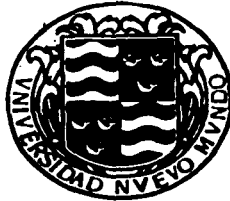


878525

3

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



**“ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACION Y
SU RELACION CON LA AUTOESTIMA EN
MUJERES UNIVERSITARIAS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

MARCELA DE LA BARREDA DIAZ BARRIGA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. LUCIA REYES ROMERO

ESTADO DE MEXICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo va dedicado a todas aquéllas personas que de alguna u otra manera han estado conmigo durante mi vida, que me rodean porque de cada una de ellas he aprendido algo valioso.

¡ GRACIAS A TODOS POR ESTAR AHÍ !

A **DIOS**, gracias por tu amor infinito y por permitirme estar en éste lugar y en éste momento.

A **Rony**, por estar siempre a mi lado, por tu apoyo constante y confianza en mí y porque gracias a ti soy quién actualmente soy.

A **ti Mami**, por tu infinita paciencia por enseñarme a AMAR y respetar a los demás. Y apoyo incondicional.

A **Piti**, por ser mi acompañante incondicional ¡ GRACIAS HERMANA !

A **mi NIÑO**, por ser mi inspiración y alegría!

A **Micho**, por tolerarme y por tu ayuda en todo momento.

A **mi Familia**, por su apoyo y por estar ahí ¡Gracias a Todos por su Cariño !

A **ROSITA**, simplemente por estar ahí, por tu amor y paciencia y por que me has acompañado en las cosas más importante de mi vida. Con todo mi cariño.

A **ti biuli**, por estar cuando lo necesité, por el apoyo para seguir adelante en todo. Este trabajo eres tú y es para ti Te lo ofrezco especialmente!!

A **la Reggie**, por tu sonrisa incondicional y tu esencia y carisma ¡Gracias por tu apoyo !

A **Luchis**, por hacer lo posible porque éste día llegara . Dedico especialmente este trabajo a ti.... Con todo cariño.

A **Elnora**, tu experiencia y conocimiento han sido inspiración para mí. Gracias!!

A "TI" por estar a mi lado incondicionalmente, por que estés donde estés, estas en mi corazón. Has venido a dar un nuevo sentido a mi vida ¡ GRACIAS POR TODO ! TE AMO.

INDICE

	Pags
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	5
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
1.1 ANOREXIA NERVOSA	5
1.1.1 DESARROLLO HISTORICO	5
1.1.2 EPIDEMIOLOGIA	7
1.2 BULIMIA NERVOSA	11
1.2.1 DESARROLLO HISTORICO	11
1.2.2 EPIDEMIOLOGIA	13
1.3 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADA	17
1.3.1 EPIDEMIOLOGIA	17
CAPITULO II	
ADOLESCENCIA	18
2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA	18
2.2 EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS CAMBIOS FÍSICOS.	20
2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	20
2.3.1 Teorías sobre la adolescencia:	20
2.3.1.1 <i>Corriente Psicoanalítica.</i>	20
D.W. Winnicott	
Anna Freud	
Armanda Aberasturi y M. Knobel	
J. González Núñez, J. Romero y F. Tavira y Noriega D.	
Erikson E.	
N. Cameron	
Blos P.	
2.3.1.2 <i>Corriente Humanista.</i>	22
a) Abraham Maslow	22
b) Carl Rogers	22
2.3.2 EL PROCESO DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA	23
2.3.3 CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN ADOLESCENTES	24

CAPITULO III	
AUTOESTIMA	25
3.1 TEORIAS SOBRE LA AUTOESTIMA:	26
3.1.1 <i>Teoría Psicoanalítica</i>	26
3.1.1.1 Erikson	
3.1.2 <i>Investigadores Empíricos (social y clínico):</i>	26
3.1.2.1 Pérez-Mitre G.	26
3.1.2.2 Coopersmith.	26
3.1.2.3 González C. Y Rodríguez, E	27
3.1.3 <i>Teoría Humanista:</i>	28
3.1.3.1 Palladino, Ph. D. C.	28
3.1.3.2 Nathaniel Branden.	29
3.1.3.3 Abraham Maslow	29
3.1.3.4 Carl Rogers	30
3.1.3.5 Lilitiana Villagra	32
3.2 EDUCACION Y AUTOESTIMA	32
3.3 CARACTERISTICAS DE LA AUTOESTIMA	33
CAPITULO IV	
IMAGEN CORPORAL	36
4.1 DEFINICIONES DE IMAGEN CORPORAL	36
4.1.1 <i>Corriente Psicoanalítica:</i>	36
4.1.1 Anna Freud	36
4.1.2 <i>Investigaciones Empíricas (social y clínica):</i>	39
4.1.2.1 Gómez Pérez-Mitre, G, Saucedo y Unikel, S.	39
4.1.2.2 Raich Escursell, R. y Colaboradores.	40
4.1.2.3 Wapner, S y Werner, H y Otros	40
4.2 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN RELACION CON LA IMAGEN CORPORAL	41
4.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.	42
4.3.1 Autoconcepto y salud mental	42
4.3.2 Imagen corporal en los trastornos de la alimentación	43
4.3.3 Efecto de la alteración corporal	43
CAPITULO V	
METODOLOGÍA	44
5.1 OBJETIVO GENERAL	44

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	44
5.3 HIPOTESIS	44
5.4 VARIABLES	45
5.4.1 Definición Conceptual	
5.4.2 Definición Operacional	
5.5 POBLACION	46
5.5.1 Muestra	
5.6 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	46
5.7 PROCEDIMIENTO	49
5.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	49
5.9 ANALISIS ESTADÍSTICO	50
CAPITULO VI	
RESULTADOS	51
CAPITULO VII	
DISCUSIÓN	69
CAPITULO VIII	
ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	73
CAPITULO IX	
CONCLUSIÓN	76
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	83

INTRODUCCIÓN

En la mayoría de los países, pueblos y culturas existe actualmente una gran afición hacia la comida, ya que ésta es considerada como uno de los placeres más gratos para el ser humano, por sus variados significados; considerando que cada uno de nosotros necesita una nutrición adecuada y segura, debemos comer para vivir, es decir, debemos comer mejor impulsados con la esperanza de que eso mejorará nuestra salud

Anteriormente, el comer, se relacionaba con la fuerza física necesaria para las mujeres activamente trabajadoras, ya que en esa época se vivía una cultura de matriarcado. Conforme pasa el tiempo el significado de la ingesta de comida cambia y se centra en la importancia de proporcionar una buena nutrición a los hijos mediante el amamantamiento. En la actualidad la comida significa mucho más que la mera supervivencia, ya que los medios de comunicación han estereotipado la figura femenina excesivamente esbelta como sinónimo status; de ahí el motivo de esta investigación, pues el objetivo central de la alimentación se ha dejado de lado para dar origen a la multiplicidad de trastornos de la conducta alimentaria que se conocen en nuestra época.

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen uno de los problemas que, por los efectos que lo producen y sus consecuencias fatales a largo plazo merecen considerarse dentro del análisis médico especializado y científico de los fenómenos más preocupantes de la sociedad moderna.

Aún cuando a este fenómeno no se le ha dado la profundidad necesaria, sabemos que afecta principalmente a las mujeres y que dicho trastorno se presenta desde tiempo inmemorable, pero en la actualidad se ha visto incrementado por los medios publicitarios que muestran un estereotipo de delgadez extrema como sinónimo de valía, status social, autoestima y estética, sin saber que este estereotipo puede desarrollar trastornos que se convierten en la expresión del potencial patológico de individuos con vulnerabilidades particulares de personalidad.

A través de nuestra investigación se encuentra que la evaluación de características de la personalidad y conducta, de manera continua, deberá permitir distinguir entre los factores asociados con los problemas del comer episódicos, que se resuelvan con el tiempo, y los factores que son indicadores premórbidos del desarrollo de un desorden alimentario crónico.

Los estudios acerca de los rasgos de personalidad con pacientes de trastornos alimentarios, muestran la presencia de síntomas neuróticos, depresivos y características obsesivas de la personalidad. Por otro lado, la ansiedad y los desórdenes afectivos representan condiciones comórbidas para provocar conductas anorécticas y bulímicas. Las mujeres en especial son casi universalmente responsables de la preparación de la comida y, en muchas civilizaciones, también de su producción y su distribución. Por consiguiente, no resulta sorprendente que la preparación de dichos alimentos haya proporcionado un canal importante de auto-expresión de trastornos de personalidad para la mujer, aunque los mensajes específicos hayan variado a lo largo de la historia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La gran preocupación de las mujeres modernas por controlar la ingesta de alimentos es una metáfora que encubre todos sus esfuerzos por controlar sus propios cuerpos y destinos en una civilización que hace del autocontrol un imperativo moral. Muchas mujeres usan la alimentación como una forma de afirmar su autonomía y control pero eso, las lleva a un proceso de reacción y auto negación al mismo tiempo. Las consecuencias negativas son tangibles y con frecuencia bastante dañinas: sensación de hambre, malestar físico, autoestima baja e inclusive hasta la muerte.

Cuando las personas se auto evalúan gordas a pesar de tener un peso normal, se están calificando en forma negativa, ya que se sienten insatisfechas con su cuerpo y salud y su ajuste emocional es menor al de otros sujetos.

Las pacientes que padecen de trastornos de la conducta alimentaria presentan mayor impulsividad, auto mutilación, sensación de mayor peso corporal, conciencia de enfermedad, sentimiento de mayor edad, ansiedad y culpa. Se ha encontrado que a mayor duración de la enfermedad existen más síntomas de depresión. Cuando se encuentran bajos grados de ansiedad, fobia, obsesividad y somatización, el pronóstico suele ser más favorable. Los pacientes con desórdenes alimentarios no conforman una entidad homogénea en cuanto a rasgos de personalidad, y los resultados son causados por diversas etiologías que se desarrollan en el contexto de un amplio espectro de dinámicas de la personalidad.

La posibilidad de identificar los trastornos de la conducta alimentaria a través de variables no relacionadas con la comida, como la autoestima, permitirá detectar la enfermedad en su etapa inicial simplificando con esto el tratamiento que se requiere proporcionar.

Es sabido que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia y que una vez presentes, son difíciles de erradicar, por lo tanto, entre mas conocimiento se tenga entre los jóvenes mayor es la posibilidad de planear eficazmente las acciones que permitan su control. La adolescencia es una etapa trascendental; en donde el joven deja su cuerpo de la niñez y a sus padres de la infancia; a su vez, busca establecer su conducta social y su crecimiento físico inevitable, como el aumento de la talla corporal, y la conformación sexual definitiva. El joven proyecta lograr para la etapa adulta, una imagen corporal propia y real en donde intervienen diversos factores como son los: fisiológicos, genéticos, de personalidad, de la familia, del medio ambiente y de la cultura, de ahí que el adolescente busque identificarse con nuevos modelos, los cuales a veces son erróneos, como los que presentan los medios publicitarios, y es por eso que los jóvenes buscan imitar estos modelos de delgadez, como una forma de enfrentarse a sus problemas.

La población adolescente femenina, es un grupo de alto potencial en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Es por eso que esta investigación tiene como objeto detectar la baja autoestima como posible factor de riesgo para desarrollar dichos trastornos en jóvenes universitarios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con base a lo anterior se plantea la hipótesis de la relación que existe entre los trastornos de la conducta alimentaria y autoestima baja. Para esto se seleccionó un grupo de 211 estudiantes universitarios, a los que se les aplicó dos cuestionarios: El primero, de autoestima de Coopersmith, destinado a medir el nivel de autoestima de cada uno de los individuos, y el cual consta de 25 reactivos de tipo no verbal y con dos únicas opciones de respuestas (si o no) y el segundo, el de Actitudes en el Comer (EAT-40) realizado por David M. Garner y Paul E. Garfinkel, con seis opciones de respuestas.

La presente investigación se compone de los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, se retoma el desarrollo histórico, las categorías diagnósticas así como la epidemiología del desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. Los criterios para su detección, la importancia en la época actual y la focalización a la que se han visto expuestos.

El Capítulo II, aborda el tema de la adolescencia mencionando algunas teorías sobre la misma, aspectos biológicos y cambios físicos, el impacto psicológico de los cambios físicos, el proceso de identidad en la adolescencia y las conductas autodestructivas en los adolescentes.

El Capítulo III, presenta diversas teorías sobre la autoestima, la formación de la misma, la relación entre la educación adolescente y la autoestima, las características de la autoestima y la importancia para el desarrollo a la adultez, siendo la base para formar una imagen corporal real.

En el Capítulo IV, se establece la imagen corporal en la adolescencia, así como, una revisión acerca de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia, teniendo a la imagen corporal como variable

En el Capítulo V, se desarrolla la metodología de la investigación, describiendo los instrumentos de medición propuestos. Primeramente se describen los objetivos y la hipótesis general y de trabajo que sustentan ésta investigación. La hipótesis general propone que la baja autoestima en jóvenes adolescentes es factor de riesgo para el posible desarrollo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

En el Capítulo VI, se presentan los resultados de la evaluación propuesta por la hipótesis acerca de la relación entre la baja autoestima y la mayor presencia de síntomas de trastorno alimentario. En donde se demuestra que si existen diferencias significativas entre la baja autoestima y el desarrollo de síntomas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, ya que como lo demuestran los resultados, un 82% de la muestra se encuentra sesgada hacia un nivel de autoestima baja con la posibilidad de riesgo. Se puntualiza si se aceptan o rechazan cada una de las hipótesis de trabajo.

En el Capítulo VII, Exponemos y discutimos los resultados anteriores en relación a la parte de investigación teórica expuesta. Se explican los resultados encontrados y se pone énfasis en las similitudes y diferencias entre los diferentes enfoques expuestos en los capítulos I, II, III y IV con los hallazgos de la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

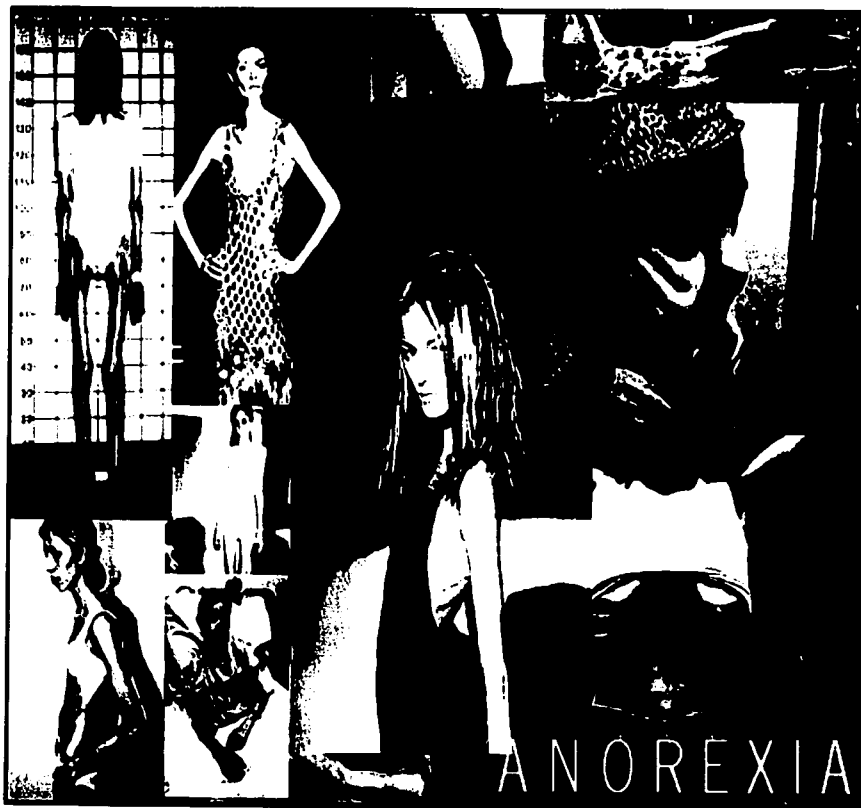
En el Capítulo VIII, se refieren los alcances y límites que tiene este estudio para poder concluir y desarrollar posible bases sólidas para un futuro tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria bajo condiciones que permitan una mejoría en todo los aspectos del individuo, tomando así una visión multifactorial y/o multidisciplinaria.

En el Capítulo IX, se presentan las conclusiones, del estudio destacándose la influencia de los modelos y presiones sociales en la muestra, principalmente que si la baja autoestima, se define como un factor de riesgo predisponente para el desarrollo de síntomas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, aunque en realidad es una multiplicidad de factores los que determinan dichos padecimientos.

La importancia de esta investigación radica en identificar, el auge y lo delicado de los trastornos de la conducta alimentaria en nuestra sociedad, llámese anorexia, bulimia o cualquier trastorno no especificado de la conducta alimentaria, contribuyendo con esto a un desarrollo sistemático que permita conocer, detectar, aceptar y generar una intervención multidisciplinaria pronta y adecuada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la Autoestima



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En este primer capítulo se mencionarán los trastornos de la conducta alimentaria, de los cuáles encontramos sus primeros relatos en la Edad media y aunque no estaban definidos ya se presentaban casos y eran considerados como una "enfermedad misteriosa". Hoy en día, los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria que de acuerdo al DSM-IV, se clasifican en:

- a) Anorexia Nervosa: Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.
- b) Bulimia Nervosa: Se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas (vómito provocado, laxantes y diuréticos)

Una característica esencial de ambos trastornos, es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

- c) Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificada: Es usado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de una conducta alimentaria específico.

Dentro de los cuáles se abarca el desarrollo histórico y la Epidemiología que conlleva a las Categorías Clínicas y diagnósticas de las mismas, así como, de las investigaciones realizadas a nivel mundial y específicamente en nuestro país.

1.1 ANOREXIA NERVOSA

El trastorno de la anorexia nervosa es condicionado por factores de orden, no sólo biológico sino también aquellos enfocados hacia la importancia de las relaciones interpersonales, como una unidad biopsicosocial.



La anorexia se basa en una fobia extrema hacia el comer, utilizando el método del "no comer".

1.1.1 DESARROLLO HISTORICO

En la edad media se encuentran los primeros relatos acerca de una "enfermedad" misteriosa, en donde la persona afectada presentaba una gran pérdida de peso debido a una dieta de hambre auto impuesta. Para dichas personas, este ayuno era una forma de fundirse con Cristo, y cuyo sufrimiento salvaría al mundo.

Mas tarde, en el Siglo XVI, aparecieron las llamadas "Doncellas milagrosas", que siguiendo con el mismo patrón de la auto-inanición, se consideraba el vínculo de los ayunos medievales dentro de la tradición cristiana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"If only
I were
thinner,
then
I'd be
happy."

Durante el Siglo XIX, la ideología anterior cambio un poco, ya que la auto-inanición era considerada como una aflicción que se debía a causas naturales y así también el término "doncellas milagrosas" fue substituido por las pacientes histéricas o **anorécticas**.

Posteriormente, Gull en el año de 1874, realizó una presentación acerca del tema donde destaca entre otras cosas, la aparición en la adolescencia, su preponderancia en las mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención medica profesional y especializada.

A partir de 1940, los conceptos psicoanalíticos aseguraban que la **anorexia nervosa** simbolizaba el repudio hacia la sexualidad debido a fantasías de embarazo oral. En los últimos 40 años, la **anorexia nervosa** adquirió entidad propia y diferenciada, con ramificaciones biológicas y psicológicas

La primera descripción clínica de la **anorexia nerviosa** se le atribuye a R. Morton en el año de 1964, quien describe como primer síntoma la supresión de la menstruación.

Brush (1978), encontró que los pacientes anoréxicos se perciben a sí mismos por haber perdido el control de su conducta, sus necesidades y sus impulsos, sintiendo que no son los dueños de sus propios cuerpos.

A lo largo de la historia, se ha observado cómo la unión entre el ayuno y la religión se fueron disolviendo y la profesión médica poco a poco ha ido resaltando la importancia patológica de los ayunos prolongados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS DE LA ANOREXIA NERVOSA (DSM-IV)

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS: CRITERIOS A,B,C	SUBTIPOS	SINTOMAS	CURSO
<p>☒ El peso corporal se encuentra por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla (Criterio A).</p> <p>☒ Rechazo y miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B).</p> <p>☒ Alteración significativa a la percepción de la forma o tamaño del cuerpo (Criterio C).</p> <p>☒ Excluyen de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico.</p> <p>☒ Dieta restringida: se limitan a pocos alimentos, utilizan purgas, laxantes; incluyendo el ejercicio excesivo.</p> <p>☒ Alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal.</p> <p>☒ Técnicas obsesivas para estimar el tamaño y peso del cuerpo: pesarse constantemente en una báscula, medirse las partes del cuerpo abdomen, glúteos y muslos) y/o mirarse en el espejo.</p>	<p>Especifican la presencia o ausencia de atracones o purgas:</p> <p>→ <u>Tipo restrictivo</u>: Pérdida de peso mediante dietas, ayunando o realizando ejercicio intenso sin recurrir a atracones, ni a purgas</p> <p>* <u>Tipo compulsivo/purgativo</u>: Recurre a atracones y/o purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas aproximadamente cada semana</p>	<p>A Depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio.</p> <p>AColeccionan recetas de cocina.</p> <p>AAlmacenan alimentos.</p> <p>AAнемia leve.</p> <p>AEstreñimiento y dolor abdominal.</p> <p>AIntolerancia al frío.</p> <p>AVitalidad excesiva.</p> <p>AHipotensión, hipotermia y sequedad de la piel.</p> <p>AErosiones dentales.</p> <p>AEI color de la piel es amarillento</p> <p>ACicatrices en el dorso de la mano.</p> <p>ADificultad en el funcionamiento autónomo (identidad).</p>	<p>☞ Hay mas prevalencia en los países industrializados: Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.</p> <p>☞ Los datos indican que este trastorno se inicia a los 17 años, aunque puede iniciarse a los 13 o a los 18 años.</p> <p>☞ Es rara la aparición en mujeres mayores de 40 años.</p> <p>☞ Mas del 90% de los casos con anorexia nervosa, se observa en mujeres.</p> <p>☞ Se ha observado que los familiares de primer grado de pacientes, presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Así mismo, el CIE-10 difiere en diversos aspectos con los criterios establecidos del DSM-IV, con respecto a la **anorexia nervosa**. El CIE-10 (referida por el DSM-IV), refiere que la pérdida de peso resulta autoinducida mediante la evitación de <comidas grasas>. En el varón se presenta la falta de interés y potencia sexual y de la mujer la amenorrea.

Otro aspecto que excluye el CIE-10, es el diagnóstico hacia este tipo de trastorno mediante la presencia de atracones.

Brusch (1978), refiere que en la **anorexia nervosa**, existen factores predisponentes de patología familiar, siendo unos padres sobre-protectores, ambiciosos y preocupados por el éxito y de suma apariencia externa. También menciona que hay una distorsión de la imagen corporal asociándose con la obesidad juvenil.

La **anorexia nervosa** de acuerdo con Ramón de la Fuente (1994), se caracteriza por la desnutrición debido a restricciones dietéticas voluntarias junto con la hiperactividad exagerada para bajar de peso.

En otra investigación, se ha distinguido la habilidad para mantenerse en una dieta de semi-hambruna, siendo para Unikel, S.C. (1997) la base para proveer la anorexia nervosa:

1. **Restictiva**.- Es la capacidad de limitarse excesivamente de un alto contenido calórico que consecuentemente desembocan en una gran pérdida de peso.

2. **Bulímica**.- Las anorécticas bulímicas, no son siempre capaces de mantenerse bajo la restricción calórica, debido a que alternan dietas de semi-hambruna con atracones seguido del vómito autoinducido.

Diversos autores tales como Dimmer, Enns, Garner y Garfinkel (1980), entre otros, han informado que los individuos con riesgo de desarrollar desórdenes alimentarios gravitan en torno a actividades culturales, vocacionales y profesionales, en los que siempre va a existir un interés que se centra en el físico.

Striegel-Moosh y Garfinkel (1980), han especificado 3 categorías de factores de riesgo, que están presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desórdenes del comer:

- a) Factores Socioculturales, en que la delgadez es altamente valorada.
- b) Factores Individuales, siendo desórdenes psicopatológicos, de la personalidad, obesidad y diabetes, y
- c) Factores familiares, refiriéndose a una estructura familiar estricta, sobreprotección y/o psicopatología familiar.

Estos mismo autores Striegel-Moosh y Garfinkel, 1980) destacan que la alimentación en el ser humano, en nuestra época deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden como los psicológicos, sociales y culturales; interviniendo



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aspectos emocionales y de placer, convirtiéndolo en fuente de conflicto generadora de desórdenes del comer; por lo que es importante se estudie este fenómeno con una aproximación multifactorial que vea al individuo como una unidad funcional en sus relaciones interpersonales, es decir, como una unidad biopsicosocial.

En la **anorexia nervosa** las relaciones interpersonales y, en general, el desarrollo social parecen encontrarse dañados, lo que a su vez, afecta el funcionamiento intelectual o vocacional. Dentro de la anorexia también encontramos al trastorno bulimianorexia que involucra a la vez acceso bulímico por un lado, técnicas de purga y distorsión de la imagen corporal que pueda caracterizarse:

- < Sólo por la forma de comer, y
- < Por la forma de comer junto con técnicas de purga que sería la bulimia propiamente dicha.

La **anorexia nervosa** no se puede comprender atendiendo exclusivamente a la patología neuroendocrina, sino a la conflictiva familiar, al trastorno de personalidad, y a las relaciones objetales vividas en una primera época de la vida.

Las conductas de control de peso, específicamente la conducta dietante y la grasa corporal negativa son factores de riesgo y predicen trastornos de la alimentación más severos, para desarrollarse en el futuro.

Datos provenientes de países con mayor industrialización muestran el grave aumento tanto de la **anorexia nervosa** como de otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria. En Londres se encontró que por cada 250 estudiantes mujeres de escuelas privadas había un caso severo de anorexia.

La incidencia de anorexia nervosa en población general en países Occidentales, se estima en un rango que fluctúa entre 1.43/100,000 en mujeres entre 12 y 25 años de edad, hasta 50/100,000 en mujeres de 18 años. Es decir, existe una probabilidad 35 veces mayor de que una mujer padezca **anorexia nervosa** a los 18 años, con respecto a mujeres en el rango de 12 y 25 años.

Pero, ¿Qué sucede en México en relación con el comportamiento epidemiológico de tales desórdenes del comer en la población estudiantil universitaria? En nuestro contexto social actual, lo normativo y culturalmente esperado, es estar "satisfechas", con el cuerpo, contrario a lo esperado entre adolescentes de otras nacionalidades. Sin embargo, lo importante de este problema es que en la realidad existe la misma problemática de insatisfacción entre regiones aún cuando no se produzcan necesariamente en la misma proporción.

Las investigaciones que se han realizado en México acerca de los desórdenes alimentarios, han consistido básicamente en estudios de casos de pacientes diagnosticadas como **anoréxicas** o bulímicas. Como se observa a partir de las investigaciones realizadas hasta la fecha, los desórdenes alimentarios en México no representan todavía un problema con la magnitud como se presenta en algunos países Occidentales desarrollados, en donde existe un ideal de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

belleza muy exigente y gran abundancia de alimento. En las estadísticas presentadas por la Secretaría de Salud, con respecto a mortalidad por anorexia nervosa, se presentan casos de 15 hasta 85 años o mas.

Se ha encontrado que cuando se les pregunta a los adolescentes mexicanos si están satisfechos o no con su peso, responden generalmente estar totalmente satisfechos, pero cuando se les pregunta sobre su peso ideal o que peso les gustaría tener se observa que quieren pesar menos o mucho menos.

Por otro lado, estudios recientes realizados en México, han tratado de detectar la presencia de conductas anómalas de alimentación en poblaciones de estudiantes a nivel de secundaria, preparatoria y licenciatura. Por ejemplo, Hartz realizó un estudio exploratorio con 90 estudiantes de una preparatoria privada de la ciudad de México, aplicando para ello una traducción del "Eating Disorders Inventory-2". Los resultados de este estudio indicaron que la media del peso de las adolescentes de la muestra se encontraba dentro de los parámetros normales aunque con un peso deseado de 3 Kg., por debajo de este. Además, los estudiantes clasificados al peso normal (IMC <20) deseaban bajar de peso. En licenciatura se encontró que el 11% de los estudiantes tenían un peso real por debajo del IMC normal.

En un estudio, realizado por Gómez Perez, M. 1995 se pidió a un grupo de estudiantes de primaria y secundaria, cuyo rango de edad era de 9 a 13 años, que eligieran las siluetas que mas se parecieran a su cuerpo (figura actual), y aquella que mas les gustaría tener (figura ideal), y se encontró que un 56% de niñas estaban satisfechas, mientras que el 44% restante se mostraban insatisfechas. Debe señalarse que las respuestas dadas a las variables de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal no difieren significativamente cuando se clasifican por el nivel socioeconómico o por tipo de escuela, pública o privada.

Un estudio realizado por Unikel y Gómez Pérez-Mitre (1996), tuvo como propósito conocer la presencia de los desórdenes del comer en relación a los índices de masa corporal, en estudiantes adolescentes de escuelas privadas y estudiantes de danza, con una muestra total de 92 mujeres entre los 12 y 22 años. Encontrando que en los estudiantes el peso entraba dentro del parámetro de normalidad, aunque las adolescentes se percibieron en general con más peso del que realmente tenían, así como también, manifestaron el deseo de ser mas delgadas. Es decir, se encontró una tendencia mas a la presencia patológica del trastorno.

Los estudios anteriores, indican que la presencia de los síntomas de forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de este trastorno, sin embargo, de alguna manera señalan a los individuos con mayor riesgo de adquirirla (Unikel, C. Y Gómez Pérez, M. 1996). Por tal razón, la imagen corporal se convierte en un estresor psicosocial que podrá inducir a la instauración y desarrollo de la **anorexia nervosa**.

Los desórdenes alimentarios permanecen relativamente raros, principalmente afecta a mujeres jóvenes y su incidencia parece encontrarse en aumento. Debido a la alta mortalidad asociada con ellos, es importante realizar esfuerzos

para detectarlos y tratarlos. Así mismo, existe evidencia acerca de los síntomas que comparten los casos subclínicos con los casos verdaderos, además de que algunos de estos casos subclínicos pueden llegar a convertirse en casos verdaderos en toda forma, no deja de ser necesario su tratamiento. Por otro lado, se sabe que las expectativas de delgadez marcadas por la cultura no han sido combatidas hasta la fecha, por lo que se espera que la incidencia de los trastornos alimentarios pueda seguir aumentando.

1.2 BULIMIA NERVOSA

"Why can't I just stop?"

La **bulimia nervosa** representa un severo temor, prácticamente una fobia, al sobrepeso. De acuerdo a éste la característica central de la **bulimia nervosa** es una forma "binge" de comer (que se traduce a un consumo rápido de grandes cantidades de alimento en periodos cortos de tiempo). Se considera como una conducta alimentaria reactiva a periodos de dietas restrictivas y el tipo de alimento que se consume suele ser altamente calórico y de fácil ingestión.

Se ha encontrado que la edad promedio en la que se establece el acceso bulímico es a los 18 años que, es también la edad en la que se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo (Fairburn y Cooper, 1983).

Dentro de éste trastorno podemos encontrar el temor mórbido a engordar, lo que conduce a la exacerbada motivación por adelgazar que lo caracteriza, asociándose a éste un trastorno de la imagen corporal en el que se implican tanto la insatisfacción como la distorsión.

El sujeto en sus reiterados intentos, recurre a una serie de prácticas tales como vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos a las que se hacen alusión de manera genérica bajo el término de purga.

Las personas bulímicas ignoran que dicha conducta alimentaria representa una enfermedad, desconocen sus consecuencias y aún la existencia misma del término **bulimia nervosa**.

La **bulimia nervosa** se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida y por los medios de comunicación y los amigos se aprenden las técnicas de purga.

1.2.1 DESARROLLO HISTÓRICO

La **bulimia nervosa** fue incluida como diagnóstico independiente en la tercera edición del Manual estadístico y diagnóstico (APA, 1980). Sin embargo, no es un trastorno tan nuevo como se cree, algunas referencias ancestrales del término Bulimia se pueden encontrar en el Talmud (400-500 A.C.), en donde el término boolmut se utiliza para describir un síndrome en el cuál una persona está de tal

forma agobiada por el peso que tanto su juicio en relación con el alimento como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se hayan disminuidos (Vandereycken, 1985). Asimismo, el término "Boulimie " ha sido utilizado en la literatura francesa en el Siglo XVIII, para describir un patrón de sobrealimentación (Gordon, 1990).

El término Bulimia se deriva de "Bulimy" en Griego y se traduce como *hambre excesiva* (Kaplan y Garfinkel, 1984). Como síntoma ha sido reconocida desde fines del Siglo XIX, en descripciones de las cuáles aparece asociada con algunas patologías del cuerpo o con Anorexia Nervosa. Al parecer las primeras menciones de éste padecimiento fueron hechas por Gull en 1873 y Laségue en 1874 (Casper, 1983), quiénes describen casos de pacientes que además de padecer Anorexia Nervosa presentan síntomas bulímicos.

Los trabajos realizados por Russell (1979), finalmente logran el reconocimiento de la **bulimia nervosa** como un síndrome diferenciado, y presenta los criterios diagnósticos de la misma, a partir de la observación de que ésta se podía dar en personas de peso normal y no solo asociado con la Anorexia Nervosa o la Obesidad.

1.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

**CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE LA
BULIMIA NERVOSA (DSM-IV)**

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS: CRITERIOS: A1, A2, B, C, D, E	SUBTIPOS	SINTOMAS	CURSO
<p>Presencia de atracones y en métodos compensatorios inapropiados.</p> <p>Su auto evaluación se encuentra influida por la silueta y el peso corporal.</p> <p>Los atracones y las conductas compensatorias se deben producir al menos dos veces por semana durante un periodo de tres meses. (Criterio C)</p> <p>El atracón es el alto consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo, una cantidad anormal de comida. (Criterio A1)</p> <p>La comida que se ingiere en los atracones son alimentos de alto contenido calórico</p> <p>Presentan estados de ánimo distórcos, estrés, autodesprecio y depresión.</p> <p>Los atracones se acompañan de sensación de alteración y falta de control. (Criterio A2)</p> <p>Los métodos de purga son: el vómito, los laxantes y diuréticos</p> <p>El vómito es el método más común para intentar compensar los atracones. (Criterio B) y se realiza en pequeñas o altas cantidades de ingestión.</p> <p>La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal. (Criterio D)</p> <p>La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa. (Criterio E)</p> <p>(Criterio E)</p>	<p>Se determina la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:</p> <p>→ <u>Tipo purgativo</u>: se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Existe mayor sintoma depresivo y alta preocupación por el peso y la silueta corporal.</p> <p>* <u>Tipo no purgativo</u>: se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, sin recurrir regularmente al uso de purgas.</p>	<p>Se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal.</p> <p>El trastorno aparece en individuos con obesidad moderada y mórbida.</p> <p>Entre atracón y atracón se reduce la ingesta calórica, escogiendo alimentos de bajo contenido calórico (dietéticos).</p> <p>Baja autoestima.</p> <p>Diferentes estados de ánimo</p> <p>Síntomas de ansiedad o trastornos de la ansiedad.</p> <p>Abuso de sustancias: alcohol y estimulantes para controlar el apetito</p> <p>Presencia de trastornos de la personalidad: trastorno límite de la personalidad.</p> <p>Las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica.</p> <p>Los vómitos recurrentes ocasionan pérdida del esmalte dental.</p> <p>Cicatrices en la superficie dorsal de la mano.</p> <p>Airregularidades menstruales y amenorrea</p>	<p>Afecta a países industrializados: Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.</p> <p>Se ha encontrado en Estados Unidos prevalencia en la raza blanca, pero que también puede afectar a otros grupos étnicos.</p> <p>El 90% de este caso se presenta en mujeres.</p> <p>Entre las adolescentes y jóvenes adultas se presenta de entre 1 a 3% con este trastorno y entre los hombres la prevalencia es diez veces menor.</p> <p>Varios estudios sugieren una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abusos de sustancias en los familiares de primer grado; puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta de confirmación de este hecho.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El DSM-IV y el CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, con excepción de la relación que hace entre la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, que ha diferencia del DSM-IV que excluye el diagnóstico de la bulimia nervosa si esta conducta tiene lugar el transcurso de una anorexia nervosa; la CIE-10, por su parte excluye el diagnóstico de la anorexia nervosa siempre y cuando aparezcan periodos de atracones.



Schlundt y Jonson (1990), definen al atracón como la ingesta de cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, que viola la idea de que el individuo tiene que hacer una dieta y por lo tanto, aumenta la ansiedad alrededor de subir de peso.

Lo característico de la **bulimia nervosa** es el miedo a madurar asociado a la dinámica familiar, debido a que entra en una evaluación de cohesión y adaptabilidad en el nivel ideal y real. Los resultados reportaron en el plano real, a las familias como disfuncionales.

La insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia de una cultura (Gómez Pérez-Mitre, G. 1996). Además, la autoestima depende en gran medida del aspecto de querer controlar el exceso de peso siendo un factor importante hacia la predisposición a realizar dietas debido a que se sienten gordos

Otro factor significativo se refiere a los trastornos de la auto percepción del tamaño corporal y de los estados afectivos internos y viscerales. Además, la autoevaluación de los individuos con ésta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal.

Por otro lado, en la medida en que evitan situaciones sociales, van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de autoestima y así el desempeño académico se sobrevaloriza a expensas del desempeño en otras áreas (Liebowitz, 1990).

La hostilidad, el infantilismo, intrusividad y un rígido control son algunos de los síntomas predominantes, presentes en cada una de las familias de las pacientes. Los padres no actúan de forma empática con respecto a sus hijas, demandan una estricta obediencia de parte de sus hijas y no tienen derecho. El sistema familiar en general, es de lealtad donde tanto el padre como la madre nunca pueden estar mal (Liebowitz, 1990).

Las madres de éstas pacientes sufren de baja autoestima, son intrusivas, infantiles y critican constantemente a sus hijas. No aprueban nada de lo que sus hijas realizan con respecto a su forma de ser, lo que usan, su trabajo escolar, amigos, etc. Continuamente las invalidan emocionalmente (Liebowitz, 1990). Los padres generalmente son ausentes, y cuando llegan a estar presentes demandan estricta obediencia y no aceptan ningún comportamiento asertivo por parte de sus hijas. Denigran a las mujeres abiertamente y expresan de igual forma su preferencia por los hijos varones, pues éstos son mejores a su parecer (Liebowitz, 1990).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La baja autoestima, la inseguridad de la existencia de un self, el sentimiento mortal de fragmentación del yo es lo que el bulímico trata de contrarrestar con su conducta adictiva (Liebowitz, 1990).

En el diario médico (2000), se ha comprobado un 100% de prevalencia en las personas que padecen **bulimia nervosa** y que presentara una alteración desde el momento de nacer en los niveles de serotonina, siendo un neurotransmisor que afecta a los estados de ánimo y contribuye a los comportamientos obsesivos. (<http://www.diariomedico.com/neurologia/febrero00.html>)

La **bulimia nervosa** es considerada en la actualidad como un problema de salud pública a nivel Mundial; los datos reportados por Alvarez G. destacan que el 75% de las mujeres encuestadas dijeron sentirse gordas, el 9% manifestó que su peso era un factor determinante de cómo se sentían con ellas mismas, y más del 50% eligieron la opción de "bajar de peso".

A la **bulimia nervosa** se le ha denominado como un factor "mayor", debido al aparente incremento de su prevalencia hasta adquirir un carácter epidémico en los últimos años y su caracterización como síndromes mentales con delimitación propia. (Alvarez, G., Año 5 Vol. 5)

Tal como lo mencionan Viniestra y Salinas (1984), en los últimos años se ha ido incrementando el número de personas en riesgo de desarrollar **bulimia nervosa**.

Así se demuestra que éste trastorno no es exclusivo de los países desarrollados o de niveles sociales con alto poder adquisitivo como antes se suponía (Kaplan y SadoK, 1994).

La mayor prevalencia de **bulimia nervosa** proviene de poblaciones de mujeres jóvenes, blancas, de clase media y alta. La **bulimia nervosa** ocurre más frecuentemente entre los 12 y los 40 años y es más prevalente entre los 15 y 30 años de edad. Los datos reportados acerca de la prevalencia de Bulimia Nervosa en estudiantes Universitarios, varían desde un 11% hasta 21.6% y en investigaciones generales con jóvenes estudiantes se reportó una prevalencia del 2.5%.

Los porcentajes correspondientes a "atracones" fueron: Escuelas Privadas (31%) y Escuelas Públicas (12%), de las cuáles las licenciaturas corresponden a un 13%.

En la investigación anterior, la finalidad fue la de detectar la presencia de **bulimia nervosa** en México, así como algunos factores psicológicos asociados. Se trabajó con una muestra de estudiantes de sexo femenino de una Universidad pública (n=524), y al comparar al grupo con trastorno con un grupo control se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, entre ellas, el miedo a madurar y la ineffectividad que fueron significativamente mayores en la bulímicas. Además, los resultados arrojaron que el 17.5% presentó trastorno alimentario, siendo significativamente mayor en las instituciones privadas que en las públicas, sin embargo, fue la misma a nivel de bachillerato y licenciatura. Respecto a los subtipos de trastorno se destacaron más bulímicas que anorécticas (Alvarez G, 1996).

A partir de estudios realizados con pacientes anorécticas, se encontró aproximadamente que un 50 % de ellas presentaban síntomas bulímicos.

1.3 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA NO ESPECIFICADA.

1.3.1 EPIDEMIOLOGIA

CATEGORÍAS DIAGNOSTICAS DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA NO ESPECIFICADA (DSM-IV)

Se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la Anorexia Nervosa pero la menarca se presenta regularmente.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la Anorexia Nervosa excepto que a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso de la paciente se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la Bulimia Nervosa con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana durante menos de tres meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, sin tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: Se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia nervosa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. ADOLESCENCIA

En este segundo capítulo se presenta el tema de la adolescencia ya que entra en el rubro de la muestra poblacional de investigación, poniendo énfasis en las etapas mencionadas como adolescencia tardía o adultez temprana de acuerdo a las diferentes clasificaciones de los autores mencionados.

A nivel genérico es importante resaltar los cambios físicos y psicológicos que conlleva este proceso de desarrollo y así mismo hacia el proceso de la identidad del adolescente que se considera como la base fundamental para consolidar dicha etapa.



El adolescente en un momento dado podría llegar a decir: "soy quien soy, nadie lo sabe, nadie incluyéndose a él mismo". Ahora bien, si una cara del proceso de identidad es la integración con lo nuevo, y no por eso menos importante, es la lucha de separación con lo viejo. (Castro Sariñana, Ma. E. 1981).

El término "**adolescente**", se usa generalmente, para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos. (McKinney, J 2000).

2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA.

Henri Lehalle en 1986, menciona que las transformaciones fisiológicas y morfológicas producidas en la adolescencia constituyen sin lugar a dudas uno de los acontecimientos más importantes de este periodo en desarrollo. Dichas transformaciones corporales suscitan, evidentemente un ajuste psicológico y seguramente por esta razón se ha supuesto la existencia necesaria de una perturbación importante de la propia imagen en el momento de la adolescencia.

En la adolescencia el crecimiento en la talla corporal es notorio ya que en éste periodo dicho crecimiento es mayor a lo que *a priori* puede observarse. Se observa esencialmente el desarrollo del tronco y en menor medida a las extremidades inferiores. La cabeza, las manos y los pies son las primeras partes del cuerpo que alcanzan su tamaño adulto; el crecimiento muscular coincide con el crecimiento del esqueleto ya que ambos dependen de la misma hormona.

Es importante señalar que el adolescente varía en cierto modo en el desarrollo normal. No todos los aspectos de la diferenciación sexual aparecen al mismo tiempo y eso es debido a que cada individuo (hombre o mujer) es distinto uno del otro y entre sí. Independientemente de las diferencias entre los sexos, podemos distinguir tres tipos de variabilidad Inter-individual (Lehalle, H 1986):

- I. Variación en edad de la pubertad,
- II. Variación en la duración del crecimiento.
- III. Inversiones en la secuencia de desarrollo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anna Freud (1984), refiere que la mayoría de los adolescentes experimentan una gran ansiedad respecto a su imagen corporal debido a que suelen resistirse tanto al interrogatorio como al dibujo de su propia imagen. En la adolescencia no comienza, sino que se intensifica la actividad sexual que es un fenómeno extraordinariamente complejo y aprendido que se inicia en la infancia y se orienta por lo común, hacia pautas heterosexuales pertinentes para la reproducción.

La primera manifestación histológica de la adolescencia en la mujer es la dilatación del ovario y también el aumento en la reproducción de los ovarios. El desarrollo de la cadera y del busto se presentan al principio de la fase de la adolescencia con mayor frecuencia el pecho se encuentra en una etapa primaria al sobrevenir la menarca, y su pleno desarrollo requiere varios años.

El vello púbico, suave al comienzo se vuelve áspero, pigmentado, recto o rizado en torno de los labios. En la última fase de la adolescencia el vello púbico se extiende a la superficie media de los muslos. El vello axilar comienza habitualmente a desarrollarse aproximadamente dos años después de la aparición del vello púbico.

En la fase media de la adolescencia como consecuencia de la hipertrofia del útero y de los cambios cíclicos se produce la menstruación. Al comienzo, los periodos menstruales no van a ir acompañados por los procesos de ovulación, de modo que la joven en la primera fase de la adolescencia es estéril, debido a que el útero tampoco alcanza la maduración necesaria sino hasta los 18 o los 20 años.

En la adolescencia se desarrolla la vulva como resultado del marcado crecimiento de los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez. También crece el clítoris, probablemente como consecuencia de la circulación de andrógenos suprarrenales y con esto se vuelve erectil.

Uno de los principales cambios físicos en el varón, es el aumento rápido de estatura, el cuál empieza entre los 12 ½ y los 15 años en promedio. Un arranque muy semejante de crecimiento se advierte con respecto al peso, al tamaño de los músculos, al crecimiento de la cabeza y de la cara, y en esencial con respecto a los órganos reproductivos. También, en las principales glándulas se ve un notorio arranque del crecimiento, como en la glándula pituitaria y las glándulas sexuales o gónadas. Por otra parte, los órganos sexuales masculinos crecen en desproporción al crecimiento general del cuerpo; es decir, el pene y el correspondiente conducto deferente, la glándula prostática y la uretra, al igual que los testículos y el escroto, todos notablemente durante la pubertad.

En los chicos, las características sexuales secundarias más importantes parecen ser el desarrollo de pelo púbico y axilar, el desarrollo de pelo facial y el descenso de tonalidad de la voz. (McKINNEY, J 2000).

El ciclo característico de crecimiento adolescente en estatura comienza bruscamente en la primera fase de la adolescencia con una rápida aceleración del ritmo de desarrollo, que es en la misma época en donde se da el crecimiento del vello púbico. Luego sigue una paulatina disminución del ritmo de crecimiento durante la última fase de la adolescencia.

Los cambios de peso son considerables en la adolescencia, debido a que hay un aumento de la grasa subcutánea antes de la aceleración del crecimiento.

La mayor parte del aumento de peso es el resultado del incremento óseo y muscular que en parte se debe a la acumulación de grasa. El aumento de fuerza muscular es mucho menor en las jóvenes y la habilidad motora aumenta paralelamente a la fuerza pero no se muestra aceleración en el equilibrio y esto se perfecciona a lo largo de la adolescencia. Un factor importante en los cambios físicos es que debido a la rapidez del crecimiento, la adolescente no se siente familiarizada con su propio cuerpo.

2.2 EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS CAMBIOS FÍSICOS.

Es evidente que el crecimiento físico en la adolescencia, por su relativa brusquedad y por el hecho de que es vivido socialmente como una transformación cualitativa, no puede dejar de tener una repercusión sobre el plano psicológico; el adolescente necesita identificarse con su propia imagen, apropiarse a la representación de su cuerpo en transformación. Las transformaciones físicas son consideradas a menudo como difíciles y es muy posible que la duración del crecimiento esté paralelamente con la adaptación.

La mayoría de los adolescentes experimentan cierta inquietud ligada a una sensación de desconcierto, de anormalidad corporal por lo que se considera que padecen de dismorfobia.

Las inquietudes del adolescente respecto a la apariencia física corresponden, de manera profunda a las dificultades de la reestructuración del yo en dicha etapa.

En lo que se refiere al aspecto afectivo del desarrollo de la personalidad se señala que los adolescentes de crecimiento tardío presentan mayores sentimientos de inadaptación, una imagen de sí negativa, un sentimiento de ser rechazado y una necesaria dependencia asociada a una reivindicación de autonomía (querer librarse de toda restricción). Es decir, el hecho de que la adolescencia sea precoz o tardía parece tener consecuencias importantes y duraderas en los planos afectivo y social y en el desarrollo de la personalidad. (Lehalle, H 1986).

En una investigación realizada por Henri Lehalle (1986), se mostró que la influencia de los medios de comunicación hace a los adolescentes propensos a elaborar o copiar normas ideales respecto del aspecto físico y a sentirse incómodos en su propio cuerpo si este no corresponde a las normas en cuestión, teniendo como consecuencia una opinión desfavorable sobre sí mismos.

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

2.3.1 Teorías sobre la adolescencia:

2.3.1.1 *Corriente psicoanalítica.*

D.W. Winnicott (1980), Anna Freud (1984,1992), Arminda Aberasturi y M. Knobel (1994), José de Jesús González, J. Romero y F. Távira y Noriega (1993), Erik Erikson (1979 y 1993), Peter Blos (1989) y Cameron (1996); Como representantes de la corriente psicoanalítica acuerdan en sus teorías, centrando las mismas en que la adolescencia como etapa del desarrollo es un período de crisis (que asemeja los inicios de patologías severas), que debe vivirse por sí mismo, buscando establecer o implementar defensas que le permitan llegar a una adultez madura y responsable atravesando por períodos de ansiedad, ambivalencia (regresión a la dependencia de la niñez-independencia adulta), y aislamiento. Otro punto importante de estas teorías es la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

necesidad de logro de la identidad para así establecer relaciones heterosexuales adultas estables.

De los autores mencionados anteriormente Erikson (1979 y 1993) por su interés en el desarrollo adolescente estableció etapas de la conducta psicoanalítica, de las cuales se abarcarán dos facetas:

- 1) **Identidad vs Confusión de rol:** Es la etapa que se caracteriza por la capacidad del yo para integrar las identificaciones con los cambios de la libido. El peligro de esta etapa es la confusión de rol y mas cuando se basa en una marcada duda en cuanto a la propia identidad sexual.
- 2) **Intimidad vs aislamiento:** Esta fase supone al adulto joven preparado para la intimidad y desarrollar su fuerza ética, aún cuando estos pueden exigir sacrificios significativos. La contraparte de la intimidad es el distanciamiento, es decir, la disposición a aislar y destruir aquellas fuerzas y personas cuya esencia parece peligrosa para la propia, y cuyo "territorio", parece rebasar los límites de las propias relaciones íntimas.

N. Cameron (1996) y Peter Blos (1989) establecen dentro de sus teorías, la existencia como etapa de la **adolescencia tardía**, la cual para dichos autores constituye un punto de cambio decisivo donde se logra una gran ganancia en la capacidad propositiva, integración social, predictibilidad, constancia de emociones y estabilidad en su autoestima, siempre y cuando el proceso de desarrollo haya fluido normalmente y en la cual se observan los siguientes cambios:

- Arreglo estable de funciones e intereses del Yo.
- Extensión de la esfera libre de conflictos.
- Posición sexual irreversible (constancia de identidad)
- Catexis de representaciones del Yo y del objeto relativamente constante.
- Estabilización de aparatos mentales que guarden la identidad del mecanismo psíquico.

Otra fase del desarrollo, en la cual, ambos autores coinciden, es la denominada **postadolescencia**, en la cual existe la transición y fijación de la estructura psíquica (del desarrollo del yo y organización de impulsos) que le permitirán armonizar las partes componentes de la personalidad.

Peter Blos (1996), considera a la adolescencia como un segundo proceso de individuación hacia la sociedad global. Hasta la postadolescencia las representaciones del self y del objeto no adquieren límites definidos. En este punto, se tornan resistentes a los desplazamientos de investiduras, con lo cual logra establecerse la constancia de la autoestima, así como mecanismos reguladores internos de control para su mantenimiento o recuperación. Como ya se mencionaba, para este autor un punto fundamental, en ésta etapa, es el logro de identidad e individuación junto con un sentido de finalidad y adecuación que en su conjunto aseguran un firme arraigo en la comunidad humana. En conclusión el desarrollo adolescente implica la desvinculación de los objetos primarios y el abandono de los estados yoicos infantiles lo que exige un retorno a fases tempranas del desarrollo. Esta desvinculación sólo podrá lograrse por la reanimación de los compromisos emocionales infantiles y las posiciones yoicas (fantasías, pautas de confrontación, organización defensiva) que introducen una serie de medidas que en general son inadaptadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.2 Corriente Humanista.

2.3.1.2.1 Abraham Maslow

(http://www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter2.html)

Este autor pone énfasis en el cambio y el desarrollo. Los seres humanos son vistos no como víctimas o villanos estáticos, pero sí, como personas que atraviesan un proceso de crecimiento considerado como natural y necesario.

Para Maslow, a todo lo largo del proceso adolescente se pasa por cambios substanciales que envuelven nuestras actitudes más básicas y la manera en como nos vemos o percibimos a nosotros mismos (Formación del autoconcepto). Maslow dijo que las personas crecen a través de seis niveles de desarrollo fundamentales y esta teoría, hasta cierto punto un poco especulativa ha sido ahora confirmada a través de las diferentes investigaciones de personas tales como Kohlberg, Alderfer y Jane Loevinger en diferentes países del mundo.

Este proceso de la búsqueda de un autoconcepto puede continuar, si lo permitimos en la etapa adulta. En conclusión, lo que la psicología humanista de Maslow dice, es que todos podemos continuar durante la etapa adolescente en proceso de crecimiento, solo si, no nos limitamos a nosotros mismos.

El autor plantea en el año de 1973, que la mayoría de los adolescentes en un principio son personas maravillosas a pesar de que en la actualidad son vistos generalmente como pequeños niños traviesos. Asume que en esencia son idealistas, en busca de valores y de un objeto a quien imitar. En la etapa de la adolescencia elecciones relativas que los llevan a la ambivalencia de desarrollarse o de un retroceso, moverse o retroceder hacia el logro del autoconcepto (experiencias completas vividas por sí mismos con total concentración y la experiencia del adolescente sin autoconciencia y automotivación).

En esta etapa como se mencionó anteriormente vemos ambivalencia, entre el muchacho que trata de ser rudo, cínico y sofisticado, contra la inocencia y la dulzura de la infancia, la palabra clave para nombrar esta característica es egoísmo, en el cual los adolescentes sufren de mucho egoísmo y de muy poco autoconcepto, autoconciencia y automotivación (Maslow (1973).

2.3.1.2.2 Carl Rogers

(<http://oldsci.eiu.edu/psychology/Spencer/Rogers.html>)

Rogers no especifica como tal, etapas del desarrollo, pero si hace algunos comentarios. El centra la importancia en el hecho de que las potencialidades propias del adolescente están genéticamente determinados, mientras que el autoconcepto y la automotivación son determinados socialmente aunque existe la posibilidad de que existan diferencias entre estos dos. La influencia mas importante para desarrollarlos es:

° Actitud positiva condicional: Se refiere a la cantidad de amor y aprobación siempre y cuando el comportamiento vaya de acuerdo con los deseos de los padres u cuando los padres retiran amor si el adolescente se comporta de mala manera. Esto nos lleva a la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

condición de valía (similar al superego), en donde el adolescente cree que él o ella es merecedor de afecto solamente cuando expresa comportamientos deseables.

° **Incongruencia:** Cuando hay una separación entre la experiencia orgánica y el autoconcepto.

- a) Previene la automotivación
- b) Te lleva a un comportamiento defensivo. Mayor presentación de defensas. (represión y distorsión)

° **Actitud positiva incondicional:** Se refiere al retiro de amor y aprobación ante los comportamientos del individuo. Esto no significa falta de educación por parte de los padres. Si un adolescente corre enfrente de un camión, pararlo y decirle que es peligroso pero no golpearlo y decirle que es un mal niño (Rogers, muestra una postura en contra del castigo como método de controlar el comportamiento adolescente.

° **Congruencia:** Cuando el autoconcepto va de acuerdo con las potencialidades inherentes y hay mínimas condiciones de valía, esto nos lleva a la experiencia a ser personas adultas flexibles abiertas y totalmente funcionando, siempre y cuando el desarrollo haya fluido normalmente.

2.3.2 EL PROCESO DE IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

Los adolescentes presentan cambios que operan en su personalidad: Cambios corporales, físicos, hormonales, la irrupción de la sexualidad como consecuencia del proceso de maduración, e incluso los cambios que se suceden en las formas del pensamiento.

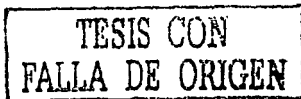
La tarea central del adolescente es que domine casi en su totalidad su energía y sus acciones y el logro de su propia identidad. La identidad entonces, es un proceso constituido por mecanismos de introyección y proyección que se instauran en el individuo desde el momento de su nacimiento.

Según Castro Sariñana, Ma. E. (1981), la idea que el individuo tiene sobre sí mismo a lo largo de su existencia se ve constantemente significada por los otros y por sus propias experiencias. Sin embargo, hay épocas evolutivas antes de llegar a la adultez, claves cruciales para determinar el rumbo que tomará el proceso de identidad en cada individuo. Las épocas evolutivas según ésta autora pueden realizarse en tres fases:

- 1) Se adquiere el lenguaje y la locomoción.
- 2) Se realiza la identificación con el rol sexual (Complejo de Edipo)
- 3) Existe la crisis "quién soy", en donde se reactiva el Complejo Edípico infantil, también el cuerpo cambia dando así un cambio hacia el impulso sexual.

La búsqueda constante del adolescente, su vigor, su impulsividad, ambivalencia caracterizada por un deseo de apegarse a lo viejo (cuerpo de la niñez), simultáneo al deseo de lo nuevo (Cambio y desarrollo del cuerpo en la adolescencia), choca con la estabilidad y el estatismo del mundo adulto. (Castro sariñana, Ma. E., 1986).

2.3.3 CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS EN EL ADOLESCENTE.



Lozano Razo, G. 1998, refiere que la adolescencia es una etapa de ajuste en la que predomina la confusión ya que el adolescente ha dejado de ser un niño y a la vez no es un adulto, al cuál se le pide que se comporte en ocasiones como un adulto; tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar. La forma en que expresan las emociones y el tipo de estímulos que los origina están fuertemente determinados por factores sociales ya que la adolescente es bastante conciente de estas presiones sociales.

Durante la adolescencia, cualquier emoción es susceptible de ser experimentada de manera intensa y exaltada, ya que el simple hecho de pasar por la adolescencia constituye una situación estresante ante la cuál pueden dar respuestas que dependiendo de la personalidad de cada uno consideran más adaptativas y que les permitan funcionar; como el acto de beber, comer en exceso o no comer, fumar, consumir drogas, hacer ejercicio hasta agotarse, etc. Estas conductas mencionadas anteriormente, se denominan autodestructivas y hacen referencia a cualquier conducta realizada voluntariamente y que ponga en riesgo la salud física y/o mental del individuo (Lozano Razo, G. 1998).

Lozano Razo (1998), menciona que muchos profesionales han reconocido dentro del rango de conductas autodestructivas en niños y adolescentes al suicidio, a la tentativa de suicidio, al abuso del alcohol y drogas y a los desórdenes alimentarios (Anorexia, Bulimia y Trastornos no especificados), huir de casa, la promiscuidad, la prostitución y repetidos embarazos no deseados. Lo importante es observar las consecuencias de éstas conductas y no tanto si son llevadas a cabo de manera consciente o inconsciente.

Las conductas autodestructivas "indirectas" son aquellos actos claramente autodestructivos que se les consideran como tendencias suicidas inconscientes y parecen advertir que esas acciones son intentos para destruirse o para lastimarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. AUTOESTIMA

El interés de lo que un ser humano puede ser y puede convertirse empezó en los años 40/s, creció lentamente en los 50/s, creció mucho más rápidamente en los 60/s y finalmente alcanzó su máximo florecimiento en los 70/s. Actualmente, la psicología humanista y sus conceptos, están fuertemente consolidados y son muy aceptados.



Ya no esta pasado de moda el admitir que el ser está interesado en entenderse a sí mismo, lo que es y lo que puede llegar a ser. Se le ha llamado de diferentes maneras pero actualmente ya no es un movimiento sino una tendencia o acercamiento al vasto campo del autoconcepto y la automotivación.

Las primeras personas o pioneros de la psicología humanista, y que tocaron temas como el autoconcepto y autovaloración, fueron Abraham Maslow y Carl Rogers, entre otros, de donde surge el concepto actual de autoestima

En el mundo actual con sus grandes cambios y fuertes lecciones, tenemos que conocernos mejor a nosotros mismos y cómo relacionarnos mejor con los otros.

Todos los pioneros de la psicología humanista son considerados personas muy individualistas, no hay ninguna teoría totalmente aceptada pero si existen algunos temas muy consistentes:

1. La creencia de que la persona mala o la persona buena son en la mayoría de los casos máscaras e ilusiones puestas por razones que parecieran buenas pero que pueden convertirse en razones rígidas y fuera de control. Aquí hablamos de autovaloración (ponernos en contacto con nuestras cosas más profundas y permitiéndoles salir).
2. Énfasis en la persona como un todo. Considerando la existencia en el ser humano de por lo menos cinco niveles (cuerpo, sentimientos, intelecto, transpersonal y espiritual). Esto significa un gran interés en la integración, es decir, las separaciones en las personas pueden ser sanadas y los huecos en la personalidad pueden ser llenados.
3. El tercer punto abarca la importancia en la psicología humanista de una abundante motivación en el individuo.

http://www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter1.html

http://www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter2.html

La **autoestima** es esencial para la supervivencia psicológica. Se considera en pocas palabras como el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidas se van a conjuntar en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o por el contrario en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Uno de los principales factores que diferencian al ser humano de los demás animales es la conciencia que adquiere de sí mismo y de los demás, es decir, la capacidad de establecer una identidad y darle un valor a su entorno. En otras palabras, tú tienes la capacidad de definir quién eres y luego decidir si te gusta o no la propia identidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El problema de la **autoestima** está en la capacidad humana de juicio. El juzgarse y rechazarse a sí mismo produce un enorme dolor, dañando considerablemente las estructuras psicológicas que literalmente te mantienen vivo.

Dentro de este tercer capítulo se abarcarán los antecedentes encontrados sobre autoestima, las definiciones teóricas sobre la autoestima, rasgos o características, así como también, los estudios que se han realizado sobre el tema.

3.1 TEORIAS SOBRE LA AUTOESTIMA

3.1.1 *Teoría Psicoanalítica:*

3.1.1.1 Erikson (1979).

Dicho autor, escoge al Yo como el instrumento por el cual una persona da la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamientos. Este Yo positivo de Erikson, produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar (autoestima).

Uno de los fundamentos importantes de esta teoría es el Yo, debido a que es uno de los conceptos que conlleva a varias pautas de conducta y en este caso nos ayuda a comprender la **autoestima** como la valorización de nuestros sentimientos, las percepciones de uno mismo y hacia el medio y la adaptación adecuada.

3.1.2 *Investigaciones Empíricas: (social y clínica)*

3.1.2.1 Pérez-Mitre (1969).

Define a la **autoestima** como un fenómeno psicológico y social o al efecto que se traduce a todos aquellos conceptos, imágenes y juicios de valor referidos a uno sí mismo.

La **autoestima** se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados.

A su vez, la **autoestima** se verá determinada por la realización de otros elementos como el yo físico, el ético-moral, el personal, el familiar, el social, la identidad, la autoaceptación, el comportamiento y la autocrítica.

La **autoestima** se establece mediante la unión de varios aspectos, por un lado lo psicológico con la identificación, y el auto-concepto; y por otra lo social mediante lo moral y los principios que una familia establece de acuerdo al medio en que se viva.

3.1.2.2 Coopersmith (1993).

La **autoestima** es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo "**mi**", que consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma. , mediante las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También menciona que la **autoestima** es un juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo.

La **baja autoestima** puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad; mientras que una alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a las críticas, suelen tener mejor salud física y disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.

Dentro de las ideas de Coopersmith, se considera a una persona con una **autoestima** elevada, siempre y cuando tenga la capacidad de establecer un juicio de valor personal positivo hacia el sí mismo; o que una persona presente una **baja autoestima**, proyectando reproches así mismo acompañado de ansiedad y de pérdida de control en las circunstancias que lo rodean,

Es por ello que este autor realizó el test de **autoestima**, con la finalidad de medir y establecer el nivel de autoestima de cada individuo. Para esto participaron el estudio 411 sujetos, 211 mujeres y 200 hombres de la Ciudad de México.

Esta prueba consta de 25 afirmaciones, con respuestas dicotómicas (sí o no). La confiabilidad de dicho instrumento resultó en 0.80 en mujeres y respecto a la validez del constructo se refiere diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima.

Como resultado se encontró la media del inventario que fue de 17.55 con una desviación estándar de 4.6 y un rango de 2 a 25 puntos.

Afirma que los individuos con elevada **autoestima** se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito, manifestando confianza en sus relaciones.

3.1.2.3 González C. Y Rodríguez E. (1993)

La **autoestima** se define como los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia al sí mismo. Es un constructo psicológico de gran importancia para el desarrollo armónico, con las crecientes demandas biológicas, psicológicas y sociales del adolescente.

Aún en distintas etapas de la vida, como la adolescencia, la niñez o la adultez, quienes carecen de recursos psicológicos, estables y competentes con las demandas internas y externas son más vulnerables a la enfermedad somática y a los trastornos en los estados de ánimo.

Estos autores realizaron un estudio sobre la correlación de la **autoestima** (escala de Rosenberg), y sintomatología depresiva con la participación voluntaria de 100 estudiantes de secundarias, siendo un estudio transversal y con una muestra no probabilística. Primero, se aplicó una ficha de datos personales incluyendo sexo, edad y tipo de escuela. Se aplicó también la escala de autoestima diseñada por Rosenberg y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Hubo falta de discriminación debido a que la escala de autoestima fue creada para estudiantes de Norteamérica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una vez realizados los análisis de discriminación y validación de la escala de **autoestima**, se contó con información válida y confiable para correlacionarla con uno de los estados emocionales más frecuentes en la adolescencia: "*el ánimo depresivo*".

En resumen, éstos autores coinciden en que la **autoestima** es el conjunto de pensamientos y sentimientos de cada persona en las diferentes etapas del desarrollo humano; poniendo gran énfasis en la etapa adolescente de donde surge su estudio y del que concluyen el estado emocional más frecuente en dicha etapa (el ánimo depresivo).

3.1.3 Teoría Humanista:

3.1.3.1 Palladino, PH. D. C. (1992)

La **autoestima** es un estado mental. Es la manera en como el individuo se siente y piensa respecto a sí mismo y hacia los demás. Es un sistema interno de creencias y una manera de cómo se experimenta externamente la vida. La expresión "autoestima elevada" se relaciona con tener un sentido positivo del propio valor inherente como persona.

La **autoestima** esta constituida por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que reflejan una actitud positiva de "PUEDO LOGRARLO".

La autoestima es:

- + Confianza.
- + Valoración.
- + Respeto por uno mismo.

De acuerdo al autor la **autoestima** no es un estado fijo o rígido. Cambiará, en relación con las experiencias y sentimientos. La merma de la autoestima está ocasionada con reacciones emocionales negativas.

Experiencias infantiles desafortunadas; críticas de padres, maestros y compañeros, o de la sociedad en general, son elementos que podrán llegar a ocasionar sentimientos de inferioridad y pobre **autoestima**. Si estos sentimientos son reforzados por patrones negativos de creencias, pueden crear hábitos y la autodesvalorización puede llegar a convertirse en la norma de vida de una persona. Las consecuencias físicas, emocionales y psicológicas de esto, influirán en nuestro pensamiento y la mente formará juicios de valor.

La **autoestima** es consciente e inconsciente. Es una evaluación continua de sí mismo, una convicción de lo que se puede y no se puede hacer y la autoestima se puede aprender.

Para dicho autor, la **autoestima** es una relación entre las creencias, vivencias y formas internas de pensar y sentir de una persona con respecto a la manera de aplicarlo y vivir su vida hacia el exterior. La autoestima para este autor no es rígida, va cambiando de acuerdo a las diferentes experiencias de la vida y puede ser consciente o inconsciente y por ende puede aprenderse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.1.3.2 Nathaniel Branden (1994).

En términos simples, la importancia de la **autoestima** reside en la barrera que representa en que el mayor obstáculo para los logros y el éxito no es la falta de talento o habilidad sino más bien, el hecho de que aquellos se vean excluidos del auto-concepto, la propia imagen de quiénes somos y qué es apropiado para nosotros. La mayor de las barreras para el amor es el sentir que no somos dignos de ser amados.

La **autoestima** es un concepto inherente a una sensación fundamental de eficacia y a un sentido fundamental de mérito, a la idoneidad y a la dignidad. La autoestima es una evaluación de mente, mi conciencia y mi persona.

La **autoestima** positiva significa sentirse competente para vivir y merecer la felicidad, ser adecuado para la vida, sus exigencias y sus desafíos. En contraposición tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida, inadecuado como persona, en la propia existencia y responder a los desafíos y alegrías de la vida con un sentimiento fundamental de incapacidad y de desmerecimiento. La baja autoestima tiende a generar depresión y ansiedad.

El nivel específico de nivel evolutivo que tenemos como seres humanos hace que el proceso de auto-evaluación sea inevitable, y de suma importancia para nosotros. De este proceso, necesitamos emerger ya con una **autoestima** positiva. Los tipos de elecciones que hacemos a lo largo de nuestras vidas determinan la clase de autoestima que en un futuro vamos a poseer.

La evasión es un elemento importante en lo que respecta a la **autoestima**, específicamente en situaciones en las que se evita tomar conciencia, donde percibimos que somos capaces de tomar una mayor conciencia y nos negamos a alcanzarla. En conclusión, la autoestima implica una elección volitiva en nuestras vidas.

Este autor centra su teoría de la **autoestima** en que dicho concepto se forma mediante la evaluación de la mente, de la conciencia y de la persona. Y que la alta autoestima será directamente proporcional a la sensación de valía y logros que la persona vaya acumulando a lo largo de su vida y eso forzosamente llevará a una autoevaluación de la propia persona que es igual a la autoestima.

3.1.3.3 Abraham Maslow (1970,1973)

Considerado como uno de los pioneros de esta forma de ver el mundo, Abraham Maslow, propuso la idea clave de la autovaloración (la idea de que nuestro propósito en la vida es seguir un proceso de desarrollo que empiece en la infancia y que frecuentemente queda bloqueada mas tarde).

El concepto de autovaloración significa tomar la vida como un proceso de toma de decisiones, una tras otra, en donde esto nos permitirá actualizarnos como seres humanos en todos los sentidos usando la inteligencia en un periodo que demanda preparación para darnos cuenta de nuestras propias posibilidades, para hacer las cosas que se quieren hacer (autoconcepto y autovaloración).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Todas las personas de nuestra sociedad (con algunas excepciones patológicas), tienen la necesidad o el deseo de evaluarse a sí mismos altamente, firmemente y de manera estable para así lograr un auto-respeto, autoestima y la estima de los otros. Estas necesidades pueden clasificarse de acuerdo a Maslow en dos:

- El deseo de fuerza, adecuación, competencia y seguridad en si mismo hará enfrentar el mundo y lograr independencia y libertad (alta autoestima).
- Deseo de reputación y prestigio, status, fama, dominio, reconocimiento, atención importancia, dignidad o apreciación (la estima que nos den los otros ayudará a formar el autoconcepto personal).

La satisfacción de la autoestima alta debe ser seguida por sentimientos de autovaloración, valía, fuerza, capacidad y ser necesario para el mundo, por el contrario, estas necesidades en un desarrollo inadecuado pueden producir sentimientos de inferioridad y debilidad (baja autoestima).

El contenido motivacional consciente de cada día ha sido concebido por ser relativamente importante y por estar menos cerca de lo relacionado con las necesidades básicas. Estos deseos conscientes (necesidades básicas), deben ser consideradas como síntomas e indicadores de las necesidades básicas.

En conclusión, Abraham Maslow centra la importancia de su teoría en la necesidad de ver al individuo como un todo y con la posibilidad de crecimiento continuo a través de satisfacer las necesidades básicas; que lograrán verse reflejadas en la formación de un autoconcepto saludable y lograr una autovaloración o autoestima elevados.

3.1.3.4 Carl Rogers (<http://oldsci.eiu.edu/psychology/Spencer/Rogers.html>)

Centro de la Personalidad:

- ✓ Tendencia central: De acuerdo a Carl Rogers, este punto se refiere a la tendencia a actualizar las potencialidades inherentes. Este potencial existe en todos los organismos vivos, inclusive en la plantas. Los humanos poseen una forma adicional "el intento de actualizar su self", llamado autovaloración.
- ✓ Características centrales:
 - a) Self: El sentido consciente de cada persona de lo que es.
 1. Gradualmente emerge por experiencias con etiquetas verbales tales como: "Yo".
 2. Realidad fenomenológica: La propia percepción de cada persona con respecto a la realidad. La experiencia es la autoridad mas alta. Si tu piensas que no eres bien parecido o inteligente, esto será parte de tu autoconcepto.
 - b) Necesidad de reforzamiento positivo: Referente a la necesidad universal de aceptación, amor y aprobación por terceros. Particularmente importante durante la infancia.
 - c) La necesidad de un autoreforzamiento positivo. Referente a la aceptación y aprobación proveniente del individuo y que formará parte de su autoconcepto.

- ✓ **Incongruencia:** Cuando hay una división en la experiencia orgánica y el autoconcepto:
 - Previene la autovaloración.
 - Te lleva a un comportamiento defensivo (represión y distorsión).
- ✓ **Reforzamiento positivo incondicional:** Cantidad de amor y aprobación por el comportamiento del individuo (Rogers está en contra del castigo, como significado de controlar el comportamiento).
- ✓ **Congruencia:** Cuando el autoconcepto está de acuerdo con las potencialidades inherentes del individuo y hay mínimas condiciones de valía. Lo que lleva al individuo a abrirse a la experiencia para así lograr un funcionamiento personal completo.

Periferia de la Personalidad:

Rogers discute dos puntos: La tendencia a la autovaloración y al autoconcepto y la no tendencia a esto.

1. **La persona funcionando adecuadamente:** El ideal, en donde la persona ha recibido reforzamientos positivos incondicionales, tiene pocas condiciones de valía y existe congruencia entre el self y las potencialidades:
 - a) **Apertura a la experiencia-**lo contrario a las defensas. Es reflexivo y mas emocional (para el placer y el dolor).
 - b) **Vivir al máximo** cada momento con ausencias de rigidez, es flexible, adaptable y espontáneo.
 - c) **Creencia orgánica:**
 - ° La habilidad para aceptar información de todo tipo y
 - ° La experiencia es la autoridad mas alta.
 - d) **Libertad en experiencias:** Se refiere a la libertad de la persona para escoger entre varias alternativas.
 - e) **Creatividad:** Habilidad para producir nuevas y efectivas ideas y cosas.
2. **Persona mal ajustada:** Ha recibido reforzamientos positivos condicionales y ha desarrollado condiciones de valía. Existe incongruencia entre el self y las potencialidades. Características.
 - a) **Personas cerradas a la experiencia.**
 - b) **Vivir de acuerdo a un plan preconcebido,** generalmente, impuesto por los padres.
 - c) **Personas no intuitivas.**
 - d) **Sentirse manipulado,** sin libertad para escoger.
 - e) **Común y conformista.**
3. **Otros comentarios:**
 - a) **Comparación de ideales.** Existe una cierta cantidad de egoísmo en la teoría de Rogers. Un crítica ha llamado a la psicología humanista como "el narcisismo de nuestra cultura", que estamos tan perdidos en el autoamor que fracasamos en ver la realidad externa. Rogers centra su teoría en la riqueza de las experiencias, la flexibilidad y el cambio espontáneo.

- b) Rogers piensa que estas características de la persona en terapia son mas importantes que la filosofía del terapeuta o de su técnica. Incidentalmente, las investigaciones soportan esta posición:
- Congruencia: que tengan la capacidad de demostrar a los otros honestidad y sinceridad. No tienen que ser perfectos, solo tienen que saber jugar con los clientes.
 - Empatía: Ser capaces de ponerse en los zapatos del otro.
 - Aprender del cliente: Un buen terapeuta debe saber callarse y escuchar. La Terapia tiene dos caminos y el terapeuta también debe verse beneficiado. Rogers siempre llevó a cabo de doce a veinte horas de terapia por semana.
 - Reforzamiento positivo incondicional: El terapeuta debe ser, genuinamente, como el cliente. No debe aprobar sus comportamientos pero si debe tener la capacidad de separar el pecado del pecador.

3.1.3.5 Liliانا Villagra

(<http://geocities.com/HotSprings/Villa/3857/bajaautoestima.html>)

Villagra considera que todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aún cuando sean conscientes. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo hacia nosotros mismos dando un puntapié inicial a la depresión. Las consecuencias de éstos sentimientos pueden asumir muchas formas: Odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad, repentinos cambios de humor, culpa, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotente y autodestructivo; siendo tóxico para nuestro organismo.

Para lograr una buena autoestima lo primero que hay que hacer es creer en nosotros mismos y de que la existencia tiene un sentido, es decir, una meta.

A partir de la inautenticidad se originan los mayores sufrimientos, las enfermedades psicológicas, la depresión, la neurosis, y ciertos rasgos que pueden no llegar a ser patológicos pero constituyen una fuente de insatisfacciones y de dolor: timidez, baja autoestima, vergüenza, temores y trastornos psicósomáticos.

Dentro de la psicología humanística, Villegas, basa su teoría en la fuerte creencia de la existencia de una naturaleza positiva de los seres humanos que dan una perspectiva terapéutica favorable a sus sufrimientos. Cada persona tiene en sí el mandato de satisfacer su potencial, por lo que la tendencia a la autorrealización es inherente a la condición humana.

La baja autoestima suele ser un ser que no tiene plena confianza de las posibilidades propias, bien sea por experiencias que así lo han hecho sentir, es decir, las personas importantes en la vida del sujeto que mediante mensajes de confirmación o desconfirmación refuerzan el sí mismo o lo denigran.

3.2 EDUCACION Y AUTOESTIMA.

Es muy importante que los alumnos de nuestra época desarrollen una **autoestima** positiva para que de esta manera se desenvuelvan en un ambiente de cordialidad y afecto permanente, y que el amor y la generosidad sean el centro de todas las vivencias que se les ofrezcan tanto en la escuela como en el hogar.

La toma de conciencia del sí mismo se va dando con la interacción del niño con el ambiente, así él irá procesando poco a poco la forma en que lo perciben. Durante los primeros 5 o 6 años, la **autoestima** del niño se forma casi exclusivamente en la familia nuclear. Posteriormente, cuando comienza a acudir a la escuela intervienen otras influencias pero la familia sigue siendo importante durante toda su adolescencia.

En la actualidad se afirma que existe una estrecha relación entre el rendimiento escolar en los niños y su **autoestima**, ya que la falta de miedo al fracaso los hace mas espontáneos, mas abiertos a la experiencia y al aprendizaje.

Por el contrario, los niños con una **autoestima** baja tratan de pasar inadvertidos, son mas retraídos, se ven tristes o enojados, temen expresar ideas poco comunes, piensan que los demás los rechazan, son tímidos y caen fácilmente en comportamientos agresivos.

La buena **autoestima** de los niños requiere de adultos que también tengan una elevada autoestima: Profesores y Padres (Bizarra Sánchez I. 1995)
<http://www.congreso.cl/biblioteca/estudio/educaci.htm>

3.3 CARACTERISTICAS DE LA AUTOESTIMA.

De acuerdo al acervo de la biblioteca de Salud y Nutrición, las características de la **autoestima** son las siguientes:

- * La percepción valorativa de mi ser, de quién soy yo, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran mi personalidad.
- * La **autoestima** se aprende, fluctúa y la podemos mejorar.
- * El nivel de **autoestima** es el responsable de muchos éxitos y fracasos escolares.
- * Una elevada **autoestima**, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que un bajo nivel de autoestima enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.
- * La **autoestima** es importante porque nuestra manera de percibirnos y valorarnos moldea nuestras vidas.
- * En la adolescencia los mensajes se superponen.
- * En la cultura actual, hay un culto a la belleza y el Yo corporal está hipertrofiado.
- * La identidad haya que renegociarla en varios momentos de la vida, principalmente, en la adolescencia.
- * El autoconcepto no se consolida para siempre, se cambia en la diferentes etapas de la vida de una persona.

Se cree que mientras mas positiva sea nuestra autoestima, entonces:

- Estaremos mas preparados para afrontar las adversidades.
- Más posibilidades tendremos de ser creativos en nuestro trabajo.

- Tendremos mas oportunidad de entablar relaciones enriquecedoras.
 - Estaremos mas inclinados a tratar a los demás con respeto.
 - Más contentos estaremos por el mero hecho de vivir.
- (Biblioteca de documentos: Salud y Nutrición
<http://www.pntc.mec.estrecaula/etapas/secundar/optativa>).

Se ha llegado a encontrar, que aparte de los problemas biológicos no existe una sola dificultad psicológica que no esté ligada a una **autoestima** deficiente:

- ✦ Depresión.
- ✦ Miedo al éxito.
- ✦ Angustia.
- ✦ Abuso al alcohol
- ✦ Miedo a la intimidad

Si nos enfocamos en el periodo del desarrollo adolescente incluyendo a la **autoestima**, podemos decir que, un adolescente con autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue, y lo que es más, el adolescente termina esta etapa de su vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la **autoestima**; es la etapa en que la persona necesita lograr una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. El desarrollo adolescente es una época en la que se ponen sobre el tapete no pocas cuestiones básicas; pensando en el sentido de la elección de una vocación, en los futuros planes para ganarse la vida, en el matrimonio, en los principios básicos de la existencia, en la independencia de la familia y en la capacidad para relacionarse con el opuesto. A éstos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que hasta dicho momento del desarrollo no se hayan resuelto y que surjan de nuevo.

Sea cuál fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima. La **autoestima** también influye sobre el adolescente en:

- Como se siente
- Como piensa, aprende y crea
- Como se valora
- Como se relaciona con los demás, y
- Como se comporta

Los aspectos positivos que refuerzan al adolescente hacia la edad adulta son:

- ω Saber con claridad, con qué fuerzas, recursos, intereses y objetivos se cuenta.
- ω Relaciones personales afectivas y satisfactorias
- ω Claridad de objetivos
- ω Productividad personal (en casa, en el colegio y/o en el trabajo).

La **autoestima** puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente 4 aspectos definidos:

1. Vinculación.- Resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que también los demás reconocen como importantes.

2. Singularidad.- Resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquéllas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

3. Poder.- Consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

4. Modelos o pautas.- Puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados (humanos, filosóficos y prácticos), que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios.

El adolescente con escaso sentido de singularidad o baja **autoestima**, se expresará de alguna de las siguientes formas:

4 Hablará negativamente de sí mismo y de sus logros

4 Se enorgullecerá poco o nada de su apariencia, y

4 Rara vez propondrá ideas originales.

http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/autoestima_nya.htm

FALTA
PAGINA

36

IV. IMAGEN CORPORAL

Se considera a éste tema de gran importancia ya que todos y cada uno de los seres humanos, hombres o mujeres, formamos una percepción de nuestro propio cuerpo (positiva o negativa), a lo largo de nuestro desarrollo. Y debido a esta forma de percibirnos será la manera en cómo lleguemos a desarrollar o no trastornos de la conducta alimentaria.

En éste cuarto capítulo, cotejaremos diferentes Definiciones sobre la **imagen corporal**, así como, su relación con los trastornos de la alimentación, su medición y su diagnóstico diferencial para sentar las bases teóricas necesarias para la discusión de ésta investigación.

4.1 DEFINICIONES DE IMAGEN CORPORAL

4.1.1 *Corriente Psicoanalítica.*

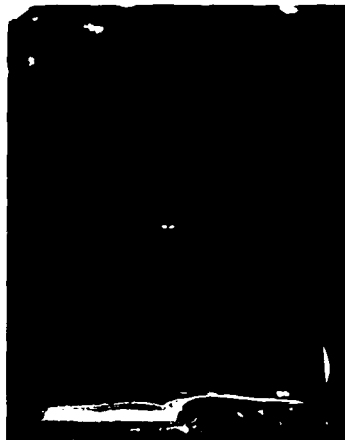
4.1.1 Anna Freud (1984)

La **imagen corporal** ayuda a comprender los problemas del adolescente, para quién el cuerpo asume una nueva significación. Definió a la **imagen corporal**, como la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, así como, el modo en que lo vemos.

Todos tenemos una imagen mental de nuestra propia apariencia que es algo más que una imagen en un espejo y que puede o no aproximarse a nuestra apariencia real. La **imagen corporal** abarca la visión que tenemos de nosotros mismos no sólo fisiológicamente, sino también sociológica y psicológicamente.

En la adolescencia ésta conciencia de uno mismo se intensifica debido a los cambios físicos radicales que tienen lugar en la introspección y en el énfasis que pone el grupo de pares. Los rápidos cambios de la adolescencia imponen una revisión de la **imagen corporal** en el preciso momento en el que el joven se haya preso de gran agitación afectiva, de modo que siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él y se preocupa demasiado comparándolo con sus compañeros.

Las perturbaciones de la **imagen corporal** se pueden manifestar en una directa preocupación por el aspecto y el funcionamiento físico y en una variedad de pautas de conducta, así como, adaptación inaceptable con presencia de ansiedad y depresión.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La estructura de la **imagen corporal** para Anna Freud (1984) está determinada por:

- a) *La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional.*- La **imagen corporal** cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia. Las alteraciones graduales de la apariencia y el peso son fácilmente asimiladas dentro de la imagen dominante que tiene el niño. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anomalías que ya estaban presentes en la niñez asumen una nueva significación. La obesidad y efectos menores en el aspecto físico, tales como el tamaño o la forma de la nariz o las orejas, la textura del cabello y particularidades cutáneas, pueden convertirse en factores importantes en el equilibrio o desequilibrio de la personalidad.
- b) *Factores psicológicos internalizados.*- Los adolescentes que carecieron de una relativa estabilidad cuando niños debido a perturbaciones de la relación con sus padres, y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tienen dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares o vocacionales de la adolescencia. Cuanto más ineficaces fueron sus adaptaciones en la primera fase de la infancia, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia.

La **imagen corporal** es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias, teniendo aspectos conscientes o inconscientes. Durante la niñez los componentes esenciales de la personalidad, pueden ser el concepto que tiene el individuo de su propia importancia, el grado de independencia, su autoestima y sus sentimientos de seguridad están ordenados de acuerdo con la capacidad del niño y las exigencias y necesidades de su edad. El adolescente trastorna este ordenamiento creando confusión en sus respuestas, por lo que al llegar al mundo adulto tendrá que reordenar éstos componentes. Todo adolescente necesita tener una sensación de su propio valor, y cualquier cosa que lo haga sentir inadecuado o inferior puede suscitar prontamente en él alguna clase de reacción defensiva. También pueden sufrir diversos trastornos de la personalidad que lo manifiestan en distorsiones del concepto del cuerpo.

Los adolescentes se muestran extraordinariamente sensibles a propósito de su concepto del yo, reaccionando ante lo que piensan de sí mismos y lo que los demás piensan de ellos, siendo que su imagen se haya en constante fluidez están demasiado vulnerables a los juicios.

- c) *Imagen corporal ideal.*- El adolescente formula una **imagen corporal** ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. A lo largo de su niñez se le ha comparado con otros respecto a la altura, peso y la inteligencia. Ahora el adolescente se compara si darse cuenta con sus pares. Los medios de comunicación de masas contribuyen con un énfasis excesivo en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando al que se aparta de él. Para aumentar su confusión, el adolescente descubre que a menudo el ideal del yo, el concepto abstracto de la persona que se esforzó en el curso de la niñez, basado habitualmente en identificaciones con el padre del mismo sexo y con la conceptualización del ideal del otro sexo no exacto como modelo de lo que él quisiera ser en la adolescencia. Durante éste período en el que el ideal del yo es tan inestable, el adolescente puede sentirse muy ansioso e inclinarse hacia el grupo de sus padres.

Para Anna Freud (1982) la **imagen corporal** es la imagen que formamos de nuestra mente acerca de nuestro propio cuerpo (que puede ser real o no). Esta visión de nuestro propio cuerpo no sólo será fisiológicamente sino también sociológica y psicológicamente.

La autora pone gran énfasis en la etapa adolescente ya que de acuerdo a su teoría esta conciencia se intensifica debido a los cambios físicos tan bruscos que se presentan.

4.1.2 Investigaciones Empíricas (social y clínica)

4.1.2 .1 Gómez Pèrez-Mitre, Saucedo y Unikel, S. (1994)

La **imagen corporal** se considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera particular hacia la propia apariencia. Se observa que el prototipo de la mujer bella en México es una mujer joven, con edad promedio de 25 años, esto es, mujeres de 18 a 21 años con un IMC (índice de Masa Corporal) promedio.

Se considera que un cuerpo con curvas refleja femineidad y se ha asociado con un intelecto bajo, entonces éstas asociaciones culturales sensibilizan a la mujer con respecto a cómo es percibida su inteligencia y preocupada por esto prefiere tener una figura delgada.

Las mujeres mexicanas han hecho suyo el ideal de una **imagen corporal** delgada demostrándose que son problemas que se extienden rápida e interculturalmente y se producen en mayor o menor medida en toda sociedad moderna independientemente del desarrollo en el que se encuentre.

En un estudio realizado por Unikel, Pèrez-Mitre y Saucedo, en mujeres adolescentes Norteamericanas resultó que consumen alimentos "lights" debido a la insatisfacción con su **imagen corporal**, que tiene que ver con la aprobación de una imagen ideal tan delgada que en la práctica pudiera calificarse como una imagen anoréctica.

La insatisfacción con la **imagen corporal** constituye el común denominador de los desórdenes de la conducta alimentaria, es decir, en la Anorexia Nervosa, en la Bulimia Nervosa y en la Obesidad. Su origen es de carácter psico-social y de naturaleza cognoscitiva ya que interviene el proceso de conocimiento que involucra percepción, aprendizaje y pensamiento. Además, es actitudinal ya que expresa afecto y aceptación o rechazo hacia la figura corporal. Así que la insatisfacción con la imagen corporal implica conocimiento, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto socializado internaliza, adopta y construye.

Gómez Pèrez-Mitre, G. (1995), considera que la **imagen corporal** se relaciona con el concepto del "self" o el sí mismo, que es la parte cognoscitiva del yo, en tanto que la autoestima constituye la dimensión afectiva.

Estos autores concluyen que la **imagen corporal** no es solo la actitud hacia el propio cuerpo sino mas bien hacia la propia apariencia que ese cuerpo refleja; asociado a ideologías culturales. Consideran la insatisfacción con la imagen corporal como el común denominador de los desórdenes de la conducta alimentaria.

4.1.2.2 Raich Escursell, R. y cols. (1998)

Desde un punto de vista neurológico la **imagen corporal** constituye una representación mental dramática de la conciencia corporal de cada persona.

Las alteraciones de la **imagen corporal** serían el resultados de una perturbación en el funcionamiento cortical como miembro fantasma.

De acuerdo a estos autores, la formación de la **imagen corporal** se centra en representaciones mentales pero básicamente en el funcionamiento fisiológico (funcionamiento cortical), dependiendo de esto habrá alteración o no en la **imagen corporal**.

4.1.2.3 Wapner S., Werner H. y Otros (1969)

Al avanzar en el estudio del fenómeno de la **imagen corporal**, se ha comprobado que las actitudes del individuo normal con respecto a su cuerpo reflejan importantes aspectos de su identidad. Los sentimientos individuales sobre el propio cuerpo (sentirlo grande o pequeño, atractivo o no, fuerte o débil), proporciona mucha información acerca del concepto que ese individuo posee sobre su cuerpo o de la manera característica en que se relaciona con los demás.

Hay dos factores principales que caracterizan la percepción del propio cuerpo:

- ✓ El cuerpo es el único objeto que simultáneamente se percibe y a la vez forma parte del sujeto que percibe.
- ✓ El cuerpo como objeto de percepción, compromete intensa e inusualmente al Yo.

Sabemos que el individuo va organizando muy tempranamente las percepciones de su cuerpo, comenzando a sobrevalorar algunas partes y a minimizar otras. Algunas áreas del cuerpo persistirán en la conciencia, y otras serán negadas hasta el punto de ser casi inexistentes en sentido perceptual.

El grado de temor que un adulto experimenta hacia su propio cuerpo está altamente correlacionado con el temor que le producía en la infancia. La ansiedad frente al cuerpo en los primeros años parece ser la causa de la aparición de ciertos modos de comportamiento posterior.

Para medir el problema de la **imagen corporal** se han dado diferentes generalizaciones respecto de las estrategias de investigación más comunes. En primer lugar, se ha tratado de conceptualizar la percepción del propio cuerpo como un caso especial de la percepción en general.

Lo importante de este proceso unificador se incrementa por el hecho de que uno de los parámetros perceptuales más simples como el tamaño tiene grandes posibilidades puesto que sirve para medir las actitudes del individuo frente a la **imagen corporal**.

La percepción sobre el tamaño corporal puede reflejar variables tales como:

- ° Capacidad para formular juicios independientes.
- ° Grado de desorganización.
- ° Exposición al aislamiento sensorial, e
- ° Ingestión de drogas psicotizantes.

(Wapner S., Werner H. y otros, 1969)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para resumir, éstos autores, mencionan que la **imagen corporal** refleja aspectos de la identidad de la persona, así como, de los sentimientos que el individuo tiene sobre el propio cuerpo.

4.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACION CON LA IMAGEN CORPORAL.



Entre las variables catalogadas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, deben señalarse la distorsión de la imagen corporal: Sobre-estimación y sub-estimación; satisfacción-insatisfacción con la **imagen corporal**, nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal.

Gómez Pérez – Mitre, G. (1997), mencionan que las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales. Son el resultado de la interacción como:

- Las condiciones sociales externas como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos, los medios de comunicación que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor, etc.; según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades Occidentales y altamente industrializadas.
- Variables objetivas individuales: Peso o tamaño y forma real.
- Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.
- Variables psicosociales subjetivas como la autopercepción y percepciones de los otros en cuanto a peso o tamaño corporal y a la forma; como también al peso y forma deseada o figura ideal, auto-atribuciones, auto-concepto y autoestima.

Brownell y Napolitano, citado por Gómez Pérez – Mitre (1997), nos señalan que la moda (proporcionado por los medios de comunicación) nos hacen notar que los niños desde muy temprana edad y cotidianamente se exponen al modelo corporal que representan los famosos “Barbie o Ken”, que van conformando a través del juego las figuras ideales que en la pre-adolescencia o en la adolescencia intentarán hacer valer.

El término trastorno de la **imagen corporal** puede aclararse mediante los dos factores que mencionan Raich y Escursell, R. (1998):

- a) Se trata de una constelación de aspectos como un conjunto, y
- b) Representa un grado de malestar o inhabilitación más severo que es expresado por otros términos o por una simple alteración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Las características del trastorno dismórfico son a veces tan parecidas a los trastornos obsesivos-compulsivos que se han propuesto incluso como una variante de éstos. La diferencia es que las obsesiones y compulsiones recaen en su apariencia y no en contaminación, orden o impulsos incontrolables.

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal, de modo que la similitud entre los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: Preocupación persistente con el peso y la silueta.

El trastorno dismórfico presenta paralelismos con el trastorno hipocondríaco, en el sentido de que las personas que sufren uno u otro trastorno presentan la convicción de que tienen un defecto corporal que es inexistente y/o exagerado. En ambos, el pensamiento provoca ansiedad que se trata de aliviar con rituales de comprobación corporal y de búsqueda de opiniones externas que los tranquilice. Así como los pacientes hipocondríacos utilizan excesivamente los servicios médicos en busca del diagnóstico o de la curación, los del trastorno dismórfico buscan remedios de belleza.

4.3.1 Autoconcepto y Salud Mental

El autoconcepto ha sido estudiado a través del tiempo por diversas corrientes psicológicas, entre ellas, el psicoanálisis (guiado por Sigmund Freud), así como por el conductismo y por algunos teóricos del campo de la psicología social. Freud ayudó al desarrollo del concepto del "self" definiéndolo como la evaluación subjetiva de un individuo como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién es y qué es. El Yo representa una organización cuya función es evitar el sufrimiento y dolor al oponerse a la descarga de los impulsos con la finalidad de adaptarse a las exigencias del mundo exterior.

La idea general de Eric Erikson sobre el Yo, es que continúa adquiriendo nuevas características a medida que encuentran otras situaciones de la vida. Escoge al yo como instrumento por el cual una persona da la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planeamiento. Este yo positivo produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar.

El peso real se refiere al resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del índice de masa corporal (peso/talla). (Simopoulos, citado por Gómez Pérez – Mitre, 1995).

El peso imaginario puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Funciona éste peso, en la dirección de una sobre-estimación del tamaño del cuerpo lo que conduce también a una sobre-estimación del peso corporal, con un aumento en las respuestas de miedo o temor a subir de peso, de rechazo hacia la gordura y de preocupación por la comida. Es importante señalar, que la respuesta de sobre-estimación se produce sin que la persona tome en cuenta el peso real. (Gómez Pérez Mitre, G. 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Distorsión de la imagen corporal, que a diferencia de peso real y peso imaginario, se le conoce como distorsión de la imagen corporal. Entre los anoréxicos y Bulímicos se han encontrado los mayores efectos de ésta distorsión. La imagen corporal también, corresponde a una categoría subjetiva: se refiere a una representación psicosocial en que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen (Gómez Pérez – Mitre, G 1995).

4.3.2 Imagen Corporal en los Trastornos de la alimentación.

Según Gómez P, Saucedo y Unikel S. (1996) la conducta alimentaria es una conducta psicosocial. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse posteriormente por los padres, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores.

Algunas experiencias para desarrollarlo es la sensación del cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos, por la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. El cuerpo percibido tiene como referente normas de belleza y de rol por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Habría que agregar la influencia que en la construcción de la imagen corporal tiene el contexto socioeconómico y el entorno cultural en tanto ésta puede diferir según la edad, género y la clase social entre otras variables ambientales. Se ha establecido que una **imagen corporal** negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y con otras dificultades psicosociales, en tanto que estar satisfecho con la imagen constituye un factor de adaptación social.

4.3.3 Medición de Efecto de la Alteración Corporal

En la medición de Alteración de la **Imagen Corporal** la diferencia que se interpreta es la que se produce entre la variable de autopercepción, al peso corporal menos IMC (Índice de Masa Corporal) real. Una no diferencia entre la percepción subjetiva y la IMC real se interpreta como no distorsión mientras que una diferencia positiva corresponde al efecto de sobre-estimación (Se percibe más gruesa de lo que está), y una negativa al de sub-estimación (Se percibe más delgada de lo que está).

El IMC (Índice de Masa Corporal) tiene importancia técnica y práctica, permite expresar y clasificar de manera simple y eficiente el peso corporal y se puede reducir más el costo si la medición se hace en peso y talla estimados. (Gómez Pérez – Mitre, Saucedo y Unikel, S, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. METODOLOGÍA

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer el posible riesgo del síntoma de trastorno de la conducta alimentaria y su relación con la autoestima.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Describir el riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria a nivel universitario.

- Conocer si existe alguna relación entre la variable baja autoestima y las subescalas del EAT-40 (Siempre, Casi Siempre, Bastabntes Veces, Algunas Veces, Casi Nunca y Nunca) y, de ser así su relación con los trastornos de la conducta alimentaria.

- Conocer si existe alguna relación entre la variable edad y el riesgo de síntomas de algún trastorno de la conducta alimentaria.

5.3 HIPOTESIS.

Hipótesis General.-

HI- Las mujeres adolescentes con autoestima baja presentan mayor riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

HO- Las mujeres adolescentes con autoestima baja no presentan ningún riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

Hipótesis Conceptual.- Si emocionalmente las mujeres adolescentes a nivel universitario tienen autoestima baja, entonces, la presencia de síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria será mayor.

* Desarrollo de síntomas de riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria:

- Existe relación entre la elección de carrera y el riesgo de Síntoma de Trastorno de la conducta Alimentaria.

H1- Los estudiantes de Diseño Gráfico, CTI, y Mercadotecnia , presentan mayor riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria debido a que están más expuestos a los medios de comunicación que el resto de las carreras.

H1o- No existe diferencia alguna en los niveles de riesgo a desarrollar síntomas de trastorno de la conducta alimentaria entre los estudiantes de las licenciaturas de Diseño Gráfico, CTI y Mercadotecnia y el resto de las carreras.

- Existe relación entre la edad y el riesgo de Síntomas de trastorno de la Conducta Alimentaria.

H2- A mayor edad, menor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria.

- A mayor edad, mayor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria.

H3- A menor edad, menor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria.

- A menor edad, mayor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

* Autoestima:

H4- A mayor edad, menor nivel de autoestima

- A mayor edad, mayor nivel de autoestima.

H5- A menor edad, menor nivel de autoestima.

- A menor edad, mayor nivel de autoestima.

H6- A mayor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria, menor nivel de autoestima

- A mayor riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria, mayor nivel de autoestima.

H7- A menor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria, menor nivel de autoestima.

- A menor riesgo de trastorno de la Conducta Alimentaria, mayor nivel de autoestima.

Hipótesis Nula.- No habrá diferencias significativas entre Autoestima y presencia o ausencia de riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

5.4 VARIABLES.

En esta investigación intervienen las siguientes variables.

VD α Presencia de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

VI: α La autoestima.

5.4.1 Definición conceptual:

Como se vio en capítulos anteriores, existe una diversidad de definiciones con relación a la autoestima. Por lo tanto, tomare la definición que hace Coopersmith, el autor del Test, para esta investigación y que es la más adecuada para ella.

Coopersmith (1993) define a la autoestima como la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue. Es un juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo.

En el caso de "síntomas de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria", como lo llaman los autores, debido a que constituye un índice objetivo y válido únicamente respecto a la gama sintomática que compone a los síndromes de cualquier trastorno. Por tanto, sugieren su uso como instrumento de screening o tamizaje para identificar casos actuales o incipientes de trastorno alimentario.

5.4.2 Definición operacional:

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Test de Actitudes en el Comer (EAT-40), elaborado por David Garner y Paul Garfinkel y que de acuerdo a la manera en que ellos lo percibieron y definieron, permite identificar casos actuales o incipientes de riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria. Esto puntualizado por los creadores que determinaron que dicho test no podía diagnosticar al 100% la presencia o ausencia del trastorno sino únicamente si existen síntomas o no.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El segundo, el Inventario para adultos de Coopersmith, destinado a medir el nivel de autoestima de cada uno de los individuos.

5.5 POBLACION

La población de esta investigación son todos los adolescentes del sexo femenino, de universidades particulares, con un rango de edad de los 18 a los 24 años. Los estudiantes tienen un nivel socioeconómico medio y medio alto.

5.5.1 MUESTRA

En esta investigación se toma una muestra en la que participarán 211 estudiantes universitarios de sexo femenino de una universidad privada. Tomando un rango de edad de los 18 a los 24 años.

5.6 INSTRUMENTO DE EVALUACION.

Para esta investigación los instrumentos de evaluación utilizados serán:

1. Inventario para Adultos de Coopersmith, destinado a medir el nivel de autoestima de cada uno de los individuos, el cual consta, de 25 reactivos de tipo no verbal, autocopiable y con dos únicas respuestas (Sí o No), se puede aplicar de forma individual o grupal y no hay tiempo límite para su elaboración.

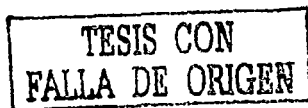
< **CONFIABILIDAD.**- La confiabilidad de la prueba fue realizada por Ryden (1978) y encontró una confiabilidad test-retests de 0.80 en mujeres, en periodos de 6 a 58 semanas.

< **VALIDEZ.**- Con respecto a la validez del constructo se refieren diferencias significativas entre los grupos de alta y baja autoestima. La validez concurrente, evaluada a través de correlaciones de Pearson, entre el IAC y el CPE muestra, según lo esperado, una correlación muy alta y negativa entre la autoestima y neuroticismo, y positiva entre autoestima y extraversión; las correlaciones positivas con deseabilidad social y negativa con psicoticismo también caen dentro de lo esperado. Las diferencias entre grupos de edad, estado civil, escolaridad y ocupación se estudiaron por medio de análisis de varianza de una vía y en aquellos en que se encontraron diferencias significativas se llevaron a cabo comparaciones de medias con el método de Duncan.

< **VALIDEZ DE CONSTRUCTO.**-

Posteriormente, debido a que en la lengua hispana existen pocos datos estadísticos sobre instrumentos de medición de la autoestima, los investigadores Lara Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés, se propusieron como objetivo de estudio determinar la validez de constructo y concurrente, así como la confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1967).

En el estudio participaron 411 sujetos, 211 mujeres y 200 hombres de la ciudad de México. Los resultados del Inventario de Autoestima fue de 17.55 de media, con una desviación estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos, una kurtosis de 0.171 y simetría de -0.76.



La validez se evaluó estimando el poder de discriminación de los reactivos de las calificaciones altas y bajas por medio de las pruebas "T". Todos los reactivos discriminaron significativamente ($p=0.05$).

La confiabilidad evaluada con el Coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81.

Para el análisis de los resultados de dicha investigación tomaremos como punto de corte 21 ya que a pesar de que el autor (Coopersmith), en su artículo determina un punto de corte de 17, tomamos una desviación estandar por arriba por la especificidad y sensibilidad del instrumentos; pues así nuestra muestra se distribuye mejor y no corremos el riesgo de sesgar la muestra hacia correr el riesgo de tener falsos negativos (que no tengan alta autoestima y pasen como que tengan alta autoestima),

2. Test de Actitudes en el Comer (Eating Attitudes Test, EAT-40). Instrumento elaborado por David M. Garner y Paul E. Garfinkel, el cuál se aboca a identificar casos actuales o incipiente de síntoma de trastorno de la conducta alimentaria en aquellas poblaciones con un riesgo elevado de desarrollar este desorden. Consta de 40 reactivos cada uno de los cuales tiene 6 opciones de respuesta (Nunca, Casi Nunca, Algunas Veces, Bastantes Veces, Casi Siempre y Siempre), de las cuales el sujeto deberá escoger la que mejor exprese su forma de pensar con respecto a dicho tema.

Administración.-

Es un Test no verbal e igualmente puede ser aplicado de forma individual o de forma colectiva y no hay límite de tiempo.

Su procedimiento de validación (Garner y Garfinkel, 1979), se basó en dos grupos independientes: uno de anorécticas nerviosas ($n=33$) cuya edad promedio fue de 22.5 años, y otro grupo de sujetos control ($n=59$).

< CONFIABILIDAD.-

El EAT mostró un coeficiente de fiabilidad con consistencia interna de 0.79 para a muestra de anorécticas y se 0.94 para el grupo control. Por lo que Garner y Garfinkel en el año de 1979 determinan que este instrumento mostró poseer un alto grado de consistencia interna. A su vez, estos autores evaluaron la validez predictiva del EAT mediante una correlación biserial entre el puntaje total en el EAT con los grupos, obteniendo un coeficiente de validez de $r=0.87$, lo cual reveló que el Test es un buen predictor.

< VALIDEZ.-

En cuanto a la validez discriminante, los autores inicialmente comoararon entre sí a 4 grupos: anorécticas nerviosas ($n=33$), control ($n=59$), hombres ($n=49$) y obesos ($n=16$), en cuanto a la puntuación promedio total del EAT. El análisis de varianza reveló que la puntuación del primer grupo ($x=88.9+/-13.3$) era significativamente mayor a la de los otros grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento.-

El procedimiento de validez predictiva situó el punto de corte ideal en 30, el cuál permitió eliminar totalmente los falsos negativos de Anorexia Nervosa y obtener solo un 13% (n=6) de falsos positivos. El análisis derivó siete factores:

1. Preocupación por la comida
2. Imagen corporal e idealización de la delgadez
3. Autoprovocación del vómito, o bien el uso de vomitivos y laxantes, esto como medida del control de peso.
4. Práctica de un régimen dietario restrictivo.
5. Alimentación lenta.
6. Alimentación clandestina, y
7. Presión social percibida respecto a la indeseabilidad del aumento de peso.

Sin embargo, estos resultados factoriales, según mencionan Garner y Garfinkel (1979), solo fueron considerados como tentativos, en razón de que el tamaño de la muestra con que trabajaron en este estudio, no era el óptimo para llevar a cabo este análisis factorial.

Estos autores concluyen que el EAT constituye un índice objetivo y válido respecto a la gama sintomática que compone al síndrome de anorexia nervosa. Por tanto, sugieren su uso como instrumento de screening o tamizaje para identificar casos actuales o incipientes de trastorno alimentario en poblaciones de alto riesgo de desarrollarlos.

Posteriormente, los mismos autores realizaron un segundo análisis en el año de 1982 con una muestra mayor y sucesivamente se desarrollaron a partir de estos algunos otros análisis.

< RE-VALIDACIÓN.-

Actualmente, se hizo un análisis de validación del mismo (Alvarez, 2000), quién llevo a cabo dos fases para su trabajo de investigación, la primera fase la construyó una muestra de tipo no probabilístico constituida por 2,168 estudiantes de sexo femenino con un rango de edad de 15 a 30 años ($x=18.5+2.7$). De las cuáles el 34.2% (n=742) correspondieron a Instituciones privadas y el 65.8% a Instituciones Públicas (n=1427), así mismo, el 48% (n=1042) fueron del nivel educativo Medio Superior y el 52% (n=1027) del nivel Superior.

En la segunda fase, la muestra fue no probabilística de tipo intencional, constituida por 138 jóvenes del sexo femenino, con rango de edad de 10 a 27 años ($x=16.3+3.9$). El 8% (n=11) de nivel escolar básico, 30% (n=42) a nivel medio básico, 29% (n=40) al medio superior y el 33% (n=45) al nivel superior, a los cuáles se les dividió en dos grupos, uno con trastorno alimentario y el otro el grupo control o sin trastorno alimentario.

< CONFIABILIDAD.-

La confiabilidad de dicho análisis partió de métodos basados en una sola aplicación de tests, evaluando específicamente la consistencia interna de ambas escalas. Para esto se analizó la distribución de frecuencia de población (n=2168), en cuanto a su puntuación total del EAT, la cuál fue $16.21+9.05$. El pico de frecuencia se situó en el rango de puntuación de 8 a 12, aunque de acuerdo a la curva de normalidad éste se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

situará en el rango de puntuación de 15 a 17. cabe señalar que de acuerdo al punto de corte del EAT de >30 establecido por Garner y Garfinkel (1979), el 8.2% de éstas jóvenes rebasaron dicho punto de corte.

El análisis de confiabilidad reportó que el EAT cuenta con un adecuado grado de consistencia interna ($\alpha=0.83$).

Con respecto a la correlación existente entre cada uno de los 40 reactivos del EAT con el valor total, por medio del Coeficiente de Pearson Φ , se observó que todos los reactivos se correlacionaron de manera positiva y significativa con el puntaje total. Sin embargo, sólo 5 ítems mostraron un coeficiente de correlación con la suficiente magnitud para predecir ($r>0.50$). En el caso de 14 reactivos, su correlación fue moderada ($r>0.30$), mientras que 9 ítems mostraron un correlación débil. Finalmente, fueron dos de las preguntas pobremente correlacionadas con la puntuación total del EAT (siendo las: 1,2,3,13,17,18,19,23,24,27,28 y 39).

Mediante éste análisis se decidió eliminar 6 de los factores originales (8,9,10,11,12 y 13) conservando así una estructura de 7 factores con la cuál se explica el 37.2% de la varianza total.

Así, el mejor punto de corte del EAT se estableció en >20, lo cuál difiere sólo dos puntos respecto al punto de corte establecido por Garner y Garfinkel en 1979, quiénes lo situaron en >30, lo anterior permite eliminar la probabilidad de error.

Ambos instrumentos son confidenciales y con fines exclusivos para la investigación.

Para el análisis de los resultados de este instrumento, el punto de corte definido por los autores es de 29.

5.7 PROCEDIMIENTO

Este estudio de investigación es de tipo exploratorio, transversal, ya que este estudio de una sola muestra se llevará a cabo una sola vez sin tomar en cuenta la evolución del problema mas adelante.

Para dicha investigación se aplicaron el Inventario para Adultos de Coopersmith y el Test de Actitudes en el Comer (EAT-40); dichos instrumentos fueron aplicados a los sujetos de forma grupal, A una muestra de 211 estudiantes de sexo femenino,

Se aplica en forma grupal, explicando claramente a los estudiantes el propósito de la aplicación y el contenido de los cuestionarios, y se les pide que contesten de manera sincera, de acuerdo a sus creencias, pensamientos o sentimientos acerca del tema. Los cuestionarios no tienen límite de tiempo aunque tienen una duración de 30 minutos aproximadamente.

5.8 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño estadístico para nuestra investigación, es el **diseño estadístico "T student y alfa NOVA"**.

El análisis de los resultados se trabajarán de forma intervalar, ya que nos interesa el número de respuestas que se clasifican en diferentes categorías, así como el número

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de sujetos, y dicha prueba es recomendable para muestras grandes. Además, el número de categorías de cada uno de los instrumentos es de 2 o más. El Coopersmith, es una escala nominal de dos opciones de respuesta (Si o No) y el EAT-40, es una escala cuya medición es de tipo ordinal aunque se trabajará también como intervalar de 6 opciones de respuesta.

5.9 ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se hace un análisis de datos a través del programa estadístico SPSS; se obtienen frecuencias simples y para conocer la relación entre las variables y el riesgo de síntomas de trastorno de la Conducta Alimentaria, se realiza un análisis de varianza y coeficientes de variable. Para dicho análisis se llevo a cabo el método estadístico alfa NOVA en el programa SPSS

VI. RESULTADOS.

De acuerdo a la variable edad no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de 18 a 24 años.

Teniendo un total de 8 carreras, son una variable mínima de 1 y máxima de 8 no encontramos diferencias significativas en la elección de carrera.

En el análisis de riesgo de síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (EAT) vs autoestima encontramos que si hay diferencias ya que el grupo con la media mas alta del EAT tiene baja autoestima, es decir, confirmamos que a menor nivel de autoestima mayor riesgo de síntomas de trastorno de la Conducta Alimentaria.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA (n=211)

Tabla 1

Edad	F	%
18	24	11.38
19	22	10.42
20	50	23.70
21	44	20.85
22	40	18.96
23	24	11.38
24	7	3.31
Total	211	100

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA
(n=211)

Tabla 2

Carrera	F	%
Diseño Gráfico	48	22.74
C.T.I.	53	25.11
Psicología	35	16.59
Ingeniería Industriales	1	0.47
Relaciones Internacionales	17	8.05
Administración	17	8.05
Mercadotecnia	13	6.16
Derecho	27	12.80
Total	211	100

**SIN
RIESGO**

BAJA AUTOESTIMA	ALTA AUTOESTIMA	TOTAL
95	80	175
54,3	45,7	83,7
77,2	93	
45,5	38,3	

**CON
RIESGO**

BAJA AUTOESTIMA	ALTA AUTOESTIMA	TOTAL
28	6	34
82,4	17,6	16,3
22,8	7	
13,4	2,9	

COLUMNA	123	86	209
TOTAL	58,9	41,1	100

EAT - 40 VS EDAD

ANALISIS DE VARIANZA

	FRECUENCIA DE DISCRIMINACION	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADO	F (RATIO)	F(PROB)
ENTRE GRUPOS	6	1837,646	306,2743	1,7235	0,1171
POR GRUPO	202	35896,5071	177,7055		

TOTAL	208	37734,1531			
--------------	-----	------------	--	--	--

COOPERSMITH VS EDAD

ANALISIS DE VARIANZA

	FRECUENCIA DE DISCRIMINACION	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADO	F (RATIO)	F(PROB)
ENTRE GRUPOS	6	68,8989	11,4831	0,8902	0,503
POR GRUPO	203	2618,6249	12,8996		

TOTAL	209	2687,5238			
--------------	-----	-----------	--	--	--

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
1	1	0,5	0,5	0,5
2	17	8,1	8,1	8,6
3	17	8,1	8,1	16,7
4	13	6,2	6,2	22,9
5	26	12,4	12,4	35,2
6	48	22,9	22,9	58,1
7	53	25,2	25,2	83,3
8	35	16,7	16,7	100
TOTAL	210	100	100	

COOPERSMITH VS CARRERA

ANALISIS DE VARIANZA

	FRECUENCIA DE DISCRIMINACION	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADO	F (RATIO)	F(PROB)
ENTRE GRUPOS	6	129,7305	21,6218	1,7083	0,1206
POR GRUPO	202	2556,6905	12,6569		
TOTAL	208	2686,4211			

EAT - 40 VS CARRERA

ANALISIS DE VARIANZA

	FRECUENCIA DE DISCRIMINACION	SUMA DE CUADRADOS	MEDIA DE CUADRADO	F (RATIO)	F(PROB)
ENTRE GRUPOS	6	1768,0605	294,6768	1,6469	0,136
POR GRUPO	201	35963,7664	178,9242		
TOTAL	207	37731,8269			

COOPERSMITH

VARIABLE	NUMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	SE OF MEAN
----------	-----------------	-------	---------------------	------------

EAT

BAJO	122	22,7541	15,391	1,393
ALTO	86	14,814	8,322	0,897

DIFERENCIA: 7,9401

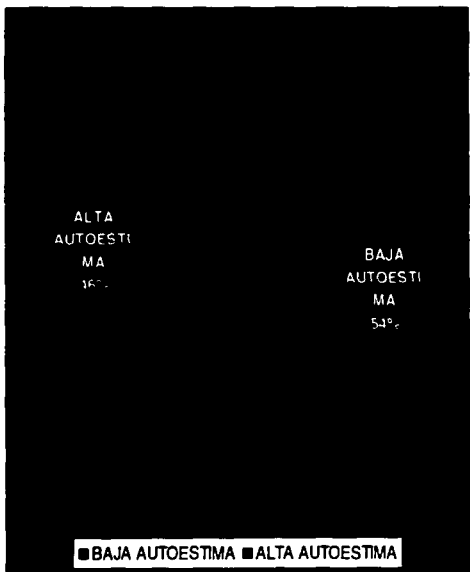
TEST DE LEVENS PARA IGUALDAD DE VARIANZA: $F = 17,594$ $P = ,000$

T-TEST FOR EQUALITY OF MEANS

VARIANZAS	VALOR T	DF	SIGNIFICANCIA	SE OF DIFF	95% CI FOR DIFF
IGUAL	4,35	206	0	1,823	(4,345, 11,535)
DIFERENTE	4,79	194,54	0	1,657	(4,671, 11,209)

"POBLACIÓN SIN RIESGO DE SINTOMAS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA VS AUTOESTIMA"

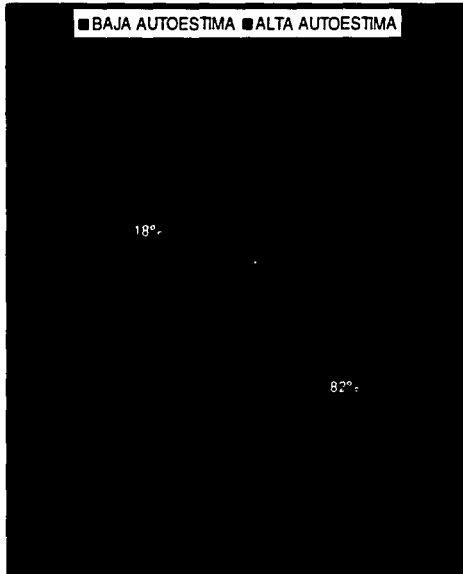
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



- Se encontró que el 54% de la muestra no presenta riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria, relacionado con una BAJA AUTOESTIMA.
- Mientras que el grupo sin riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria presenta en un 46% un nivel de AUTOESTIMA ALTO.

"POBLACIÓN CON RIESGO DE SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA VS AUTOESTIMA"

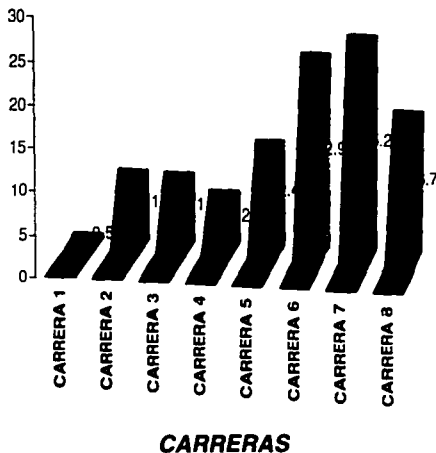
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



- En ésta gráfica se muestra que el 82% de la muestra presentó riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria relacionado con una notable BAJA AUTOESTIMA.
- Mientras que el 18% de la misma presenta riesgo pero en relación directa a una AUTOESTIMA ALTA.

"DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL FEMENINA"

% DE POBLACIÓN GENERAL FEMENINA



CARRERA 1=INGENIERÍA INDUSTRIAL
 CARRERA 2=RELACIONES INTERNAL
 CARRERA 3=ADMINISTRACION
 CARRERA 4=MERCADOTECNIA

CARRERA 5=DERECHO
 CARRERA 6= DISEÑO GRAFICO
 CARRERA 7= C.T.I.
 CARRERA 8= PSICOLOGÍA

- ✓ Aquí vemos graficada la forma en que se distribuyó la muestra por carrera de una Universidad Privada.
- ✓ El porcentaje mayor se concentra en la Carrera de C.T.I. (25.2%).

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

EATREC by COOPREC

COOPREC Page 1 of 1

EATREC	Count	COOPREC		Row Total
		bajo	alto	
	.00	95	80	175
sin riesgo		54.3	45.7	83.7
		77.2	93.0	
		45.5	38.3	
	1.00	28	6	34
con riesgo		82.4	17.6	16.3
		22.8	7.0	
		13.4	2.9	
	Column	123	86	209
	Total	58.9	41.1	100.0

Number of Missing Observations: 1

----- O N E W A Y -----

Variable EAT
By Variable EDAD DATOS_SOCI

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	1837.6460	306.2743	1.7235	.1171
Within Groups	202	35896.5071	177.7055		
Total	208	37734.1531			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable COOPER
By Variable EDAD

DATOS_SOCI

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	68.8989	11.4831	.8902	.5030
Within Groups	203	2618.6249	12.8996		
Total	209	2687.5238			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARRERA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1.00	1	.5	.5	.5
	2.00	17	8.1	8.1	8.6
	3.00	17	8.1	8.1	16.7
	4.00	13	6.2	6.2	22.9
	5.00	26	12.4	12.4	35.2
	6.00	48	22.9	22.9	58.1
	7.00	53	25.2	25.2	83.3
	8.00	35	16.7	16.7	100.0
	Total	210	100.0	100.0	
Valid cases	210	Missing cases	0		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- - - - O N E W A Y - - - -

Variable COOPER
By Variable CARRERA

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	129.7305	21.6218	1.7083	.1206
Within Groups	202	2556.6905	12.6569		
Total	208	2686.4211			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable EAT
By Variable CARRERA

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	6	1768.0605	294.6768	1.6469	.1360
Within Groups	201	35963.7664	178.9242		
Total	207	37731.8269			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EATREC by COOPREC

Page 1 of 1

		COOPREC		
		bajo	alto	Row
Count	"			
Row Pct	"			
Col Pct	"			
Tot Pct	"			Total
EATREC	*****			
	.00	94	80	174
sin riesgo	"	54.0	46.0	83.7
	"	77.0	93.0	
	"	45.2	38.5	

	1.00	28	6	34
con riesgo	"	82.4	17.6	16.3
	"	23.0	7.0	
	"	13.5	2.9	

Column		122	86	208
Total		58.7	41.3	100.0

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

65

t-tests for Independent Samples of COOPREC

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
EAT				
bajo	122	22.7541	15.391	1.393
alto	86	14.8140	8.322	.897

Mean Difference = 7.9401

Levene's Test for Equality of Variances: F= 17.594 P= .000

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	4.35	206	.000	1.823	(4.345, 11.535)
Unequal	4.79	194.54	.000	1.657	(4.671, 11.209)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

```
compute esta = estatura * estatura.  
compute IMC = (peso / esta).
```

```
recode IMC (0 thru 17.70 = 1) (17.71 thru 19.00 = 2) (19.01 thru 25.40 = 3)  
(25.40 thru 28.00 = 4) (28.01 thru 100 = 5) into imcado.  
val lab IMCADO 1'muy bajo' 2'bajo' 3'normal' 4'sobrepeso' 5'obeso'.
```

```
compute cooper = (coop1 + coop2 + coop3 + coop4 + coop5 + coop6 + coop7 + coop8 +  
+ coop9 + coop10 + coop11 + coop12 + coop13 + coop14 + coop15 + coop16 + coop17  
+ coop18 + coop19 + coop20 + coop21 + coop22 + coop23 + coop24 + coop25).
```

```
recode cooper (6 thru 21 = 0) (22 thru 25 = 1) into cooprec.  
val lab cooprec 0'bajo' 1'alto'.
```

```
compute eat = (eat1 + eat2 + eat3 + eat4 + eat5 + eat6 + eat7 + eat8 + eat9 +  
eat10  
+ eat11 + eat12 + eat13 + eat14 + eat15 + eat16 + eat17 + eat18 + eat19 + eat20  
+ eat21 + eat22 + eat23 + eat24 + eat25 + eat26 + eat27 + eat28 + eat29 + eat30  
+ eat31 + eat32 + eat33 + eat34 + eat35 + eat36 + eat37 + eat38 + eat39 +  
eat40).
```

```
recode eat (3 thru 29 = 0) (30 thru 80 = 1) into eatrec.  
val labels eatrec 0'sin riesgo' 1'con riesgo'.
```

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VII. DISCUSIÓN.

Los Trastornos de la Alimentación se desarrollan por una combinación de factores socioculturales, familiares, psicológicos y biogénéticos. La disposición que tenga el individuo, ante dichos factores, es incierta. Lo evidente es que el culto a la delgadez que se ha venido arraigando desde finales de los años 60's (con la llegada de la modelo Británica "Twiggi"), el ambiente propicio para el desarrollo de algún trastorno, sentimientos de inadecuación, depresión, ansiedad y soledad son factores que pueden contribuir al desarrollo de éstas enfermedades.

Actualmente, 8 millones de personas padecen Bulimia o Anorexia Nervosa. Lo cierto es que las adolescentes de los 15 a los 24 años son las más afectadas o vulnerables pero lo alarmante de la situación es que en los últimos años la incidencia de los Trastornos Alimentarios en México ha aumentado de manera considerable, alcanzando a todos los estratos socioeconómicos y presentándose en edades cada vez más tempranas.

Los Trastornos de la Alimentación, una vez iniciados son muy difíciles de dejar, salir adelante no es una cuestión de fuerza de voluntad, dada su complejidad. El 50% de las/os pacientes recaen el primer año. La mayoría de los casos no se pueden resolver sin una ayuda especializada. Esta situación es alarmante ya que estos desordenes pueden llevar a quienes los padecen a complicaciones médicas graves e incluso a la muerte.

Los cierto es que los jóvenes afectados esperan conseguir ciertos efectos o conductas a través de su padecimiento, como, seguridad en sí mismos, aprobación del grupo social, afirmación, etc. El adolescente sabe que necesita encontrar un lugar en la sociedad que le permita tener un cierto nivel "aceptado" por la misma (búsqueda de identidad).

Este trabajo contribuye con la confirmación de algunos de los hallazgos previamente reportados en México, señala la presencia de conductas de riesgo del comer y de desórdenes alimentarios en mujeres adolescentes.

Entre las principales aportaciones de este trabajo, se encuentran la confirmación de la presencia de porcentajes importantes de conductas de riesgo del comer, ya que el 58% de la muestra (122 individuos) muestran conductas de riesgo. Dadas las características del presente estudio, no es posible conocer cuáles de estas conductas son las principalmente asociadas con el desarrollo de un desorden

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

alimentario. Sin embargo, no deja de ser importante el señalamiento de porcentajes elevados de seguimiento de dietas, practica de ejercicio excesivo y uso de métodos de purga entre las adolescentes, conductas que muestran la preocupación e insatisfacción por la figura y el peso, como consecuencia del deseo por alcanzar un ideal de belleza impuesto por las culturas occidentales en nuestros días.

El cuestionario aplicado, permitió conocer la presencia de los desórdenes alimentarios en la muestra estudiada. Sin embargo, los resultados en cuanto al diagnóstico, deben ser tomados con reservas, ya que para que éste sea confirmado es necesario llevar a cabo un estudio de tipo longitudinal compuesto de entrevista clínica con el paciente y familiares.

En este trabajo se confirmaron algunos hallazgos previamente reportados por otras investigaciones realizadas en México (Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996) acerca del bajo peso corporal que presenta la muestra. Aunque el IMC promedio no alcanzó el rango considerado patológico (IMC menor a 17.6), sí se ubicó en el rango "delgada" (60% de la muestra sesgada al peso bajo).

En relación a lo que menciona la literatura de Gómez Pérez-Mitre, 1995, reporta que existe una tendencia general en personas con desórdenes alimenticios y obesas a sobrestimar su peso corporal, en éste estudio se encontró esa misma tendencia a sobre estimar el peso en un 42.5% de la muestra, es interesante observar en los resultados, tal y como ha sido previamente señalado por Gómez Pérez-Mitre (1995) y Yellowees (1985), que la preocupación por la figura y el peso, es un fenómeno que ocurre independientemente del peso corporal real, lo que lo convierte en un factor de riesgo, porque señala que consiste en un estado mental, independientemente de la condición real.

De acuerdo a los resultados de la presente investigación, por un lado, **a)** se acepta la hipótesis conceptual o de trabajo **II**, la cuál dice que, *"si emocionalmente las mujeres adolescentes a nivel universitario tienen baja autoestima, entonces, la presencia de síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria será mayor"*. La relación encontrada (82%), nos lleva a afirmar que las adolescentes universitarias presentan en su mayoría riesgo de desarrollar Síntomas de Trastornos de la Conducta Alimentaria por sentimientos de insatisfacción con la propia persona y en específico con su propio cuerpo y a su vez para "cumplir" con las expectativas o demandas sociales.

En cuanto a las demás variables relacionadas con el riesgo de síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria, como las

referentes a edad y elección de carrera no se encontraron diferencias significativas entre los grupos. (no se consideran como factor de riesgo en el desarrollo de los desórdenes alimentarios en México.

Por otro lado, la hipótesis **H1 nos arroja ninguna diferencia significativa**, la cuál dice que no existe diferencia entre la elección de carrera y la relación con el desarrollo de síntomas de riesgo de la conducta alimentaria.

Con relación a las hipótesis **H2, H3, H4 Y H5** relacionadas con la edad tampoco arrojaron diferencias significativas en el análisis. La edad no se puede considerar como factor de riesgo para el posible desarrollo de algún trastorno.

Por lo anterior, y en relación a los conceptos psicoanalíticos expuestos en el Capítulo I, si existe en los Trastornos de la Conducta Alimentaria un repudio a la sexualidad pero no creemos que sean debidas a fantasías de embarazo oral sino a la repulsión de la sexualidad como significado de la renuncia del cuerpo de la niñez y de todo lo que esto conlleva (no logro de identidad). Como lo retoma Aberasturi.

Un punto importante de concordancia lo encuentro en lo definido por el autor Peter Blos ya que de acuerdo a su teoría de la adolescencia, específicamente, en la etapa de la postadolescencia deberá establecerse la autoestima así como la imagen corporal adulta. Y en éste caso la vemos alterada ya que en ésta población (82%) mostró una autoestima notablemente baja, es decir, aún no consolidada.

Otro de los puntos es que de acuerdo a lo referido por Liebowitz (1990) en el Capítulo I, la autoestima es un factor importante hacia el querer controlar el exceso de peso (por cualquier medio) y la influencia que éste ejerce hacia la predisposición a realizar dietas debido a que se sienten "gordos". Esto directamente relacionado a los números arrojados por dicha investigación en donde encontramos que el 82% de la muestra está sesgada hacia una autoestima baja.

Más adelante, coincido con el mismo autor (Liebowitz, 1990) Ya que uno de sus supuestos es que la baja autoestima, la inseguridad de la existencia de un self, el sentimiento mortal de fragmentación del yo es lo que el bulímico trata de contrarrestar con su conducta adictiva, apoyando y fortaleciendo los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Como menciono anteriormente, los jóvenes adolescentes (de los 15 a los 24 años) son los más afectados o vulnerables (Dra.

Joan, R – Cornell University, 2000) y esto debido a todos los cambios que sufren en dicha etapa del desarrollo, ya sea físicos o psicológicos. En éste sentido la autora Anna Freud (1984), viene a apuntalar lo dicho y los resultados de nuestra investigación; la cuál está conformada principalmente por adolescentes en éste rango de edad y las cuáles presentaron en un 82% la posibilidad de desarrollar riesgos de síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria. Por lo tanto, coincidimos en que un factor importante en los cambios físicos es que debido a la rapidez del crecimiento, la/el adolescente no se siente familiarizado con su propio cuerpo.

Este tipo de trastornos de la Conducta Alimentaria se consideran como conductas autodestructivas ya que se llevan a cabo voluntariamente y ponen en riesgo la salud física y/o mental del individuo; lo que nos lleva a poner especial atención en su tratamiento.

En dicha investigación encontramos que el 54% de la muestra se encuentra en el rubro de una autoestima baja lo que nos permite comprobar la hipótesis conceptual o de trabajo. Esto en relación con los trastornos nos ayuda a la afirmación de que la autoestima está socialmente determinada en la unión de varios aspectos, es decir, nuestra imagen o autoconcepto se verá altamente influido por la crítica social. Lo anterior nos lleva a aceptar la propuesta de Gómez Pérez-Mitre al respecto, ya que si el concepto hacia el individuo es negativo entonces la persona estará más propensa a proyectar reproches hacia sí mismo, conductas destructivas, enfermedades somáticas y los disturbios del estado de ánimo.

González C. y Rodríguez E. (1993) nos dan otro punto para fortalecer los resultados de la investigación, ya que los mismos a través de análisis se atreven a correlacionar la escala de autoestima con el estado de ánimo más frecuente en la adolescencia "el ánimo depresivo". Lo que apunta los resultados obtenidos en cuanto a la preponderancia de una baja autoestima en la muestra. Esto se define como una serie de sentimientos de dolor ocultos y que podrán llevar a convertirlos en enojo hacia nosotros mismos y por ende a una posible depresión.

Ahora bien es importante mencionar el porque de dicho rango de edades en nuestra muestra y una de las razones es que consultando la teoría que nos interesa encontramos uno de los puntos claves para el desarrollo de esta investigación. El hecho de que la adolescencia como periodo de desarrollo es considerada como uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima.

VIII. ALCANCES, LIMITES Y SUGERENCIAS

LIMITES Y ALCANCES

Una de las implicaciones más importantes de éste trabajo de investigación es la posible explicación hacia la tendencia a desarrollar posibles Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la autoestima (Uno de los factores de mayor importancia en el individuo para el desarrollo de una sana estructura emocional).

Otra implicación es que este trabajo permite medir las prácticas autodestructivas en los adolescentes, especialmente el riesgo de Trastorno de la Conducta Alimentaria en jóvenes estudiantes, así como la prevalencia elevada que se deriva de este tipo de prácticas.

Desafortunadamente, no se hizo un análisis completo en cada uno de los sujetos ya que nuestra investigación se enfoca únicamente al riesgo a desarrollar síntomas de Trastorno de la Conducta Alimentaria y no a la detección del padecimiento en sí, esto por la imposibilidad de continuar la investigación de manera longitudinal, lo que daría mejores formas de conocimiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria en su desarrollo; esto da posibles pautas para futuras investigaciones en éste campo de estudio y al estudio de los padecimientos ya en individuos que padecen cualquiera de dichos trastornos de la Conducta Alimentaria y que no fueron contemplados en ésta investigación.

Otra de las limitantes que encontramos es que a pesar de que nuestra investigación nos arroja información rica e importante en éste campo, no podríamos generalizar la misma situación a toda la población femenina adolescente en éste rango de edad en México ya que la muestra no es representativa. En éste sentido damos otra pauta de futuros trabajos de investigación.

Cabe mencionar que la dinámica familiar, es de suma importancia para el riesgo de desarrollar síntomas de trastorno de la conducta alimentaria, debido a que se considera uno de los factores de mayor relevancia para poder llegar a explicar el por qué de éste tipo de trastornos y su alta prevalencia en nuestros tiempos; habría que realizar otra investigación que profundizara la historia familiar o historial clínico de cada miembro de la familia nuclear para poder llegar a resultados más concretos y válidos en donde pudiéramos generalizar la dinámica familiar en México de éstos pacientes (aunque si encontramos definido un patrón familiar, éste es escaso y no validado mediante estudios de investigación), para que se geste una necesidad imperante a llevar a cabo éste tipo de conductas

autodestructivas como antecedente al riesgo de desarrollar síntomas de trastorno de la conducta alimentaria.

Es importante mencionar que algunas preguntas del instrumento (EAT-40) son demasiado directas como para obtener una respuesta honesta. Será importante utilizar métodos indirectos de evaluación, a manera de evitar la evasión de respuestas, tales como imágenes o preguntas indirectas.

SUGERENCIAS

Es real que tanto el apoyo teórico y analítico de ésta investigación nos arroja información clara y real de dichos padecimientos, la situación real en México en los últimos años nos dice que la incidencia aumenta día a día de manera alarmante; por lo que es importante no sólo el estar informado sino el saber proporcionar en un momento dado el mejor tratamiento a éstos pacientes.

Por lo anterior, proponemos que el tratamiento debe de ser integral e individualizado, incluyendo psicoterapia individual y grupal (para ayudar a sacar traumas, lograr salir de experiencias traumáticas y manejo de la imagen corporal. Por ej. Terapia de conocimiento cognoscitivo que ayuda a la percepción e imagen.), asesoría familiar, nutricional (para lograr aumentar el peso de las/os pacientes hasta la normalidad antes de dejar el hospital si es el caso) y médica (que canalice a hospitalización si se requiere; es decir, un tratamiento para la dosificación de medicamentos que ayuden a la pronta recuperación como por ej. Praxil para regular niveles de serotonina y ansiedad, Colisitoquinina para proveer la hormona que da la sensación de saciedad o en su defecto Prozac), es decir, tratamiento multidisciplinario en todos los casos. Es importante reconocer que si se padece un Trastorno de la Alimentación, se busque ayuda profesional especializada ya que lo esto es vital para el bienestar y la supervivencia del paciente.

En contraparte vemos como factor de gran importancia el hecho de que la gente no sólo esté informada con bombardeo de información teórica sobre el tema tan de "moda" en la actualidad sino que sepan como prevenirlos en un momento dado. Por lo que proponemos el desarrollo posterior de un plan de trabajo **PREVENTIVO**, que incluya todas las etapas del desarrollo, lo que queremos decir, es que proponemos trabajar de cerca en Instituciones educativas para todas las edades que nos permitan en la edad pre-escolar, trabajar seguridad en sí mismo y conocimiento del propio cuerpo básicamente y considerarlos como *agentes de cambio* en los

programas de prevención y aplicarse en éstas edades o a edades más tempranas ya que el riesgo de síntomas de trastorno actualmente llega a desarrollarse o presentarse en edades cada vez más cortas (8 años), en la adolescencia para fortalecer lo anterior y dar las bases o herramientas para el desarrollo de una sana autoestima o autoestima positiva; impartir conferencias preventivas en escuelas o instituciones empresariales sobre la base de los trastornos o hacer pruebas de densidad ósea en academias de danza por ejemplo que es uno de los grupos más afectados.

Por otro lado, proponemos trabajar de cerca con Padres de familia y Maestros para que tengan todas las bases y conocimientos para transmitirlos, saber detectar a tiempos riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria o en su defecto, algún padecimiento ya en curso y su canalización adecuada, para lograr educación desde el principio en el medio familiar y escolar, en relación con los Trastornos de la conducta Alimentaria en general y con los daños que el desarrollo de los mismos pueden llegar a causar.

Otro punto importante a atacar sería el cambio en medios de comunicación y "moda" del ideal de belleza en modelos exigiendo en las mismas un peso ideal normal y no por debajo del índice de masa corporal normal como en la actualidad.

Todo lo anterior, tomando en cuenta que la situación actual al respecto es alarmante ya que una vez iniciados los trastornos son muy difíciles de dejar por su complejidad y no se pueden dejar sin ayuda especializada tanto **CORRECTIVA COMO PREVENTIVA**. Proponemos empezar en empezar a trabajar en la prevención para un cambio en los números de afectados notable.

IX. CONCLUSIÓN

Actualmente, en la sociedad en que vivimos y en la cuál los valores se han dejado de lado para dar paso a la valoración ya no por lo anterior, sino, por la belleza física, la estética y la moda como "valores" fundamentales en una mujer, ha dado lugar a que la sociedad se enfrenta a un estereotipo de belleza diferente y el cuál es considerado como un "deber ser". Esto hace que hoy en día mujeres cada día más jóvenes empiezan a llevar a cabo dietas o conductas autodestructivas con el fin de apegarse al nuevo estándar impuesto y a la aceptación del grupo social.

La investigación en el área de los desórdenes alimentarios es aún escasa en nuestro país, debido, principalmente a que no han sido consideradas como patologías prioritarias en el campo de la salud sino hasta fechas muy recientes. Por lo que aún se desconoce mucho acerca de las características específicas con las que se manifiestan estas enfermedades en nuestro contexto sociocultural.

Esta investigación contribuye con la confirmación de algunos hallazgos previamente reportados en México. Señala la presencia de riesgo de síntomas de trastorno de la conducta alimentaria, presencia de conductas de riesgo del comer y como factor asociado la autoestima en mujeres adolescentes. Por todo lo anterior, se muestra la importancia de iniciar con una labor preventiva ya no sólo en mujeres adolescentes y a un nivel informativo sino desde la edad pre-escolar atacando valores y autoconfianza de forma vivencial (outdoors) más que la mera información enfocada en mujeres adolescentes.

Es importante señalar que éste es un estudio exploratorio y que los resultados no son confirmatorios, es necesario confirmar la información aquí presentada con más investigaciones de tipo longitudinal que permitan confirmar la existencia del trastorno, y con mayor número de sujetos.

Entre las principales aportaciones de esta investigación, se encuentran la confirmación de la presencia de porcentajes importantes (42.5%) de conductas de riesgo del comer. Dadas las características de la investigación no es posible conocer cuáles de éstas conductas son las principalmente asociadas con el desarrollo de un desorden alimentario. Sin embargo, no deja de ser importante el puntualizar los altos porcentajes referentes a seguimiento de dietas, práctica de ejercicio excesivo, usos de métodos de purga y uso de alimentos dietéticos "light", conductas que muestran la alta preocupación e insatisfacción por la figura y el peso, como

consecuencia del deseo por alcanzar un ideal de belleza actualmente impuesto como lo mencioné anteriormente.

Los cuestionarios aplicados permitieron conocer, por un lado, la presencia de los síntomas de desórdenes alimentarios y por otro lado, el nivel de autoestima en la muestra. Sin embargo, los resultados finales deben ser tomados con reservas por lo mencionado anteriormente (necesidad de estudio longitudinal). Por lo tanto los resultados aquí presentados pueden estar elevados por la posibilidad de falsos positivos.

Cabe mencionar, que la etapa por la que atraviesan las jóvenes adolescentes y adultos es un periodo de transición y una etapa del ciclo del crecimiento que marca el final de la niñez y el inicio de la edad adulta. Es real que existen muchos cambios en dicho proceso de desarrollo y que esta edad es igual de variable que cualquier otra edad. Pero lo que podemos afirmar es que es una etapa de acuerdo a varios autores que implica la consolidación de procesos complejos como la identidad, individuación y autoestima en un desarrollo normal lo que al contrario nos da pauta de patología, datos o teorías importantes y prometedoras pero que sin la comprobación objetiva no sirven de nada, de ahí también la importancia del estudio. Es quizá por lo anterior que dichas jóvenes con riesgo a desarrollar trastornos de la conducta alimentaria acuden a prácticas autodestructivas en respuesta al miedo a la transición, la negación de la postura actual y la necesidad de regresar a etapas del desarrollo previas donde se encontraba una seguridad ahora endeble y amenazada por el medio ambiente y la sociedad.

En éste sentido mi conclusión sería la siguiente: Mientras exista en la actualidad, y en especial en culturas occidentales el estereotipo de belleza igual a una delgadez extrema como sintoma de valía y estatus, las adolescentes en edades cada vez menores serán blancos perfectos de dicha "ideología" por su debilidad ante su etapa del desarrollo y el deseo de identificarse y encontrar una identidad propia e individualizada.

Es importante señalar que si éstas niñas nacen en países occidentales con éste bombardeo de información, lo introyectarán como algo propio y generalizarán éstas prácticas a su vida joven y adulta y lo manifestarán como algo "normal".

Lo más importante del problema, es que quizá si se dimensiona la gravedad del problema hoy en día, pero únicamente en aquéllas áreas o ambientes afectados y por los profesionales que lo atienden. Es importante generar sensibilización y conciencia en la población y atacar la raíz del problema que a mi punto de vista es el bombardeo

mercadológico actual, el cuál debe cambiar. Es real que la vanidad es propia de la naturaleza humana pero la educación en el seno familiar y escolar debe cambiar hacia un enfoque de valores personales.

Para terminar, puedo decir que ésta investigación es sólo una parte muy pequeña de lo que a desórdenes alimentarios se refiere pero que nos da elementos clave para dimensionar la gravedad del problema y por lo tanto, ayude a futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Aberasturi, A. Y Knobel, M. (1994). "La adolescencia normal", México:Piados Educador.
- 2) Biblioteca de Documentos: "Salud y Nutrición"
<http://www.pntc.mec.estrecaula/etapas/secundar/optativa>.
- 3) Bizama Sánchez, I. (1995). "Unidad de Extensión y Publicaciones de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile"
<http://www.congreso.cl/biblioteca/estudio/educaci-htm>
- 4) Blos, P. (1996). "La Transición Adolescente", Buenos Aires:Amorrortu Editores.
- 5) Blos,P. (1989). "Psicoanálisis de la Adolescencia", México:Joaquín Mortis 15-19 y 190-222.
- 6) Branden, N. (1994). "El respeto hacia uno mismo", México:Paidós 19-52.
- 7) Cameron,N. (1996). "Desarrollo y Sicopatología de la Personalidad", México:Trillas 125-130.
- 8) Casper,R., Eckert,E., Halmi, K, Golberg,S. y Davis,J. (1980). "Bulimia: Its incidence and importance in Patients with Anorexia Nervosa archives of general Psychiatry" 34-87
- 9) Castro Sariñana, Ma.E. (1981). "Publicación Trimestral del plantel Azcapotzalco del Colegio de Ciencias y Humanidades, Apuntes UNAM", Julio-Septiembre, No. 1 26-28.
- 10) De la Fuente,R. (1994). "Psicología Médica", México:Fondo de Cultura Económica 410-412.
- 11) DSM-IV (1995). "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales", Barcelona:Masson 553-559.
- 12) Erikson,E. (1993). "Infancia y Sociedad", Argentina:Lumen-Horné 278,279,309 y 235-237.
- 13) Erikson,E. (1979). "Sociedad y Adolescencia", Madrid:Siglo XXI 1-3;11-16;103-108.
- 14) Fairburn,C. y Gamer,D. (1986). "The Diagnosis of Bulimia Nervosa", International Journal of Eating Disorders. No.5 403-420.

- 15) Fleming,C. (1951). "Adolescence". London:International Universities Press 33-42;228-234.
- 16) Freud,A. (1984). "El Desarrollo del Adolescente". Buenos Aires:Horné
- 17) Freud,A. (1992). "Psicoanálisis del Desarrollo del niño y Adolescente". España:Paidós 166,183,184,172-177.
- 18) Garner y Garfinkel (1980) "Sociocultural factors in the development ok Anorexia Nervosa". Psychol, Medical 10:647.
- 19) Gómez Pérez-Mitre, G. (1993) "Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa", México: Facultad de Psicología de UNAM, Revista Mexicana de Psicología, Vol. 10, No. 1, 17-27
- 20) Gómez Pérez Mitre G. (1995) "Variables Cognoscitivas y Actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso", México: Revista Mexicana de Psicología (UNAM) Vol. 3 No 1, 95-112
- 21) González, C. Y Rodríguez, E. (1993) "Revista ABP-APAL: Autoestima y Sintomatología depresiva en adolescentes Mexicanos: Un estudio correlacional por género", 59-64.
- 22) González Núñez, J. Romero, J. Y Tavira y Noriega, F. (1993) "Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica de Adolescentes", México: Trillas, 19-34.
- 23) Hsu LKG (1996) "Epidemiology of Eating Disorders", The Psychiatric Clinics of North America Eating Disorders: J. Yager, Vol. 19 No. 4 681-700.
- 24) http://www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter1.html
- 25) http://www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter2.html
- 26) http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/autoestima_nya.htm
- 27) <http://www.diariomedico.com/neurologia/febrero00.html>
- 28) <http://www.familymanagement.com/facts/spanish/spanish.facts.indexhtml>
- 29) <http://geocities.com/HotSprings/Villa/3857/bajaautoestima.html>
- 30) <http://oldsci.eiu.edu/psychology/Spencer/Rogers.html>
- 31) Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. (1996) "Psicología y Salud", México:Nueva Epoca, No.7 155-162.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 32) Kernis,H. (1995). "Efficacy, Agency and Self-Esteem", Georgia:Plenum Press 52,53,125-140 y 145-147.
- 33) Lara, C.; Verduzco,M.; Acevedo, M. y Cortés,J. (1993). "Revista latinoamericana de psicología: Validez y Confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población Mexicana", Vol. 25, No.2 247-255.
- 34) Lehalle,H. (1986). "Psicología de los Adolescentes", Barcelona:Critica 9 y 10; 24-33; 39-52.
- 35) Lozano,R. (1998). "Aletheia, Revista Anual: Conductas Autodestructivas en los Adolescentes", México:Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social (IIPCS) A.C. No. 14 405-428.
- 36) Maslow, Abraham (1970). "Motivation and Personality", New York: Harper and Row Publishers 35-58.
- 37) Maslow, Abraham (1973). "The further Reades of Human Nature", New York: The Viking Press 41-53.
- 38) McKinney, J, Fitzgerald, H y Strommen, E. (2000). "Psicología del Desarrollo Edad Adolescente", México:Manual Moderno.
- 39) Morris,Ch. (1992). "Psicología-Un Nuevo Enfoque", México:Prentice Hall 405-428.
- 40) Palladino,Ph. (1992). "Como desarrollar la Autoestima", México:Grupo Editorial Iberoamerica 1,2 y 13.
- 41) Papalia,D. y Wendkos,S. (1992). "Desarrollo Humano", México:Mc. Graw Hill 410-438.
- 42) Rausch,H. y Bay,L. (1). "Anorexia Nerviosa y Bulimia", México:Piados 21-24.
- 43) Raich,E.; Manalla,D.; Alvarez,R. y Gómez Pérez-Mitre,G. (1998). "Psicología y Ciencia Social", Barcelona:Universidad Autónoma de Barcelona Vol.2, No.1.
- 44) Rodin,J. (1993). "Las Trampas del Cuerpo", España:Piados 148-193.
- 45) Schlund,D. y Jonson, W. (1990). "Eating Disorders-Assessment and Treatment", Ally and Bacon, Need Ham Heights.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 46) Unikel,S. y Gómez Pérez-Mitre,G. (1996). "Trastornos de la Conducta Alimentaria en muestras de mujeres Adolescentes: Estudiantes de danza preparatoria y secundaria", Madrid:Revista de Sicopatología No. 16, 4ª. Edición 121-126.
- 47) Unikel,S. (1997). "Desórdenes Alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet", Revisión bibliográfica e Investigación realizada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), México:Facultad de Psicología de la UNAM, Tesis Licenciatura en Psicología.
- 48) Wapner,S.; Werner,H. y otros (1969). "El precepto del Cuerpo", Buenos Aires:Paidóá 56-61.
- 49) Winnicott,D. (1994) "La Familia y el Desarrollo del Individuo", Buenos Aires:Lumen-Hormé 106-108.
- 50) Yellowees,A. (1985). "Anorexia and Bulimia in Anorexia Nervosa-Study of Psychosocial Functioning and associate Psychiatric Symptomatology", London:British J. of Psychiatry, No.146 648-652.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

- 1) **A priori:** Es lo anterior a la experiencia.
- 2) **Acidosis:** Exceso de acidez en la sangre.
- 3) **Amenorrea:** Suspensión de la menstruación.
- 4) **Andrógenos:** Sustancia que provoca el desarrollo sexual de los órganos masculinos.
- 5) **Anorexia Nervosa:** Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.
- 6) **Autoconcepto:** Evaluación subjetiva de un individuo como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual.
- 7) **Autoestima:** Se considera como el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida.
- 8) **Autovaloración:** Tomar la vida como un proceso de toma de decisiones que nos permitirá actualizarnos como seres humanos.
- 9) **Binge:** Es el consumo rápido de grandes cantidades de alimento en periodos cortos de tiempo.
- 10) **Biopsicosocial:** Se refiere a que el organismo vivo conlleva una relación entre los fenómenos psíquicos, biológicos y sociales.
- 11) **Boolumut:** Se utiliza para describir un Síndrome en el cuál la persona está agobiada por el peso que tanto su juicio en relación con el elemento, como su nivel de conciencia respecto de acontecimientos externos se hayan disminuidos.
- 12) **Bulimia Nervosa:** Se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas (vómito provocado, laxantes y diuréticos).
- 13) **Catexis/a:** Concentración o acumulación de energía psíquica en una idea u objeto especial o en alguna dirección determinada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 14) **Cohesión:** Es un término empleado para describir, en el aprendizaje, la tendencia a unirse de actos sucesivos o simultáneos, es decir, el principio de asociación por contigüidad aplicado a la acción.
- 15) **Cortical:** Relativo o perteneciente a la corteza.
- 16) **Cualitativo:** Que denota cualidad.
- 17) **Dicotómicas:** División en dos.
- 18) **Dismórfico:** Sin forma.
- 19) **Dismorfobia:** Miedo intenso a la forma del propio cuerpo.
- 20) **Estatismo:** Tendencia a exaltar la plenitud del poder del estado en todos los órdenes.
- 21) **Hipertrofia:** Aumento anormal del volumen de un órgano.
- 22) **Hipocondríaco:** Estado en el cuál una persona interpreta los síntomas pequeños e insignificantes como signos de una enfermedad grave sin que haya síntomas orgánicos de ella.
- 23) **Histológica:** Parte de la anatomía que estudia los tejidos. (histos, tejido; y logos, tratado).
- 24) **Imagen Corporal:** Es la percepción que se forma de nuestro propio cuerpo (positiva o negativa), a lo largo de nuestro desarrollo.
- 25) **IMC:** Índice de Masa Corporal
- 26) **Incidencia:** Lo que sobreviene en medio de un asunto o negocio.
- 27) **Introyección:** Es la tendencia de absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los sucesos externos como si fueran internos, produciendo la identificación de uno mismo con otras personas u objetos.
- 28) **Intrusividad:** Acción de introducirse sin derecho en una cosa: Cometer una intrusión atrevida.
- 29) **Libido:** Según Freud, la energía generada por el instinto sexual.
- 30) **Mórbido:** Blando, Delicado, suave: Carnes mórbidas.
- 31) **Morfológico:** Estudio de la forma de los seres orgánicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 32) **Neuroendocrino:** Sistema interno de glándulas que liberan hormonas directamente en el torrente sanguíneo para regular las funciones corporales.
- 33) **Prevalencia:** Predominar.
- 34) **Proyección:** Atribuir a otros los propios motivos, sentimientos o deseos reprimidos.
- 35) **Psicopatología:** Se refiere a los procesos mentales que conducen a la conducta mal adaptada para un determinado individuo en una etapa determinada de su vida y en un medio ambiente determinado.
- 36) **Purga:** Remedio que se toma para purgarse. (limpiar).
- 37) **Serotonina:** Neurotransmisor que inhibe prácticamente todo comportamiento, incluso las emociones.
- 38) **Subcutáneo:** Que está o se hace debajo de la piel: inyección subcutánea.
- 39) **Suprarrenal:** Glándulas endocrinas localizadas justo arriba de los riñones.
- 40) **Volitivas:** Relativas a la voluntad.
- 41) **Yo (Self):** Según James, cualquier cosa que una persona pueda identificar empíricamente como propia, y diferente de las demás.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INVENTARIO PARA ADULTOS DE COOPERSMITH

Instrucciones: Por favor conteste cada pregunta tachando el "SI" o el "NO" según sea su caso. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Este cuestionario es confidencial con fines de investigación exclusivamente.

1) Generalmente los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
2) Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	SI	NO
3) Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.	SI	NO
4) Puedo tomar una decisión.	SI	NO
5) Soy una persona simpática.	SI	NO
6) En mi casa me enoja fácilmente.	SI	NO
7) Me Cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.	SI	NO
8) Soy popular entre las personas de mi edad.	SI	NO
9) Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	SI	NO
10) Me doy por vencida fácilmente.	SI	NO
11) Mi familia espera demasiado de mí.	SI	NO
12) Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	SI	NO
13) Mi vida es muy complicada.	SI	NO
14) Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	SI	NO
15) Tengo mala opinión de mí misma.	SI	NO
16) Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
17) Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.	SI	NO
18) Soy menos bonita que la mayoría de la gente.	SI	NO
19) Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	SI	NO
20) Mi familia me comprende.	SI	NO
21) Los demás son mejor aceptados que yo.	SI	NO
22) Siento que mi familia me presiona.	SI	NO
23) Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	SI	NO
24) Muchas veces me gustaría ser otra persona.	SI	NO
25) Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO

TEST DE ACTITUDES EN EL COMER (EAT-40)

Instrucciones: Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas. Especifica tu respuesta anotando una "X" en el paréntesis que contenga la opción que mejor exprese tu forma de pensar. Este cuestionario es confidencial con fines exclusivos de investigación.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1) Me gusta comer con otras personas	()	()	()	()	()	()
2) Preparo comidas para otros	()	()	()	()	()	()
3) Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas	()	()	()	()	()	()
4) Procuro no comer aunque tenga hambre	()	()	()	()	()	()
5) Me da mucho miedo pesar demasiado	()	()	()	()	()	()
6) Me preocupo mucho por la comida	()	()	()	()	()	()
7) A veces me he "atracado" de comida	()	()	()	()	()	()
8) Corto mis alimentos en trozos pequeños	()	()	()	()	()	()
9) Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	()	()	()	()	()	()
10) Evito especialmente comer alimentos con muchos carbohidratos (o el pan, arroz, papa)	()	()	()	()	()	()
11) Me siento fea después de las comidas	()	()	()	()	()	()
12) Note que los demás preferirían que yo comiera más	()	()	()	()	()	()
13) Vomito después de haber comido	()	()	()	()	()	()
14) Me siento muy culpable después de comer	()	()	()	()	()	()
15) Me preocupa el deseo de estar más delgada	()	()	()	()	()	()
16) Hago mucho ejercicio para quemar calorías	()	()	()	()	()	()
17) Me peso varias veces al día	()	()	()	()	()	()
18) Me gusta que la ropa me quede ajustada	()	()	()	()	()	()
19) Disfruto comiendo carne	()	()	()	()	()	()
20) Me levanto pronto en las mañanas	()	()	()	()	()	()
21) Cada día como los mismos alimentos	()	()	()	()	()	()
22) Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	()	()	()	()	()	()
23) Tengo la menstruación regular	()	()	()	()	()	()
24) Los demás piensan que estoy demasiado delgada	()	()	()	()	()	()
25) Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	()	()	()	()	()	()
26) Tardo en comer más que las otras personas	()	()	()	()	()	()
27) Disfruto comiendo en restaurantes	()	()	()	()	()	()

28)Tomo laxantes (purgantes).	()	()	()	()	()	()
29)Procuro no comer alimentos con azucar.	()	()	()	()	()	()
30)Como alimentos dietéticos.	()	()	()	()	()	()
31)Siento que los alimentos controlan mi vida	()	()	()	()	()	()
32)Me controla en las comidas	()	()	()	()	()	()
33)Noto que los demás me presionan para que coma	()	()	()	()	()	()
34)Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	()	()	()	()	()	()
35)Tengo estreñimiento.	()	()	()	()	()	()
36)Me siento incómoda después de comer dulces	()	()	()	()	()	()
37)Me comprometo hacer dietas.	()	()	()	()	()	()
38)Me gusta sentir el estómago vacío	()	()	()	()	()	()
39)Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	()	()	()	()	()	()
40)Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	()	()	()	()	()	()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**