= Emaciación
77.51% - 83.5%	= Bajo peso
83.51 - 119.5%	= Normopeso
119.51- 136.5%	= Sobrepeso
Mayor a 136.51%	= Obesidad

El índice de masa corporal se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado, lo que se obtiene de esta fórmula se compara con los estándares de normalidad para adultos o adolescentes. Los estándares de normalidad para los adultos van desde la emaciación, cuando el resultado es menor de 15, bajo peso entre 15 y 18.9, normal entre 19 y 24.9, sobrepeso de 25 a 29.9, obesidad de 30 a 39.9 y obesidad severa cuando el resultado es mayor de 40 (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1997).

En México existen tres tablas para medir la categoría de peso en los preadolescentes y adolescentes estas son: la de Vargas y Casillas; la de Hernández Rodríguez y la de Gómez-Peresmitré (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1997).

Categoría	IMC	IMC	IMC
	Gómez-Peresmitré	Hdez. Rodriguez	Vargas y Casillas
Bajo Peso	17.6 - 19.9	menor de 19.9	15 - 18.9
Normal	20 - 22.99	19.5 - 24	19 - 24.9
Sobrepeso	23 - 27	24.1 - 26	25 - 29.9
Obesidad	mayor de 27	mayor de 26	mayor de 30

Un estudio concluyó que el criterio propuesto por Vargas y Casillas para el diagnóstico de bajo peso fue el más adecuado y el criterio de Gómez-Peresmitré resultó ser operacional y funcionalmente más conveniente para la clasificación de sobrepeso y obesidad (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1997).

Los puntos de corte del índice nutricional para preadolescentes mexicanos tiene una validez diagnóstica aceptable, a diferencia del índice de masa corporal el cual mostró ser más conveniente para población adolescente (Gómez-Peresmitré y Saucedo, 1997).

Durante la etapa preadolescente y en mayor medida en las adolescente se presenta un aumento brusco y considerable de todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo que se ve reflejado en los valores de los diámetros, perímetros y segmentos, por lo que es importante tener un control de estas medidas para prevenir el desarrollo de desordenes alimentarios (Papalia y Wendkos, 1992).



CAPITULO 2

PREADOLESCENCIA

2.1 Preadolescencia

La etapa de la vida que va de los nueve a los doce años es conocida como preadolescencia, es a partir de los siete u ocho años que el niño comienza a experimentar ciertos cambios que marcan un giro decisivo en su desarrollo, es el comienzo de una nueva fase que va a conducir hasta el inicio de la pubertad cerca de los doce años (Reymond - Rivier, 1982).

El niño de nueve años ya no es simplemente un niño; tampoco es un adolescente. Es una edad intermedia, en la zona ubicada entre el jardín de infantes y la adolescencia de la escuela secundaria, en la cual el niño demuestra mayor autodeterminación y autocrítica. Existe una voluntad creciente de control y de dominio (Gesell, 1967; Osterrieth, 1974).

Los diez años ocupan una posición interesante y altamente significativa en el conjunto del desarrollo humano. Esta edad marca la culminación de una década de desarrollo básico iniciado en el periodo prenatal. Una década de vida adolescente se abre ahora ante sus ojos. Simboliza el crecimiento hacia la madurez adulta. Los niños de esta edad se caracterizan por su equilibrio, su adaptación y por su gran capacidad de interacción con su medio (Gesell, 1967; Osterrieth, 1974).

A los once años se presentan las primeras manifestaciones de la adolescencia, tanto por las transformaciones intelectuales y físicas como por cierta inquietud y agitación que aparecen (Gesell, 1967; Osterrieth, 1974).

A la edad de doce años el niño siente predominantemente interés por sí mismo; aparecen modos de pensamiento, de sentimiento y de acción que señalan el espíritu adulto (Osterrieth, 1974).

Existen diferentes teorías que explican el desarrollo del individuo, como son: la teoría psicoanalítica, la psicosocial y la psicogenética, las cuales describen la evolución del sujeto de manera jerárquica, porque consideran que la adquisición de habilidades en etapas anteriores son fundamentales para el desarrollo de nuevas habilidades. Otras teorías plantean el desarrollo en función a la interacción que tiene el individuo con su ambiente, entre ellas se encuentran la del aprendizaje social, la del condicionamiento y la humanista (Newman, 1985).

2.1.1 Teoría psicoanalítica

La teoría psicoanalítica, cuyo máximo exponente es Sigmund Freud, adopta tres aspectos en la descripción de cualquier proceso psíquico: el dinámico, el tópico o estructural y el económico. El dinámico se refiere a que el sujeto a lo largo de su vida experimenta situaciones que le provocan tensión intrapsíquica, por lo que se desarrolla una lucha interna para reprimir aquellas emociones displacenteras. El tópico o estructural describe el psiquismo humano en tres sistemas: inconsciente, preconscious y consciente; y dentro de estos se considera la existencia de tres instancias, que adquieren las características propias de ese nivel de actividad psíquica, las cuales son: el ello, el yo y el superyo. El aspecto económico explica la manera en cómo el sujeto reprime o libera la energía libidinal. Estos tres aspectos son fundamentales para la explicación del desarrollo de la personalidad (Martí, 1991; Tallaferró, 1994).

Esta teoría plantea que el individuo atraviesa por cinco etapas a lo largo de su vida; cada una de ellas se caracteriza por la satisfacción de la libido en una zona del cuerpo específica, que le causa tanto gratificación física, social como desarrollo de capacidades. El desplazamiento de una zona dominante a otra marca el inicio de la siguiente fase en el desarrollo (Martí, 1991; Newman, 1985).

Las cinco etapas del desarrollo que plantea la teoría psicoanalítica son: oral (de 0 a 1 año), anal (de 1 a 3 años), fálica (de 3 a 6 años), de latencia (de 6 años a la pubertad) y genital (desde la pubertad). Los preadolescentes se encuentran en la etapa de latencia que se caracteriza por ser una época de calma sexual, durante la cual el ello se aplaca, el yo se fortalece y el superyo actúa con más severidad. Sin embargo, la evolución sexual no se detiene, lo que ocurre es que la libido se dirige a perfeccionar otras áreas en la vida del sujeto, como son; la estructuración del yo, la expansión intelectual, el aumento de los conocimientos para el futuro desarrollo social que le depara su ambiente (Tallaferro, 1994).

En esta etapa, al igual que en las anteriores existen manifestaciones sexuales, aunque en menor proporción, ya que cada vez interviene más el yo y la conciencia moral, a consecuencia de esto comienzan a gestarse las inhibiciones sexuales que manifestará el sujeto en su vida adulta. En esta fase se organizan las estructuras adquiridas en las etapas precedentes y su adecuado funcionamiento depende de la armonía psicosexual entre los progenitores. El período de latencia termina con el comienzo de la pubertad alrededor de los once a trece años en la cual se intensifican las manifestaciones sexuales, que son parecidas a la de los adultos pero la diferencia radica en que el objeto inconscientemente sigue siendo el de la infancia (Tallaferro, 1994; Zulliger, 1972).

2.1.2 Teoría psicosocial

La teoría psicosocial estudia la interacción entre la persona y su entorno y se fundamenta en cuatro conceptos: las etapas del desarrollo, las tareas evolutivas, las crisis psicosociales y el proceso de enfrentamiento. Las tareas evolutivas son las habilidades que adquiere la persona a medida que va dominando su ambiente e indican progreso en las capacidades motrices, intelectuales, sociales y emocionales. Las crisis psicosociales son los esfuerzos que hace la persona para ajustarse a las exigencias del ambiente en cada una de las etapas. El proceso de enfrentamiento es un esfuerzo activo que realiza la persona para resolver la tensión y crear nuevas soluciones ante las exigencias del medio. Es así que en cada etapa del desarrollo el sujeto debe superar las tareas evolutivas, las crisis psicosociales y el proceso de enfrentamiento para poder avanzar a la siguiente etapa (Newman, 1985).

Erikson, como representante de esta teoría considera que la personalidad se crea conforme la gente pasa por etapas psicosociales durante las cuales existe un conflicto que solucionar, ya sea de manera positiva lo cual conduciría a la salud mental o negativa que llevaría al sujeto a la desadaptación (Davidoff, 1994).

La teoría de Erikson describe ocho etapas del desarrollo, éstas son: confianza básica vs desconfianza (de 0 a 2 años), autonomía vs duda y vergüenza (de 2 a 4 años), iniciativa vs culpa (de 5 a 7 años), industriosidad vs inferioridad (de 8 a 12 años), identidad vs confusiones de roles (de 13 a 22 años), intimidad vs aislamiento (de 23 a 30 años), creatividad vs estancamiento (de 31 a 50 años) e integridad vs desesperación (de 51 a) (Newman, 1985; Morris, 1992).

La preadolescencia corresponde a la etapa de industriosisdad vs inferioridad, durante la cual el individuo dirige sus energías hacia los problemas sociales que intenta afrontar con éxito. Esta etapa se caracteriza porque por una parte hay un constante movimiento de energía para centrar todo el esfuerzo posible a la producción, pero a ello se opone una presión continua para retroceder a un nivel anterior de menor producción. Por otra parte existe un sentimiento de inferioridad porque el sujeto aún es un niño y no puede realizar las acciones de un adulto. A medida que logra aprehender los elementos necesarios podrá ampliar su campo de movimiento en la cultura (Maier, 1979).

Las actividades y sentimientos de esta época están centrados en la competencia, tratan de destacar en todo lo que llevan a cabo. Su interés va en aumento en relación a las situaciones sociales, descubre que puede interactuar con otras personas distintas del círculo familiar por lo que es capaz de establecer nuevas relaciones interpersonales. Para que el niño logre resolver adecuadamente esta etapa, debe sublimar deseos anteriores y dirigir sus esfuerzos hacia la producción. Este período culmina cuando el niño comienza a integrar su identidad, la cual se va conformando a lo largo de las etapas anteriores (Maier, 1979).

2.1.3 Teoría psicogenética

El objetivo principal de la teoría psicogenética es comprender el mecanismo responsable de la evolución mental, moral y afectiva. Según esta corriente, el desarrollo se caracteriza por la construcción de estructuras sucesivas, las cuales son necesarias para la construcción del siguiente período de evolución (Martí, 1991).

Piaget describe el desarrollo en cuatro estadios de diferente complejidad estructural y cualitativamente distintos entre sí. Considera que existen diversos factores que influyen en la evolución intelectual del niño. Estos factores se refieren a la maduración de las estructuras cerebrales, a la experiencia física, a la experiencia social y al equilibrio. El equilibrio está en relación con los conceptos de asimilación y acomodación; el primero implica que conforme el sujeto amplía sus experiencias va adquiriendo comprensión de su mundo circundante y, el segundo significa que logra integrar la nueva información a las estructuras previamente conformadas incrementándose su conocimiento. Este proceso de asimilación y acomodación es continuo a lo largo del desarrollo del individuo (Case, 1989).

Los cuatro estadios que propone Piaget son los siguientes (Martí, 1991):

- Estadio sensoriomotor (0 a 2 años) que a su vez se divide en seis subestadios, el primero es ejercicio de los reflejos (0 a 1 mes), el segundo es de esquemas simples (1 a 4 meses), el tercero es de coordinación de esquemas (4 a 8 meses), el cuarto es inicio de la intencionalidad (8 a 12 meses), el quinto es de experimentación activa de nuevas coordinaciones (12 a 18 meses) y el sexto es de invención representativa de nuevas coordinaciones (18 a 24 meses).
- Estadio preoperatorio (2 a 7 años) que se subdivide en dos subestadios, el de pensamiento simbólico y preconceptual (2 a 4 años) y el de pensamiento intuitivo (4 a 7 años).
- Estadio de las operaciones concretas (7 a 11 años).
- Estadio de las operaciones formales (11 a 16 años).

Durante la etapa de las operaciones concretas, etapa en la que se encuentran los preadolescentes, aparecen las capacidades básicas del razonamiento y de la lógica que permiten que el niño tenga una estimación precisa de la realidad. Opera en un plano de la representación más que de la acción directa. Aplica todo un sistema de operaciones sobre aspectos específicos a los que se enfrenta; puede solucionar problemas porque tiene la capacidad de percibirlos desde diferentes perspectivas (Flavell, 1971).

El niño en este estadio deja de ser menos egocéntrico lo que le permite comprender el punto de vista de otras personas. A esta edad puede clasificar las cosas en categorías y trabajar con números debido a que entiende los conceptos de cantidad, materia, peso y volumen porque posee las nociones de conservación y reversibilidad (Papalia y Wendkos, 1993; Reymond-Rivier, 1982).

2.1.4 Teoría del aprendizaje social

La teoría del aprendizaje social afirma que los cambios que cada persona tiene a lo largo de su vida son el resultado de una interacción entre ella y su ambiente y explica el desarrollo en términos de la capacidad que tienen los niños para aprender por medio de la observación de otras personas. La imitación se ve influida por la categoría del modelo y la capacidad que tenga cada individuo de emitir respuestas imitativas. La conducta puede tener cambios bruscos por la influencia de la instrucción social y de otras variables biológicas o ambientales relevantes, que se dan rara vez en la historia del aprendizaje social de los individuos durante los años anteriores a la edad adulta. Rotter plantea la importancia de los reforzadores ambientales para la conformación de nuevas respuestas que pueden darse en diferentes situaciones (Newman, 1985).

Conforme avanza el niño en su desarrollo algunas conductas que anteriormente eran reforzadas o aceptadas deben ser castigadas y modificadas por considerarse inadecuadas. El niño por medio de la imitación reproduce conductas que son llevadas a cabo por el adulto pero son inaceptables para el infante por lo que el aprendizaje social consiste en cambiar la conducta imitada hasta que el niño alcance la edad o el estatus social que convierta la actividad en aceptable de acuerdo a las demandas sociales que deba satisfacer (Bandura, 1978).

2.1.4 Teoría del condicionamiento

La teoría del condicionamiento y modificación de conducta plantea que la persona es formada y moldeada por el proceso de asociación de estímulos y sus respuestas, o por la asociación de comportamientos y consecuencias, por tanto el aprendizaje se realiza en forma automática. No importa lo que ocurre entre el estímulo y la respuesta, es decir en los estados internos, sino la conducta observable. La base de esta teoría son los conceptos del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, es decir, los estímulos, las respuestas, los castigos y los reforzadores positivos y negativos. Una conducta que es reforzada tendrá mayores probabilidades de ser aprendida y por tanto de llevarse a cabo (Craig, 1994).

2.1.5 Teoría humanista

Los teóricos humanistas proponen que el ser humano es espontáneo, autodeterminante y creativo, es decir, es algo más que la suma de las partes y que un conjunto de patrones de estímulo respuesta e instintos animales. Sostienen que el individuo puede tomar decisiones en relación a su vida buscando como meta la autorrealización. Los principales representantes de esta teoría son Maslow y Rogers (Craig, 1994).

Maslow considera que las necesidades humanas difieren en su orden de prioridad, desarrolló una pirámide jerárquica en la cual sitúa a las necesidades fisiológicas como el hambre y la sed en la base, seguidas de las necesidades de seguridad, las de posesión y amor, las de estima, las cognoscitivas, las estéticas y en la cima se encuentran las necesidades de autoactualización. A medida que se satisfacen las necesidades más básicas el individuo se siente motivado para atender las del peldaño siguiente. Este autor describe la autorealización como un impulso interno y como el desarrollo de necesidades internas y expresivas por las cuales el hombre busca un mayor conocimiento de si mismo y del mundo (Papalia y Wendkos, 1993).

Rogers sostuvo que el núcleo de la naturaleza humana está constituida por los impulsos positivos, sanos y constructivos que entran en juego desde el momento del nacimiento, él también se ocupa del desarrollo pleno de las capacidades humanas (Craig, 1994).

2.2 Desarrollo físico

Los cambios corporales que tienen los niños durante la preadolescencia son graduales y constantes, lo que permite que el niño alcance nuevas habilidades motoras gruesas y finas. El dominio que adquiere sobre su cuerpo durante este periodo le produce sentimientos de capacidad y de autoestima, los cuales son indispensables para una buena salud mental (Craig, 1992).

Las características físicas son en gran medida debidas a una determinación genética, principalmente la estatura y el crecimiento en longitud (determinación genética de .76 a .92), las medidas transversales como la forma del cuerpo y el desarrollo muscular tienen una influencia genética menor. El desarrollo físico también está ligado a factores ambientales, como la clase social y el lugar de residencia. Se ha probado también el efecto de las influencias de algunas variables familiares, como rango según el nacimiento, número de miembros y regulación de la autoridad, así como diversos acontecimientos de la vida embrionaria y perinatal (Bruchon - Schweitzer, 1992).

Durante los años preadolescentes los niños crecen cerca de 5 a 7.5 cm. y aumentan de 2.5 kg. a 3.5 kg. de peso por año. Los cambios en estatura y peso no son paralelos entre niños y niñas; aproximadamente a los nueve años la diferencia de estatura entre ambos sexos no es muy significativa, pero después de esta edad las niñas comienzan a crecer un poco más rápido que los hombres pero se rezagan en cuanto a peso. Entre los nueve y los doce años las niñas suelen adquirir estatura a un ritmo más rápido y los niños alcanzan este ritmo de crecimiento entre los once y los catorce años. No todos los niños se desarrollan al mismo ritmo a consecuencia de los factores anteriormente mencionados (Mussen, 1965; Papalia y Wendkos, 1992).

En ambos sexos el tejido muscular aumenta aproximadamente un 75% entre los nueve y los once años, se desarrolla en la misma proporción que el resto del cuerpo lo que le permite al niño adquirir fuerza y vigor. El desarrollo muscular es más rápido en las niñas, aunque al final del crecimiento los varones poseen mayor masa muscular. Las niñas conservan un poco más de tejido graso que los niños, situación que persiste a lo largo de la madurez. La segunda dentición va apareciendo y queda completa hacia los once años. Los órganos internos crecen rápidamente hasta dos años antes de la adolescencia. En esta etapa comienzan a ser más evidentes los cambios en el sistema genital a diferencia del sistema nervioso el cual desacelera su desarrollo (Mussen, 1965).

La sensibilidad al sonido aumenta con los años, en un estudio realizado se observó un umbral de seis a siete decibeles más bajo en los niños de doce años que en los de cinco. La percepción táctil se vuelve más precisa conforme el niño se desarrolla, en una investigación se observó que los niños menores de siete años presentaban más errores de percepción cuando se les pedía que expresaran en qué zona del cuerpo habían sido tocados, a diferencia de los niños mayores que obtenían menos errores (Newman, 1985).

La teoría de W. Zeller plantea que el crecimiento psicofísico durante la niñez sufre dos transformaciones; la primera aparece entre los cinco años y finales de los seis años, lo que indica el final de la infancia y el comienzo de la edad escolar. La segunda transformación corresponde al periodo de la preadolescencia porque marca el término de la niñez y la preparación para el inicio de la adolescencia. Durante esta segunda transformación la fuerza física se duplica y hay un mayor desarrollo en las capacidades psicomotrices, el deporte sustituye los juegos infantiles, hay independencia de las extremidades de un lado del cuerpo respecto a las del otro, y de las extremidades superiores e inferiores; existe autonomía funcional de las distintas zonas corporales y dirección motriz de cada una de ellas.

Es así que el preadolescente podrá elaborar la imagen de su esquema corporal, meta importante para la pubertad. Con todos estos cambios se completa el desarrollo psicomotriz del niño (Pedroza, 1976).

2.2.1 Desarrollo físico a los nueve años

El niño de nueve años aunque no presenta cambios físicos visibles adquiere mayor conciencia de sí mismo, comienza a interesarse en sus propios órganos y funciones, sin prestar atención a los cambios que le ocurren al sexo opuesto. Las niñas, en su mayoría, han recibido información respecto de la menstruación. Es más hábil en su comportamiento motor, por lo que hay un mejor dominio en las actividades físicas que realiza y surge el interés por los juegos de competencia. La coordinación motriz, ojos y manos están bien diferenciados. El niño puede usar las manos, por lo general, independientemente una de otra. También los dedos muestran una nueva diferenciación. Puede adoptar posturas que antes no solía hacer. Presenta mayor dominio sobre las conductas de ingesta y eliminación (Gesell, 1967 y 1971).

2.2.2 Desarrollo físico a los diez años

Al iniciar los diez años tanto las niñas como los varones están al mismo nivel en cuanto tamaño y madurez sexual. Ellas comienzan a presentar los primeros signos de la futura adolescencia, atraviesan por un proceso de ligero ablandamiento y redondeamiento especialmente en las caderas. En el pecho se presenta una ligera proyección de los pezones. La cintura se destaca más y la mayoría de las niñas inician un acelerado crecimiento de altura y algunas presentan un ligero vello en el pubis; pocas comienzan a menstruar. Con respecto al varón parece no haber cambiado en cuanto a su constitución física. (Gesell, 1967).

Se presentan algunos cambios sutiles como un aspecto más vigoroso que no se refleja necesariamente en el peso. Se observa redondeamiento del contorno corporal, pero aún no hay rasgos visibles de maduración sexual, a excepción de algunos niños (Gesell, 1967).

2.2.3 Desarrollo físico a los once años

A los once años las niñas presentan marcadas variaciones individuales en el desarrollo sexual. Casi todas presentan vello en la región del pubis. El área pelviana se ensancha, hay una disminución de la cintura que le permite adquirir la silueta femenina clásica. La niña ha alcanzado el 90% de su estatura adulta y el 50% del peso común a los veintiún años. Continúa el desarrollo de los pechos y los pezones. Todas han alcanzado un conocimiento sobre la menstruación pero son pocas las que han menstruado. Son muy pocos los varones que presentan signos exteriores de madurez. Algunos han empezado a dar un acelerado crecimiento de la estatura. Han alcanzado el 80% de la estatura adulta y menos de la mitad del peso correspondiente a los veintiún años. Hay un crecimiento evidente de la estructura ósea, el cual se observa especialmente en el área pectoral como hombros y costillas. El desarrollo genital se ha presentado en niños de crecimiento más acelerado. Algunos presentan vello en el pubis. Se producen erecciones con alguna frecuencia. Se conoce la masturbación y se experimenta en forma casual o deliberada quizá por la mitad de los niños (Gesell, 1967).

2.2.4 Desarrollo físico a los doce años

A la edad de doce años la mayor parte de las niñas muestran un crecimiento más rápido tanto en altura como en peso. Se observa un rellenamiento definido y obscurecimiento de los pezones. Hay cierto desarrollo del vello axilar. Se presenta comúnmente la menarquía, los periodos iniciales son generalmente de flujo escaso y de aparición irregular (Gesell, 1967).

Con respecto a los varones se acentúa la diferencia entre los que están más y menos avanzados en el crecimiento físico. En muchos se observa un mayor crecimiento tanto del pene como del escroto. Comienza a surgir vello largo en la base del pene. La masturbación forma parte habitual del conocimiento o experimentación de los niños de doce años y es practicada frecuentemente sin compañía o en grupos(Gesell, 1967).

2.3 Desarrollo cognoscitivo

Los niños entre siete y once años se encuentran de acuerdo con Piaget en la etapa del desarrollo cognoscitivo de las operaciones concretas, en la cual se alcanza un nuevo nivel de pensamiento denominado operacional que se refiere a la capacidad mental de ordenar y relacionar la experiencia como un todo organizado (Maier, 1979).

La forma de pensar del niño está caracterizada por la habilidad de aplicar principios lógicos a situaciones reales. En esta etapa son más lógicos y menos egocéntricos; utilizan operaciones mentales internas para resolver problemas situados en el aquí y ahora. Sin embargo, en esta etapa todavía están limitados a situaciones reales presentes, aún no pueden pensar en términos abstractos o hipotéticos sobre lo que podría ser en lugar de lo que es (Craig, 1994).

A partir de los siete u ocho años se comienza a construir la lógica a consecuencia de una serie de sistema de conjuntos que transforman las intuiciones en operaciones de todas clases. Una operación hace referencia a "un acto representacional que es parte integral de una trama organizada de actos conectados entre sí " (Flavell, 1971, pp 184).

Existen ocho clases de operaciones mentales con las que el niño se familiariza durante este periodo, éstas son: jerarquía de clases, orden sucesivo, sustitución, relaciones simétricas, multiplicación de clases, multiplicación de series, relaciones inversas y árbol genealógico de clases. El niño es capaz de realizar coordinaciones más complejas y centrarse simultáneamente en dos relaciones funcionales (Case, 1989; Flavell, 1971; Pedroza, 1976).

Poco a poco se sustituye el animismo y el artificialismo por la causalidad. El animismo es la tendencia egocéntrica a dotar de vida, conciencia y voluntad a los objetos inanimados. El artificialismo se refiere a un sentimiento de omnipotencia, el cual hace pensar al niño que él u otros seres humanos han creado todo lo que hay en el mundo (Papalia y Wendkos, 1988).

Un concepto fundamental para comprender el progreso cognoscitivo que experimenta el niño es la reversibilidad; ésta se refiere a " la capacidad de vincular un hecho o pensamiento con un sistema total de partes interrelacionadas a fin de concebir el hecho o el pensamiento desde su comienzo hasta su final o desde su final hasta su comienzo" (Maier, 1979; p. 145).

Las nociones de permanencia surgen a partir de los siete años porque aparece el concepto de conservación, el cual implica que los cambios externos que sufre un objeto no tiene efecto en la cantidad del mismo. Primero aparece la conservación de cantidad y de longitud, a los nueve años las de peso y entre los once y doce las de volumen. La noción racional de velocidad se elabora en conexión con el tiempo hacia aproximadamente los ocho años y también a esta edad empieza a construirse la idea de un espacio racional. La velocidad con la que se desarrollan estos conceptos depende de la valoración que la cultura les proporciona (Hoffman, Paris y Hall, 1995; Piaget, 1981).

Casi al término de los once años la inteligencia del niño es más dinámica y original, su funcionamiento se hace más evidente para el observador y más consciente para el propio sujeto; desarrolla mayor capacidad de reflexión, comienza a valorar las ventajas y desventajas de una situación e intenta formular hipótesis (Osterrieth, 1974).

El progreso intelectual de este periodo contribuye a que el procesamiento de información sea cada vez más rápido y se realice de manera automática. La memoria trabajadora (que es un depósito activo de información que se usa con frecuencia) aumenta rápidamente. De tal manera que se facilita el proceso de retención y manipulación de información. Pueden dirigir su atención a más de un aspecto del estímulo o problema y centrarse en los aspectos más importantes (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

El lenguaje tiene un papel decisivo en la revolución intelectual de la niñez, ya que acelera la adquisición de nuevos conceptos y permite a los niños razonar con mayor rapidez y efectividad. La capacidad verbal continua avanzando, los niños son más capaces de interpretar la comunicación y de hacerse entender; la metacomunicación (el conocimiento del proceso de comunicación) crece durante esta etapa. El lenguaje se convierte en una herramienta para clasificar y ordenar experiencias. Los niños comienzan a abstraer las reglas más generales del lenguaje que escuchan, y poco a poco añaden principios gramaticales más complejos. A los nueve años o posiblemente tiempo después se desarrolla una creciente y compleja comprensión de la sintaxis, es decir la forma en como se organizan las palabras para conformar frases u oraciones. El motivo por el cual el niño varía y amplía su lenguaje es por su deseo de ser comprendido tanto por los mayores como por sus pares (Hoffman, Paris y Hall, 1995; Newman, 1985; Papaia y Wendkos, 1993).

Los niños que se encuentran en esta etapa aún tienen ciertas limitaciones cognoscitivas como falta de experiencia, descubren los principios abstractos por medio de la observación y el manejo de sus experiencias del mundo real, tienden a ser muy literales en su pensamiento y se les dificulta pensar en formas de conducta que nunca han visto así como imaginar situaciones que no existen en su realidad. En esta fase se puede lograr flexibilidad y diversidad en el pensamiento únicamente a través de un esfuerzo deliberado y por medio del conocimiento de experiencias variables (Newman, 1985).

2.4 Desarrollo socioemocional

Los progresos que tiene el niño en el área cognoscitiva influyen también su comportamiento social. Cuando es capaz de tomar en cuenta el punto de vista de los demás y comprender que no todos piensan como él, es decir, que deja de tener una visión egocéntrica de lo que ocurre a su alrededor, puede desarrollar una verdadera cooperación. Esto le permite establecer relaciones más duraderas y electivas creándose un sentimiento creciente de pertenencia a la comunidad. Es hasta los diez años de edad que el niño adquiere el significado real de lo que implica el compañerismo, la soledad y la competencia (Reymond-Rivier, 1982).

A medida que los niños interiorizan los valores, patrones de conducta y exigencias de la sociedad, desean convertirse en miembros activos de ésta, para lo cual deben llevar a cabo algunas acciones tales como ampliar la comprensión de sí mismos, aprender más acerca de cómo funciona la sociedad y aprender a autoregular su propia conducta (Papalia y Wendkos, 1993). Lo anterior se facilita a través de la convivencia con los padres, ya que éstos son los portadores de los valores, ideales y exigencias de la sociedad en la cual crece el niño y tienen la responsabilidad de transmitirlos a descendientes (Mussen, 1965).

A los nueve años la figura materna recupera la importancia que tenía durante la primera infancia, el niño disminuye las discusiones con ella y acepta las advertencias que se le hacen. El significado de la familia surge hacia los diez años, y es hasta los doce que el niño establece diálogo con sus padres (Pedroza, 1976).

A partir de que el niño inicia contactos con personas ajenas a su familia, comienza a tener nuevos modelos de imitación e identificación como pueden ser los maestros y compañeros. La identificación es uno de los mecanismos fundamentales del desarrollo de la personalidad y de la sociabilidad. La persona o grupo con los que el niño se identifica se conoce como modelo o identificando. A través de la identificación que tiene el niño con el progenitor del mismo sexo es como se conforma la tipificación sexual. A medida que el grupo social del niño se amplía encuentra nuevos modelos de identificación entre sus semejantes, lo que le permite cuestionar y comparar los valores transmitidos por el núcleo familiar y así poder conformar los juicios que le parezcan más adecuados para desenvolverse en sociedad (Mussen, 1965).

Las identificaciones que va adquiriendo el niño al estar en contacto con sus pares ocasiona mayor convivencia y la conformación de los primeros grupos de amigos. A los ocho años de edad las relaciones con los miembros del sexo opuesto disminuyen para constituir grupos con personas del mismo sexo, ya que éstos tienen las mismas necesidades e intereses. Los varones prefieren grupos con mayor número de miembros, a diferencia de las niñas que por lo general se reúnen en pares o tríos. Hacia los once o doce años se observa mayor convivencia entre los sexos lo que señala el principio de la heterosexualidad (Zulliger, 1972).

Es así que la convivencia con sus semejantes crea en el niño un sentido de competencia que se ve reflejado en el tipo de juego. En un principio aún existe mayor preferencia por los juegos fantasiosos pero conforme avanza el tiempo el juego se vuelve normativo. Los niños realizan juegos activos en los que demuestran su capacidad y destreza muscular y las niñas llevan a cabo actividades tranquilas y sedentarias. Un elemento básico es la importancia que adquiere el líder en la preadolescencia porque es el que mantiene la cohesión y la unidad del grupo que aún es frágil. Entre los siete y nueve años el líder es electo de acuerdo a su fuerza física y habilidades; pero hacia los diez u once años cambian las características que debe poseer el líder y se consideran otras cualidades como la capacidad de lograr el bienestar de todos los miembros del grupo (Reymond-Rivier, 1982; Mussen, 1965).

La experiencia de la cooperación y del juego en común, especialmente de los juegos basados en normas, desarrolla poco a poco una moral en el niño (Reymond-Rivier, 1982). El desarrollo moral hace referencia a "los procesos a través de los cuales los niños adoptan principios que los guían a juzgar ciertas conductas como correctas y otras como incorrectas y a gobernar sus propias acciones en relación con estos principios" (Berryman, 1994; pp 161).

Los autores que han descrito el desarrollo moral en el niño son Kohlberg, Selman y Piaget. Kohlberg plantea tres niveles, los cuales a su vez se subdividen en dos tipos cada uno; Selman dividió la adquisición del razonamiento moral en cinco etapas y Piaget describe únicamente dos estadios (Hoffman, Paris y Hall, 1995; Papalia y Wendkos, 1988).

Kohlberg llegó a la conclusión de que muchas personas elaboran juicios morales por sí mismas, más que internalizar los patrones de los padres, maestros o compañeros. Los seis niveles del razonamiento moral que propuso Kohlberg son (Berryman, 1994; Papalia y Wendkos, 1988 y 1993):

- Nivel I: Premoral (entre los cuatro y los diez años). Hay mayor énfasis sobre el control externo. Las normas son impuestas por los otros y son observadas para evitar el castigo o recibir recompensas. Este nivel se subdivide en dos:

Tipo 1. Orientación hacia el castigo y la obediencia. Los niños acatan las normas para no ser castigados.

Tipo 2. Individualismo, propósito e intercambio instrumentales. Se siguen las reglas para ser recompensados.

- Nivel II: Convencional (entre los diez y los trece años). En este nivel los niños desean agrandar y complacer a otras personas. Aún observan las normas de otros pero solo han interiorizado dichas normas hasta cierto punto. Desean ser buenos únicamente para las personas que son significativas para ellos. Pueden decidir si una acción es buena de acuerdo a las normas que han asimilado.

Tipo 3. Mantener buenas relaciones, aprobación de otros. Los niños quieren complacer a los demás. Juzgan las intenciones de otros y desarrollan ideas sobre lo que es una persona buena.

Tipo 4. La autoridad mantiene la moralidad. Se preocupan por respetar la autoridad y mantener el orden social.

- Nivel III: Principios morales autoaceptados (a los trece años o hasta ser jóvenes o adultos). Marca el nivel de la verdadera moralidad.

Tipo 5. Moralidad de contrato de derechos individuales y de una ley aceptada democráticamente.

Tipo 6. Moralidad de los principios individuales de la conciencia.

Selman propuso cinco etapas en el desarrollo de la comprensión social en el niño, la etapa 0 (de 3 a 6 años), la etapa 1 (de 5 a 9 años), la etapa 2 (de 7 a 12 años), la etapa 3 (de 10 a 15 años) y la etapa 4 (de 12 años a la edad adulta). La etapa 2, la cual corresponde al período de la preadolescencia se caracteriza por que el niño es capaz de adoptar una perspectiva autoreflexiva y recíproca, se da cuenta que el otro puede pensar de manera diferente. Se perciben las relaciones como realmente recíprocas (Berryman, 1994).

Piaget describe dos etapas del desarrollo moral en el niño. La primera se denomina moralidad de la restricción o moralidad heterónoma, durante esta etapa los niños tienen una idea estricta sobre los conceptos morales porque todavía mantiene una postura egocéntrica. La segunda etapa corresponde a la moralidad de cooperación o moralidad autónoma, ésta se caracteriza porque el niño puede colocarse en el lugar de otros, deja de ser absolutista en cuanto a los juicios. Juzga los actos por sus intenciones y no por sus consecuencias, reconoce que las reglas pueden modificarse y que él es capaz de hacerlo. Valora sus propias opiniones y juzga a los demás en forma más realista (Papalia y Wendkos, 1988).

Piaget (1981) plantea que la afectividad de los siete a los doce años se caracteriza por la aparición de nuevos sentimientos morales, por una organización de la voluntad, que desemboca en una mejor integración del yo y en una regulación más eficaz de la vida afectiva. Comienzan a comprender la idea tanto de una justicia distributiva, basada en la igualdad estricta, como en una justicia retributiva que toma en cuenta las intenciones y las circunstancias de cada uno, más que la materialidad de las acciones. La práctica de la cooperación entre niños junto con la del respeto mutuo desarrolla los sentimientos de justicia y se da la moral de cooperación como una forma de equilibrio superior a la moral de la simple sumisión.

Todo lo anterior pone de relieve que en este periodo el niño experimenta notorios progresos en el desarrollo de la sociabilidad y de los diferentes sectores de la personalidad. Dichos cambios alcanzan un equilibrio al final de la preadolescencia, el cual se verá interrumpido por la irrupción de las transformaciones físicas y psicológicas que trae consigo la pubertad.

2.5 Pubertad

La pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa. Se considera que el individuo es un "niño" hasta el momento en que madura sexualmente, entonces se le llama adolescente (Hurlock, 1987). A la pubertad se le puede definir como aquella época del ciclo de la vida cuando los órganos reproductores obtienen la madurez funcional y el individuo es capaz, en potencia, de la reproducción (Horrocks, 1986).

Las palabras "pubertad" y "pubescencia" se derivan de las voces latinas *pubertas*, "la edad viril", y *pubescere*, "cubrirse de pelo", "llegar a la pubertad". Stone y Church hacen una distinción entre "pubertad", a la cual la consideran el logro de la madurez sexual, y "pubescencia", el periodo de aproximadamente dos años que precede a la pubertad. La pubescencia corresponde al periodo de la primera adolescencia y termina con la aparición de todos los caracteres sexuales secundarios y la madurez reproductora, esos cambios se producen en un lapso aproximado de dos años (Muuss, 1995).

Junto con las modificaciones de los órganos de reproducción aparecen cambios en el resto del cuerpo; éstos a su vez, originan alteraciones en los intereses, las actitudes y la conducta del sujeto. Aún cuando la pubertad es un periodo relativamente breve dentro de todo el ciclo vital, y es sólo una parte de la adolescencia, se divide en tres etapas: la prepubescente, la pubescente y la pospubescente. En la etapa prepubescente suceden los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias pero aún no se ha desarrollado la función reproductiva. En la etapa pubescente se producen las células sexuales en los órganos de reproducción, pero aún no se han completado los cambios corporales. En la etapa pospubescente los órganos sexuales funcionan a la perfección (Hurlock, 1987).

La pubertad se manifiesta con la aparición paulatina de las características sexuales secundarias. En las niñas ocurre un cambio gradual en la figura, que incluye depósitos de grasa en las caderas, desarrollo de los senos y crecimiento de vello en las axilas. Aparece la menstruación. En los varones, además de la primera eyaculación, aumenta el tamaño de la laringe y se acentúa la manzana de Adán; la voz cambia, aparece vello en el pubis, las axilas y el rostro, y los genitales externos están en un periodo de rápido crecimiento. Las niñas alcanzan la pubertad antes que los niños entre los 9 y 17 años y los varones entre los 11 y 18 años (Horrocks, 1986).

El impacto de la pubertad genera diferencias sociales y emocionales. En promedio ambos sexos tienden a seguir caminos diferentes en cuanto al concepto de sí mismo, interacción social y expectación. La pubertad trae consigo el interés por el sexo opuesto y nuevas actividades sexuales, las cuales se convierten en aspectos inevitables y normales de la vida del adolescente (Horrocks, 1986).

Con los cambios puberales y la aparición de la adolescencia, el individuo se vuelve más exigente e imprevisible. El proceso de adaptación parece interrumpirse por un aumento indiscriminado en la actividad impulsiva que afecta todas las áreas del desarrollo. Esto coincide con las nuevas exigencias impuestas por la sociedad como las relacionadas al rendimiento intelectual en la escuela, la elección de una carrera y una mayor responsabilidad social y económica en general. La relación con los padres se torna conflictiva debido a que inconscientemente persisten deseos incestuosos hacia los progenitores y la manera en que luchan contra esto es por medio de adoptar una actitud rebelde, de menosprecio, de indiferencia y de insolencia ante ellos. Ante esta situación buscan nuevas figuras o sustitutos de los padres y de igual manera incrementan las interacciones con el sexo opuesto para dirigir sus pulsiones sexuales (Freud, 1976).

Así el desarrollo pubescente no sólo despierta la sexualidad, sino que aumenta también la excitación nerviosa, la ansiedad, la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad. El proceso evolutivo, especialmente en el periodo de latencia y de pubescencia, constituye una lucha dinámica entre las fuerzas biológico - instintivas del ello y las socialmente orientadas del superyo (Muuss, 1995).

CAPITULO 3

FACTORES DE RIESGO

ASOCIADOS

CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

3. 1 Factores de riesgo relacionados con trastornos de la alimentación.

Para poder comprender los trastornos alimentarios es importante considerar los factores de riesgo ya que alertan sobre la posible aparición de estos desórdenes en el futuro. Diversas investigaciones han encontrado factores de riesgo desde edades preadolescentes, lo que señala la relevancia del estudio de los mismos (Gómez-Peresmitré, 1997; Keel, Fulkerson y León, 1997).

Entre los principales factores de riesgo se encuentran aquellos que se deben a exigencias socioculturales, factores biológicos y los que se relacionan con algunos rasgos típicos de personas que padecen anorexia o bulimia (Mancilla, Mercado, Manriquez, Alvarez, López y Román, 1999; Unikel, Villatoro, Medina, 2000). Cuanto mayor sea el número de factores de riesgo que se conjuguen habrá mayor probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno alimentario.

Aquellos que se relacionan con factores socioculturales hacen referencia al incremento en las exigencias académicas, el inicio de las relaciones de pareja, la presión de la familia y compañeros, el medio social y el pertenecer al género femenino (Unikel et al, 2000); en una investigación se observó que tanto la percepción que tiene la madre del cuerpo de su hija, como la crítica directa que puede llegar a manifestar la madre es una gran influencia para que la persona comience a sentir insatisfacción hacia su propio cuerpo (Pike y Rodin, 1991); se ha observado que la percepción del cuerpo infantil ideal está relacionada con las preferencias y creencias de las madres (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

Es importante precisar la diferencia entre sexo y género, ya que el primero se refiere a los componentes biológicos, anatómicos y designa el intercambio sexual en si mismo, por otro lado el género incluye todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad / masculinidad. De esta forma, el nacimiento de un niño o de una niña es el primer criterio de identificación de un sujeto y determinará su identidad de género. Ante esto, la familia transmitirá al bebé un discurso cultural que reflejará los estereotipos de la masculinidad / feminidad. Esto supone que desde el momento en que el sujeto nace la asignación del sexo ha determinado su comportamiento que debe responder con la idea que los padres tienen de lo que es un varón o una niña (Dio, 1997).

Con respecto a la presión del medio social se ha sugerido que los medios de comunicación pueden afectar la aceptación corporal, ya que en ellos se presentan modelos delgados y atractivos con los que las mujeres se comparan y tratan de parecerse a ellos, y al no lograrlo comienzan a realizar dietas restrictivas (Grogan, Williams y Conner, 1996).

Los factores biológicos de riesgo hacen referencia a la predisposición genética hacia la obesidad, familiares con trastorno afectivo, trastorno alimentario y/o adicciones, los cambios corporales que se presentan durante la pubertad y el pertenecer al sexo femenino (Chinchilla, 1995).

Dentro de los factores de riesgo que se relacionan con características psicológicas se encuentran la motivación para adelgazar que es la excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto por un gran deseo de perder peso como un desmesurado temor a ganarlo; experimentar ineffectividad que son los sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida; desconfianza interpersonal la cual se refiere a la aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas; miedo a madurar en el que se manifiesta un deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes debido a las exigencias de la vida adulta; perfeccionismo, que son las expectativas exageradas sobre los posibles logros personales con énfasis excesivo sobre el éxito; miedo a engordar; insatisfacción de la imagen corporal y baja autoestima a causa de la apariencia (Mancilla et al, 1999).

3. 1. 1 Factores de riesgo asociados con imagen corporal.

La imagen corporal se refiere a una configuración cognoscitiva compleja y consciente de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con relación a su cuerpo a lo largo de toda su vida y a través de diferentes experiencias (Gómez-Peresmitré, 1998).

De acuerdo con Gómez-Peresmitré (1998) la imagen corporal es una construcción social en la cual influyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. Thompson considera que existen tres componentes en el constructo de la imagen corporal; el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual (Mora y Raich, 1993).

La evaluación que se hace de la imagen corporal puede ser de naturaleza objetiva, actitudinal y experiencial. La primera se refiere a la autopercepción y autoevaluación que el sujeto hace de su cuerpo; la actitudinal se relaciona con cuestiones cognoscitivas, afectivas o emocionales y, la experiencial tiene que ver con los cambios físicos o el experimentar dolor o placer (Gómez-Peresmitré, 1998).

La imagen corporal es la sensación que se tiene del cuerpo, la cual comienza en la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer, y la atención. La imagen corporal puede diferir según edad, etapa de la vida, género y clase social (Gómez-Peresmitré, 1997)

Se han diferenciado dos componentes de la imagen corporal, la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. El primero hace referencia a la sobrestimación o subestimación que se haga del tamaño corporal y el segundo se manifiesta en la autoestima corporal, es decir, la insatisfacción o satisfacción que se tenga del propio cuerpo (Waller y Hodgson, 1996).

Se considera que la imagen corporal surge de la interacción social; en general tiene más importancia para la mujer en la etapa adolescente que para el hombre, debido a que la sociedad otorga mayor relevancia al cuerpo femenino. Si la mujer posee una imagen corporal atractiva puede extender sus relaciones heterosexuales y definir sus inclinaciones sexuales tempranas y demás prácticas sociales, esto ocasiona la autopercepción de una imagen corporal positiva, de lo contrario se conforma una imagen corporal negativa que conlleva al rechazo y a la desadaptación social lo que puede provocar trastornos de la alimentación (León, 1998).

Algunos autores (Grogan, Williams, Conner, 1996) han planteado que la actitud occidental hacia la figura masculina está cambiando y por tal motivo los hombres están incrementando su preocupación por la imagen corporal. Los hombres así como las mujeres también presentan una discrepancia importante entre la figura ideal y la que ellos creen que debe ser atractiva para el sexo opuesto (Wood, Becker, Thompson, 1996).

Es importante mencionar que la diferencia que existe entre hombres y mujeres con respecto a cómo perciben su cuerpo puede tener su origen en el proceso de elección de objeto sexual del niño/a ya que de esta manera quedará definida o no la heterosexualidad de cada uno de los sexos. En el momento que "la niña está lista para atravesar su etapa edípica, es decir, competir con su madre como rival en la conquista de su papá-hombre" (Dio, 1997, p. 102) la niña supone que las únicas formas de captar la atención de la figura paterna es por medio de la belleza y la seducción y de esta manera querrá acceder al hombre a través del encanto y la gracia (Dio, 1997).

Es así cómo la niña aprende que la mujer solo será reconocida si cumple con las expectativas que sus padres y la sociedad tienen sobre ella, por lo que es indispensable ser bella y atractiva para alcanzar el estatus de una mujer casada y con hijos. En cambio en el hombre no se depositan tantas expectativas sobre el estatus que debe alcanzar pero sí se espera el reconocimiento de los otros hombres sobre los encuentros sexuales que puede tener (Dio, 1997).

Los juicios acerca del cuerpo se basan en tres aspectos (Kelson, Kearney-Cooke y Lansky, 1990):

1. Apariencia (conciencia pública del cuerpo). La atención está focalizada en los aspectos externos del cuerpo, es decir, aquello que los demás pueden ver.

2. Sensaciones internas (conciencia privada del cuerpo). La atención se centra en los aspectos internos del cuerpo no visible para los demás.

3. Efectividad del cuerpo (competencia corporal). La atención se concentra en la funcionalidad del cuerpo (agilidad, fuerza, destreza, etc.).

La satisfacción que se tenga del cuerpo depende de la importancia que se le da a cada uno de estos tres aspectos, esto quiere decir que al sentirse satisfecho al menos con uno de estos elementos es suficiente para manifestar agrado hacia el propio cuerpo (Kelson, et al, 1990). Por el contrario la insatisfacción con la imagen corporal forma parte de la etiología multifactorial de los trastornos alimentarios; su origen es de carácter psicosocial y cognoscitivo, ya que intervienen tanto procesos de percepción, aprendizaje y pensamiento, como actitudinales, por que además de expresar un conocimiento, se manifiesta afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura (Gómez- Peresmitré, 1993).

Durante la preadolescencia y adolescencia se presentan cambios biológicos y psicológicos que pueden afectar la imagen corporal y aumentar el riesgo de que se presenten trastornos alimentarios, distintos autores coinciden que a medida que se incrementa la edad la insatisfacción con el cuerpo aumenta; Cohn, Adler, Irwin, Melstein, Kegeles y Stone en 1987 (citado por Brodie, Bagley y Slade, 1994) reportaron que conforme se incrementa la edad aumenta el ideal de ser más delgado. En un estudio realizado en México se encontró que el 94% de las mujeres preadolescentes escogían como su ideal de figura aquellas que eran delgadas o muy delgadas; el 44% mostró estar insatisfecha con su propio cuerpo y las que estaban satisfechas y se percibían atractivas eran preadolescentes y adolescentes con cuerpos delgados (Gómez-Peresmitré, 1998).

La imagen corporal puede verse afectada de dos maneras, la primera cuando se da una distorsión de esta, es decir, cuando hay una sobreestimación o subestimación de la misma, lo cual indica cierto grado de patología porque el individuo se aleja de la percepción real de su cuerpo, esto es característico de la persona anoréxica la cual tiende a percibirse con sobrepeso (Garfinkel, Moldofsky, Garner, Stancer y Coscina, 1978). Brodie y cols. (1994) encontraron que a edades más tempranas se tiende a sobreestimar la imagen corporal y Lilian (2000) reportó que el 69% de las niñas y el 63% de los niños preadolescentes subestimaron su imagen corporal; mientras que el 16% de las niñas y el 19% de los niños sobreestimaron su imagen corporal.

La segunda es el factor satisfacción / insatisfacción que es cuando se da una discrepancia entre la figura actual y la figura ideal, este factor constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importante ya que modula la relación entre realidades externas mas o menos objetivas y realidades internas mas o menos subjetivas (Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998). La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibido por el individuo (Williamson, Davis, Benet, Goreczny y Gleaves, 1989).

Tanto estudios nacionales (Gómez-Peresmitré, 1998) como internacionales (Brodie, 1994; Wood y cols., 1996) han encontrado que las adolescentes manifiestan mayor insatisfacción que las preadolescentes, sin embargo estas también desean estar más delgadas; lo que implica que la insatisfacción con el cuerpo se incrementa con la edad.

El deseo de una figura ideal delgada es un factor de riesgo asociado con la imagen corporal. En diversas investigaciones (Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998; Wood y cols., 1996) se han encontrado altos porcentajes en población femenina (entre 89% y 94%) en la elección de una figura ideal delgada, mientras que los hombres eligen en mayor porcentaje figuras con peso normal.

Diferentes investigadores han encontrado que aquellas mujeres que manifiestan insatisfacción con su imagen corporal tienen baja autoestima, esto se ha observado tanto en preadolescentes, adolescentes y adultas. También se ha visto que el nivel socioeconómico influye en la imagen corporal; las clases altas muestran mayor preocupación por su apariencia física que las clases bajas (Steven y Maryse, 1996).

Una imagen corporal negativa, se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales, y el estar satisfecho con la imagen corporal contribuye significativamente en la adaptación personal y social, con la autoestima favorable y con el equilibrio emocional (Gómez-Peresmitré y García, 2000; Gómez-Peresmitré, 1998)

Tanto la distorsión como la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal son el resultado de la interacción de condiciones sociales externas (presión de agentes socializadores como los medios de comunicación); Grogan, Williams y Conner (1996) detectaron que hombres y mujeres se sentían menos satisfechos con su cuerpo después de haber estado expuestos a imágenes de modelos delgados y atractivos. También las variables individuales más o menos objetivas como el peso, tamaño y forma real, el comportamiento alimentario, los grupos de pertenencia y las variables psicosociales subjetivas, como pueden ser la autopercepción, las autoatribuciones y la autoestima influyen en la distorsión o insatisfacción de la imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 1997).

Tanto la sobrestimación como la insatisfacción corporal funcionan como reforzadores para realizar comportamientos restrictivos y control corporal anormal, se ha observado que aquellas mujeres que desarrollan anorexia o bulimia nervosa justifican su actitud apoyándose en la sobrestimación del cuerpo y la insatisfacción hacia él (Waller y Hodgson, 1996).

Los problemas asociados con la imagen corporal, en relación con los trastornos de la alimentación se extienden rápida e interculturalmente y se producen en toda sociedad moderna sin importar el nivel de desarrollo en el que se encuentre. En una investigación realizada en nuestro país se observó que el prototipo de la mujer bella corresponde al de una persona joven (25 ± 3.8 años), con un índice de masa corporal que corresponde a un peso por debajo del normal (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

El ideal es inalcanzable, opera como motor de la motivación en la búsqueda de la delgadez y se expresa como una actitud, disposición o tendencia hacia el logro de la figura ideal, por esto las variables asociadas con imagen corporal se consideran factores de riesgo para los trastornos alimentarios (Gómez-Peresmitré, 1997).

3. 1. 2 Factores de riesgo asociados con autoestima.

El sentido de sí mismo o concepto de sí mismo se va desarrollando lentamente, es concebido como un conjunto de esquemas y procesos de autoconocimiento, se considera una entidad dinámica, jerárquica y multidimensional ligada a la configuración social en la que se encuentra el sujeto; alrededor de los 6-7 años comienzan a definirse en términos psicológicos, y se desarrolla el concepto de quién soy (yo verdadero), y también quién me gustaría ser (yo ideal), poco a poco se incorporan muchas de las normas para ser aceptados por los demás. El sí mismo aparece entonces como un sistema de autoesquemas, que surgen como generalizaciones sobre sí mismo derivadas de las constantes evaluaciones de la propia conducta; estos autoesquemas son de gran complejidad y magnitud, se encuentran fuertemente integrados o conectados entre sí, y tienen fuertes repercusiones afectivas (Fierro, 1990; Mestre y Frías, 1996; Papalia, 1992).

Los juicios acerca de uno mismo constituyen probablemente la principal organización de todo ese sistema de autoconocimiento. Fierro (1990) identifica dos tipos de juicio: descriptivos, son los que hacen referencia al cómo somos, como la edad, el sexo, la estatura; y evaluativos, que se relaciona con el aprecio o valoración que damos a nuestras características. El mismo autor sugiere que los juicios autodescriptivos van siempre acompañados de juicios evaluativos y ha observado que las autoconcepciones son relativamente estables y duraderas, pero se encuentran sometidas a momentáneas alteraciones que dependen de las situaciones, de los acontecimientos y del flujo de información que llega al sujeto.

Dentro del sistema del autoconcepto o sentido de sí mismo, Fierro (1990) considera a la autoestima como la evaluación más fiable y válida, como la porción evaluativa del autoconcepto. Uno de los autores que más ha estudiado la autoestima es Coopersmith, quien la define como: "la evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso" (Verduzco, Lara-Cantú, Lacelotta y Rubio, 1989, pp 50). En suma, la autoestima es un juicio personal que se tiene hacia sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo comunica a otros por medio de informes verbales y otros comportamientos.

La autoestima es una evaluación que hace y mantiene el individuo con respecto a sí mismo la cual supone una actitud de aprobación y desaprobación; puede definirse como la autovaloración determinada por la conducta y experiencia individual (Prieto y S. de Bustamante, 1988).

La autoestima figura en diversas teorías. William James considera a la autoestima como la valoración de la reflexión que hace el sujeto de su yo. En los trabajos de Freud y de Adler se subraya la importancia del papel de la autoestima en la configuración de algunas perturbaciones emocionales como la depresión.

Horney, Fromm y Sullivan sostienen que la autoestima juega un papel importante en el desarrollo psicológico y en la patología. Para Maslow representa la acentuación del carácter evolutivo y social del individuo. (Verduzco y cols, 1989; Del Barrio, Frías y Mestre, 1994).

La autoestima suele entenderse de manera relativa; es decir, se puede estudiar cada uno de sus componentes por separado; el social, el académico o laboral, el físico y el moral, o de manera integrada (Fierro, 1990; Owens, 1995).

Se ha encontrado que la autoestima global de una persona se basa únicamente en las cualidades que son importantes para ella. El sujeto tiende a prestar mayor atención a los rasgos que posee, y tiende a desvalorizar y restarles importancia a los que no posee, esto se conoce como el principio de selectividad. La fuerza de la relación entre autoestima y autopercepción depende de la importancia o valoración que se le da al rasgo o atributo percibido (Prieto y cols, 1988).

El poseer una autoestima positiva es relevante en la vida del ser humano, ya que es un factor determinante en el desarrollo emocional y cognitivo, en una buena salud mental y en adecuadas relaciones sociales. Algunos estudios en niños pequeños muestran que el estilo de crianza durante los 3 o 4 primeros años determina la calidad de la autoestima del niño; si los padres son cariñosos, comprensivos y responsables permitirán que el niño tenga una evaluación positiva de sí mismo (Mestre y Frías, 1996; Owens, 1995).

La autoestima en los niños suele funcionar como un procesador de información, ya que las interacciones que tienen con su medio les permite adquirir experiencias nuevas que influyen en cómo se perciben y por consecuencia cómo se comportan. La autoestima, como el autoconcepto depende en gran medida de las comparaciones sociales. Las autoevaluaciones pueden ser positivas o negativas, esto dependerá tanto de la importancia del atributo que se evalúe como de la cercanía que se tenga hacia la persona con quien se compara. Cuando el individuo puede elegir sus comparaciones sociales por lo general se evitan aquellas que minimizan las propias habilidades y logros, o se llevan a cabo comparaciones descendentes, es decir hacia las personas que poseen menos habilidades (Smith y Mackie, 1997).

Owens (1995) plantea que la autoestima es tanto externa como interna. La primera está asociada a la forma en cómo los otros responden ante el individuo, es decir, que la persona se va a evaluar de acuerdo a las reacciones que tengan los otros hacia él. La interna esta basada en las autoevaluaciones que el niño hace de sus actitudes y habilidades en diversas áreas de acuerdo a sus experiencias pasadas, las cuales le permiten asimilar y reconocer sus capacidades y limitaciones; está basada en el autorespeto, la autoaceptación y el amor hacia sí mismo. Los niños que cuentan con una autoestima interna adecuada no necesitan de la constante aprobación y motivación de los otros para conseguir sus objetivos, dichas personas se caracterizan por tener un pensamiento flexible que les permite incorporar experiencias nuevas en su concepto de sí mismo. En cambio los niños que dependen de la información externa para valorarse, constantemente basan su comportamiento en función de modelos pasados sin expandirse hacia nuevos conocimientos. La autoestima interna probablemente es más estable que la externa. La autoestima interna y externa interactúan y son interdependientes, y ambas son necesarias para lograr una autoestima positiva (Owens, 1995).

Conforme el niño crece su autoestima necesita basarse tanto en sus propias evaluaciones como en las que los otros hacen de sus competencias y habilidades académicas, sociales y morales. De tal manera que evadan su yo basándose en sus éxitos y fracasos cotidianos, en comparaciones sociales con los demás y en hacer comparaciones con sus propios parámetros internos (Smith y Mackie, 1997).

Si existe discrepancia entre el yo verdadero y el yo ideal se desarrollarán sentimientos de frustración y de rechazo hacia sí mismo, y en casos extremos puede conducir a un ciclo de tristeza y ansiedad, baja autoestima y depresión (Smith y Mackie, 1997).

Se ha observado que los individuos que tienen una baja complejidad del yo manifiestan mayores cambios de la autoestima después de una experiencia de éxito o de fracaso, por lo que se ha concluido que si se tienen muchos aspectos del yo independientes, sólo una porción del autoconcepto se verá afectada por un suceso, ya que las personas con un yo de alta complejidad puede limitar el daño por medio de la afirmación de los sucesos positivos relacionados con los diferentes aspectos del yo (Smith y Mackie, 1997).

A medida que el niño crece se incorporan cada vez más variables que influyen en el desarrollo de su autoestima como son factores familiares, escolares y sociales. En la preadolescencia y adolescencia la autoestima adquiere un especial interés debido a la transición que el niño sufre desde la infancia hasta la adquisición de un rol adulto. Durante este periodo se producen una serie de cambios, de responsabilidades y competencias que se deben afrontar y que generan inestabilidad emocional por lo que se produce un decremento de la autoestima. La imagen y evaluación de sí mismo con el paso de la infancia a la adolescencia sufren un cambio, de tal manera que la variable edad es muy importante para el análisis de este constructo (Mestre y Frías, 1996).

Se ha encontrado que las niñas adolescentes comparadas con los varones experimentan un nivel mayor de presión y son doblemente susceptibles a la depresión. La depresión en estas niñas está ligada a sentimientos negativos respecto a su cuerpo y a su apariencia física. Varios investigadores atribuyen los problemas de imagen propia a lo que se denomina el síndrome de la niña perfecta o de la niña buena; es decir, al rededor de los diez años muchas niñas de clase media ya han internalizado los mensajes y expectativas de una figura delgada impuesta por la sociedad, y lo han convertido en el ideal de la niña perfecta que no manifiesta malos pensamientos o sentimientos (Rothenberg, 1997).

Ellas especulan que al intentar mantenerse al tanto de las exigencias de esta postura poco realista del comportamiento femenino perfecto, las niñas supriman, tal vez, su capacidad de expresar el enojo o imponerse e incluso comiencen a juzgarse a través de los ojos de los demás lo que las conduce a cuestionar su propia valía y por lo tanto disminuye su autoestima (Rothenberg, 1997). Wood (1996) reportó que los niños tienen mayor autoestima que las niñas sin embargo estas diferencias no son clínicamente significativas.

Es frecuente que los déficits en la autoimagen, particularmente una baja autoestima corporal, se presenta con anterioridad a los trastornos alimentarios; esta relación se ha encontrado en pacientes que presentan desordenes alimentarios (Bruch, 1973). La distorsión de la imagen corporal está fuertemente asociada a una baja autoestima (Brodie y cols., 1994); la satisfacción con el cuerpo está significativamente correlacionada con la autoestima en niños adolescentes y en niñas tanto preadolescentes como adolescentes (Wood y cols., 1996).

Se ha encontrado que mujeres que expresan insatisfacción con su imagen corporal suelen tener puntajes bajos en las escalas de autoestima en comparación con las mujeres que se sienten más satisfechas con su imagen corporal (Fabian y Thompson, 1989). En un estudio realizado por Secord y Jourard (citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) observaron que al correlacionar la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima, los estudiantes que tenían una imagen corporal negativa tenían también una baja autoestima.

La belleza subjetiva es la que predice diversos aspectos de la autosatisfacción en el adolescente. Los individuos que se encuentran atractivos son los más satisfechos consigo mismos, aunque este atractivo no corresponda con el real. Es más importante cómo se siente el individuo con su cuerpo que cómo es físicamente (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973).

3. 1. 3 Factores de riesgo asociados con autoatribución.

Los modelos de atribución se desarrollaron sobre el supuesto de que las inferencias que hacemos del comportamiento de los otros son importantes para superar las impresiones superficiales y poder conseguir una comprensión más compleja y profunda de la percepción del otro y del juicio sobre él. La impresión que tenemos de otro individuo habitualmente abarca varias características, ya que se pueden inferir rasgos adicionales basados en el conocimiento u observaciones del individuo y/o de las características de la situación (Mastorf y Ellswarth, 1982; Moscovici, 1986).

Los procesos a través de los cuales percibimos a los otros son diferentes que cuando nos autopercebimos. Cuando las personas atribuyen ciertas características a los otros primero se basan en los aspectos físicos para hacerlo y después en los internos (sentimientos, pensamientos y emociones); en cambio cuando se realizan autoatribuciones el proceso es a la inversa, es decir, de lo interno a lo externo (Mastorf y Ellswarth, 1982).

La autoatribución es el proceso por medio del cual se constituye la propia imagen; son los atributos y las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto. En la conformación de la autoatribución también son importantes las creencias culturales, las experiencias que se viven a través y con los otros, así como los papeles y los comportamientos premiados o castigados. (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

Existen dos modelos que explican la autopercepción: el de Daryl Bem , que trata de explicar la forma en que sabemos que actitudes tenemos tomando en cuenta los efectos de la presión social; y la teoría de Schachter la cual afirma que las señales internas no son suficientes para saber que emociones sentimos, que se necesitan de otros indicadores cognoscitivos para inferir las emociones (Mastorf y Ellswarth, 1982).

La teoría de Bem se basó en el concepto de la disonancia cognoscitiva de Festinger, la cual se refiere a que no existe una congruencia entre lo que una persona dice con lo que cree, por lo que se crea una disonancia. Dicha disonancia trata de ser reducida por medio de la alteración de las cogniciones. Entonces, cuando los sujetos llevan a cabo un comportamiento en contra de sus actitudes, tratan de cambiarlas en función de las exigencias sociales en la medida en que hay una inadecuada justificación para la conducta previa. Es así que las autoatribuciones se modifican de acuerdo a la intensidad de las presiones sociales; otro concepto importante de la atribución es la motivación intrínseca, la cual refiere que el sujeto lleva a cabo diferentes actividades porque disfruta realizarlas, algunas investigaciones han observado que cuando se da un gran reforzador para realizar esas actividades la motivación intrínseca disminuye: "fuerzas externas sobresalientes pueden atenuar el poder que se percibe de las fuerzas internas por medio de la operación del principio de descuento" (Mastorf y Ellswarth, 1982, pp 28).

La teoría de Schachter denominada autorrotulación emocional plantea que "a los estados internos (como las emociones) pueden ser influidos por convenientes explicaciones alternativas a la excitación" (Mastorf y Ellswarth, 1982, pp 106), esto significa que la excitación inexplicada tiende a exagerar el impacto de las señales ambientales. En la medida en que el conocimiento de las actitudes se hace más importante los sujetos tenderán a tomar menos en cuenta las atribuciones que los otros hagan de ellos.

Las autoatribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente, la persona puede asignarse tanto atributos positivos como negativos, los primeros tienen mayor probabilidad de influir en el comportamiento futuro. Una vez que el rótulo se ha establecido la persona acepta y actúa conforme a la característica asignada y difícilmente podrá modificar su comportamiento a pesar de que se presenten condiciones diferentes (Mastorf y Ellswarth, 1982).

Los sentimientos que tiene una persona sobre sus capacidades y esfuerzos influye en su autoestima general y puede afectar la motivación y comportamiento que tenga el individuo ante una amplia variedad de situaciones (Mastorf y Ellswarth, 1982).

Barajas (1998) encontró correlación entre los puntajes totales de autoatribución y autoestima, en el grupo de adolescentes satisfechas con su imagen corporal se obtuvo una $r=.76$ y en las insatisfechas una $r=.51$. Al correlacionar los puntajes totales de estas escalas con todas las adolescentes del estudio se obtuvo una $r=.60$ con $p=.000$. Es decir, que la autoatribución y la autoestima se correlacionan positivamente con la imagen corporal; cuanto mayor satisfacción con imagen corporal entonces mayor autoestima y mejor autoatribución. En otra investigación se observó que la autoatribución negativa estaba relacionada con mayor presencia de problemas alimentarios como hábitos inadecuados y conductas de dieta (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999). Lo anterior nos lleva a pensar en la posible naturaleza de la autoatribución como factor de riesgo de los trastornos alimentarios.

CAPITULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Y

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y METODOLOGIA

1. Objetivo general:

Observar la relación que existe entre las variables autoestima, autoatribución e imagen corporal con peso corporal y el sexo en preadolescentes de escuelas privadas.

2. Planteamiento del problema:

¿Existe relación entre autoestima, autoatribución e imagen corporal con el peso corporal de los preadolescentes del estudio?

¿Existe relación entre autoestima, autoatribución e imagen corporal y el sexo de los preadolescentes del estudio?

3. Problemas específicos:

3.1 ¿Existe relación entre peso corporal y nivel de satisfacción / insatisfacción con imagen corporal?

3.2 ¿Existe relación entre el sexo y nivel de satisfacción / insatisfacción con imagen corporal?

3.3 ¿Existe relación entre peso corporal y nivel de autoestima?

3.4 ¿Existe relación entre las variables sexo y nivel de autoestima?

3.5 ¿Existe relación entre las variables peso corporal y autoatribuciones?

3.6 ¿Existe relación entre el sexo y autoatribución?

4. Hipótesis de trabajo:

4.1 A menor peso corporal mayor insatisfacción negativa, y a mayor peso corporal mayor insatisfacción positiva con la imagen corporal.

4.2 Las niñas tendrán menor nivel de satisfacción con su imagen corporal que los niños.

4.3 El peso corporal se correlaciona inversamente con el nivel de autoestima, es decir, a mayor peso corporal entonces menor nivel de autoestima.

4.4 Las niñas tienen menor nivel de autoestima que los niños.

4.5 A mayor peso corporal, mayor autoatribución negativa.

4.6 Las niñas presentan un mayor número de autoatribuciones negativas que los niños.

5. Definición de variables:

5.1 Variables independientes.- Peso corporal y sexo.

5.1.1 Definición conceptual

- Peso corporal.- Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua y músculo esquelético el cual incluye el tejido óseo y el tejido adiposo (Toro y Vilardell, 1987).

- Sexo.- Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

5.1.2 Definición operacional

- Peso corporal.- El índice nutricional (IN) permite clasificar a los preadolescentes en cinco categorías de peso corporal: emaciación, bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad. Se obtiene con la siguiente fórmula (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1998):

$$\text{IN} = \frac{\text{Peso actual en kg.} / \text{talla actual en m.}}{\text{Peso en kg. (percentil 50) / talla en m. (p 50)}} \times 100$$

Las categorías para la clasificación del índice nutricional de acuerdo a la edad fueron tomadas de Saucedo y Gómez-Peresmitré (1998), y son:

Menos de 77.51%	= Emaciación
77.51% - 83.5%	= Bajo peso
83.51% - 119.5%	= Normopeso
119.51% - 136.5%	= Sobrepeso
Mayor a 136.5%	= Obesidad

- Sexo.- Respuesta de los niños a la pregunta que hace referencia al género.

5.2 Variables dependientes: Autoestima, autoatribución e insatisfacción / satisfacción con la imagen corporal.

5.2.1 Definición conceptual

- Autoestima.- La evaluación que hace y mantiene constantemente el individuo en relación consigo mismo; expresa una actitud de aprobación o de rechazo e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso (Verduzco, Lara-Cantú, Lancelotta y Rubio, 1989).

- Autoatribución.- Son los atributos y características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe cómo nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999).

- Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal.- Constituye la dimensión evaluativa predominante percibida de un cuerpo globalmente amado o no, globalmente conforme o no con las normas ideales, y del que se obtiene más o menos placer o sufrimiento (Gómez-Peresmitré, 1998).

5.2.2 Definición operacional

- Autoestima.- El resultado obtenido de la Prueba de Autoestima de Alice Pope, validado por Caso Niebla en 1999 obteniendo una consistencia interna de .84 para la escala total y un índice de confiabilidad test-retest de .67 ($p < .01$). Se utilizaron los reactivos del factor de evaluación positiva (8 reactivos) y los de evaluación negativa (6 reactivos). Por lo que en total se aplicaron 14 reactivos.

- Autoatribución: El resultado obtenido de la escala de autoatribución del Cuestionario "Estudio sobre Alimentación y Salud" para preadolescentes (Gómez-Peresmitré, 1998E), que contiene 46 atributos con 5 opciones de respuesta, que van desde *nada* hasta *demasiado*; los adjetivos calificativos negativos tienen un puntaje que va de 1= NADA a 5= DEMASIADO y los adjetivos calificativos positivos que van de 1= DEMASIADO a 5= NADA.

- Satisfacción / Insatisfacción de la imagen corporal.- El resultado que se obtiene de la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, una diferencia igual a cero indica satisfacción y una diferencia positiva o negativa indica insatisfacción; cuanto más grande es la diferencia existe mayor insatisfacción de la imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 1995, 1997)

6. Criterios de exclusión:

Defecto físico notable.

7. Sujetos:

Preadolescentes hombres y mujeres en edades comprendidas entre los nueve y los doce años que acuden al cuarto, quinto y/o sexto grado de primaria en escuelas privadas del Distrito Federal.

8. Muestra:

No probabilística, intencional.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

9. Tamaño de la muestra:

Se trabajó con una muestra total de N= 277 preadolescentes, de los cuales 137 eran mujeres y 140 eran hombres, la media de edad fue de 10.49 con una desviación estándar de .98.

10. Diseño:

La investigación es de carácter correlacional, de campo, transversal con un diseño factorial de 2 x 4.

11. Instrumentos y aparatos:

Se aplicaron las escalas que exploran datos sociodemográficos (sección A), autoatribución (sección E) y satisfacción / insatisfacción con imagen corporal (sección D) del Cuestionario de formato mixto llamado "Estudio sobre Alimentación y Salud" de Gómez-Peresmitré (1993, 1993b, 1995) y las escalas de evaluación negativa y evaluación positiva del Test de Autoestima de Alice Pope (validado por Caso Niebla, 1999).

El peso corporal se obtuvo pesando a los niños con una báscula marca Torino de 140 Kg., y la estatura se midió con un estadímetro de madera de dos metros de largo. Con estas dos medidas se obtuvo el índice nutricional con la fórmula arriba descrita.

El Test de Autoestima de Alice Pope está constituido por 21 reactivos, dividido en tres escalas; la de evaluación negativa que consta de ocho reactivos, la de evaluación positiva con seis reactivos y el nivel de competencia con siete reactivos. Para este estudio se utilizaron únicamente los reactivos de las evaluaciones positivas y de las negativas, por lo que el cuestionario de autoestima quedó conformado por catorce reactivos con tres opciones de respuesta cada uno: casi siempre, algunas veces y casi nunca. El valor que se asigna a cada opción de respuesta depende del reactivo, si es positivo o negativo. Los reactivos negativos se califican: 0= CASI SIEMPRE, 1= ALGUNAS VECES y 2= CASI NUNCA; los reactivos positivos se califican 2= CASI SIEMPRE, 1= ALGUNAS VECES y 0= CASI NUNCA. Cuando se obtiene un puntaje elevado significa que el sujeto posee un nivel alto de autoestima.

La escala de autoatribución contiene 46 atributos, con cinco opciones de respuesta cada uno: a) NADA, b) POCO, c) REGULAR, d) MUCHO, e) DEMASIADO. Esta escala cuenta con adjetivos calificativos positivos y negativos. Los adjetivos calificativos negativos tienen un puntaje que va de 1= NADA a 5= DEMASIADO y los adjetivos calificativos positivos que van de 1= DEMASIADO a 5= NADA. Obtener un puntaje alto indica que el sujeto se atribuye características negativas (autoatribución negativa), y un puntaje bajo significa que el individuo se adjudica aspectos positivos (autoatribución positiva).

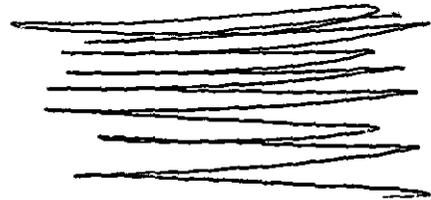
La prueba para valorar imagen corporal, consta de dos escalas visuales con seis siluetas cada una y una opción más para dibujar una figura si no eligieron ninguna de las anteriores. Las siluetas se distribuyen dentro de un rango que va desde demasiado delgado hasta demasiado obeso; a cada una de las siluetas se le asigna un valor, puntaje de uno a la silueta más delgada, aumentando un punto en cada silueta hasta llegar a la más obesa que tiene un valor de seis puntos. Una de las escalas mide figura actual y la otra figura ideal. Para obtener el grado de satisfacción / insatisfacción se obtiene la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal, cuanto más grande es la diferencia existe mayor insatisfacción.

12. Procedimiento:

Se acudió a escuelas primarias privadas para solicitar su participación en la investigación. Los instrumentos fueron aplicados de manera colectiva en los salones de clase, se hizo hincapié en que los datos obtenidos eran confidenciales y únicamente para fines de investigación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Cada grupo de niños estuvo a cargo de una persona, la cual les indicó cómo debían contestar el cuestionario; éste fue respondido de manera conjunta, es decir, cada pregunta fue leída a los niños con la finalidad de que en caso de que surgiera alguna duda fuera resuelta en ese momento.

Las mediciones antropométricas se realizaron al finalizar la aplicación del cuestionario. Se le pidió a los niños que se quitaran los zapatos y la chamarra o suéter y que se colocaran en el centro de la báscula "derechos, con los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separadas". Para medir la estatura se colocaron de espalda al estadímetro y con la mirada al frente.



CAPITULO 5

RESULTADOS

RESULTADOS

El objetivo general de esta investigación fue observar qué relación existe entre la autoestima, la autoatribución y la imagen corporal con respecto al peso corporal y sexo en preadolescentes de escuelas privadas.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 8.0 para Windows.

5.1 Descripción de la muestra

La muestra no probabilística quedó constituida por $N = 277$ preadolescentes de cuarto, quinto y sexto año de educación primaria de escuelas privadas del Distrito Federal. La muestra se subdividió como sigue: femenino ($n = 137$) y masculino ($n = 140$). El rango de edad se encontraba entre los nueve y doce años. La media de edad del sexo femenino fue de 10.44 con una desviación estándar de .94; para el sexo masculino se obtuvo una media de edad de 10.54 y una desviación estándar de 1.01 (Ver tabla 1).

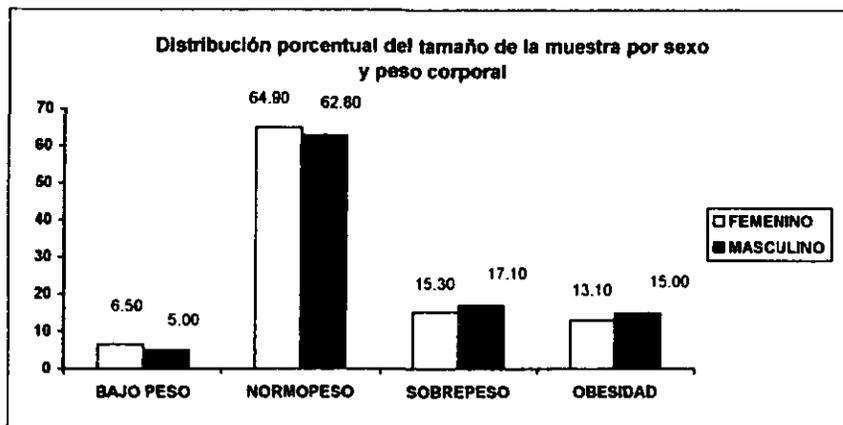
SEXO	MEDIA DE EDAD (X)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	TOTAL
FEMENINO	10.44	.94	137
MASCULINO	10.54	1.01	140
TOTAL	10.49	.98	277

Tabla 1. Media de edad y desviación estándar por sexo.

Como era de esperarse los porcentajes más altos se encontraron en la categoría de normopeso (Ver tabla 2).

CATEGORIA DE PESO	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO
BAJO PESO	6.50%	5%
PESO NORMAL	64.90%	62.80%
SOBREPESO	15.30%	17.10%
OBESIDAD	13.10%	15%
TOTAL	100%	100%

Tabla 2. Distribución porcentual de la muestra por sexo y categoría de peso.



Gráfica 1. Distribución porcentual de la muestra por sexo y categoría de peso.

5.1.1 Ingreso mensual familiar

Como puede verse en la tabla 3 el porcentaje más alto comprendió a un sueldo de \$10,000 o más, casi el 78% de los padres de los escolares de la muestra ganaban de \$6,000 a más de \$10,000.

INGRESO	Menos de \$2,000	de \$2,001 a \$4,000	de \$4,001 a \$6,000	de \$6,001 a \$8,000	de \$8,001 a \$10,000	\$10,000 o más	TOTAL
PORCENTAJE	4.7%	7.6%	10%	12.8%	22.3%	42.7%	100%

Tabla 3. Distribución porcentual del ingreso mensual familiar.

5.1.2 Estudios de los padres.

Con respecto al nivel de estudios de los padres se encontró que un alto porcentaje de ambos padres tenían de 15 a más años de estudios (Ver tabla 4).

AÑOS DE ESTUDIO	Menos de 6 años	De 6 a 8 años	De 9 a 11 años	De 12 a 14 años	De 15 a 17 años	Más de 18 años	TOTAL
MAMÁ	.4%	1.6%	1.6%	7.8%	43.4%	45.3%	100%
PAPÁ	0%	.8%	1.2%	4.4%	36.7%	56.9%	100%

Tabla 4. Distribución porcentual de los años de estudio de la madre y el padre.

5.1.3 Maduración sexual

Se preguntó a las niñas si ya habían presentado la primera menstruación y a qué edad, y a los niños se les preguntó si ya habían tenido las primeras emisiones nocturnas y a qué edad. Se encontró que el 91% de las niñas aún no menstruaba, mientras que el 79% de los niños refirieron no haber experimentado las primeras emisiones nocturnas (Ver tabla 5).

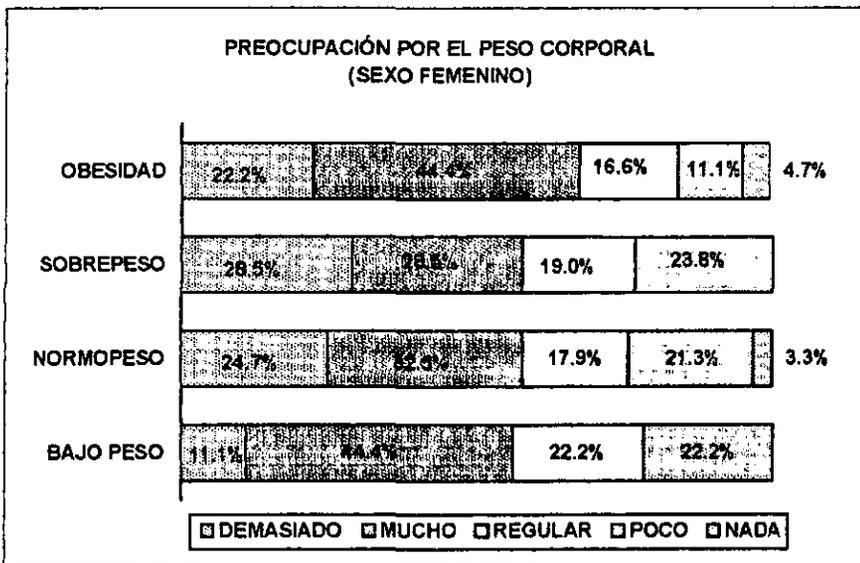
EDAD DE INICIO	NO HAN INICIADO	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	TOTAL
MENSTRUACIÓN	90.6%	0%	2.1%	5.1%	2.1%	100%
EMISIONES NOCTURNAS	79.3%	.71%	4.2%	12.8%	2.8%	100%

Tabla 5. Distribución porcentual de las niñas que no han iniciado cambios físicos, y de las que sí y la edad de inicio de la menstruación, y distribución porcentual de los niños que no han presentado cambios físicos, y de los que sí y edad de aparición.

5.2 Descripción de las variables de estudio

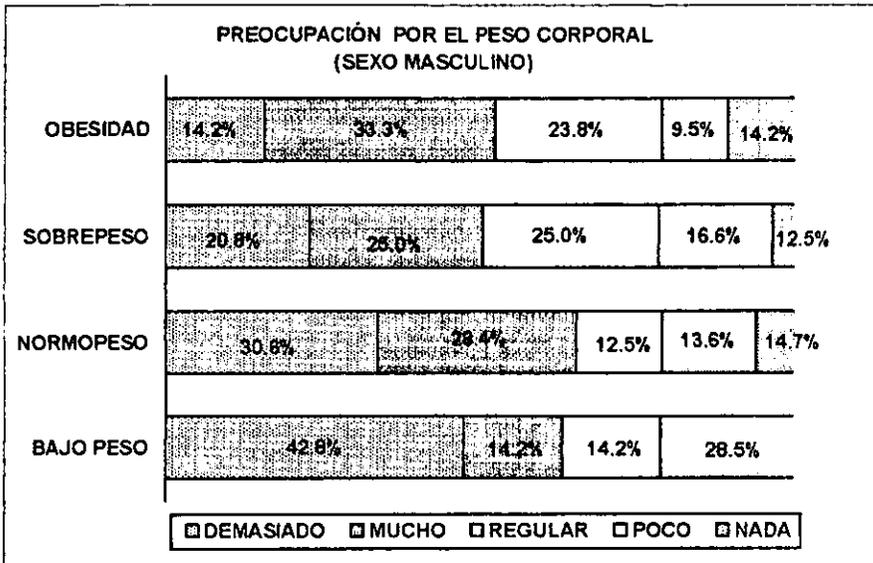
5.2.1 Preocupación por el peso corporal

Se encontró que las niñas que pertenecen a la categoría de obesidad son las que en mayor porcentaje se preocupan mucho y demasiado por su peso corporal (67%). Mientras que las preadolescentes con sobrepeso, normopeso y bajo peso muestran porcentajes menores (Ver gráfica 2). Un dato interesante de señalar es que el 44% del grupo de niñas con bajo peso expresaron sentirse muy preocupadas por llegar a estar gordas (Gráfica 2).



Gráfica 2. Distribución porcentual de las respuestas dadas a la pregunta: "Llegar a estar gorda me preocupa..."

En el sexo masculino se observó que el grupo que manifiesta estar más preocupado por el peso corporal es el de bajo peso, ya que el 43% de los sujetos de esta categoría expresaron sentirse "demasiado" preocupados, seguidos del grupo de normopeso (Ver gráfica 3)



Gráfica 3. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino a la pregunta: "Llegar a estar gordo me preocupa..."

5.2.2 Conducta alimentaria de riesgo

Como era de esperarse un alto porcentaje de niñas y niños de las cuatro categorías de peso nunca han realizado conductas alimentarias de riesgo. Sin embargo, un tercio de las niñas de la categoría de bajo peso "a veces" llevan a cabo control alimentario y es importante señalar que el 14% de los niños de esta categoría "siempre" se salta alguna de las comidas como medida de control de peso. A diferencia de las niñas, los niños con sobrepeso y obesidad realizan en un porcentaje mayor medidas de control de peso (Ver tabla 6).

	NUNCA	A VECES	FRECUENTE	MUY FRECUENTE	SIEMPRE	TOTAL
BAJO PESO	M=66.6% H=85.7%	M= 33.3% H= 0%	M = 0% H = 0%	M = 0% H = 0%	M = 0% H = 14.2%	M = 100% H = 100%
NORMOPESO	M=64% H=69.3%	M=29.2% H=27.2%	M = 4.4% H = 1.1%	M = 1.1% H = 2.2%	M = 0% H = 0%	M = 100% H = 100%
SOBREPESO	M= 47.6% H= 33.3%	M= 38% H= 29.1%	M = 4.7% H = 16.6%	M = 0% H = 12.5%	M = 9.5% H = 8.3%	M = 100% H = 100%
OBESIDAD	M = 61.1% H = 28.6%	M =33.3% H = 61.9%	M = 0% H = 9.5%	M = 5.5% H = 0%	M = 0% H = 0%	M = 100% H = 100%

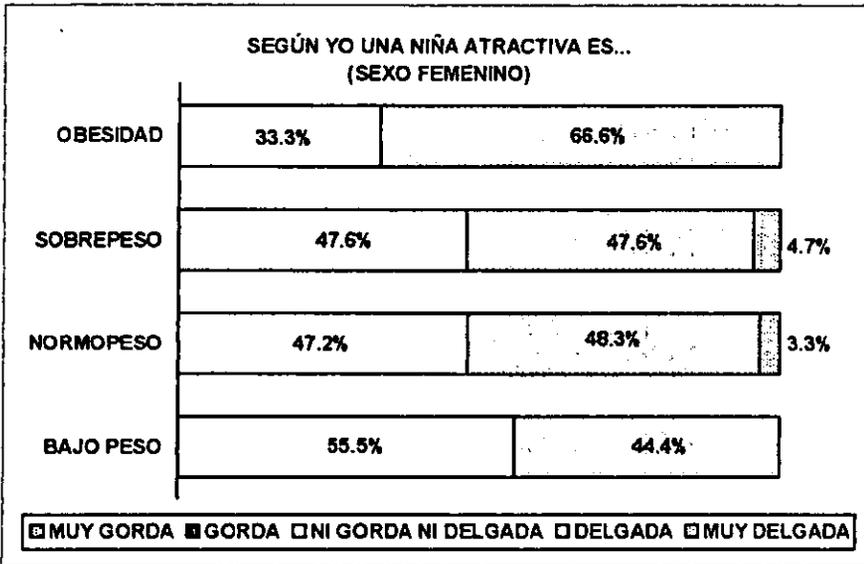
M = Mujer

H = Hombre

Tabla 6. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas a la pregunta "Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas" por categoría de peso y sexo.

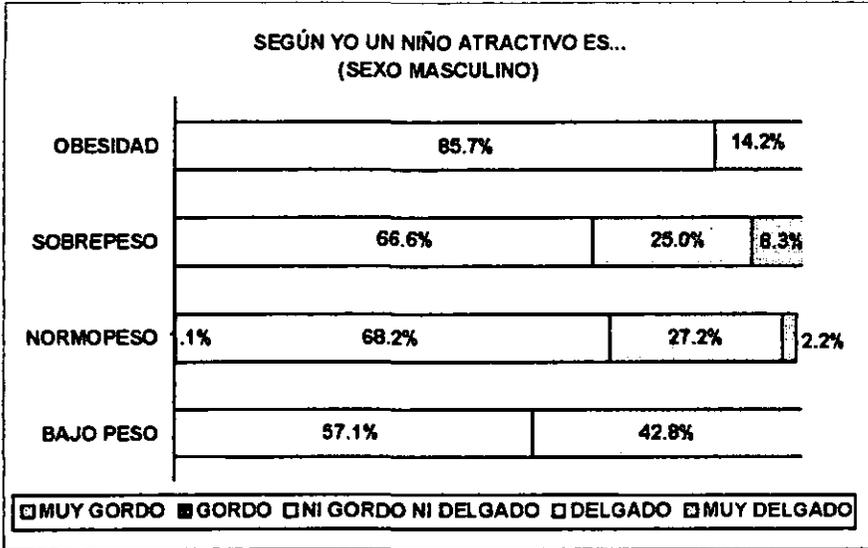
5.2.3 Atractividad

Es interesante destacar que para la mayoría de la muestra total de las niñas se debe ser delgada o tener peso normal para ser atractiva. Otro dato a señalar es que las niñas obesas de este estudio manifestaron en mayor proporción que una niña atractiva debe ser delgada (Ver gráfica 4).



Gráfica 4. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo femenino a la pregunta: "Según yo una niña atractiva es...".

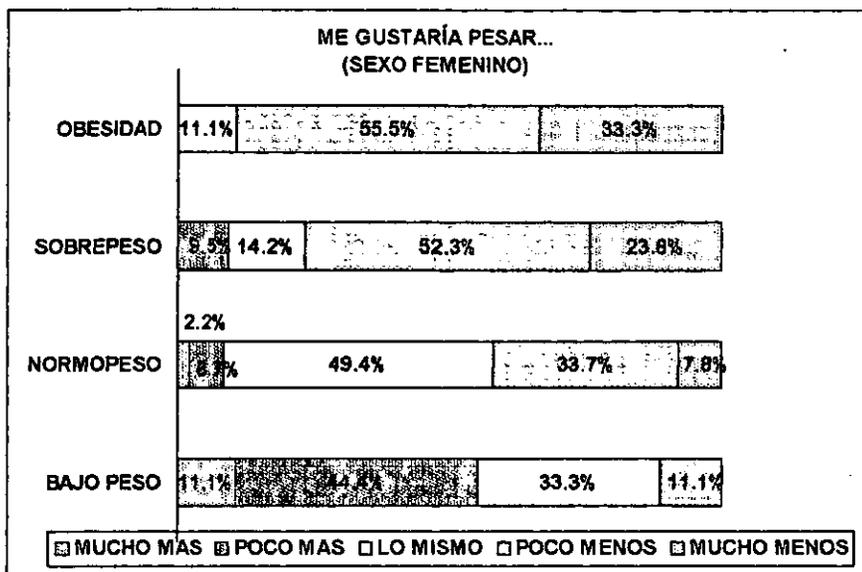
Comparando niños con niñas se encontró que para los niños ser atractivo se relaciona más con normopeso especialmente entre los obesos (Ver gráfica 5).



Gráfica 5. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino a la pregunta: "Según yo un niño atractivo es..."

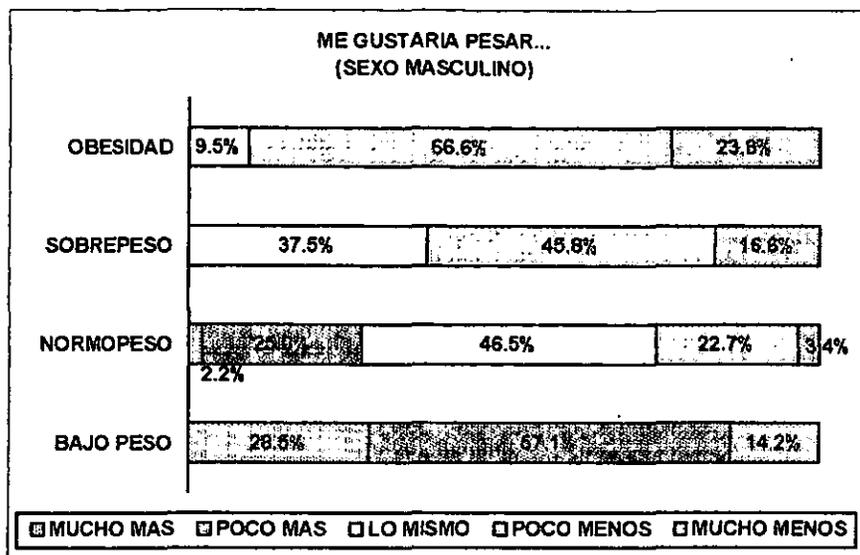
5.2.4 Peso deseado

El grupo de obesidad en las niñas fue el que mostró un mayor porcentaje en el deseo de pesar mucho menos de lo que pesa actualmente, seguido del grupo de sobrepeso. El grupo de normopeso fue el que manifestó estar más satisfecho con su peso. Es importante destacar que el 11% del grupo de bajo peso expresó querer pesar menos y el 33% de la misma categoría deseaba pesar lo mismo (Ver gráfica 6).



Gráfica 6. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo femenino a la pregunta: "Me gustaría pesar..."

Al igual que en el grupo de las niñas, en el grupo de los niños la categoría de normopeso expresó estar más satisfecho con su peso que el resto de los grupos. Los grupos que se mostraron más inconformes con su peso fueron el de bajo peso, y el de obesidad. Es interesante señalar, que el 14% de la categoría de bajo peso deseaba pesar mucho menos (Gráfica 7).



Gráfica 7. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino a la pregunta: "Me gustaría pesar..."

5.2.5 Figura ideal.

En la pregunta que hace referencia a la figura ideal se encontró que el 73% del género femenino eligieron la silueta número 2. Como puede observarse en la figura 1, aunque no seleccionaron la más delgada, sí es una figura de bajo peso. Con respecto a la silueta 5 y 6, ninguna de las dos fueron seleccionadas por ser las de compleción más robusta.

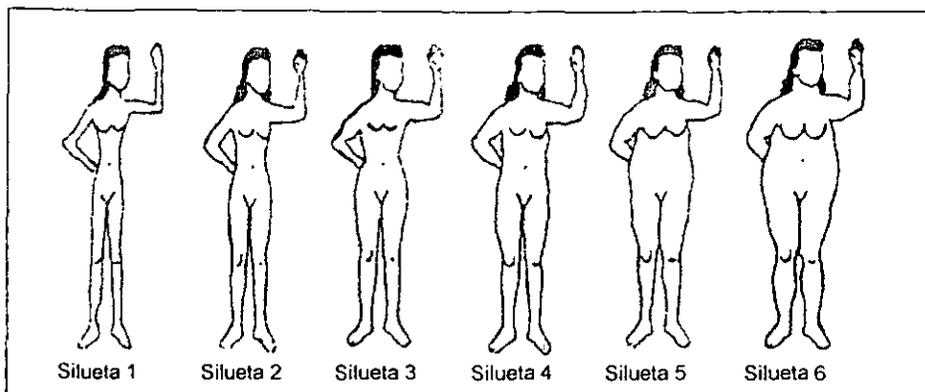


Figura 1.

Se observó que los varones que respondieron a la misma pregunta, el 70% eligió la silueta número 3, y al igual que en el sexo femenino nadie escogió las siluetas 5 y 6, quizá por ser las de mayor peso.

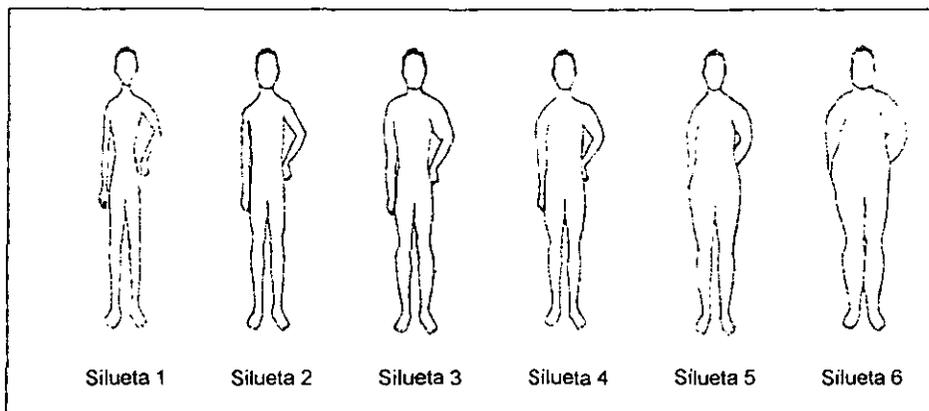


Figura. 2

Mientras que el 1% de los varones escogieron la figura más delgada, el 4% de las mujeres eligieron esta misma.

Como se observa en la tabla 7 un alto porcentaje de las mujeres (77%) escogieron una figura ideal que correspondería a una categoría de peso por debajo del normal, ya que tanto la silueta número uno como la silueta número dos representan la figura de mujeres con peso por debajo del normal.

SILUETA	FEMENINO	MASCULINO
1	4.3%	1.4%
2	72.9%	13.5%
3	21.1%	70%
4	1.4%	14.2%
5	0%	0%
6	0%	0%
TOTAL	100%	100%

Tabla 7. Distribución porcentual de la selección de figura ideal por sexo.

En lo que se refiere a la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se observó que un 42% de niñas mostraron satisfacción con su imagen corporal, mientras que solo el 32% de los niños estaban satisfechos. El grado de insatisfacción se distribuyó en un rango de 4 a -3; los números positivos indican la insatisfacción por querer estar más delgado(a) y los negativos indican una insatisfacción por querer estar más robusto(a). El grupo de niñas que mostró más insatisfacción negativa fue el de bajo peso, y aquel con mayor insatisfacción positiva fue el de obesidad. En el grupo de los niños se observó la misma tendencia, ya que el 57% de los niños con categoría de bajo peso presentó insatisfacción negativa y el 81% de los niños con obesidad presentó insatisfacción positiva (Ver tabla 8).

	MUJERES				HOMBRES			
	BP	NP	SP	OB	BP	NP	SP	OB
Insatisfacción								
Negativa (-)	44%	9.2%	0%	0%	57%	43%	17%	0%
Satisfacción	44%	52%	24%	17%	29%	37%	35%	19%
Insatisfacción								
Positiva (+)	11%	39%	76%	83%	14%	20%	48%	81%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Media (x)	-22	.44	1.0	1.33	-85	-.28	.39	1.28
Desviación estándar (s)	97	92	70	76	1.34	1.02	1.03	84

BP = Bajo peso

NP= Normopeso

SP= Sobrepeso

OB = Obesidad

Tabla 8. Distribución porcentual del nivel de satisfacción / insatisfacción por sexo y categoría de peso. Medias y desviaciones estándar del nivel de satisfacción /insatisfacción por sexo y categoría de peso.

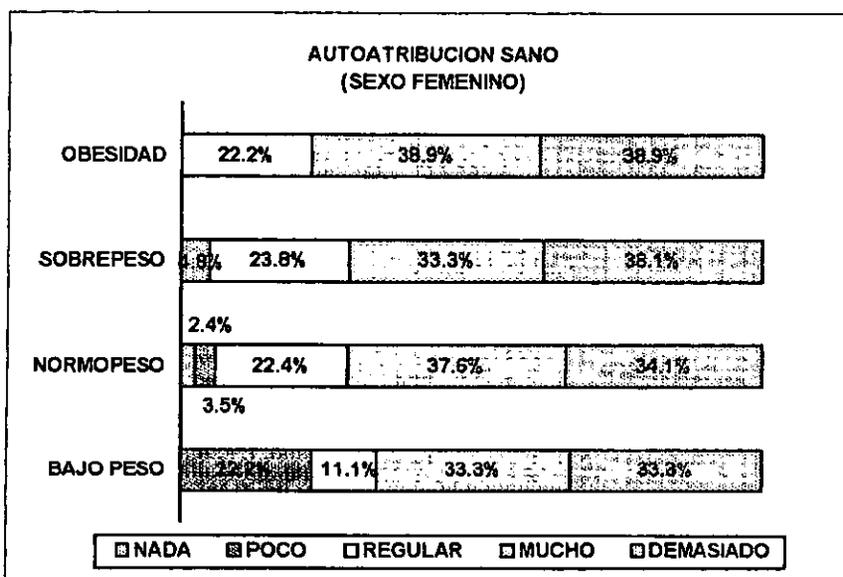
Un dato interesante de mencionar es que en la categoría de normopeso la media de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, en el grupo de las mujeres fue .44 mientras que en el grupo de los hombres fue de -.28; es decir, las mujeres con normopeso manifiestan insatisfacción porque desean pesar menos y los hombres de la misma categoría de peso desean pesar más.

Con respecto a la insatisfacción positiva se observa que a mayor peso corporal, mayor porcentaje de niñas y niños insatisfechos con su imagen corporal.

5.2.6 Autoatribución

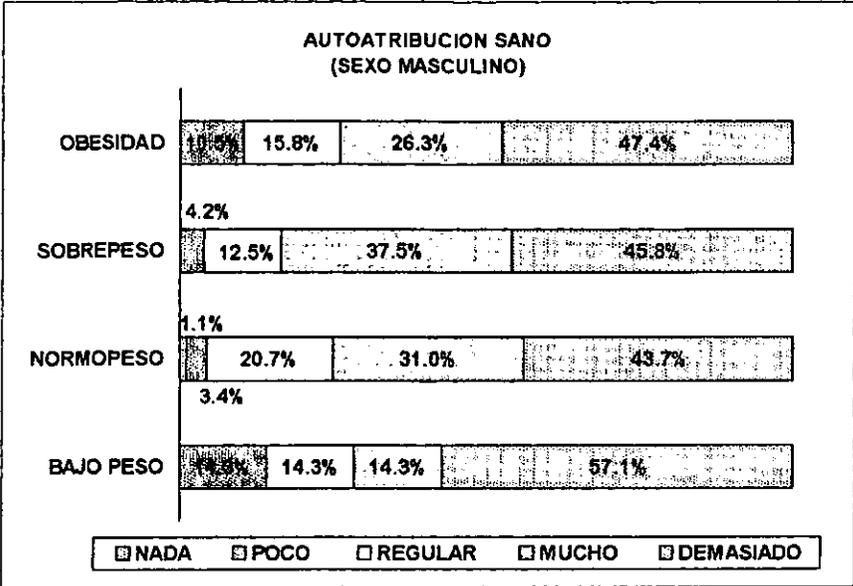
En relación al cuestionario de autoatribución, se eligieron los adjetivos de "sano", "social", "atractivo" y "triste" para analizarlos, ya que cubren las áreas más significativas de una persona; la física, la social y la emocional.

Con respecto al área física, la mayor parte de las niñas de todas las categorías de peso se perciben con un nivel óptimo de salud. Un 22% de las niñas de bajo peso se percibe como "poco sanas" (Ver gráfica 8)



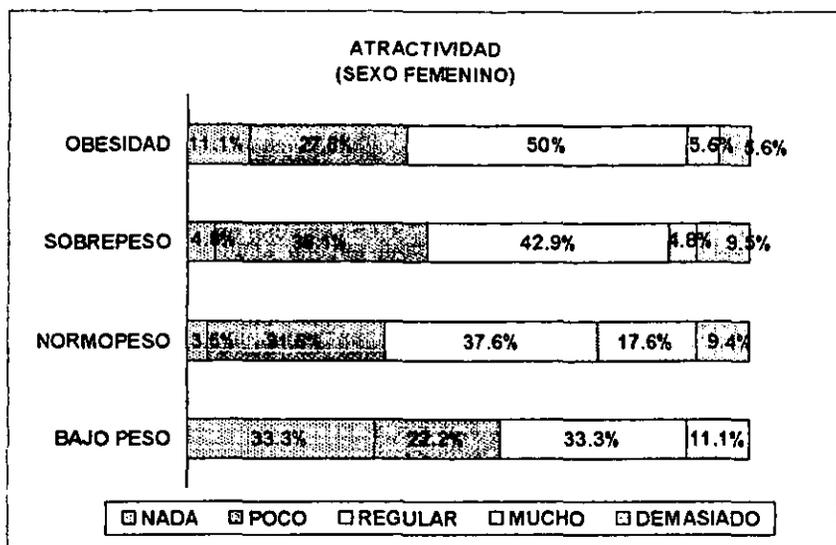
Gráfica 8. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo femenino al atributo "sano".

En los varones que respondieron a la misma pregunta se observó una tendencia similar, es decir, la mayoría se perciben sanos y existe un pequeño porcentaje (14%) en la categoría de bajo peso que se percibe como poco sano. A diferencia del grupo de las niñas, un porcentaje (10%) de niños obesos se percibe como poco sanos (Ver gráfica 9).



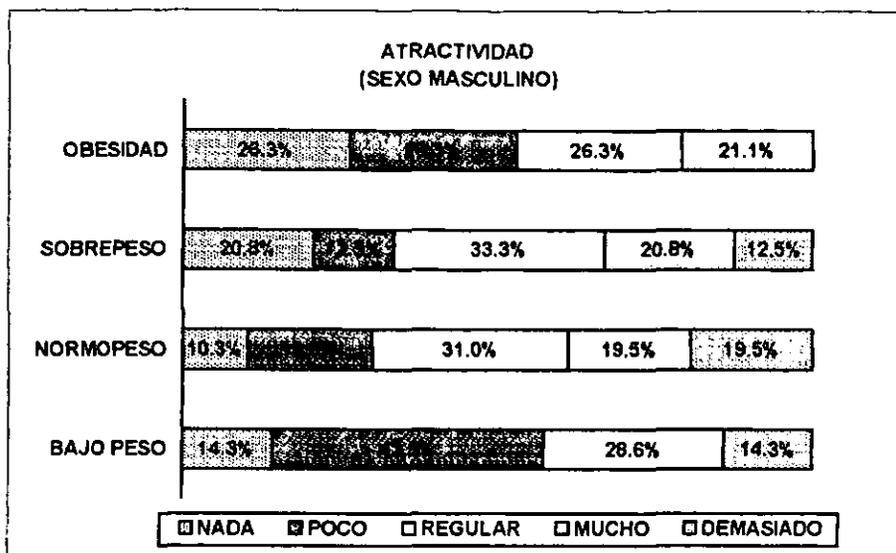
Gráfica 9. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino al atributo "sano".

En lo que se refiere al atributo de atractividad se encontró que el grupo de las niñas de bajo peso se sienten menos atractivas que el resto de las categorías, mientras que las de normopeso son las que se perciben como más atractivas. Es importante mencionar que en la opción de respuesta sentirse demasiado atractiva los porcentajes de la categorías de sobrepeso y de normopeso fueron muy similares; las niñas obesas, aunque en menor proporción (6%) también se percibieron "demasiado" atractivas, contrario a las de bajo peso quienes no consideraron esta opción (Ver gráfica 10).



Gráfica 10. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo femenino al atributo "atractiva".

En el grupo de los niños, las categorías de bajo peso (57%) y obesidad (53%) son los que se perciben como menos atractivos, mientras que los de normopeso y sobrepeso son los que más atractivos se sienten. A diferencia de las niñas, en los niños se observó que el grupo que no eligió la opción de respuesta de demasiado atractivo fue el de obesidad (Ver gráfica 11).



Gráfica 11. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino al atributo "atractivo".

En el área social, las niñas que pertenecen a la categoría de sobrepeso y obesidad tienden a percibirse más sociables que las otras categorías, aunque un 17% de las niñas con obesidad reportó percibirse como "nada" sociables. Contrario a lo encontrado en las niñas, los niños con bajo peso y normopeso son los que se perciben como más sociables (Ver tabla 9).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO	TOTAL
BAJO PESO	M=0%	M=0%	M=25%	M=50%	M=25%	M=100%
	H=0%	H=0%	H=33.3%	H=33.3%	H=33.3%	H=100%
NORMOPESO	M=3.5%	M=9.3%	M=24.4%	M=36%	M=26.7%	M=100%
	H=7.1%	H=9.5%	H=28.6%	H=23.8%	H=31%	H=100%
SOBREPESO	M=0%	M=5%	M=25%	M=35%	M=35%	M=100%
	H=13%	H=4.3%	H=26.1%	H=34.8%	H=21.7%	H=100%
OBESIDAD	M=16.7%	M=0%	M=11.1%	M=27.8%	M=44.4%	M=100%
	H=0%	H=14.3%	H=33.3%	H=28.6%	H=23.8%	H=100%

M = Mujer H = Hombre

Tabla 9. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas al atributo de sociabilidad por categoría de peso y sexo.

Los porcentajes observados en el atributo "triste", tanto en el grupo de las niñas como en el de los niños se concentran en las opciones de "nada" y "poco" (Ver tabla 10).

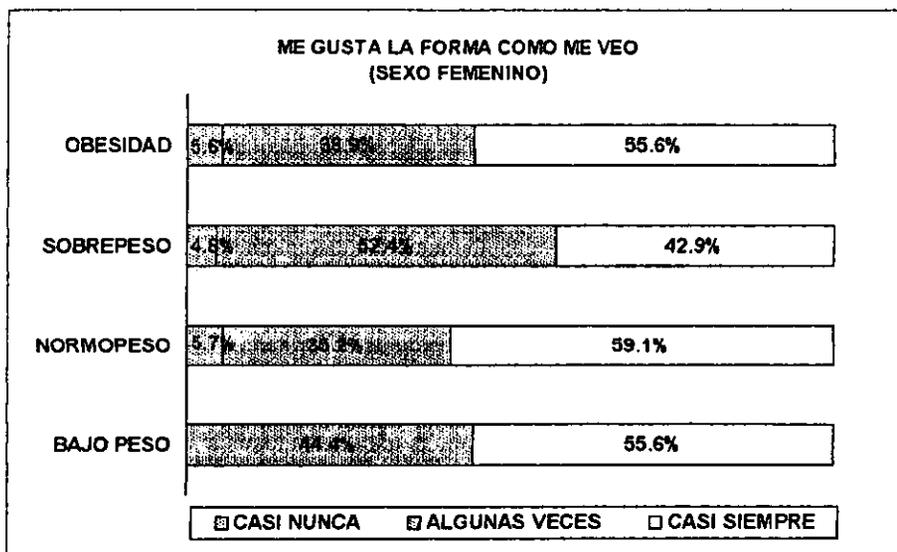
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO	TOTAL
BAJO PESO	M=55.6%	M=22.2%	M=11.1%	M=11.1%	M=0%	M=100%
	H=71.4%	H=28.6%	H=0%	H=0%	H=0%	H=100%
NORMOPESO	M=55.8%	M=34.9%	M=5.8%	M=2.3%	M=0%	M=100%
	H=57.5%	H=31%	H=5.7%	H=4.6%	H=1.1%	H=100%
SOBREPESO	M=57.1%	M=23.8%	M=4.8%	M=4.8%	M=9.5%	M=100%
	H=69.6%	H=17.4%	H=13%	H=0%	H=0%	H=100%
OBESIDAD	M=66.7%	M=22.2%	M=5.6%	M=5.6%	M=0%	M=100%
	H=55%	H=25%	H=10%	H=10%	H=0%	H=100%

M = Mujer H = Hombre

Tabla 10. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas al atributo de "triste" por categoría de peso y sexo.

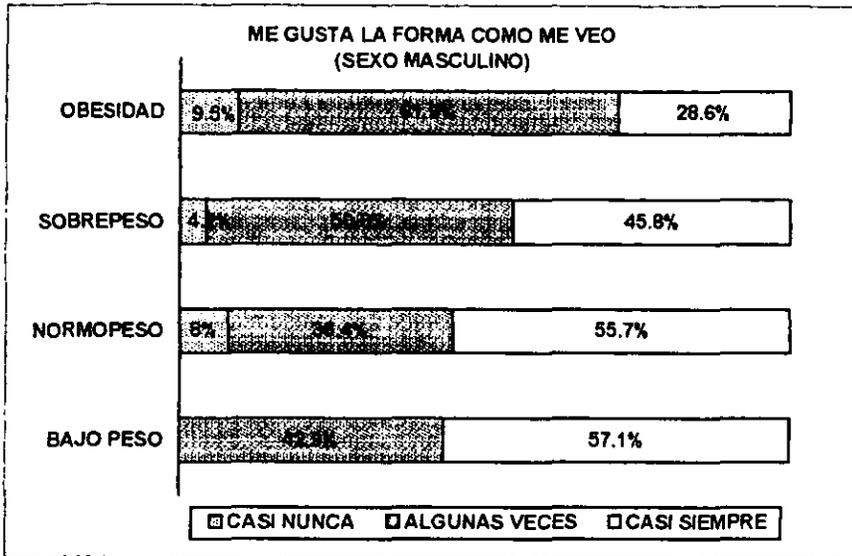
5.2.7 Autoestima

En el cuestionario de autoestima se encontró que un poco más de la mitad de las niñas, de todas las categorías de peso a excepción de las de sobrepeso (43%), respondieron que "casi siempre" les agrada cómo se ven. Ninguna niña de la categoría de bajo peso contestó "casi nunca" a esta misma pregunta (Ver gráfica 12).



Gráfica 12. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo femenino a la pregunta "me gusta la forma como me veo".

Contrario a las niñas, se observó que en los niños únicamente en las categorías de bajo peso y normopeso más de la mitad contestaron que "casi siempre" les gustaba cómo se veían, mientras que un mayor porcentaje en las categorías de sobrepeso y obesidad respondieron que solo "algunas veces" les agradaba cómo se ven. Los niños obesos tienen el más alto porcentaje (9%) en la opción de respuesta "casi nunca". Al igual que en las niñas, los de bajo peso no eligieron la opción "casi nunca" (Ver gráfica 13).



Gráfica 13. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas del sexo masculino a la pregunta "me gusta la forma como me veo".

Las niñas obesas manifestaron sentirse más a gusto consigo mismas, seguidas de las de normopeso; mientras que en el grupo de los niños se observó que eran los de sobrepeso los que se sentían más satisfechos de cómo son, seguidos de los de normopeso. Las niñas que pertenecen a la categoría de bajo peso fueron las que refirieron sentirse menos satisfechas de como son. Es importante señalar que tanto los niños como las niñas obesas no escogieron la opción "casi nunca" a la pregunta "me gusta como soy" (Ver tabla 11).

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	TOTAL
BAJO PESO	M=11.1% H=0%	M=33.3% H=42.9%	M=55.6% H=47.1%	M=100% H=100%
NORMOPESO	M=4.5% H=1.1%	M=30.3% H=21.8%	M=65.2% H=77%	M=100% H=100%
SOBREPESO	M=9.5% H=4.2%	M=33.3% H=12.5%	M=57.1% H=83.3%	M=100% H=100%
OBESIDAD	M=0% H=0%	M=27.8% H=33.3%	M=72.2% H=66.7%	M=100% H=100%

M = Mujer H = Hombre

Tabla 11. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas a la pregunta " me gusta como soy" por categoría de peso y sexo.

Las niñas con bajo peso tienen el más alto porcentaje en la opción de respuesta "casi siempre" a la pregunta "soy feliz de ser como soy", mientras que los varones con sobrepeso son los que tienen mayor porcentaje en esta misma opción. Tanto las niñas como los niños que pertenecen a la categoría de bajo peso como los de obesidad no eligieron la respuesta "casi nunca". Existen más niñas que niños obesos y de bajo peso felices de ser como son (Ver tabla 12).

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	TOTAL
BAJO PESO	M=0% H=0%	M=11.1% H=42.9%	M=88.9% H=57.1%	M=100% H=100%
NORMOPESO	M=3.4% H=0%	M=14.6% H=14%	M=82% H=74%	M=100% H=100%
SOBREPESO	M=4.8% H=4.2%	M=14.3% H=16.7%	M=81% H=79.2%	M=100% H=100%
OBESIDAD	M=0% H=0%	M=22.2% H=42.9%	M=77.8% H=57.1%	M=100% H=100%

M = Mujer H = Hombre

Tabla 12. Distribución porcentual de las respuestas obtenidas a la pregunta "soy feliz de ser como soy" por categoría de peso y sexo.

5.3 Prueba de hipótesis

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó un ANOVA (Factorial Simple) a las variables dependientes imagen corporal, autoestima y autoatribución, para lo cual se tuvo en todos los casos al sexo y a la categoría de peso como variables independientes.

	SC	GL	MC	F	Sig.
SEXO	21.393	1	21.393	23.665	.000
CATEGORÍA DE PESO	67.364	3	22.45	24.845	.000

H1: $H_0 = X_1 = X_2 = X_3 = X_4 = 0$ Se rechaza.

$H_1 = X_1 \neq X_2 \neq X_3 \neq X_4 \neq 0$ Se acepta, por lo que se confirma la hipótesis de trabajo.

H2: $H_0 = X_1 = X_2 = 0$

$H_2 = X_1 < X_2 \neq 0$ Se acepta, por lo que se confirma la hipótesis de trabajo.

Tabla 13. Análisis de varianza entre los grupos de categoría de peso y sexo con la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

Como se observa en la Tabla 13 se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción / insatisfacción en los efectos principales sexo ($F(1, 269) = 23.665, p = .000$), y categoría de peso ($F(3, 269) = 24.845, p = .000$).

Se acepta la hipótesis de trabajo número uno, la cual plantea que a menor peso corporal mayor insatisfacción negativa y que a mayor peso corporal mayor insatisfacción positiva con la imagen corporal, como se observa en la tabla 14 los sujetos de bajo peso también presentaron insatisfacción aunque negativa a diferencia de los de sobrepeso y obesidad que fue positiva.

	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
x	-0.50	.087	.68	1.30
s	1.15	1.03	.93	.79

Tabla 14. Medias y desviaciones estándar de la variable satisfacción / insatisfacción con imagen corporal por categoría de peso.

Con base en los resultados de la Tabla 13, se confirma la hipótesis de trabajo dos, la cual afirma que las niñas presentan mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal que los niños ya que el grupo de los niños obtuvo una $x = .0444$ con una $s = 1.17$ y el grupo de las niñas una $x = .6074$, con una $s = .95$.

Con respecto a la variable dependiente autoestima, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores principales de sexo ($F(1, 263) = 2.751, p=.098$) y categoría de peso ($F(3,263) = .023, p=.995$). Por lo tanto no se aceptan las hipótesis de trabajo 3 y 4. La primera, plantea que a mayor peso corporal menor nivel de autoestima y la segunda afirma que el sexo influye en el nivel de autoestima.

Con relación a la variable dependiente autoatribución no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los efectos principales en cuanto a la autoatribución total. En lo que se refiere al sexo se obtuvo una $F(1,137)= 3.358, p=.069$; y en categoría de peso $F(3,137)=.647, p=.586$.

Los resultados de la autoatribución positiva no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos principales de sexo ($F(1,176)= 1.620, p=.205$) y categoría de peso ($F(3,176)= .613, p=.608$).

Los resultados obtenidos de la autoatribución negativa tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los efectos principales de sexo ($F(1,185)= 3.663, p= .057$) y en categoría de peso ($F(3,185)= .938, p=.424$). Por tanto se no aceptan las hipótesis de trabajo 5 y 6 debido a que la primera afirma que a mayor peso corporal mayor autoatribución negativa y la segunda plantea que las niñas tienen mayor autoatribución negativa que los niños. Sin embargo, se observa cierta tendencia de que los niños presenten mayor autoatribución negativa que las niñas ya que la probabilidad es de .057, y la media de los varones es de 2.14 y de las mujeres 1.99.

Es importante señalar que se llevó a cabo un análisis del reactivo de atraktividad del cuestionario de autoatribución, pues se consideró que podía mostrar resultados relevantes para el estudio. Con el análisis realizado no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal de sexo ($F(1,269)=1.181$, $p=.278$), sin embargo sí se encontraron diferencias en el efecto principal de categoría de peso ($F(3,269)= 3.791$, $p= .011$). Los que mostraron sentirse menos atractivos son los que pertenecen a la categoría de bajo peso ($x= 3.62$ y $s= 1.14$) seguidos de la categoría de obesidad que tuvo una media de 3.45 y s de 1.04. Mientras, que los que percibieron más atractivos fue el grupo de normopeso tanto el sexo femenino($x=3.02$ y $s=1.01$), como en el masculino ($x=2.81$ y $s=1.2$) (Ver tabla 15).

	SC	GL	MC	F	Sig.
SEXO	1.52	1	1.52	1.18	.278
CATEGORIA DE PESO	14.695	3	4.89	3.79	.011

Tabla 15. Análisis de varianza entre los grupos de categoría de peso y sexo con atraktividad.

En el sexo femenino se observó que las niñas que se encuentran en la categoría de bajo peso se consideran menos atractivas que el resto de los grupos ($x= 3.77$, $s= 1.09$), seguidas de la categoría de obesidad que obtuvieron una $x= 3.33$ y una $s= .97$. En lo que se refiere al sexo masculino, se observó que los niños con categoría de obesidad se consideran menos atractivos que el resto de los grupos ($x= 3.57$ y $s= 1.2$) y el otro grupo que también manifestó sentirse menos atractivo fue el de bajo peso con una x de 3.42 y s de 1.27.

Se consideró relevante llevar a cabo un análisis en el cual la autoestima fuera la variable independiente, mientras que la autoatribución y la

satisfacción/insatisfacción con imagen corporal como variables dependientes, para observar si existe una relación entre las mismas.

De dicho análisis se obtuvieron los siguientes resultados:

	SC	GL	MC	F	Sig.
AUTOESTIMA	4.686	1	4.686	40.751	.000

Tabla 16. Análisis de varianza entre la variable autoestima y la variable autoatribución.

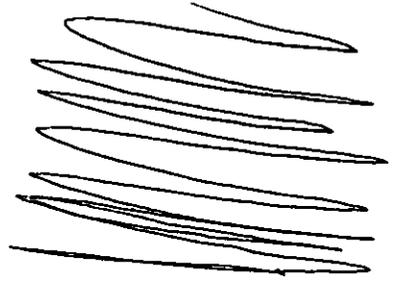
Se encontró que los niños que tienen autoestima alta, presentan una mejor autoatribución ($x=1.96$, $s=.28$); y por consiguiente los niños con un nivel de autoestima baja presentaron autoatribución más negativa ($x= 2.48$, $s=.37$).

Para corroborar la relación existente entre autoestima y autoatribución se llevó a cabo un análisis de correlación r de Pearson, presentándose una correlación negativa ($r=-.561$, $p=.000$), esto implica que a mayor autoestima, menor autoatribución negativa.

	SC	GL	MC	F	Sig.
AUTOESTIMA	7.452	1	7.452	9.687	.002

Tabla 17. Análisis de varianza entre la variable autoestima y la variable satisfacción/insatisfacción con imagen corporal.

Se encontró que los niños que tienen autoestima alta presentan mayor satisfacción corporal ($x=.17$, $s=.91$), mientras que los niños con un nivel de autoestima baja tienen mayor insatisfacción corporal ($x= .65$, $s=1.05$).



CAPITULO 6

DISCUSIÓN

Y

CONCLUSIONES

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue determinar la existencia o no, de una relación entre las variables autoestima, autoatribución e imagen corporal tomando en cuenta el peso corporal y el sexo de los preadolescentes de la muestra de estudio.

Se eligió una muestra de preadolescentes ya que se ha observado que en los últimos años la pubertad aparece a edades más tempranas y por tal razón se ha incrementado la preocupación por la búsqueda de la delgadez; debido a que en esta etapa de la vida se producen cambios corporales y una falta de crítica hacia los modelos establecidos por los medios de comunicación, lo que causa en los individuos más jóvenes un conflicto entre el cuerpo real y el ideal impuesto por la sociedad (Chinchilla 1995; Toro 1996). Varios autores han encontrado factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación desde edades preadolescentes (Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998; Keel, Fulkerson, Jayne y León, 1997).

Se trabajó únicamente con sujetos de escuelas privadas porque en la literatura se plantea que el desarrollo de trastornos alimentarios tiene mayor incidencia en familias de clase media o alta, ya que se encuentran más preocupadas por seguir los ideales de la delgadez para cumplir con las presiones ejercidas por la sociedad (Duker y Slade, 1995).

Entre los factores de riesgo asociados con características psicológicas para el desarrollo de trastornos de la alimentación se encuentran: la motivación para adelgazar, manifestándose por una excesiva preocupación por la dieta y el peso, miedo a engordar, insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y sentimientos generales de inadecuación, inseguridad e inutilidad (Gómez-Peresmitré, 1997 y 1998; Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Román, 1999).

En los resultados obtenidos en esta investigación se observó que una parte significativa de la muestra tanto de niñas como de niños en todas las categorías de peso manifestaron sentir preocupación por llegar a estar gordo(a), esto puede deberse a que en la actualidad los medios de comunicación asocian el éxito con la delgadez y se le atribuye a la obesidad aspectos negativos (Behar, 1992).

En lo referente a conducta alimentaria de riesgo se encontró que todas las categorías de peso, aunque en una proporción pequeña, manifestaron realizar "a veces" la omisión de alguna comida al día. Estos datos son alarmantes, pues se esperaría que ningún individuo en esta etapa realizara este tipo de prácticas por encontrarse en una fase importante que requiere de una buena alimentación para un adecuado desarrollo y crecimiento en todas las áreas. Sin embargo, también en porcentajes pequeños (del 8 al 14%) de niñas y niños con bajo peso expresaron que " siempre " llevan a cabo la omisión de alguna comida al día, lo que puede indicar que estos preadolescentes sean más susceptibles para desarrollar algún trastorno de la alimentación, ya que el control de las comidas a través de una dieta restrictiva es considerado como un factor de riesgo, por ser indicador de una preocupación de la imagen corporal (Polivy y Herman,1985).

Existen diferencias entre los sexos con respecto a la opinión de cómo debe ser una niña atractiva y un niño atractivo. Las mujeres refirieron que una niña atractiva es delgada mientras que los hombres opinaron que un niño atractivo debía tener un peso normal. Esto se confirma con la elección de la silueta de la figura ideal, en donde la mayoría de las niñas escogieron las siluetas que representaban a mujeres delgadas o muy delgadas y, en cambio cuatro quintas partes de los niños eligieron siluetas que representan a figuras masculinas con normopeso y con mayor volumen corporal.

Los resultados arriba mencionados pueden deberse a que el estereotipo de una figura delgada se encuentra fuertemente interiorizado en las mujeres de nuestro país, ya que los medios publicitarios difunden la idea de una mujer delgada como prototipo de belleza y éxito (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

A pesar de la afirmación anterior se observó que un pequeño porcentaje de las niñas obesas refirieron sentirse más atractivas que las de bajo peso que no consideraron esta alternativa, situación contraria a lo esperado.

Los niños de bajo peso manifestaron sentirse menos atractivos que las otras categorías de peso, esto puede considerarse como un posible factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios debido a que no están conformes con su figura y por tanto pueden recurrir a medios para lograr tener un cuerpo semejante al estereotipo masculino actual. Al igual que en las mujeres, los medios de comunicación influyen para que los hombres deseen tener un cuerpo que les proporcione mayor éxito en diversas áreas de su vida (Sherman y Thompson, 1999).

En el grupo de los niños que pertenecen a la categoría de bajo peso, se observó que un pequeño porcentaje deseaba pesar "mucho menos" de lo que pesa actualmente, esto puede ser un indicador de que se está desarrollando una alteración de la imagen corporal; este dato es interesante porque se presenta en el sexo masculino contrariamente a lo que se ha expuesto en la literatura, dado que existe mayor tendencia de que se presente en el sexo femenino. Otro dato a señalar es que una tercera parte de la muestra de niñas que tenían peso normal deseaban pesar "poco menos" de lo que pesan; lo que confirma resultados de investigaciones anteriores (Estrada y Zuñiga, 1997; Barajas, 1998; Lilian, 2000).

Con respecto a la satisfacción / insatisfacción con imagen corporal, se encontró que un mayor porcentaje de niñas están satisfechas con su cuerpo, mientras que un porcentaje menor de niños lo están. Sin embargo, el grado de insatisfacción que presentan las niñas es mayor que los niños. Estos resultados concuerdan con la teoría, la cual afirma que la imagen corporal tiene mayor relevancia en la mujer que para el hombre; ya que se ha visto que las niñas son más susceptibles a la presión social (León, 1998, Rothenberg, 1997); y esta insatisfacción se debe a que las mujeres desean pesar menos y los hombres desean pesar más; para así cumplir con los cánones de belleza actual.

Los resultados encontrados en este estudio con relación a factores de riesgo asociados con la imagen corporal en mujeres, son similares a los hallazgos de otras investigaciones realizadas en preadolescentes mexicanas (Gómez-Peresmitré, 1999; Gómez-Peresmitré y Avila, 1998) en las cuales se ha visto un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, la interiorización del estereotipo cultural que equipara delgadez con atractividad.

En cuanto a la variable autoestima y autoatribución no se observaron diferencias relacionadas con la categoría de peso y el sexo. Se encontró que el nivel de autoestima y autoatribución de los preadolescentes de la muestra son independientes del peso corporal y del sexo.

Esto tal vez indica que la autoestima y la autoatribución no son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, sin embargo sí se observó que aquellos que reflejan mayor número de autoatribuciones negativas son los sujetos que pertenecen a la categoría de bajo peso, a pesar de que la belleza, la inteligencia y el ser sociable son relacionados con las personas delgadas y se le atribuye a la obesidad aspectos negativos (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999; Toro, 1996).

Es interesante señalar que los que pertenecen a las categorías de sobrepeso y obesidad se atribuyeron características menos negativas; por ejemplo las niñas obesas y con sobrepeso de este estudio expresaron ser más sociables y más sanas, lo que se ajusta a las características asociadas con el sobrepeso y la obesidad.

A diferencia de lo encontrado en otras investigaciones (González, Lizano y Gómez-Peresmitré, 1999) de que la autoatribución negativa estaba relacionada con mayor presencia de problemas alimentarios, en este estudio no se encontró esta misma tendencia, debido a que fueron los sujetos de las categorías de sobrepeso y obesidad los que mostraron un mayor número de conductas alimentarias inapropiadas como saltarse alguna de las comidas y manifestaron menos autoatribuciones negativas.

Dado que existe mayor prevalencia de trastornos alimentarios en el sexo femenino y una característica de las mujeres que padecen estos trastornos es que tienen un autoconcepto negativo (Chinchilla, 1995), se esperaba encontrar mayor número de atribuciones negativas en el grupo de las niñas, no obstante se encontró lo contrario.

Sin embargo, el análisis de la variable atractividad mostró que los niños con bajo peso y obesidad se percibieron menos atractivos, y el grupo de normopeso fue el que se consideró más atractivo. En las niñas fue el grupo de bajo peso y el de sobrepeso las que se percibieron menos atractivas y al igual que en el los niños las de normopeso fueron las que expresaron sentirse más atractivas. Cabe señalar que los grupos de obesidad y bajo peso tanto en niños como niñas mostraron menor satisfacción con la imagen corporal, lo que sugiere una tendencia de que la autoatribución puede influir como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios únicamente cuando va dirigida hacia los atributos corporales y no cuando se refiere a otro tipo de características .

De acuerdo a los resultados obtenidos al relacionar autoestima como variable independiente con la autoatribución como variable dependiente y tomando en cuenta que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con el peso corporal, pudiera decirse que para los sujetos de nuestra muestra parece ser más importante cuánto se valora la persona que cómo es físicamente.

De igual forma al relacionarse significativamente autoestima con satisfacción / insatisfacción con imagen corporal se puede afirmar que tiene mayor importancia como predictor de satisfacción corporal el tener autoestima alta, lo que ve apoyado con el estudio de Gómez-Peresmitré (1998), quien encontró que es más importante "sentirse atractivo" que "ser atractivo".

En los estudios realizados por Berscheid y col. (1973), Kemaleguen y Conrad (1980, citados por Bruchon-Schweitzer 1992) y Secord y Jourard (1953, citados por Bruchon-Schweitzer 1992), se encontraron correlaciones altas entre autoestima y satisfacción corporal, lo que implica que los individuos que se encuentran atractivos son los más satisfechos, aunque este atractivo autoevaluado esté lejos de ser realista.

En otro estudio realizado por Fabian y Thompson (1989) se encontró que las mujeres que expresaban gran insatisfacción con la imagen corporal y con la forma de su cuerpo, presentaban puntajes bajos en las escalas de autoestima en comparación con las mujeres que se sienten más satisfechas con su imagen corporal.

La relevancia del presente estudio reside en el hecho que muestra que desde la etapa preadolescente comienzan a aparecer manifestaciones o factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios tales como insatisfacción con la imagen corporal y conductas alimentarias de riesgo.

Se evidencia que la imagen corporal es un factor de riesgo sumamente importante por lo que debe considerarse en lo sucesivo como parte fundamental en programas de prevención dirigidos tanto a adolescentes como a preadolescentes. Se debe señalar que la autoestima tiene mayor importancia que el peso corporal para que un preadolescente presente mejores autoatribuciones.

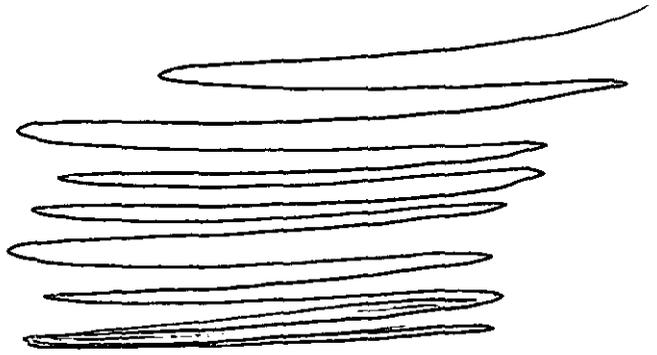
Se requiere investigación de variables psicológicas que influyan en la aparición de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación así como nuevos estudios de la variable autoestima ya que en la literatura existen resultados contradictorios al respecto.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Si se desea llevar a cabo otros estudios considerando el peso corporal como variable independiente, se sugiere tener muestras con mayor número de sujetos.

Considerar a la autoestima corporal como variable de estudio aparte de la global para determinar si influye como factor de riesgo de los trastornos de la alimentación.

Realizar investigaciones en las cuales se compare si el nivel socioeconómico influye en la aparición de factores de riesgo en preadolescentes.



REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: MASSON.
- Bandura, A. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. España: Alianza.
- Barajas, O. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Behar, R. (1992). Roles genéricos y anorexia nerviosa. Acta de psiquiatría y psicología (38)2, 119-122.
- Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.
- Berscheid, E. Walster, E y Bohmstedt, G. (1973). Body imagen. The happy american body: a survey report. Psychology today (7), 119-131.
- Brodie, D., Bagley, K, y Slade, P. (1994). Body-image perception in pre-and postadolescent females. Perceptual and motor skills (78), 147-154.
- Bruchon-Schweitzer, (1992). Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Case, R. (1989). El desarrollo intelectual: del nacimiento a la edad madura. México: Paidós.
- Caso Niebla, J. (1999). Construcción y validación de un instrumento de autoestima para adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Chinchilla, M. (1995). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: ERGON.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades. 10ª revisión (CIE-10). (1992). Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: Meditor.
- Craig, G (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall. (6ª edición).
- Davidoff, L. (1994). Introducción a la psicología. México: McGraw Hill. (3a edición).
- Del Barrio, V, Frías, D y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. Revista de psicología general y aplicada (47)4, 471-476.

Dio, E. (1997). El feminismo espontáneo de la histeria. Madrid, España: FONTAMARA. Tercera edición.

Duker, M. y Slade, R. (1992). Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado. México: LIMUSA.

Estrada, L. y Zuñiga, F. (1997). Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Fabian, L. y Thompson, J. (1989). Body imagen and eating disturbance in young female. International journal of eating disorders (8): 63-74.

Flavell (1971). La psicología de Jean Piaget. Buenos Aires: Piadós.

Freud, A. (1976) Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Buenos Aires: Piadós.

Fierro, A. (1990). Autoestima en adolescentes. Estudios sobre su estabilidad y sus determinantes. Estudios de psicología (45), 85-107.

García, R. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. <http://www.anefire.com/pe/ubvaSerena/tca.html> .

Garfinkel, P. Moldofsky, H. Garner, D. Stancer, H. y Coscina, D. (1978). Body awareness in anorexia nervosa: disturbances in body image and satiety. Psychosomatic medicine (40)6, 487-498.

Gesell, A (1967). El niño de nueve y diez años. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Gesell, A. (1971). El niño de cinco a diez años. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Gesell, A (1972). El niño once y doce años. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Quinta edición.

Gómez-Peresmitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. Investigación psicológica (3)1, 95-112.

Gómez-Peresmitré, G. (1997) Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista mexicana de psicología (14)1, 31.

Gómez-Peresmitré, G. y Saucedo, T. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal (IMC) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica Mexicana (18)3, 103 -110.

- Gómez-Peresmitré, G. (1998). ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. Revista de psicología y ciencia social (2)1, 27-33.
- Gómez-Peresmitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La psicología social en México (7), 277-282.
- Gómez-Peresmitré, G. y Avila, E. (1998) ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista Iberoamericana (6)2, 37-46.
- Gómez-Peresmitré, G. (1999) Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología (16)1, 153-165
- Gómez-Peresmitré, G. y García, A. M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. Clínica y salud (11)1, 35-58.
- Gómez-Peresmitré, G. Saucedo, M. y Unikel, S. (2001). Psicología social en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación, en N. Calleja y G. Gómez-Peresmitré. Psicología social: Investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, L. Lizano, M y Gómez-Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista mexicana de psicología (16)1, 117-126.
- Grogan, S. Williams, Z. y Conner, M. (1996). The effects of viewing same-gender photographic models on body-esteem. Psychology of women quarterly (20), 569-575.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2000). Metodología de la investigación. (2ª edición). México: McGraw Hill.
- Horrocks, J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Keel, K. Fulkerson, A., y León, R. (1997). Disorder eating precursors in pre-and early adolescence girls and boys. Journal of youth and adolescence (26)2, 203-216.
- Kelson, T., Kearney-Cooke, A. y Lansky, L. (1990). Body-image and body-beautification among female college student. Perceptual and motorskills (71), 281-288.

- León, Y. (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lilian, J. (2000). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: Obesidad en preadolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maier, H. (1979). Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Mancilla, J. Mercado, L. Manríquez, E. Alvarez, G. López, X. y Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista mexicana de Psicología (16)1, 37-46.
- Martí, E. (1991). Psicología evolutiva. España: Anthropos.
- Mastorf, A. y Ellsworth, P. (1982). Percepción personal. México: Interamericano.
- Mateos, P. y Solano, P. (2000). Trastornos de la alimentación: Anorexia y bulimia nerviosa. [http:// www.psiquiatria.com/psicologia/vol1.num1/artic-4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1.num1/artic-4.htm) .
- Mestre, V. y Frías, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula, aplicación de un programa en edad escolar (11-14 años). Revista de psicología general y aplicada (49)2, 279-290.
- Mora, M. y Raich, M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. Revista de psiquiatría (20)3, 113-135.
- Morris, Ch. (1992). Introducción a la psicología. México: Prentice Hall (7ª edición).
- Moscovici, S. (1986). Psicología social II. España: Paidós.
- Mussen, P. (1965). Desarrollo psicológico. México: Unión topográfica editorial hispano americana.
- Muuss, R. (1995). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- Newman, B.R (1985). Desarrollo del niño. México: LIMUSA.
- Osterrieth, P. (1974). Psicología infantil. España: Morata.
- Owens, K. (1995). Raising your child's inner self-esteem. Nueva York: Plenum Press.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1988). El mundo del niño. México: McGraw Hill. Tomo II.

Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: McGraw Hill.

Papalia, D y Wendkos, S (1993). Psicología. México: McGraw Hill.

Pedroza, I. (1976). La psicología evolutiva: desarrollo del individuo normal por etapas. Madrid, España: Moravia.

Piaget, J. (1981). Seis estudios de psicología. México: Seix Barral.

Pike, K. y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters and disorder eating. Journal of abnormal psychology (100)2, 198-204.

Polivy, J. y Herman, C. (1985). Dieting and bingeing. A casual analisis. American pscycolgist (40)2, 195-201.

Prieto, S y S. de Bustamante, C. (1988). La autovaloración y su efecto mediador en la relación entre el autoconcepto y la autoestima. Boletín de la AVEPSO (11)3, 21-28.

Pryor, T. (1995). Diagnostic criteria for eating disorders. Psychiatric annals (25)1, 40-45.

Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Argentina: Nueva visión.

Reymond-Rivier, B (1982). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona. España: Herder.

Rothenberg, D. (1997). El apoyo a las niñas en la temprana adolescencia. www.google.com

Saucedo, T. y Gómez-Peresmitré, G. (1998). Validación del índice nutricional (IN) en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México (40)5, 392-397.

Serrano, J., Van den Bosch, M., Roelandts, A y Comu, G. (1992). La psicopatología del preadolescente y del adolescente anoréxico en una unidad pediátrica. Psicopatología (12)2, 47-53.

Sherman, R. y Thompson, R. (1999). Bulimia: Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.

Smith, E. y Mackie, D. (1997). Psicología social. Madrid, España: Panamericana.

Speier, A. (1986). Silvina: Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.

Steven, A. y Maryse, R. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: an investigation of gender and class differences. Journal of youth and adolescence (25) 5.

Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?. Barcelona, España: GEDISA.

Tallaferro, A. (1994). Curso básico de psicoanálisis. México: Paidós.

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

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

Unikel, S. Villatoro, V. y Medina, I. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D.F. La revista de la investigación clínica (52)2, 140-47.

Verduzco, M, Lara-Cantú, M, Lacelotta, G. y Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: datos normativos. Salud mental (12)3, 50-54.

Waller, G y Hodgson, S. (1996). Body image distortion in anorexia and bulimia nervosa. The role of perceived and actual control. The Journal of nervous and mental disease (184)4, 213-219.

Williamson, D., Davis, C., Benet, S., Goreczny, A. y Gleaves, D. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Pergamon Press (11), 433-446.

Wood, K., Becker, J. Y Thompson, J. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. Journal of applied developmental psychology (17), 85-100.

Zuckerfeld, R. (1992). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. México: Paidós.

Zulliger, H. (1972). El niño normal y su entorno. Barcelona, España: Herder.

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX
FORMATO 1**

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas, relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración, que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCIÓN A

Nombre: _____

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

2.- Grado que cursas: _____

3.- Edad que tienes (años cumplidos): _____

4.- ¿Cuánto pesas? _____kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto pesas? _____kg.

5.- ¿Cuánto mides? _____mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto mides? _____mts.

6.- ¿En qué trabaja tu papá?

- Obrero ()
- Empleado en una compañía ()
- Empleado en el gobierno ()
- Comerciante ()
- Profesionista ()
- Empresario ()
- Otra cosa () _____

7.- ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ()
- Empleada doméstica ()
- Empleada en el gobierno ()
- Comerciante ()
- Profesionista ()
- Empresaria ()
- Otra cosa () _____

8.- ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

Eres hija única ()

Eres la más chica ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres la mayor ()

9.- ¿Ya estás menstruando?

NO () Pasa a la pregunta 12

SI () Pasa a la pregunta siguiente

10.- Edad en qué tuviste tu primera menstruación _____

11.- Tu menstruación se presenta: regularmente (todos los meses) ()
irregularmente (unos meses sí, otros no) ()

12.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

A) \$2000 o menos

B) \$2001 a 4000

C) \$4001 a 6000

D) \$6001 a 8000

E) \$8001 a 10000

F) \$10001 o más

13.- ¿Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar?

A) Padres (uno o los dos)

B) Tú y padre y/o madre

C) Tú

D) Tú, hermanos y/o padres

E) Hermanos y/o padres

F) Abuelos

14.- Años de estudio de tu padre:

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) de 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

15.- Años de estudio de tu madre:

A) Menos de 6 años

B) De 6 a 8 años

C) de 9 a 11 años

D) De 12 a 14 años

E) De 15 a 17 años

F) De 18 o más

SECCIÓN B

Estas preguntas son para ayudarnos a aprender acerca de cómo los adolescentes de tu edad sienten con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tú sientas, y no como otros piensan que deberías sentir.

- 1.- Me gusta como soy
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 2.- Tengo una mala opinión de mí misma
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 3.- Siento ganas de irme de mi casa
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 4.- Estoy orgullosa de mí
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 5.- Tengo una de las mejores familias del mundo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 6.- Soy una buena amiga
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 7.- Mi familia está decepcionada de mí
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 8.- Me gusta la forma como me veo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 9.- Me gustaría ser otra persona
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 10.- Me siento bien cuando estoy con mi familia
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 11.- Me siento fracasada
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 12.- Estoy feliz de ser como soy
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 13.- Estoy orgullosa del trabajo que hago en la escuela
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 14.- Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca

SECCIÓN C

1 - Llegar a estar gorda

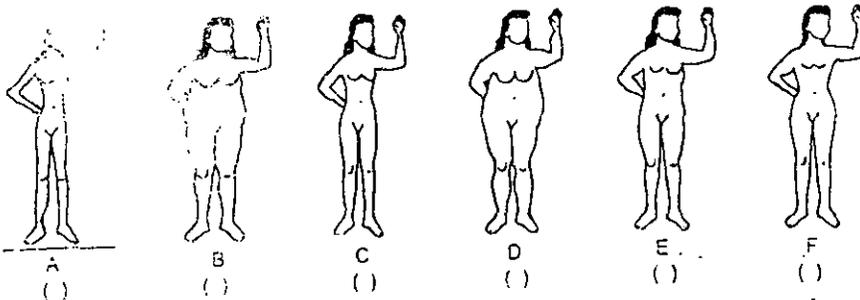
- Me preocupa mucho.....()
Me preocupa.....()
Me preocupa de manera regular.....()
Me preocupa poco.....()
No me preocupa.....()

2.- Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)

- Nunca.....()
A veces.....()
Frecuentemente.....()
Muy frecuentemente.....()
Siempre.....()

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



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

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. Creo que estoy:

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

3. Creo que mis padres o tutores me ven:

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

4. Según yo, una niña atractiva es:

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

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

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

6. Me gustaría pesar:

- Mucho más de lo que peso actualmente..... ()
- Un poco más de lo que peso actualmente..... ()
- Lo mismo que peso actualmente..... ()
- Un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
- Mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

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

Mi cuerpo se parece más a:



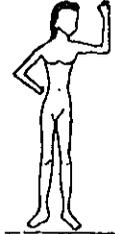
A
()



B
()



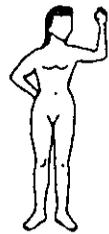
C
()



D
()



E
()



F
()

G
()

(Si no hay una figura que se te parezca, dibújala)

9. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?

- Eres hija única ()
- Eres la más chica ()
- Ocupas un lugar intermedio ()
- Eres la mayor ()

10. ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones)?

- NO () Pasa a la pregunta 11
- SI () Pasa a la pregunta siguiente

10. Edad en qué tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

12. ¿Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar?

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

13. Años de estudio de tu padre:

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

14. Años de estudio de tu madre:

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

SECCION B

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

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensivo	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCIÓN C

1 - Llegar a estar gordo

- Me preocupa mucho ()
- Me preocupa ()
- Me preocupa de manera regular ()
- Me preocupa poco ()
- No me preocupa ()

2 - Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)

- Nunca ()
- A veces ()
- Frecuentemente ()
- Muy frecuentemente ()
- Siempre ()

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



A



B



C



D



E



F

G

()

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

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

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. Creo que estoy:

- Muy gordo..... ()
- Gordo..... ()
- Ni gordo ni delgado. ()
- Delgado..... ()
- Muy delgado..... ()

3. Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gordo..... ()
- Gordo..... ()
- Ni gordo ni delgado. ()
- Delgado..... ()
- Muy delgado..... ()

4. Según yo, un niño atractivo es:

- Muy gordo ()
- Gordo..... ()
- Ni gordo ni delgado. ()
- Delgado..... ()
- Muy delgado..... ()

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gordo..... ()
- Gordo..... ()
- Ni gordo ni delgado. ()
- Delgado..... ()
- Muy delgado..... ()

6. Me gustaría pesar:

- Mucho más de lo que peso actualmente..... ()
- Un poco más de lo que peso actualmente..... ()
- Lo mismo que peso actualmente..... ()
- Un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
- Mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

()

no hay una figura
se te parezca (dibújala)

SECCIÓN D

Estas preguntas son para ayudarnos a aprender acerca de como los adolescentes de tu edad sienten con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo a como tú sientas, y no como otros piensan que deberías sentir.

- 1.- Me gusta como soy
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 2.- Tengo una mala opinión de mí mismo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 3.- Siento ganas de irme de mi casa
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 4.- Soy orgulloso de mí
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 5.- Tengo una de las mejores familias del mundo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 6.- Soy un buen amigo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 7.- Mi familia está decepcionado de mí
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 8.- Me gusta la forma como me veo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 9.- Me gustaría ser otra persona
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 10.- Me siento bien cuando estoy con mi familia
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 11.- Me siento fracasado
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 12.- Estoy feliz de ser como soy
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 13.- Estoy orgulloso del trabajo que hago en la escuela
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
- 14.- Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca