

01921
47



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA EN VARONES
PREADOLESCENTES"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
VERONICA CASTRO GUTIERREZ
VARINIA CECILIA SANCHEZ ORTIZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

MEXICO, D. F. **TESIS CON FALLA DE ORIGEN** ENERO DEL 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



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.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido impulsado por muchas personas que estuvieron presentes durante toda su elaboración; a todas ellas queremos agradecerles por la dedicación y por la amistad que nos ofrecieron:

A la Dra. Gilda Gómez Peresmitré por su guía, tiempo, sugerencias y por habernos adoptado en su equipo de trabajo.

A la Dra. Lucy Reidl, a la Mtra. Olga Bustos, al Mtro. Jorge Pérez y a la Lic. Consuelo Conde por sus comentarios y observaciones.

A la UNAM por habernos formado con excelentes maestros y compañeros.

A CONACyT y PAPIIT, por el apoyo brindado para realizar esta Tesis.

A todos los niños que participaron en esta investigación.

A Gisela, Silvia y Rodrigo por su amistad, por toda su ayuda en la parte estadística de este trabajo y por todas las dudas que nos ayudaron a resolver.

A Rosalia y Liliana por su ayuda en la aplicación de cuestionarios y por haber compartido el tiempo de elaboración de este trabajo con nosotras.

A Lourdes y Patricia Ortiz por su ayuda en la corrección de estilo de esta Tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dedicatorias

Dedicada principalmente a mis padres Orbelín y Maricela,
por su apoyo y ejemplo de lucha y fortaleza, gracias.

A mis hermanos Ana y Alejandro por su cariño.

A Varinia, porque en cada párrafo creció nuestra amistad.
Gracias por lograr esta meta junto conmigo.

A Indra, Adriana, Olga, Carlos, Edgar, Jorge y Poncho,
porque su amistad me motiva a crecer más.

A Gloria, Sandra y Ariadna, por todos los momentos
que vivimos durante toda la carrera.

A Eduardo Hernández, Raúl, Israel, Eloy, Jacobo, Angel, Mayra,
Bruno y Carlos Cruz, por hacer tan ligero el trabajo.

Verónica

A mis padres:

A mi mamá, por ser el motor que siempre me ha impulsado
en todos los aspectos de mi vida; por su compañía, paciencia, enseñanzas
y por su amor incondicional.

A mi papá, por su cuidado, comprensión, cariño, guía, paciencia;
por toda la admiración y cariño que le tengo y por
haberme motivado siempre a estudiar.

A Paty, por su ejemplo de fortaleza, por su apoyo,
por su escucha, por sus consejos,
y sobre todo por haber sido siempre una segunda madre.

A mi hermano Gerardo,
por haberme inspirado a seguir sus pasos,
y por quererme no sólo como hermana sino como hija y amiga;
por todas las vivencias, enseñanzas y locuras compartidas.

A mi hermano Salvador,
por enseñarme con su ejemplo cómo salir adelante y a ver la vida con optimismo; por ser
un gran amigo y un apoyo en todo momento.

A mi abuela María del Carmen,
por sus enseñanzas múltiples, por todo su cariño
y porque su recuerdo siempre me inspirará. 1

A mi abuela Angelina,
por su ternura, afecto, apoyo, y su ejemplo de valor y fortaleza.

A mi tío Javier, por haber estado siempre conmigo;
por su apoyo incondicional en todos los sentidos; por su gran optimismo
y por su sentido del humor.

A mis tías Carmela, Sara, Maruca y Lourdes,
por haberme enseñado tantas cosas, por su cariño, y por todos sus consejos.

A Vero, porque en ella encontré no sólo una compañera de Tesis
sino una verdadera amiga; por haber compartido juntas este trabajo,
y por todo el impulso que me dio para hacerlo.

A Tania, por su incondicional amistad y hermandad;
por todas las vivencias llenas de risas y llantos;
por todo lo que hemos compartido juntas.

A Arely, por su gran amistad,
por su paciencia, por escucharme y entenderme siempre.

A mis grandes amigos:
Christiane, Roberta, Ibari, Magali, Michelle, Itzel, Aline, Keith, Angélica, Memo, Jana,
Edgar, Eric y Viguera, por todos los momentos
que han compartido conmigo, y especialmente por su amistad.

A mis compañeros de carrera: Zulai, Viviana, Claudia, Sabina, Alfonso,
Yolo, Jahir, Valentín, Israel, Viridiana, y a todos mis compañeros de generación, porque
sin ellos no habría sido lo mismo.

A Daniel W., porque a pesar de la distancia siempre está conmigo.

A Gaby Cervera y a Josafat Cuevas,
por la inmensa guía que representan para mí.

A Camila y Nesity.

varinia

ÍNDICE

Resumen	8
Introducción	9
 Capítulo 1. Antecedentes de los trastornos alimentarios	
1.1 Antecedentes de los trastornos de la alimentación.....	11
1.2 Anorexia nervosa	12
1.2.1 Historia.....	13
1.2.2 Etiología.....	14
1.2.3 Sintomatología.....	15
1.2.4 Diagnóstico y tratamiento.....	17
1.3 Bulimia nervosa.....	18
1.3.1 Historia.....	19
1.3.2 Etiología.....	19
1.3.3 Sintomatología.....	20
1.3.4 Diagnóstico y tratamiento.....	21
1.4 Obesidad.....	22
1.5 Anorexia nervosa y bulimia nervosa en varones	23
1.6 Peso corporal.....	25
 Capítulo 2. Preadolescencia	
2.1 Preadolescencia.....	28
2.2 Desarrollo físico.....	33
2.2.1 Preocupación por la imagen corporal	36
2.3 Desarrollo cognoscitivo	36
2.4 Desarrollo psicosocial.....	38
2.5 Desarrollo psicosexual	42
2.6 Pubertad.....	43

6

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Capítulo 3. Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

3.1 Imagen corporal	48
3.1.1 Antecedentes de la imagen corporal	51
3.1.3 Imagen corporal y trastornos de la alimentación	52
3.1.4 Insatisfacción con la imagen corporal	54
3.1.5 Alteración de la imagen corporal	56
3.1.6 Imagen corporal en hombres	57
3.2 Autoestima	60
3.2.1 Autoestima en varones	66
3.4 Autoatribución	68
3.4.1 Teorías de la autoatribución	69
3.4.1.1 Teoría de Heider del "Análisis ingenuo de la acción"	69
3.4.1.2 Teoría de la "Inferencia correspondiente" de Jones y Davis	71
3.4.1.3 Teoría de la "Covarianza y de la Configuración de Kelley"	72
3.4.1.4 Teoría de las atribuciones para el "éxito y el fracaso" de Weiner	74
3.4.2 Autoatribución en varones	75

Capítulo 4. Plan de investigación

4.1 Planteamiento del problema	77
4.2 Hipótesis de trabajo	77
4.3 Variables	78
4.4 Método	81

Capítulo 5. Resultados

5.1 Descripción de la muestra	86
5.2 Prueba de hipótesis	99

Capítulo 6. Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión y Conclusiones	105
6.2 Sugerencias y limitaciones	110

Referencias	111
--------------------------	-----

Anexos	119
---------------------	-----

RESUMEN

El propósito de esta investigación¹ fue explorar si la autoestima, la autoatribución y la imagen corporal son un factor de riesgo en los desórdenes alimentarios. Se trabajó con una muestra de 160 preadolescentes del sexo masculino que están estudiando en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, y que están cursando 4°, 5° y 6° de primaria. Se acudió a escuelas públicas y privadas donde se aplicó de manera colectiva, una prueba de Autoestima Infantil (PAI), así como un cuestionario sobre alimentación y salud que nos ayudó a explorar autoestima, autoatribución e imagen corporal. Se utilizó un estudio de campo confirmatorio y transversal con un diseño de dos muestras, con observaciones independientes. En los resultados más sobresalientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niños de escuela privada con autoestima baja, quienes presentaron mayor grado de insatisfacción corporal, mientras que fueron sus pares del mismo tipo de escuela con autoestima alta los que presentaron menor insatisfacción. En cuanto al nivel autoatribución de los preadolescentes no se encontraron diferencias significativas en relación con la imagen corporal; los niños de escuelas privadas se atribuyeron características más positivas que los chicos de escuela pública. Se encontró que los niños de escuelas privadas están más insatisfechos con su imagen corporal que los niños de escuelas públicas, quienes presentan ligeramente mayor satisfacción.

¹ Este estudio forma parte del proyecto de investigación titulado Programa de Prevención Primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y la nutrición. Proyecto N° 34507-H financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios son cada vez más frecuentes tanto en adolescentes como en preadolescentes, entre quienes ya se reportan casos; se caracterizan por graves alteraciones de la conducta alimentaria. La anorexia nervosa se describe como el rechazo a mantener el peso corporal aun en los valores mínimos normales. La bulimia nervosa se distingue por episodios voraces de ingestión de comida seguidos por vómito autoinducido, y por el uso de diuréticos u otros fármacos. La obesidad no ha sido definida como un trastorno del DSM-IV; sin embargo puede desarrollarse por comer en una forma exagerada, aunque también puede deberse a factores genéticos, lesiones hipotálamicas, desequilibrio endocrino o metabólico, modificaciones dietéticas o perturbación emocional.

Cada vez existen más personas de ambos sexos que desarrollan algún trastorno alimentario; por este motivo, en la presente investigación se pretende conocer más acerca de estos trastornos relacionados con la autoestima de preadolescentes mexicanos de ambos sexos, entender mejor como influye este factor, aportar información acerca de los preadolescentes, y desarrollar las herramientas necesarias para prevenir el desarrollo de dichos trastornos en esta etapa de la vida en la que se manifiestan cambios importantes en el desarrollo psicológico y físico. La aprobación de la sociedad y la apariencia física, influyen importantemente en la autoestima de las personas, y ésta actúa como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios. La distorsión de la imagen corporal está relacionada con un conjunto de trastornos psicológicos, y tiene un posible mecanismo mediante el cual los trastornos pueden aumentar si están presentes las siguientes características: personas que valoran fuertemente su apariencia, que tienden a la depresión, baja autoestima, un acentuado interés por su figura, así como la manifestación específica de un estado general de auto desvalorización (Cooper y Taylor, 1988).

CAPITULO 1

Antecedentes de los trastornos alimentarios

1.1 Antecedentes de los trastornos alimentarios

Buscar el placer alimentándose no es un lujo y menos aún un pecado; es la búsqueda sana y natural de una sensación que nuestro cuerpo sabe producir para incitarnos a sobrevivir. El único sentido lógico de la vida de un individuo normal es la búsqueda de la felicidad, y el mejor modo de lograrla es dejarnos conducir por aquello que nos queda aún de instinto, con el fin de satisfacer las necesidades específicas de nuestra especie. Estas necesidades se cuentan con los dedos de la mano; las más evidentes son la alimentación, el sexo, la búsqueda de una mejor posición social, el deseo de hacer funcionar el cuerpo, la comunicación, el amor por lo bello, por lo sagrado, y algunos otros objetivos (Dukan, 1986).

En Antecedentes históricos sobre los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia), Toro (1996) ha encontrado datos relevantes de diferentes épocas en que estos trastornos ya se conocían con otros nombres, y en los que la religión jugaba un papel importante al someter a los individuos a ayunos totales o selectivos como parte de sus celebraciones. En las Escrituras se hace referencia al ayuno como forma de purificación.

En la sociedad actual los trastornos del comportamiento alimentario aparecen con un carácter epidémico. El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, son practicados ahora en función de la belleza corporal; se trata de una belleza basada en la delgadez (Toro 1996).

La relación alimentaria es un proceso interactivo en el que participan la madre (o quien la sustituya) y el niño, y se conforma de todas aquellas interacciones que suceden en torno a la alimentación: selección, compra, ingestión, actitudes y comportamientos.

Las actitudes de los padres hacia la comida y la alimentación del niño son multifactoriales; algunas son:

- **Determinantes culturales.**
- **Prácticas y tradiciones familiares sobre cómo ha de ser alimentado el niño.**
- **Factores personales relacionados con la historia de las relaciones paterno-filiales de los padres, es decir, cómo fueron alimentados (Maldonado y Saucedo, 1998).**

Marrodan, González y Prado (1995) han llegado a la conclusión de que los niños perciben los alimentos como conflicto, alabanza o castigo, según la autoridad del hogar. Las aversiones alimenticias basadas en aquellos alimentos probados y rechazados, se desarrollan por muchas razones, algunas de ellas son las experiencias emocionales en la mesa, las asociaciones desagradables despertadas por los alimentos, los temores a los alimentos nuevos y extraños. Varias actitudes hacia la comida son aprendidas en la infancia. Los alimentos llenos de color, atractivos y fáciles de manejar despiertan el apetito. El ambiente y los utensilios que conducen al disfrute, y la facilidad para tomarlos estimulan la curiosidad y los patrones exitosos para comer. El objetivo es conseguir que la hora de la comida sea una experiencia divertida para todos, en lugar de un campo de batalla con ganadores y perdedores.

1.2 Anorexia Nervosa

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes,

aunque en ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes, o mujeres maduras hasta la menopausia. La anorexia nervosa constituye un síndrome independiente, en el siguiente sentido:

- a) Los rasgos clínicos del síndrome son fácilmente reconocibles, de tal forma que el diagnóstico resulta fiable, con un alto grado de concordancia entre los clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han demostrado que un porcentaje considerable de los enfermos que no se recuperan, continúa mostrando de manera crónica las características principales de la anorexia nervosa (CiE-10, 1994).

1.2.1 Historia

A lo largo de la historia se han hecho diversas conceptualizaciones de la anorexia. La primera fue dada en el siglo XVII por Richard Morton, quien utilizó el término de consunción nerviosa para referirse a una degeneración corporal ocasionada por una perturbación del sistema nervioso, así como por tristeza y preocupaciones ansiosas. La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica, haciéndola sinónimo de falta de apetito, de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*. En diccionarios médicos del siglo XVII se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago (Toro, 1996).

Al principio fue considerada como histeria. Después como un trastorno endocrinológico, y luego ya como psiquiátrico. De todas formas estas etapas se han intercambiado y últimamente cada vez tienen más valor postulados hipotalámicos y psicosociales (Chinchilla, 1995).

1.2.2 Etiología

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

En la actualidad las altas cifras de incidencia y prevalencia de la anorexia pueden estar condicionadas socioculturalmente por factores como la liberación de la mujer, el culto a la belleza y a la delgadez como signo de éxito, el bombardeo de los medios de comunicación sobre ideales estéticos y físicos de intereses mercantilistas (industria de la moda, alimentación etc.), los cambios en los roles y liberaciones sexuales. Sin embargo los hechos socioculturales tampoco explican del todo el poder patógeno de la anorexia, al ser más frecuente en mujeres, adolescentes y jóvenes, si bien el culto al cuerpo, la feminidad, la mayor repercusión psicoendocrina en ellas, tienen evidentemente más importancia que en los varones, habiendo además cambiado a lo largo de los tiempos los modelos estéticos de la belleza, fundamentalmente en función de los roles asignados a la mujer (Chinchilla, 1995).

La anorexia nervosa se inicia por lo general en la pubertad, debido a que durante esta etapa se dan múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, acompañados

de nuevos sentimientos, impulsos y deseos que causan gran preocupación y temor en el adolescente (Stierlin y Weber, 1990).

1.2.3 Sintomatología

El cuadro clínico y diagnóstico de la Anorexia nervosa varía de unos autores a otros, según la perspectiva doctrinal o metodológica. Así, unos centran su atención en un síntoma, y otros en el diagnóstico (Chinchilla, 1995).

La sintomatología es sumamente variada y compleja, y es la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. Junto a los trastornos somáticos y a las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad y depresión, obsesivos y compulsivos, constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición, la autoimagen y la autoestima, suelen ser sumamente negativas. Las relaciones interpersonales siempre están alteradas. La conflictividad familiar en la mayoría de los casos es secundaria a la aparición del trastorno. El aislamiento social suprime gratificaciones socioafectivas e incrementa la disforia. El paciente anoréxico se hace cada vez más egocéntrico, consumiéndose emocional y físicamente en el transcurrir de su malnutrición (Duker y Slade, 1992).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Además se sufren cambios físicos primarios y secundarios. Los primeros corresponden a la pérdida de peso, amenorrea o retardo de la menarquía, y los segundos son los siguientes:

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

Fuente: Toro, 1996, pp. 9, 10.

El permanente miedo a la obesidad, la búsqueda de la delgadez por diferentes medios y las alteraciones de la desnutrición constituirían la patología básica,

habría previamente ánimo depresivo vivido en pacientes con dificultades cognitivas, obsesión por estar delgadas, lo que significa una mejor integración y competencia social (Chinchilla, 1995).

1.2.4 Diagnóstico y Tratamiento

Para hacer el diagnóstico de la anorexia nervosa según el DSM-IV (1995) deben estar presentes las siguientes alteraciones:

- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- La pérdida de peso está generada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoprovocados, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo, y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, que se manifiesta en la mujer como amenorrea, y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del

metabolismo periférico de la hormona tiroidea, y anomalías en la secreción de insulina.

- Si el inicio es anterior a la pubertad se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquia es tardía.

El diagnóstico de la Anorexia nervosa, va a depender de la captación e identificación de ciertas conductas alteradas, relacionadas con la imagen corporal (alteración perceptivo-cognitiva: se ven gordas aunque estén en creciente y progresiva delgadez, y además no distinguen fundamentalmente en ellas, pero también en otras muchachas, la diferencia entre lo delgado y lo obeso no externo), con la alimentación que sería lo más primario, y de lo que derivarían el resto de los síntomas descritos en la clínica (Chinchilla, 1995).

1.3 Bulimia Nervosa

La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la anorexia nervosa por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nervosa aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nervosa persistente (CIE-10, 1994).

1.3.1 Historia

Uno de los primeros reportes fue en el Talmud (400-500 a.C.) en el que se utilizaba el término "boolmut" para describir un síndrome en el cual una persona se sentía tan agobiada por el hambre que su nivel de conciencia y su juicio se encontraban disminuidos, además este síndrome se veía como algo mortal (Holtz, 1995).

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

El abuso de laxantes fue reportado por primera vez por Nógues en 1913, y ocasionalmente lo mencionan a partir de los años 30. Berkman, en el año 1939, descubrió que el 66% de las pacientes con anorexia nervosa se provocaban el vómito; no obstante la bulimia es vista como síndrome hasta 1940 (Holtz, 1995).

1.3.2 Etiología

La bulimia, al igual que la anorexia nervosa, debe estudiarse desde una perspectiva multidimensional donde se incluyan factores biológicos, psicológicos, individuales, familiares y socioculturales; estos factores interactúan entre sí para desencadenar la enfermedad (Chinchilla, 1995).

Los pacientes bulímicos han sido descritos típicamente como mujeres jóvenes, de nivel socioeconómico medio-alto, de buen nivel intelectual, con escolaridad avanzada, en un rango que va desde la adolescencia hasta la adultez temprana.

En distintos países se han realizado intentos para establecer la prevalencia de bulimia en la población, y se han hallado resultados tan dispares como 4.5% y 18% en poblaciones estudiantiles, con atracones y purgas regulares. Por otra parte, en la población general alrededor del 5% de mujeres y 1% de varones usan los vómitos o laxantes para adelgazar por cuestiones estéticas (Zuckerfeld, 1996; Chinchilla, 1995).

Existe un fuerte impacto de los medios de comunicación hacia el desarrollo de la bulimia en personas que tienen predisposición a padecerla, tanto jóvenes, como adolescentes y hasta preadolescentes (Sherman y Thompson, 1999).

La familia es un factor muy importante en el desarrollo de la Bulimia. Al estudiar la familia de personas bulímicas se ha encontrado que existe una comunicación deficiente y destructiva; de tal manera que la bulímica no puede expresar sus emociones directamente, lo cual genera frustración que es afrontada por medio de la comida para así evitar sentimientos displacenteros (Sherman y Thompson, 1999).

1.3.3 Sintomatología

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

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación de hambre compleja entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad

aguda. El malestar consiguiente sólo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de casos la aparición de estos atracones va precedida de periodos de restricción alimentaria (Toro, 1996).

Los bulímicos tienen una gran preocupación por su peso e imagen corporal, y un miedo atroz a la posibilidad de ser obesos en el presente o en el futuro, por lo que hacen intentos de control de peso mediante dietas, vómitos u otros medios para no engordar. Sin embargo, con el tiempo no pueden controlar los deseos irrefrenables de comer en forma de atracones. Estar conscientes de su ingesta anormal frecuentemente les genera sentimientos depresivos al darse los atracones. Pueden sustituir el vómito por el uso y abuso de laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo, incluido el uso de sustancias supresoras del apetito (Chinchilla, 1995).

1.3.4 Diagnóstico y Tratamiento

Los criterios para el diagnóstico de bulimia nervosa, según el DSM-III-R (citado en Chinchilla, 1995) son:

- Episodios recurrentes de ingesta voraz (consumo rápido de gran cantidad de comida en período discreto de tiempo).
- Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria, durante los episodios de voracidad.
- La persona se empeña regularmente en provocarse el vómito, usar fármacos laxantes y diuréticos, practicar dietas estrictas o ayunos, o hacer mucho ejercicio para prevenir el aumento de peso.
- Un promedio mínimo de dos episodios de voracidad a la semana, por lo menos durante tres meses.
- Preocupación persistente por la silueta y el peso.

Zukerfeld (1996) ha diferenciado tres tipos de bulimia, de acuerdo con el funcionamiento psíquico. El primer tipo, la bulimia sintomática, aparece en pacientes mujeres; la edad de comienzo es variada, y es causa de un episodio desencadenante de características traumáticas. El funcionamiento mental es predominantemente neurótico pero mal organizado. Un segundo tipo es la llamada bulimia conflictiva, la cual aparece en la adolescencia; ésta también tiene rasgos neuróticos además de síntomas depresivos. El tercer tipo de bulimia, la operatoria, surge en la niñez, cuando con un incremento de tensión se produce el episodio bulímico.

1.4 Obesidad

La obesidad y el exceso de peso en los niños, se ha convertido en un tema importante de salud en Estados Unidos desde la década de los setenta, cuando se hizo muy común entre los niños de 6 a 11 años. En un estudio realizado durante casi seis años se encontró que de 2, 600 niños –la mayoría de raza blanca, clase media y menores de 12 años– casi el 5.5% de los chicos entre ocho y 11 años eran obesos (Gortmaker, Dietz, Sobol y Weheler, 1987 citados en Papalia y Wendkos, 1997).

Obesidad se define como el aumento de grasa corporal; el diagnóstico preciso se basa en la utilización de métodos que evalúen la composición corporal. La mayoría de éstos son complejos de realizar e interpretar y de alto costo, por lo cual quedan restringidos al campo de la investigación (Braguinsky y Mazza, 1987).

Algunas personas parecen estar genéticamente predispuestas a la obesidad. El ambiente también es determinante de la obesidad; resulta más común entre los grupos socioeconómicos más bajos, en especial entre mujeres. Los niños con

exceso de peso son menos activos que los demás y tienden a pasar más tiempo frente al televisor (Papalia y Wendkos, 1997).

En la literatura sobre el tema se encuentra relacionada la obesidad con problemática emocional y discriminación social, y da como consecuencia para este sector poblacional menor autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres, aislamiento social, etc. Por otra parte, los problemas relacionados con la alimentación, concretamente los problemas de exceso de peso en la población, cada vez preocupan más a los profesionales de la salud, quienes se han dado cuenta que en los últimos años se ha incrementado la incidencia de obesidad y de mortalidad, lo que ha justificado que se considere a la obesidad como uno de los mayores problemas de salud pública en los países occidentales (Sánchez, Gómez y Guerra, 1999).

La obesidad en la edad adulta pone en riesgo problemas de salud como presión arterial alta, diabetes, complicaciones coronarias, infarto del miocardio, arterioesclerosis, cirrosis y problemas ortopédicos (Papalia y Wendkos, 1997; Sanchez, Gómez y Guerra, 1999).

Los preadolescentes pueden representar una población vulnerable y se deben prevenir los desordenes alimentarios con dietas equilibradas, dejando a un lado todo éxito terapéutico y prestando especial atención a los signos iniciales de los trastornos de la alimentación (Braginsky y Mazza, 1987).

1.5 Anorexia nervosa y bulimia nervosa en varones

La anorexia nervosa en el varón es muy escasa pero mantenida, por lo que resulta un tema controversial. Acerca del varón no se tienen datos de referencia y constancia bibliográfica ya que se le cita sólo en pocas ocasiones. Existen

diversos autores que han tratado el tema, y señalan que la anorexia en varones se da de manera rara y excepcional. Esta afirmación fue hecha en los años 60, cuando las cifras oscilaban entre 3 y 10% para Haguenau y Houpernik, 4% para Dally, 5% para Decourt y Fleck, y 24% para H. Bruch y Berkman. De todas las anorexias sabemos que oscilan entre .24 a .61 x 100.000 en la población en general, aunque creemos que es más alta en la actualidad (Chinchilla, 1995).

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, el porcentaje de varones con estos trastornos ha aumentado de 5% a 10% en los últimos cinco años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que esa patología no es exclusiva de la anatomía o fisiología femenina, a la vez que refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos. Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer tienen historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; o la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; o sienten la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc. (Chinchilla, 1995).

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual, lo que no significa que sea privativo de ese grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto a su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación por la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Un síntoma clave de la anorexia es la amenorrea, la cual excluye a los varones; pero sería lógico pensar que junto a los rasgos psicopatológicos típicos habría una disfunción endocrina análoga a la que produce la amenorrea en las mujeres. Beaumont, 1962, (citado en Chinchilla, 1995) llegó a la conclusión de que son

entidades semejantes, desde el punto de vista endocrinológico. Los resultados mostraron que la función testicular medida por la producción urinaria de testosterona se alteró en algunos pacientes con anorexia nervosa, adjudicándolo a la mala alimentación prolongada. Pero debido a los pocos estudios efectuados no es fiable. Podríamos decir entonces que, desde el punto de vista endocrinológico, en el varón los trastornos endocrinos quizá serían explicables por la desnutrición, y no así en la mujer, al menos en la actualidad.

Los rasgos que se mencionan de la anorexia nervosa en el varón son variados; por ejemplo, Wall cree que los pacientes con anorexia nervosa tienen una personalidad de alcohólicos (evaden la responsabilidad); Labbe la equipara al síndrome de Kleine-Levin de bulimia-hipersomnía; Cobb cree que ésta evoluciona hacia la esquizofrenia. Algunos autores ven ciertos rasgos homosexuales. Para Chinchilla existen muchos estudios sobre lo somático pero falta estudiar las quejas de los enfermos para determinar la psicopatología de los síntomas presentados (Chinchilla, 1995).

1.6 Peso Corporal

La antropometría consiste en la medición de las dimensiones y composición global del cuerpo humano. Las mediciones antropométricas combinadas originan índices; con frecuencia se utilizan el peso, la talla, la circunferencia de cabeza y otras medidas, para diagnosticar alteraciones nutricias y clasificar a los individuos en base a su estado de nutrición (Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997).

Existen diferentes índices que permiten elaborar clasificaciones más precisas en relación con las alteraciones de la nutrición. Los índices más utilizados en salud pública son: el índice nutricional (IN), el perímetro de brazo entre el perímetro cefálico y el índice de masa corporal (IMC) (Gómez Peresmitré y Saucedo 1997).

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

Las siguientes tres tablas son las que existen en México para medir la categoría de peso en los preadolescentes y adolescentes: la de Vargas y Casillas, la de Hernández Rodríguez y la de Gómez Peresmitré (Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997):

CATEGORÍA	IMC Gómez Peresmitré	IMC Hdez. Rodríguez	IMC Vargas y Casillas
Bajo Peso	17.6 – 19.9	Menor de 19.9	15 – 18.9
Normal	20 – 22.99	19.5 – 24	19 – 24.9
Sobrepeso	23 – 27	24.1 – 26	25 – 29.9
Obesidad	Mayor de 27	Mayor de 26	Mayor de 30

En un estudio elaborado por Gómez Peresmitré y Saucedo, se concluyó que el criterio propuesto por Vargas y Casillas es el más recomendable para diagnosticar bajo peso, mientras que el criterio de Gómez Peresmitré resultó ser más conveniente para la clasificación de sobrepeso y obesidad (Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997).

CAPITULO 2

Preadolescencia

2. 1 Preadolescencia

De los nueve a los doce años hay una etapa conocida como preadolescencia. A partir de los siete u ocho años el niño comienza a experimentar cambios que serán decisivos en su desarrollo; es el comienzo de una nueva fase que lo va a conducir al inicio de la pubertad alrededor de los doce años (Reymond – Rivier, 1986).

En este período hay progresos notables en el desarrollo de la sociabilidad y en diferentes sectores de la personalidad. El desarrollo de la infancia alcanza un equilibrio alrededor de los 10 años, y también es consumado en esta edad. Sin embargo alrededor de los 11 años la pubertad llega e introduce junto con la maduración física, una larga crisis en el joven, que tendrá que resolver más tarde, en la adolescencia, para así lograr su autonomía y su admisión como miembro de la sociedad de los adultos (Reymond-Rivier, 1986; Gessell, 1989).

Hay diferentes teorías que explican el desarrollo del individuo, como la teoría psicosocial, la psicoanalítica y la psicogenética. Éstas describen la evolución del sujeto de manera jerárquica, porque afirman que la adquisición de habilidades en etapas anteriores son fundamentales para el desarrollo de nuevas habilidades. Existen otras teorías que plantean el desarrollo en función de la interacción que el individuo tiene con su ambiente; algunas de estas teorías son: la del aprendizaje social, la del condicionamiento y la humanista (Newman, 1985).

Algunas de las diferentes teorías:

1. Teoría de Sigmund Freud. La teoría psicoanalítica describe cinco etapas del desarrollo que son: oral (de 0 a 1 año), anal (de 1 a 3 años), fálica (de 3 a 6 años), de latencia (de 6 años a la pubertad) y genital (desde la pubertad). Los preadolescentes se encuentran en la etapa de latencia que se caracteriza por ser una época de calma sexual, durante la cual el ello se aplaca, el yo se fortalece y el superyo actúa con más serenidad. Sin embargo, la evolución sexual no se

detiene, lo que ocurre es que la libido se dirige a perfeccionar otras áreas en la vida del sujeto, como son: la estructuración del yo, la expansión intelectual, el aumento de los conocimientos para el futuro desarrollo social que le depara su ambiente (Tallaferro, 1994).

2. Teoría de Anna Freud. Para Anna Freud, en la adolescencia se dan una serie de cambios en la actividad y calidad de los impulsos, los cuales alteran el equilibrio entre el id y el ego que durante la latencia se había logrado. A causa de este nuevo ajuste se producen los trastornos comportamentales tan comunes en la adolescencia. Esta autora considera que aquellos jóvenes que dan gran importancia a las relaciones familiares y se manifiestan como hijos sumisos, cuentan con un predominio del obstáculo para el desarrollo normal (Horrocks, 1986).

3. Teoría de Erik Erikson o teoría psicosocial. Esta teoría estudia la interacción entre la persona y su entorno y se fundamenta en cuatro conceptos: las etapas de desarrollo, las tareas evolutivas, las crisis psicosociales y el proceso de entrenamiento (Newman, 1985).

Las etapas de desarrollo descritas por Erikson son ocho, éstas son: confianza básica vs desconfianza (de 0 a 2 años), autonomía vs duda y vergüenza (de 2 a 4 años), iniciativa vs culpa (de 5 a 7 años), industriosidad vs inferioridad (de 8 a 12 años), identidad vs confusiones de roles (de 13 a 22 años), intimidad vs aislamiento (de 23 a 30 años), creatividad vs estancamiento (de 31 a 50 años) e integridad vs desesperación (de 51 en adelante). Las tareas evolutivas son las habilidades que adquiere la persona a medida que va dominando su ambiente, e indican progreso en las capacidades motrices, intelectuales, sociales y emocionales. Las crisis psicosociales son los esfuerzos que hace la persona para ajustarse a las exigencias del ambiente en cada una de las etapas. El proceso de entrenamiento es un esfuerzo activo que realiza la persona para resolver la

tensión y crear nuevas soluciones ante las exigencias del medio. Con esto nos damos cuenta de que en cada etapa del desarrollo el sujeto debe superar las tareas evolutivas, las crisis psicosociales y el proceso de entrenamiento para poder avanzar a la siguiente etapa (Newman, 1985).

En cuanto a las etapas del desarrollo de Erikson, la preadolescencia corresponde a la etapa de industriiosidad vs inferioridad, durante la cual el individuo dirige sus energías hacia los problemas sociales que intenta afrontar con éxito. Esta etapa se caracteriza porque por una parte hay mucho movimiento, le gusta a la persona hacer, producir, pero por otra parte tiene un sentimiento de inferioridad porque el sujeto aún es un niño y no puede realizar las cosas que realizaría un adulto. Para que el niño logre resolver adecuadamente esta etapa, debe sublimar deseos anteriores y dirigir sus esfuerzos hacia la producción. Esta etapa termina cuando el preadolescente comienza a integrar su identidad, la cual se va conformando a lo largo de las etapas anteriores (Maier, 1979).

4. La teoría psicogénica. Tiene como objetivo principal comprender el mecanismo responsable de la evolución mental, moral y afectiva. Piaget describe el desarrollo en cuatro estadios diferentes que son (Martí, 1991):

- Estadio sensorio motor (0 a 24 meses)
- Estadio preoperativo (2 a 7 años)
- Estadio de las operaciones concretas (7 a 11 años)
- Estadio de las operaciones formales (11 a 16 años)

Los preadolescentes se encuentran en la etapa de operaciones concretas, donde aparecen las capacidades básicas del razonamiento y de la lógica que permiten que el niño tenga una estimación precisa de la realidad (Flavell, 1971).

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

6. Teoría del Condicionamiento. Esta teoría plantea que la persona es moldeada y formada por el proceso de asociación de estímulos y sus respuestas, o por la asociación de comportamientos y consecuencias; por tanto el aprendizaje se realiza en forma automática. No importa lo que ocurre entre el estímulo y la respuesta, sino la conducta observable. Una conducta que es reforzada tendrá mayores probabilidades de ser aprendida y por lo tanto de llevarse a cabo (Craig, 1994).

7. Teoría Humanista. Los humanistas proponen que el ser humano es espontáneo, autodeterminante y creativo. Aseguran que el individuo puede tomar decisiones relacionadas con su vida buscando como meta la autorrealización. Los representantes de esta teoría son Maslow y Rogers. Rogers postuló que el núcleo de la naturaleza humana se compone de impulsos positivos, sanos y constructivos, y que están en juego desde el momento del nacimiento (Craig, 1994).

Maslow sostiene que las necesidades humanas difieren en su orden de prioridad. Elaboró una pirámide jerárquica donde las necesidades fisiológicas como el hambre y la sed son las básicas y son seguidas por las necesidades de seguridad como las de posesión y amor, las de estima, las cognoscitivas y las estéticas; y en la cima se encuentran las necesidades de autoactualización. Conforme se

satisfacen las necesidades del individuo, se busca satisfacer las del siguiente peldaño. También afirma que la autorrealización es un impulso interno y un desarrollo de necesidades internas y expresivas donde hay una búsqueda de un mayor conocimiento del mundo y de sí mismo (Papalia y Wendkos, 1997).

Horrocks (1986) considera que son seis las principales cuestiones que caracterizan a los años de desarrollo de la adolescencia y la pubertad:

- 1) Es la etapa en que el individuo, poco a poco, va haciendo consciente su concepto de sí mismo, y gradualmente se dirige hacia la autoestabilización que es propia de la vida adulta. La persona aprende el rol personal que corresponde a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.
- 2) Los jóvenes suelen perder la sumisión ante la autoridad paterna que tenían en la infancia; tienden a luchar contra las relaciones en las que quedan subordinados. En este período aparecen los intereses vocacionales.
- 3) Las relaciones de grupo adquieren mayor importancia. Existe preocupación por lograr un estatus y reconocimiento de los jóvenes de su edad. Aparecen también los intereses heterosexuales, lo que produce una confusión en sus emociones y actitudes.
- 4) Es una etapa de rápido crecimiento y cambios corporales que culminan en la madurez física del individuo.
- 5) También es una etapa de gran desarrollo intelectual y exigencias académicas. Se le piden conocimientos y habilidades que muchas veces son de poco interés inmediato.
- 6) Se da un desarrollo moral muy importante en el que se evalúan los valores, y un desarrollo de ideas propias.

2.2 Desarrollo físico

El desarrollo físico e intelectual entre los 6 y 12 años puede parecer lento. El crecimiento físico se reduce de manera notable, a excepción de un salto repentino hacia el final de este periodo. El desarrollo en esta etapa es significativo a pesar de que los cambios son menos espectaculares (Papalia y Wendkos, 1997).

Tanto niños como niñas, ganan un promedio de siete libras y de cinco a ocho centímetros por año hasta llegar el repentino crecimiento de la adolescencia, el cual comienza alrededor de los 10 años para las niñas. Las niñas son más altas y pesadas que los niños hasta que éstos comienzan su crecimiento alrededor de los 12 años (Papalia y Wendkos, 1997).

Los niños entre sí, varían en gran medida, de tal manera que si un niño tiene exactamente la misma altura a los 7 años que otro a los 9, estará dentro de los límites normales de altura (Papalia y Wendkos, 1997).

De los 9 a los 10 años se da la conciencia y el desarrollo de todas las partes y sistemas del cuerpo; crece la capacidad de combinar las habilidades motoras con mayor fluidez y además hay un mejor equilibrio. A los 11 años ya hay un juicio exacto al interceptar los objetos en movimiento; también hay un mejoramiento continuo de las habilidades motoras finas (Craig, 2001).

La longitud de los huesos aumenta a medida que el cuerpo se alarga y se ensancha. Después de los seis meses de edad, los depósitos de grasa disminuyen de manera gradual hasta los seis u ocho años; esta reducción es más marcada en los varones. En ambos sexos aumentan la longitud, el grosor y el ancho de los músculos. La fuerza de varones y mujeres es similar durante la niñez media. El desarrollo del cerebro en este período produce un funcionamiento más eficaz, sobre todo en los lóbulos frontales de la corteza, que tienen una participación muy importante en el pensamiento y en la conciencia. Es el tiempo

en que los niños suelen realizar la transición a la etapa de las operaciones concretas (Craig, 2001).

Los varones de alrededor de 11 años presentan en su desarrollo físico un grupo más uniforme que el de las niñas debido a que son muy pocos los que presentan signos exteriores de maduración sexual. A esta edad sólo unos cuantos varones registran cambios puberales. Aproximadamente una cuarta parte de los varones ya ha comenzado a dar el estirón. En esta época el varón medio ha alcanzado un poco más del 80% de la estatura adulta, pero un poco menos de la mitad del peso correspondiente a los 21 años (Gesell, 1989).

De los 9 a los 11/12 años la forma del cuerpo alcanza un grado de simetría. El aumento de estatura corresponde con el aumento de corpulencia. La actitud y los movimientos del cuerpo son equilibrados y armónicos. Los niños de esta etapa adquieren la capacidad de controlar los movimientos del cuerpo; suelen ser ágiles y mantienen el equilibrio. La actitud del cuerpo del niño depende de la edad, la estatura, tipo constitucional y sexo (Clauss y Hiebsch, 1966).

Alrededor de los 12 años en las niñas y los 13 años en los niños, aumenta la estatura, pero la amplitud del tórax permanece estacionaria. Stratz, 1990 (citado por Clauss y Hiebsch, 1966) llamó a esta fase del desarrollo corporal la fase del segundo estirón. El impulso del crecimiento no actúa simultáneamente sobre todos los órganos del cuerpo. Primero se alargan las piernas y los brazos, y el tronco conserva su ancho; de esta manera se produce la inarmonía que es típica del preadolescente: piernas largas y tórax estrecho. En este período varía junto con la forma del cuerpo, la motricidad. El dominio del aparato de la motricidad falla cuando se emplea con más fuerza de la requerida, es por eso que los movimientos necesarios van acompañados de muchos otros superfluos, dando como resultado movimientos torpes. El preadolescente se mueve con rigidez, torpeza, brusquedad e inquietud. Esto se debe al rápido crecimiento de las extremidades y a la desproporción originada entre los centros nerviosos motores y

los órganos ejecutores. El preadolescente es muy consciente de los trastornos producidos por su coordinación motriz (Clauss y Hiebsch, 1966).

En algunos varones se presenta un definido período de obesidad con una acumulación de tejido adiposo que les da un aspecto de globos inflados. Algunos varones muestran curiosidad por otros que parecen menos masculinos; incluso algunas veces son llamados amanerados aquellos niños que son más delgados, inmaduros, de crecimiento lento, o bien los más regordetes, de caderas anchas y poco atléticos (Gesell, 1989).

Durante estos años los niños suelen tener buen apetito. Necesitan comer bien ya que el juego demanda energía y su cuerpo duplicará su peso en este tiempo; para soportar estos sucesos necesitan un promedio diario de 2,400 calorías, 34 g de proteínas y altos niveles de carbohidratos complejos (E.R. Williams y Caliendo, 1984 citados por Papalia y Wendkos, 1997). Los niños necesitan fuentes ricas en energía y proteínas, para permanecer activos y crecer normalmente. Los efectos de una nutrición deficiente pueden ser de largo alcance (Papalia y Wendkos, 1997).

Las hormonas son indispensables en el desarrollo físico humano y pueden tener un papel decisivo en la formación del lado psíquico de la personalidad. Durante los primeros cambios de forma adquiere importancia el aparato endocrino. De todas las glándulas endocrinas, la más importante es la hipófisis o glándula pituitaria; controla la actividad del resto de las glándulas y de su normal funcionamiento depende que la persona se desarrolle normalmente física y psíquicamente. Los fenómenos del desarrollo están esencialmente condicionados por las hormonas (Clauss y Hiebsch, 1966).

2.2.1 Preocupación por la imagen corporal

Los preadolescentes pueden ser en exceso intolerantes con el tipo de cuerpo que poseen (demasiado gordo o flaco). Los medios de comunicación masiva manipulan esa tendencia a la intolerancia dándoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que viven su juventud sin barro, frenos, torpezas ni problemas de peso. Muchos jóvenes preocupados por su apariencia física encuentran una discrepancia entre su autoimagen no tan perfecta y los ideales de belleza y armonía a su alrededor, lo que les causa ansiedad y dudas sobre su persona (Papalia y Olds, 1995).

En la preadolescencia, la clase de cuerpo recibe una atención más detallada. Algunos jóvenes se someten a dietas rigurosas mientras que otros inician programas de acondicionamiento físico exhaustivos. Para los muchachos su preocupación es la estatura y los músculos. La imagen del cuerpo posee un gran peso ante una sociedad como la nuestra; es por eso que nos es fácil entender porqué el preadolescente concede un gran valor a su cuerpo en cuanto éste signifique algo para los demás (Moradela, 1995).

2. 3 Desarrollo cognoscitivo

De acuerdo con la terminología piagetiana, los niños en edad escolar adquieren el pensamiento operacional concreto. Para Piaget, el período comprendido de los 6 a los 11 ó 12 años marca la transición del pensamiento preoperacional al de las operaciones concretas: el pensamiento es menos intuitivo y egocéntrico y se vuelve más lógico. El pensamiento comienza a ser reversible, flexible y mucho más complejo (Craig, 2001).

En esta etapa los niños empiezan a establecer las conexiones y a realizar las funciones mentales indispensables para adquirir una percepción más realista y lógica del mundo físico. Puede clasificar las cosas, comprende conceptos matemáticos y el principio de conservación. Sin embargo los niños en esta etapa todavía se limitan a situaciones reales y presentes, no pueden pensar hipotéticamente. La capacidad para pensar en forma abstracta se presenta hasta la adolescencia (Piaget, 1952).

La descentralización de la atención, la reversibilidad del pensamiento, la autorregulación del aprendizaje y el uso del lenguaje para facilitar el pensamiento, son algunos de los principales cambios que se dan en el pensamiento de los niños comprendidos en estas edades (Hoffman, Paris, Hall, 1995).

En esta etapa los niños son más lógicos y menos egocéntricos, utilizan operaciones mentales internas para resolver problemas situados en el aquí y ahora (Craig, 2001).

Las nociones de permanencia surgen a partir de los 7 años, pues aparece el concepto de conservación que se refiere a que los cambios externos que sufre un objeto no lo afectan en la cantidad. El primer concepto que aparece es el de conservación de la cantidad y de la longitud: a los 9 años el de peso y entre los 11 y 12 el de volumen (Piaget, 1981).

Aproximadamente al final de los 11 años, la inteligencia del niño es más dinámica y original, además desarrolla una mayor capacidad de reflexión, empieza a valorar las ventajas y desventajas de una situación e intenta formular hipótesis (Osterrieth, 1974).

Los niños que pasan por esta etapa, aún tienen ciertas limitaciones cognoscitivas como falta de experiencia; entonces descubren los principios abstractos a través de la observación y de sus experiencias en el mundo real. Suelen ser muy

literales en su pensamiento y se les dificulta pensar en conductas que nunca antes han visto, también se les dificulta imaginar situaciones que no existen dentro de su realidad (Newman, 1985).

Según Peel (1965), el desarrollo intelectual entre los once y los veinte años de edad consiste principalmente en un cambio del pensamiento descriptivo al explicativo. En el pensamiento descriptivo no se hace más que relacionar entre sí los atributos de un suceso, y en el explicativo, los atributos de un suceso se relacionan con fenómenos explicativos previos y con generalizaciones y conceptos apropiados.

El conocimiento que el niño tiene del mundo en esta etapa, no se desarrolla de modo fragmentario (por partes), sino que el niño trata de interpretar sus experiencias como un todo organizado (Craig, 2001).

Entre los 8 y los 10 años, los procesos cognoscitivos todavía no tienen un carácter lógico, teórico, sino que en ellos el sujeto es guiado por la necesidad de ser entendido activamente, en la acción con las cosas del mundo. Los niños de esta edad son activos y quieren intervenir en el mundo. A esta edad, en lo que concierne a las relaciones sociales, surgen las condiciones para incorporarse a grupos secundarios. Los grupos se forman con relativa rapidez y se caracterizan por el ordenamiento jerárquico. En la vida del grupo es visible la tendencia a la separación de los sexos (Clauss y Hiebsch, 1966).

2.4 Desarrollo psicosocial

Las transformaciones de la conducta social durante la prepubertad pueden observarse en las diferentes esferas de la vida: en la familia, en la comunidad escolar y también fuera de éstas. El ingreso a la escuela marca el punto en que el

niño comienza a independizarse de la familia. La escuela es la primera vivencia de una forma social secundaria, mientras que la familia es la forma social primaria. Entre mayor es el niño, más vive esa forma secundaria. La capacidad de vivir en grupos secundarios alcanza la cima en la niñez madura, en esta etapa la vida común en un grupo parece ser algo más esencial que la familia (Clauss, 1966).

Los niños que están cruzando por la etapa preadolescente comienzan a observar su mundo social y poco a poco van comprendiendo y aprendiendo todos los principios y las reglas que lo rigen (Ross, 1981 citado por Craig, 2001).

El niño de nueve años ya no es un niño, pero tampoco es un adolescente. Es una edad intermedia donde el niño demuestra mayor autodeterminación y autocritica; además existe una voluntad creciente de control y de dominio (Osterrieth, 1974).

El niño que atraviesa esta etapa va a comenzar a entablar relaciones más duraderas y electivas en el interior de un grupo, y a desarrollar al mismo tiempo un sentimiento cada vez más fuerte de su pertenencia a la comunidad. La cooperación al principio es limitada, sin embargo hacia los 10 años adquiere su pleno significado de compañerismo y de solidaridad. Los grupos de niños ya no son segmentarios; ahora existe en ellos un deseo dominante de medirse con los compañeros y la preocupación de superarlos. El prestigio es como un triunfo y puede ser una fuente de autoridad (Reymond-Rivier, 1986).

Algunos varones se vuelven más conscientes de las niñas como mujeres. Dedicar más atención al aspecto físico de las niñas y observan su modo de caminar. A los once años, la masturbación es un fenómeno conocido por muchos varones, experimentada en forma casual o deliberada aproximadamente por la mitad de ellos. El niño de once años trae consigo un nuevo complejo de emociones, se muestra agitado, antipático, rencoroso, discutiendo, insolente y malhumorado; sin embargo es consciente de sus estados de ánimo, es decir que sabe cómo se siente aunque frecuentemente no sabe porqué (Gesell, 1989).

La popularidad, que puede ser considerada al igual que el prestigio, una de las fuentes de la autoridad, es sin embargo sólo una de las fuentes mas no la autoridad en sí. La experiencia de la cooperación, del juego en común, desarrolla poco a poco una moral en el niño. Los preceptos, las opiniones y los valores impuestos por el adulto, hasta ese entonces habían sido admitidos sin discusión, pero en esta etapa todos estos son revaluados y repensados por medio de la experiencia común. La adquisición de la autonomía marca el final del desarrollo social referente a niños de 10 ó 12 años. Las reglas adultas van siendo consentidas en la medida en que estas reglas son puestas a prueba por el grupo, y después son comprendidas y reconocidas. Este es el primer aspecto de la autonomía; el segundo es la relación de reciprocidad que se establece entre niños, ya que es fuente de valores nuevos (Reymond-Rivier, 1986).

El niño de 12 se siente más dispuesto a mostrarse positivo y entusiasta, es menos voluble, más controlado y tiene un mayor sentido de la autocritica; además es mucho menos ingenuo con respecto a las relaciones sociales. El niño de 12 trata de crecer y afirma reiteradamente que ya no es un chico o al menos espera que no se le considere como tal; y es cierto que se encuentra en las primeras etapas de la adolescencia. El niño de esta edad aún es muy inestable y fluctúa entre un espíritu de colaboración adulto y los caprichos infantiles; posee una aptitud cada vez mayor para realizar tareas independientes, aunque busca más notablemente las actividades colectivas (Gesell, 1989).

La variación psicológica más importante en la personalidad del preadolescente es la introversión. Su resultado es que él aprende cada vez más a reconocer y comprender lo que es de orden psíquico o espiritual. Cada etapa del desarrollo se caracteriza por los intereses típicos de la fase que se está atravesando. El niño de edad media siente interés, en primer lugar, por aquello que le aporta nuevos conocimientos. Su realismo crítico le hace considerar valioso todo lo que contribuye a enriquecer su conocimiento de las cosas. Junto con el interés de las cosas aparece un interés por las personas; en esta etapa de la vida los

muchachos y muchachas se entregan a las relaciones humanas espirituales (Claus y Hiebsch, 1996).

La importancia que tiene la socialización durante la niñez media continúa en la adolescencia, pero poco a poco el estilo y las funciones de las interacciones con los compañeros van cambiando. Por ejemplo se verifican cambios en los criterios para la aceptación social y popularización social. El prestigio dentro del grupo de compañeros corresponde a la jerarquía de estrato social que se ocupe en la comunidad. El prestigio social de la propia familia y recursos tales como el dinero y vestido, con frecuencia se convierten en criterios para la aceptación en tales reuniones, y de esta manera se empiezan a poner en vigor las distinciones sociales (Ferguson, 1977).

Durante la preadolescencia, la tendencia a la ansiedad es relativamente intensa; debe su origen a la excitabilidad y labilidad afectiva que experimenta el preadolescente. Pero también puede ser que esta ansiedad sea el resultado de la lucha interna entre las fuerzas antagónicas que en esta edad invaden al púber. Esta ansiedad se manifiesta en forma de pesadillas, miedo a la oscuridad, etc., y tiende a ir disminuyendo con la edad (Nickel, 1985).

Las oscilaciones bruscas del ánimo y el humor no son raras durante la preadolescencia. En ocasiones la persistencia de síntomas como la tristeza, la inhibición, el desinterés y los sentimientos de culpabilidad van unidos, con mayor o menor intensidad, a manifestaciones somáticas (insomnio, anorexia, amenorrea, trastornos digestivos, etc.) y algunas veces hacen pensar en un trastorno psíquico de cierta importancia, conocido bajo el nombre de depresión. Ocasionalmente, el preadolescente sufrirá una crisis de melancolía en donde destacan la falta de energía en sus actividades, el decaimiento y el bajo rendimiento intelectual (Papalia y Olds, 1995).

Las experiencias en las relaciones familiares que vive un niño son muy importantes para la formación de su personalidad. Maldebaum (citado por Horrocks en 1986) dice que los preadolescentes recapitulan las actitudes que sus padres tuvieron hacia ellos durante su infancia. Si durante la niñez fue capaz de aprender a tener confianza, armonía y sentido de identidad, entonces la etapa preadolescente será más sencilla y sin mayores problemas, pero si en la niñez se percibió que los padres se resistieron a su búsqueda de autonomía, la adolescencia suele presentarse como un período de rebeldía.

Los estudios de Díaz Guerrero (1982) muestran la influencia de la familia en la formación de la personalidad del preadolescente y adolescente mexicano. En las familias mexicanas se exigen diferentes conductas a los hijos y las hijas preadolescentes. De los niños se espera que den signos claros de virilidad, es decir que sea activo en su esfera sexual; y de las niñas se espera que sean dulces, hogareñas, maternas, religiosas, y sobre todo la sociedad les exige presencia física.

2.5 Desarrollo psicosexual

Los cambios físicos y fisiológicos que se dan en la maduración de los jóvenes traen consigo un aumento en el erotismo. Los preadolescentes de ambos sexos sienten una gran inquietud por su sexualidad, que no alcanzan a comprender del todo. Los primeros juegos sexuales y las primeras relaciones íntimas son para muchos jóvenes, experiencias que dejan huellas profundas. Una de las actividades sexuales a la que recurren los preadolescentes, con mayor frecuencia es la masturbación, la cual se podría definir como la autoestimulación de los órganos genitales para provocar sensaciones agradables. En ella se busca la descarga de la tensión sexual fuera de toda relación real y afectiva con otro (Craig, 1994).

Hay una gran diferencia en la frecuencia masturbatoria entre niños y niñas: entre los niños hay un incremento progresivo con los años, ya que tienden a recurrir más a menudo a la masturbación como una opción para la salida de sus impulsos sexuales; en cambio en las niñas la frecuencia tiende a disminuir ya que ellas prefieren pasar su tiempo fantaseando historias románticas (Horrocks, 1986).

Después de la etapa masturbatoria sigue una etapa homoerótica, llamada así porque en ella es frecuente la aparición de amistades de alta afectividad entre preadolescentes del mismo sexo. Esta etapa representa un avance en la madurez heterosexual, porque el individuo no busca el placer consigo mismo, sino que lo busca en relación con otra persona. Es aquí donde surgen los grupos exclusivos de niños y los de niñas, como un primer paso hacia el establecimiento de las relaciones heterosexuales, por ser de gran ayuda al preadolescente para salir de su narcisismo (Ginder, 1989, citado por Craig, 1994).

Alrededor de los 12 años, los jóvenes comienzan a mostrar un mayor interés en relacionarse con compañeros del sexo opuesto. En estas primeras atracciones, los dos componentes de la sexualidad: la ternura y la genitalidad, permanecen independientes e incluso pueden orientarse a diversas personas, lo que se conoce con el nombre de ensoñaciones o fantasías sexuales. El descubrimiento de los primeros amores o primeras vinculaciones heterosexuales suele presentarse tanto en niños como en niñas y para ellos es una experiencia única que transforma su vida (Moradela, 1995).

2.6 Pubertad

La palabra pubertad proviene del latín *pubertas*. De acuerdo con Fernández (1991) la pubertad es un proceso de desarrollo hormonal de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual se intensifica la producción de hormonas

elaboradas por las glándulas suprarrenales, de óvulos y espermatozoides, y se crea un puente entre el niño y el adulto.

La pubertad también es considerada como la obtención de la madurez sexual y la capacidad de procrear. En las mujeres el inicio se caracteriza por la aparición del primer periodo menstrual o menarquia. En los hombres se caracteriza por la primera emisión de semen que contiene espermatozoides viables (Craig, 2001).

La primera indicación de la pubertad en los varones, es el crecimiento rápido de los testículos y del escroto. El pene pasa por un crecimiento acelerado similar más o menos un año después. Mientras tanto el vello púbico empieza a aparecer, pero sin que madure por completo hasta después de terminado el desarrollo de los genitales. En este periodo también hay un crecimiento en el tamaño del corazón y de los pulmones. Los varones generan más eritrocitos que las mujeres por la presencia de testosterona. La primera emisión de semen puede ocurrir a los 11 años o hasta los 16; generalmente se produce durante el estirón del crecimiento. Estas eyaculaciones pocas veces contienen espermatozoides fértiles (Money, 1980, citado por Craig, 2001).

Las modificaciones físicas que ocurren durante esta etapa originan alteraciones en los intereses, las actitudes y la conducta del sujeto. A pesar de que la pubertad es un periodo relativamente corto dentro del ciclo vital, se divide en tres etapas: la prepubescente, la pubescente y la pospubescente; en la prepubescente ocurren los cambios corporales y comienzan a desarrollarse las características sexuales secundarias pero la función reproductiva aún no se ha desarrollado. En la etapa pubescente se producen las células sexuales en los órganos reproductivos, sin embargo los cambios corporales no han sido completados. En la etapa pospubescente los órganos sexuales funcionan a la perfección (Hurlock, 1987).

El ritmo de crecimiento y el desarrollo puberal puede cambiar de un adolescente a otro; estas desigualdades en el desarrollo físico se reflejan de un modo diferente

en el desarrollo mental, psicológico y comportamental. El análisis clínico y la observación sistemática demuestran que los adolescentes que inician el proceso de su desarrollo puberal entre los 10 y 12 años, a los 14 presentan una mayor desconfianza, mayor retención, más sentido práctico, mayor integración social, más estabilidad emocional, espíritu más profundo y reflexivo, y mayor resistencia tanto física como psicológica y mentalmente, que los de maduración tardía, los cuales ofrecen conductas más inestables e inseguras, impulsivas, tensas y fluctuantes en relación con la dependencia-independencia (Fernández, 1991).

Mussen y Jones (1975) mencionan que los muchachos que maduran temprano tienen cierta ventaja psicológica sobre sus compañeros que maduran tardíamente, tanto durante la adolescencia como en la madurez. Entre los jóvenes, el que madura más temprano tiene una ventaja heterosexual muy definida sobre sus compañeros, ya que en el desarrollo se encuentra más cercano a las chicas de su edad. Jones (1957) demostró que el muchacho que madura temprano tiene una estima de sí mismo notablemente mayor que la que tiene el que madura tardíamente (Citados por McKinney, Fitzgerald, Strommen, 1982).

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

Las transformaciones del cuerpo y el despertar de las necesidades sexuales constituyen un acontecimiento que derrumba el equilibrio adquirido precedentemente por el preadolescente, y pone en tela de juicio a toda su persona, ya que el fenómeno puberal que trastorna todo el organismo desencadena un trastorno psicológico. Debe hacerse una distinción entre la pubertad fisiológica y la pubertad mental, pues hay fenómenos que no resultan directamente del fenómeno puberal sino de un ahondamiento del ser y de una

toma de conciencia de sí mismo. La noción de pubertad mental explica que la adolescencia no puede ser dividida en fases tan distintas como era posible hacerlo con el niño. La revolución desencadenada por la pubertad se prolonga mucho más allá de ésta y desemboca en la autonomía y en la inserción en la sociedad adulta. En nuestras sociedades, el desarrollo físico y sexual de los jóvenes es mucho más precoz que como era antes, sobre todo en el medio ciudadano (Reymond-Rivier, 1986).

CAPITULO 3

Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

3. Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

3.1 Imagen Corporal

3.1.1 Antecedentes de la imagen corporal

La imagen corporal es una construcción social en la cual influyen aspectos biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales. La imagen corporal se refiere a una configuración cognoscitiva compleja y consciente de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con relación a su cuerpo a lo largo de toda su vida, a través de diferentes experiencias (Gómez Peresmitré, 1997).

La imagen corporal es la sensación que se tiene del cuerpo, la cual comienza en la niñez temprana y se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer, y la atención. La imagen corporal puede diferir según la edad, etapa de la vida, género y clase social (Gómez Peresmitré, 1998).

Se define la imagen corporal como la representación mental que tiene una persona sobre sí misma. Para la persona con trastornos alimentarios, esta imagen se distorsiona de tal manera que desfigura el tamaño y la forma de algunas partes o de todo su cuerpo. Es probable que se vea a sí misma más grande de lo que es en realidad. Entre las consecuencias de la distorsión de la imagen corporal están: el desagrado de su propio cuerpo, verse a sí misma más pesada de lo que es en realidad, la dieta le parece más urgente y necesaria; sin embargo, la dieta sólo conduce a más conductas bulímicas; esta distorsión ayuda a la bulimia a desconfiar de quienes le dicen que se ve estupenda (Roberta y Ron, 1999).

A lo largo de la historia la imagen corporal se ha asociado con el tipo de personalidad; y es que la percepción del cuerpo se realiza de dos maneras: la primera se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones), y la segunda engloba las percepciones, representaciones y efectos elaborados a partir del propio cuerpo, y constituyen una imagen afectiva del mismo (Bruchon- Schweitzer 1992).

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. La imagen corporal puede diferir según la edad, etapa de la vida, género y clase social. Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por cambios biológicos, b) las relacionadas con cambios psicológicos, c) las debidas al contexto social y al entorno cultural como etapa de vida y clase social (Gómez Peresmitré, 1997).

La prevalencia de este trastorno se desconoce, pero según Rosen (1995), usando los criterios del DSM-IV, se dice que deberían ser excluidos los pacientes que estuvieran mejor clasificados en bulimia o anorexia. Parece ser más común en mujeres que en hombres, aunque por otra parte hay quien dice que es aproximadamente igual entre sexos (Raich, 2000).

Nuestra imagen corporal y las imágenes corporales de los otros son datos primarios de la experiencia, y desde el principio mismo existe una vinculación sumamente estrecha entre nuestra imagen corporal y la de los demás. Así incorporamos ciertas partes de las imágenes corporales de los demás a las de otras personas, al mismo tiempo que conferimos nuestras propias imágenes corporales a otros individuos o, en cierto modo, realizamos un consistente intercambio entre nuestras imágenes corporales y las de los sujetos que nos rodean. Este intercambio puede ser sólo de partes o de entes totales (Schilder, 1977).

Es importante mencionar que la diferencia que existe entre hombres y mujeres con respecto a cómo perciben su cuerpo puede tener origen en el proceso de elección de objeto sexual del niño/a, ya que de esta manera quedará definida o no la heterosexualidad de cada uno de los sexos. La niña al atravesar la etapa edípica, hace lo posible por captar la atención del padre, y esto es por medio de la belleza física y la seducción, de esta manera querrá acceder al hombre a través del encanto y la gracia (Dio, 1997).

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

Kolb (1959), define la Imagen corporal como la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos; y ha dividido a ésta en dos componentes: la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. La primera está integrada por múltiples percepciones vinculadas con el cuerpo, mientras que el segundo depende de los procesos psicológicos internalizados y de sensaciones internas.

Las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero la impresión que una persona les causa a los demás, y segundo, el modo en que ve su propio cuerpo y lo que le parece a ella misma, o sea la Imagen corporal (Kolb, 1959).

3.1.2 Desarrollo de la Imagen Corporal

En nuestra cultura, uno de los factores más influyentes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y el rechazo a la obesidad. Esta presión cultural hacia la esbeltez es un determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal (Raich, 2000).

La familia influye en el desarrollo de un trastorno de la imagen corporal, ya que es de ésta de la que aprendemos; la familia nos enseña qué es lo bello, cómo debemos comportarnos, cómo arreglarnos, que consideración estética de éxito tiene uno en la familia. También las amistades tienen un papel importante, ya que igual que los familiares pueden particularizar para sus amigas los modelos sociales y también pueden amplificar los defectos de una persona. Ser criticado, sufrir burlas a causa de la apariencia en la infancia puede influir sobre la imagen corporal que uno tenga de sí mismo en la edad adulta (Raich, 2000).

También se señalan dos factores que desempeñan un papel especial en la creación de la imagen del cuerpo: Uno es el dolor, y el otro, el control motor de nuestros miembros. El desarrollo del esquema del cuerpo probablemente es paralelo en gran medida, al desarrollo sensorio – motriz (Raich, 2000).

Claro está que el dibujo es una actividad psíquica bastante complicada y podría resultar difícil determinar si la incapacidad para dibujar sintéticamente se basa realmente en dificultades sensoriales, o si se debe simplemente a ineptitudes motrices. Pero el niño se siente completamente satisfecho con sus dibujos, de modo que, a nuestro juicio, lo que realmente refleja la forma en que los niños dibujan las figuras humanas es su conocimiento y experiencia sensorial sobre la imagen corporal. Expresan en todo caso, el cuadro mental que tienen del cuerpo humano, y la imagen corporal no es otra cosa que un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción (Schilder, 1977).

En los varones, la presión social no es tan importante como en las mujeres, sin embargo la sociedad les exige tener un determinado físico. Los hombres han de ser altos, fuertes, con hombros anchos, un pecho musculoso, bíceps bien definidos y una gran mata de pelo.

Estos modelos estéticos causan problemas, a veces importantes problemas de salud, al abusar de esteroides o realizar ejercicio físico excesivo. Actualmente hay cada vez más hombres que buscan remedios de belleza a fin de mejorar su aspecto, confiando que éste les aportará éxito en sus relaciones y trabajo (Raich, 2000).

Una persona no se convence de que tiene una imagen corporal negativa de un día para otro. Es cuestión de tiempo. La imagen corporal comienza a formarse en la infancia. Existen varios factores que influyen en la aparición del trastorno de la imagen corporal: unos son históricos y otros son actuales. De hecho, nuestro sentido básico de identidad está enraizado en un cuerpo, nuestro cuerpo. Parece que alrededor de la edad de dos años, muchos niños ya pueden reconocerse a sí mismos en un espejo. La corporeidad va dando cada vez más una retroalimentación de cómo somos, y también va quedando patente cómo nos ven los demás (Raich, 2000).

3.1.3 Imagen corporal y trastornos de la alimentación

En nuestra época el ideal de la delgadez es visto como un ideal de la estética corporal, como un sinónimo de calidad de vida y buena salud. Pero eso no es todo, muchas personas, en especial las mujeres luchan por alcanzar este sueño. Aunado a lo anterior, encontramos que los medios de comunicación influyen de gran manera en la percepción que tenemos de nuestro cuerpo; por ejemplo las revistas femeninas presentan un ideal de belleza y, además, recetarios en donde

el objetivo principal es el control del peso, así como la modificación estética permanente a través de algún tipo intervención quirúrgica. Y lo que puede ser más absurdo es que los modelos que presentan se proponen como si esas imágenes estuvieran al alcance de cualquier persona (Méndez, 1995, citado en Rodríguez y Sánchez, 2001).

Los trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: "Preocupación persistente por el peso y la silueta" (APA, 1987 citado en Raich, 2000) o "La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales" (APA, 1994 citado en Raich, 2000).

Cada sociedad tiene sus propios ideales de belleza. Por ejemplo, los bosquimados del desierto de Kalahari tienen gran preferencia por las caderas enormes de la mujer, en cambio en Estados Unidos las medidas de las caderas se prefieren más pequeñas. Ya en épocas pasadas, una muchacha atractiva era más pesada que los actuales modelos de belleza (Jourard y Landsman, 1992).

Powel (1975) señala que antes de las primeras etapas de la pubertad y durante ellas existe un período en el cual cerca del 25% de los niños muestran una tendencia a engordar. El exceso de gordura es un obstáculo sobre todo en los muchachos, en los primeros años de la adolescencia, por el gran interés que éstos tienen por participar en juegos activos. Las muchachas también sufren por el exceso de grasa, pero en comparación con los hombres, su preocupación radica en que la norma cultural exige esbeltez en las mujeres, por lo que con frecuencia las muchachas se someten a dietas muy estrictas para eliminar el exceso de grasa.

3.1.4 Insatisfacción con la imagen corporal

La insatisfacción con la imagen corporal, ha ido incrementándose con la ayuda de factores tales como el auge de la industria en pro del adelgazamiento, ya sea ésta farmacéutica, alimentaria o publicitaria, entre otras (Braguinsky, 1987, citado en Gómez, Pérez-Mitré, 1993).

El modelo propuesto por los medios de comunicación es mucho más delgado que el normal, pero por sí solo no es un factor que explique la aparición de este trastorno. Sin embargo no es extraño que tantas mujeres estén insatisfechas con su peso (Raich, 2000).

Faiburn y Garner, (1986) (citado en Gómez Pérez- Mitré, 1993) afirman que tanto la bulimia, como la anorexia y la obesidad, comparten aspectos cognoscitivos y conductuales como son la forma de comer, la insatisfacción con la imagen corporal, el considerar la delgadez como modelo ideal y el seguimiento periódico de dietas restringidas.

La belleza puede ser una promesa de una completa satisfacción, debido a que la belleza y la fealdad se encuentran como componentes de la imagen corporal que nos hacemos de nosotros mismos y la imagen que los demás se forman de nosotros. La imagen corporal va a ser el resultado de la vida social, por lo que dicha imagen se construye y reconstruye influida por los demás. Dichos intercambios se dan a través de la socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1977).

Davis (1984) dice que a pesar de que la insatisfacción con el cuerpo es más marcada en las mujeres, en los hombres hay una variable que predice muy bien la satisfacción corporal; ésta es la diferencia entre la forma del cuerpo "percibida" y la forma del cuerpo "ideal", existiendo una mayor insatisfacción cuanto mayor sea la distancia entre éstas (Bruchon – Schweitzer, 1992).

Las personas con baja autoestima tienden a sentirse inadecuadas, pueden sucumbir fácilmente a las presiones sociales o de las personas cercanas. La idea básica es que una imagen corporal negativa está asociada a una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia, y esto parece correlacionarse en los estudios que se han llevado a cabo: a mayor insatisfacción corporal, menos autoestima (Raich, 2000).

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992) la satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la Body Cathexis Scale de Secord y Jourard, la cual también es llamada BCS. Esta escala se compone de 46 ítems que se refieren a unas partes del cuerpo o a funciones corporales; asimismo, dicha escala permite evaluar la satisfacción relativa a cada aspecto, o la satisfacción global. También afirma que algunas investigaciones aisladas muestran que la satisfacción corporal, ya sea medida por este instrumento o por otros similares, se subdivide en tres dimensiones, dos de las cuales van a ser específicas de cada sexo: la condición física es común a ambos sexos, el atractivo físico global y la fuerza del cuerpo son variables masculinas; el atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso son factores femeninos.

Esta misma autora señala que hay ciertas variables que se relacionan con la satisfacción corporal; estas son:

- **Sexo:** a pesar de la valoración cultural del cuerpo femenino, existen pocas diferencias entre hombres y mujeres en relación con la satisfacción corporal. En un estudio realizado en Estados Unidos, con una muestra de 2000 sujetos, se encontró que el 7% de las mujeres y el 4% de los hombres se describieron como muy insatisfechos con su cuerpo, contra el 45% y 55% que se sienten satisfechos. A pesar de lo anterior esta comparación entre sexos puede ser arriesgada, ya que otros autores señalan que los componentes de la satisfacción corporal, sólo en parte, son similares en los dos sexos (zonas corporales, así como la significación de estas zonas).

- **Edad:** En un estudio se encontró que la satisfacción corporal disminuye con la edad (de 10 a 40 años) y que esto se observa claramente en el caso de las mujeres. Parece que antes de la adolescencia, las niñas se encuentran relativamente más satisfechas con sus cuerpos, y esta situación se invierte posteriormente en la edad madura, ya que para una mujer adulta es muy difícil estar satisfecha con su cuerpo al comenzar a envejecer, lo cual está marcado por los cánones de belleza (Bruchon – Schweitzer, 1992).

Por último cabe señalar que la satisfacción corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la estimación favorable de las propias capacidades, al equilibrio emocional y a la salud; en otras palabras, contribuye a muy diferentes aspectos adaptativos de la personalidad.

3.1.5 Alteraciones de la imagen corporal

La auto imagen corporal es una mirada dirigida hacia el propio cuerpo, proceso perceptivo complejo en el que el observador es también el observado; "imagen del cuerpo" se le llamará a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas de belleza y a normas de rol; la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre adquisiciones múltiples no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales (Bruchon- Schweitzer ,1992).

La presión cultural acerca del peso y del cuerpo ideal para las mujeres es mucha; dicha presión lleva, en mujeres particularmente permeables a la misma, a un

exceso de auto observación y a cierta obsesión en los intentos de modificar su cuerpo (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

El factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, más altamente reconocido, es el seguimiento de dietas para el control o para la reducción de peso (Gómez Peresmitré, 1998).

El término dieta se refiere al programa alimentario que incluye cualquier tipo de alimento en cualquier cantidad. Hay diferentes tipos de dietas: hipocalórica, que es baja en calorías y es utilizada frecuentemente para perder peso; blanda, utilizada especialmente para el control de enfermedades; e hipercalórica que es una dieta rica en grasas y carbohidratos (Hill, 1991).

El riesgo que tienen los dietantes de convertirse en casos clínicos a los 15 años, es ocho veces mayor que el de los no dietantes. Los niños están adquiriendo la obsesión por tener un peso y una forma corporal que tiende a una delgadez muy difícil de alcanzar (Patton, Jhonson-Sabine, Wood y Wakeling, 1990).

El seguimiento de dietas entre las preadolescentes, está relacionado con la insatisfacción de la figura corporal y también con la preocupación que tienen por ésta (Gómez, Pérez-Mitré, 1995).

3.1.6 Imagen corporal en Hombres

La conciencia que el niño tenga de su propio cuerpo dependerá de la conciencia de su personalidad y de las actitudes que los adultos le hayan recomendado adoptar frente al medio físico y al medio social. En el niño, la imagen del cuerpo se modela por las condiciones de vida y de pensamiento que determinan en él las

técnicas, creencias, etc., propios de la época y de la civilización a la que pertenece (Wallon, 1959).

Por lo que respecta al género masculino, Bruchon-Schweiter (1992) indica que los factores que predicen mejor la satisfacción en hombres son: distancia mínima entre cuerpo real y cuerpo ideal, una estatura alta, un peso moderado, un somatotipo percibido como mesomorfo y un cuerpo considerado atractivo. De igual forma, la satisfacción de sí mismo se explica mejor estudiando algunos componentes de la satisfacción corporal global, que el género masculino relaciona con la idea de un cuerpo eficiente.

Tucker (1982,1984, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) encontró que la satisfacción con respecto al propio cuerpo es muy alta en sujetos que se consideran musculosos (del tipo mesomorfo); más bien escasa en los que se consideran delgados (ectomorfos), y baja en los que se perciben como demasiado gordos (endomorfos).

En este último estudio (Tucker, 1984, citado por Bruchon -Schweitzer, 1992), se exploró otra variable que predice con mayor exactitud la satisfacción corporal masculina; esto es, la diferencia entre la forma del cuerpo "percibido" y la forma del cuerpo "ideal", siendo la insatisfacción más significativa cuando es mayor la distancia entre estas dos.

Respecto al somatotipo "percibido", se ha encontrado que predice diversos aspectos del "concepto de sí" (Lerner, 1972; Hendy y Gillies, 1978, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) y diversos aspectos de la personalidad autoestimada (Tucker, 1994, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992). Estos estudios mostraron que los sujetos masculinos que se creen mesomorfos (musculosos) tienen un concepto de sí mismos más favorable que los otros, siendo más bajo el concepto en los endomorfos. Asimismo, se ha encontrado que los primeros son más extrovertidos y menos neuróticos.

De igual manera, el estudio de Tucker (1984, citado por Bruchon-Schweitzer, 1992) mostró que el 95% de los 255 estudiantes masculinos consideraron que el cuerpo del mesomorfo es el mas bello, pero el 78% no se sienten conformes con ese cuerpo ideal. Los que creen que su cuerpo tiene ese somatotipo (lo tengan o no) tienen un perfil más favorable (están más satisfechos de su cuerpo, poseen un buen concepto de sí mismos, muestran extroversión y poca emotividad); sin embargo, el somatotipo percibido predice por sí solo el 12% de la varianza del "concepto de sí".

Poblano y Trigueros (2000) encontraron en una muestra de adolescentes varones, que en la elección de figura actual, se identificaron en su gran mayoría con las figuras más delgadas. Cuando seleccionaron la figura ideal, casi la totalidad de la muestra eligió una figura delgada, pero más gruesa y musculosa. Estos autores también encontraron que los adolescentes que presentan mayor problema en la conducta alimentaria del atracón, fueron aquellos que tenían alteración de la Imagen Corporal.

El peso corporal es un índice que es utilizado para categorizar a los otros a partir de los tres años de edad. Las siluetas masculinas que son musculosas son más atractivas para ambos sexos. La musculatura y la fuerza del tronco superior son los aspectos más determinantes del atractivo masculino (Bruchon, -Schweitzer, 1992).

Varios teóricos reafirman la suposición respecto a las diferencias psicosociales que influyen en la prevalencia menor de trastornos alimentarios en los hombres comparada con la de las mujeres, ya que en ellos, al parecer, las presiones del medio se centran en cambiar su forma corporal para lograr una apariencia musculosa, y no una delgada (Thompson, 1996; Tucker, 1982, 1984, citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Los resultados de Poblano y Trigueros (2000) dan elementos para suponer que en los varones, las conductas alimentarias de riesgo apuntan hacia el concepto de "anorexia inversa" (Andersen, en Cohn et al., 1987), dado que para la mayoría de los sujetos, ningún grado de aumento en el tamaño del cuerpo les satisface y, en general, los deportistas quisieran aumentar de peso y tener una figura de tipo mesomorfo.

García V. (2002) encontró que los hombres adolescentes manifestaron el deseo de un mayor peso (músculo). En este estudio se encontró que el mayor porcentaje de los adolescentes varones respondió sentirse por abajo del peso que les gustaría tener (más músculo).

Es importante mencionar que en los hombres homosexuales existe una tendencia menor a sentir satisfacción con su imagen corporal que en los hombres heterosexuales (Herzog, Kerry, Newman y Waeshaw, 1991).

Cruz, A. y Estrada, M. (2001) observaron que niñas y niños de todas las categorías de peso manifestaron sentir preocupación por llegar a estar gordo (a). Los hombres de este estudio opinaron que un niño atractivo debía tener un peso normal. Los niños de bajo peso manifestaron sentirse menos atractivos que las otras categorías de peso. Esto puede considerarse como un posible factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, debido a que no están conformes con su figura y por lo tanto pueden recurrir a medios para lograr tener un cuerpo semejante al estereotipo masculino actual.

3.2 Autoestima

La autoestima es un fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos a sí mismo; se entiende como proceso psicológico cuyos

contenidos se encuentran socialmente determinados. En este sentido se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social (Gómez Pérez-Mitré, 1981).

Tener una adecuada autoestima es fundamental para la salud psíquica y social. Quienes tienen una baja autoestima se rechazan a sí mismos, tienen más dificultades para relacionarse con los demás social, laboral y sexualmente; no desarrollan adecuadamente todas sus capacidades; suelen estar llenos de pensamientos negativos referidos a sí mismos, etc. En definitiva, son víctimas de su propia autoconsideración, distorsionando la visión de sí mismos y la realidad que los rodea. El grado de autoestima depende de las experiencias sociales con la familia y los iguales. Cuando los niños y adolescentes saben que se tiene interés por ellos, se les toma en serio, se les quiere, su autoestima es elevada. Si se les critica continuamente, pueden perder la fe en sí mismos. Pueden empezar a dudar de su capacidad, creer que nunca tendrán éxito (López, 1995).

A partir de las experiencias y la comunicación del lenguaje, el niño empieza a sentirse separado de las otras personas y comienza a formarse una imagen de sí mismo, y compara su propio valor con el modelo que le ha transmitido el mundo adulto. La separación consciente del niño y los demás objetos se desarrolla completamente hasta los dos años de edad. A través de los primeros intercambios de palabras, el niño recibe ideas sobre lo que los demás sienten por él, opiniones sobre qué tan capaz es para hacer las cosas, qué tan agradable o desagradable es, qué tanta confianza se tiene en él y qué tan independiente o dependiente se desea que sea (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995).

Según Branden (1995) la autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y otro de valor personal. Es decir, que la autoestima es una experiencia íntima y lo que cada uno siente y piensa sobre sí mismo, y no lo que otros piensan y sienten sobre uno. Es la suma de la confianza y el respeto de sí mismo. Cuando hay una baja autoestima existen sentimientos de ineptitud, inseguridad, dudas sobre sí mismo, culpa y miedo a desarrollarse plenamente en

la vida; hay una sensación de que lo que se es o la forma en que uno se ve, no es suficientemente satisfactoria, y se cree no ser atractivo(a) para los demás. Esto impide el desarrollo psicológico en cuanto a las aspiraciones y logros que pueda tener un individuo. Si la autoestima es alta, el individuo tiene la posibilidad de ser creativo en su casa, la escuela, el trabajo. Todo esto significa lograr un mayor éxito, buscando ser más ambicioso en lo emocional y espiritual. El individuo en estas condiciones también busca tener relaciones interpersonales enriquecedoras. Es por esto que la autoestima alta actúa como un sistema inmunológico de la conciencia; le da resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración.

Para Worchel y Shebilske (1998) la autoestima es la consideración que tenemos de nosotros mismos. Las personas con una alta autoestima están dispuestas a aceptar retos mayores; ante el fracaso reaccionan incrementando sus fuerzas. Los individuos con baja autoestima esperan ejecutar las tareas de forma pobre, y el fracaso en una de sus tareas confirma sus expectativas y les lleva a reducir sus esfuerzos en tareas futuras.

Sherif y Sherif (1969) al referirse al concepto de autoestima, argumentan también que ésta se forma a partir de la interacción del individuo con las normas y valores correspondientes a su grupo social; desde luego, a partir de la relación con su familia hasta la relación con los individuos que componen su grupo social. Estas normas, valores y costumbres expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad.

Estos mismos autores señalan que el individuo se valora también de acuerdo con los diferentes niveles y tipos de capacidades que percibe como propias, para enfrentarse al medio en que vive.

Coopersmith (1967) señala que la autoestima puede variar dependiendo de la experiencia y de acuerdo con el sexo, la edad y otros roles; así, una mujer puede

valorarse muy alto como esposa, moderadamente como ama de casa y totalmente sin valor como profesionista.

Con respecto a las diferencias de autoestima entre hombres y mujeres, Solís (1991) cita a Tschirhart y Donovan (1985) quienes han hecho estudios que han mostrado repetidamente patrones muy preocupantes en mujeres: falta de autoestima, incapacidad para poder controlar su vida, vulnerabilidad a la depresión, tendencia a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son.

Estas autoras mencionan que la maternidad al ser la máxima experiencia femenina trae como consecuencia que la autoestima de la mujer baje, si ésta siente que no fue capaz de controlar ese suceso maternal.

Díaz Guerrero (1977) señala, con respecto a la autoestima de la población mexicana, que está influida por factores culturales, siendo el ambiente familiar su principal fuente de apoyo para llegar al equilibrio de un nivel adecuado de autoestima. Buena parte de nuestro auto concepto proviene de la acción de la cultura sobre la personalidad, interés, prejuicios, actitudes, y del esfuerzo que se hace para pertenecer a un grupo.

Este mismo autor también argumenta que la personalidad surge de la ubicación que tenemos los individuos en la lucha existente entre la cultura tradicional y las fuerzas contraculturales que crean confusión en nuestra sociedad. Y comenta que el hecho de que el mexicano tenga un pobre concepto de sí mismo, por sentimientos de inferioridad, modestia y humildad, proviene de características del Yo mexicano, tales como: creencias en cosas mágicas, valores culturales y sociales, así como factores económicos; todos estos factores crean dudas acerca de la eficiencia y el valor real, y hacen que disminuya la seguridad, el rendimiento y por ende la autoestima.

La autoestima puede ser evaluada en diferentes áreas de los individuos: académica, familiar, social, imagen corporal y global. La autoestima depende de la importancia que cada persona le asigne a los componentes antes mencionados; si los valores de las áreas son positivos, la autoestima tenderá a ser positiva, pero si hay una percepción devaluada en alguna de las áreas, esto referirá sentimientos negativos que la persona tiene sobre sí mismo (Pope, 1988). La siguiente, es una descripción de cada una de las diferentes áreas:

- El área académica es una evaluación del individuo como estudiante. Incluye todas las habilidades y competencias en el ámbito escolar y el desempeño en las distintas materias.
- En el área familiar se reflejan los sentimientos que el individuo tiene acerca de él mismo como miembro de su familia. Dentro de su familia el sujeto puede evaluar si hace una contribución y si está seguro con el amor que recibe de parte de sus padres y hermanos.
- El área social comprende los sentimientos que la persona tiene sobre ella misma como amiga de otros sujetos y la evaluación que los otros hacen de sus ideas y actividades. Los sentimientos de satisfacción se muestran con la interacción en las relaciones sociales.
- En el área de la imagen corporal se combinan la apariencia física y las capacidades. La autoestima se basa en la satisfacción del individuo, en como se percibe a sí mismo, es decir, como ve la forma de su propio cuerpo.
- La autoestima global es una evaluación general del yo y se basa en todas las características que forman parte del individuo.

Se ha encontrado que la autoestima global de una persona se basa en las cualidades que son importantes para ella. El sujeto tiende a prestar mayor

atención a los rasgos que posee, y a desvalorizar y a restarle importancia a los que no posee; esto se conoce como principio de selectividad (Prieto y Bustamante, 1988).

Las discusiones de diferentes teóricos de la personalidad como Fromm, Rogers y Allport, llevan directamente al desarrollo de la autoestima. Fromm acentúa los posibles efectos debilitando el aislamiento social. Si el individuo obtiene libertad de parte de los demás, tendrá la oportunidad de seguir sus propios caminos, pero si éste no se siente seguro de su perspectiva y de su posición, podría renunciar a su independencia, formando parte de un grupo en donde disfrutaría el resguardo y privilegios, pero también se obliga a seguir las normas y reglas de este grupo. Algunas de las condiciones que determinan si el sujeto buscará independencia o la seguridad de un grupo son: la presencia de un marco de referencia donde él pueda ver el mundo, la habilidad de formar relaciones de amor con entendimiento y respeto mutuo, y la convicción de que las relaciones sociales pueden continuarse en un ambiente de confianza y compañerismo. Estas características y otros factores como la creatividad y la expresión individual, se han relacionado teóricamente con la autoestima, y son formadas por condiciones sociales marcadas por la aceptación, el respeto, la preocupación, la libertad de expresión y la independencia. Fromm discute que estas condiciones son desarrolladas dentro del armazón social total. Carl Rogers no discute directamente los orígenes de la autoestima, pero sus discusiones acerca de las condiciones que facilitan la auto-aceptación y disminuyen el conflicto, son una contribución a la comprensión de este tema. Rogers propone que todas las personas desarrollan una auto-imagen que sirve para guiar y mantener su ajuste al mundo externo. Desde que la auto-imagen se desarrolla en interacción con el ambiente, refleja los juicios, preferencias y limitaciones de un cierto escenario familiar y social. Rogers indica que los efectos de los auto-juicios del individuo, son malos pues impiden al individuo aceptarse y por consiguiente le causan sufrimiento. Rogers propone que una atmósfera que permite la libre expresión de ideas y que no recurre a frecuentes y severas evaluaciones comparativas, le permite al individuo conocerse

y aceptarse. El niño puede llegar a respetarse si los padres aceptan los puntos de vista y los valores del niño, aunque no estén de acuerdo con él (Coopersmith, 1967).

3.2.1 Autoestima en varones

En todas las víctimas de desórdenes alimentarios, el elemento más común es la presencia de una baja autoestima. Como en todas las víctimas, ha existido y aún existe un elemento de vergüenza por ser una víctima de un desorden alimentario ("No me siento a gusto", "mira lo que me estoy haciendo", "la gente creerá que estoy loco", etc.), pero para los hombres, debido a la antigua creencia de que no pueden sufrir desórdenes alimentarios, la vergüenza a la que se enfrentan es a menudo peor.

Las mujeres que desarrollan desórdenes alimentarios se sienten gordas aún antes de presentar hábitos relacionados con los trastornos de la alimentación, y normalmente tienen un peso que se encuentra cerca del peso medio. Los hombres presentan más a menudo un sobrepeso antes de desarrollar el desorden. Además, los hombres que se dan atracones o comen compulsivamente pueden no ser diagnosticados, como en el caso de las mujeres, debido a que son más aceptados el sobrepeso o las comilonas entre hombres que en mujeres.

Aunque sea más habitual que los hombres homosexuales sufran de desórdenes alimentarios como anorexia y bulimia (debido a la tendencia de la comunidad gay de dar una gran importancia al éxito y a la apariencia), hay aún muchos hombres heterosexuales que lo sufren. Esto contribuye al sentimiento de vergüenza en las víctimas heterosexuales masculinas; ellos pueden tener miedo a que la gente crea

que son gays o al hecho de que éstas son enfermedades consideradas como un "problema de mujeres".

Además, ellos a menudo están ocultos en el secreto debido a la falta de grupos de terapia y centros de tratamiento que ofrezcan grupos especialmente diseñados para hombres. Ellos pueden sentirse muy solos con la idea de estar en un grupo de mujeres, formar parte de un programa diseñado para mujeres y además tener el pensamiento de que el tratamiento no funciona para su sexo.

Los hombres que toman parte en deportes orientados hacia pesos bajos como los jockies, atletas y corredores tienen un alto riesgo de desarrollar un desorden alimentario como la anorexia o la bulimia. La presión por el éxito, ser el mejor, ser competitivo y ganar a cualquier precio, combinado con algunas presiones no atléticas de sus vidas (relaciones, problemas familiares, abusos, etc.) pueden ayudar a contribuir al inicio de un desorden alimentario.

Parece ser más común para víctimas del sexo masculino tener problemas simultáneamente con alcoholismo y/o abuso de drogas (aunque muchas mujeres también sufren ambos problemas), es decir, desordenes alimentarios combinados con abusos de otras sustancias. Esto puede ser debido a la naturaleza adictiva de su salud mental, combinada con fuertes imágenes de la sociedad respecto a una permisividad exagerada al alcohol. Además, los hombres que sufren anorexia y bulimia parece que tienen más ansiedad sexual.

Lo más importante es recordar que muchos de los factores psicológicos subyacentes en los desórdenes alimentarios son iguales en hombres y mujeres: una baja autoestima, la necesidad de ser aceptados, depresión, ansiedad u otras

enfermedades psicológicas existentes, y una inhabilidad para manejar los temas emocionales y personales. Un gran número de las causas que ayudan a desarrollar desórdenes alimentarios son muy similares (problemas familiares, temas de relaciones, padres alcohólicos/adictos, abusos, presiones sociales).

<http://www.something-fishy.org/cultural/issuesformen-s.php>

Cruz, A. y Estrada, M. (2001) encontraron que al relacionarse significativamente la autoestima y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se puede afirmar que tiene mayor importancia como predictor de satisfacción corporal el tener autoestima alta. Esto es apoyado por el estudio de Gómez Peresmitré (1998) donde se encontró que es más importante "sentirse atractivo" que "ser atractivo".

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

3.4 Autoatribución

Como seres humanos siempre buscamos obtener información valorativa de nuestra conducta, acerca de nuestros estados de ánimo, pensamientos disposicionales; y por medio de un proceso de introspección la persona busca comprender sus intenciones, motivos, sentimientos, y de esta manera puede interpretar indicios proporcionados por fuentes externas de información. Para entender lo anterior, es importante conocer primero algunas de las características más sobresalientes que posee uno mismo, a partir de la interacción con los

demás. Por ejemplo, el aprendizaje lleva a la persona a sentirse atractiva o no, inteligente o no: los comentarios que otras personas hagan acerca de ella, la comparación con otros acerca de las propias habilidades, la opinión de observadores con respecto a si es encantadora o aburrida, y si estos se acercan o evitan su compañía. Este autoconcepto se forma a partir de las percepciones que la persona tiene de sus características centrales, como su imagen corporal que se encuentra socialmente determinada y trazada, como ya se mencionó anteriormente (Barón, 1974).

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

3.4.1 Teorías de la atribución

3.4.1.1 Teoría de Heider del "Análisis ingenuo de la acción"

La "psicología ingenua" de Heider intentó formular los procesos a través de los cuales un observador desprovisto de formación o un psicólogo ingenuo, comprenden el sentido de las acciones de otra persona. La formación de la unidad está relacionada con el proceso del origen y el efecto; el actor y el acto son vistos como parte de una unidad causal. Heider se interesó por los diferentes grados de semejanza entre las dos partes de la unidad, teniendo como influencia los principios de la organización de las percepciones formulados por Wertheimer.

Heider considera que factores como la similitud y la proximidad, determinan el lugar de la atribución; si hay dos acontecimientos que son parecidos entre si o que se desarrollan uno cerca del otro, probablemente uno de ellos será considerado causa del otro. La consecuencia más importante del lazo entre el acto y el actor, es que una atribución a una persona es más apegada a la realidad que una atribución a una situación, ya que las personas son consideradas el "prototipo de los orígenes" (Moscovici, 1986).

El que una persona sea vista como causa primera, implica que el comportamiento puede ser anulado con más facilidad si se destruye el origen absoluto de los efectos. La atribución excesiva a la persona tiene un fundamento bien motivado, pues cumple funciones sociales y psicológicas. (Moscovici, 1986).

El análisis ingenuo de la acción, representa una parte de la psicología del sentido común de Heider; es acerca de las relaciones entre el comportamiento observable y las causas que no pueden ser observadas. Heider afirma que ésta es una actividad humana fundamental que permite a los individuos crear una organización a partir del caos, y establecer relaciones entre estímulos que cambian continuamente y las propiedades estables del entorno. Las causas internas son factores situados en el interior de la persona (como el esfuerzo y la intención), mientras que los factores externos se encuentran en el exterior de la persona (como la suerte o la dificultad de una tarea). Para Heider estos factores no fueron concebidos como independientes entre sí. Algunos factores no trabajan solos sobre el comportamiento; las buenas intenciones no bastan, la capacidad no es suficiente para conducir a la acción si no se añade el esfuerzo. En el análisis de las fuerzas debidas al medio, Heider no se limitó al efecto de los factores aleatorios y a los aspectos materiales de la situación. La obra de Heider aporta un análisis detallado y fino de los determinantes sociales del comportamiento humano, como los comprende el observador profano (Moscovici, 1986).

3.4.1.2 Teoría de la "Inferencia correspondiente" de Jones y Davis

La teoría de Jones y Davis (1965), representa una tentativa de conceptualizar cómo los individuos realizan inferencias acerca de las intenciones de una persona y sobre sus rasgos de carácter. El problema del observador consiste en decidir qué efectos de una acción provienen de una intención del actor; los criterios esenciales son el conocimiento y la capacidad. Para que el observador pueda inferir que algunos de los efectos provienen de una intención, tendrá que creer que el actor conocía las consecuencias de su acto; además este actor debe ser considerado capaz de producir los efectos observados. La finalidad de la teoría de la inferencia correspondiente es elaborar una teoría que explique sistemáticamente las inferencias de un observador acerca de lo que un actor intentaba lograr con una acción (Jones y Davis, 1965 citados por Moscovici, 1986).

El concepto central de esta teoría, está relacionado con el juicio del observador que cree que el comportamiento del actor es causado por un rasgo particular; de esta forma, las disposiciones subyacentes se expresan de forma directa en el comportamiento, por ejemplo atribuir el comportamiento agresivo de alguien al rasgo de ser agresivo. El trabajo de Jones y Davis es una exposición de las condiciones que facilitan la construcción de inferencias correspondientes. El principio de los "efectos no comunes" dice que la intención que gobierna a la acción, es indicada por las consecuencias de esa misma acción, y estas consecuencias no son las mismas para las acciones alternativas; entre menos número de efectos no comunes, menor será la ambigüedad de la atribución. La teoría supone que los efectos comunes de dos campos de elección no pueden explicar porqué se eligió un término de la alternativa y no otro. Esto quiere decir que son las diferencias las que guían al observador (Moscovici 1986).

Otro aspecto de la teoría es la "deseabilidad social", y se relaciona con lo que el observador cree que harían otros actores en la misma situación. Jones y Davis reconocen que los efectos que normalmente son deseables para los actores

indican mejor sus intenciones; también señalan que los efectos universalmente deseados aportan muy poca cosa al observador acerca de los rasgos únicos de un individuo. Es así como el comportamiento indeseable o en desacuerdo con el papel del individuo, es el que resulta más esclarecedor (Moscovici 1986).

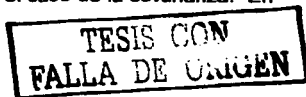
Jones y Davis aportan una serie de proposiciones sobre cómo un observador busca la causa de una intención en el carácter; intentan saber cómo los observadores dan el salto que les permite inferir las disposiciones en base en los actos. Este modelo constituye un conjunto de previsiones válidas sólo para ciertos tipos de comportamientos (Moscovici 1986).

3.4.1.3 Teoría de la "Covarianza y de la Configuración de Kelley"

La contribución de Kelley se basa en la proposición de Heider que consiste en afirmar que para llegar a comprender el medio, es necesario hacer un análisis causal parecido al método experimental (Kelley, 1976, citado por Moscovici, 1986).

Kelley hace la siguiente pregunta: ¿Qué información se emplea para llegar a una atribución causal y de qué manera se produce este fenómeno? Se hace la descripción de dos casos, diferenciados por la cantidad de información disponible. En el primero, la persona que hace la atribución cuenta con información proveniente de múltiples fuentes y puede percibir la covariación de un efecto observado y su posible causa. En el segundo caso la información proviene de una sola observación; de manera que la atribución debe considerar la configuración de los factores que constituyen causas plausibles para el efecto observado.

Kelley utilizó (al igual que Heider) una versión ingenua del "método de las diferencias", de J. S. Mill, al describir la atribución en el caso de la covarianza. En



este método se atribuye un efecto a una condición que está presente cuando el efecto también lo está y que esté ausente cuando el efecto también lo esté. Kelley sostiene que la lógica subyacente de la covarianza es parecida a la de la técnica estadística conocida con el nombre de análisis de varianza (ANOVA). En un análisis de varianza, las variables independientes constituyen las tres formas posibles de examinar las variaciones observadas en los efectos: Variaciones relativas a las personas (información de consenso); variaciones relativas a las entidades (información de diferenciación), y variaciones relativas al tiempo y/o a las modalidades (información de consistencia). La variable dependiente se indica al saber si el efecto tiene lugar o no; el efecto de la covarianza propone que se considere al efecto como producto del factor con el que varía (Moscovici, 1986).

Kelley reconoce que el modelo ANOVA ha sido idealizado, y que hay circunstancias en las que el observador carece de información, de motivación y del tiempo necesario para examinar observaciones múltiples. En estos casos donde los datos están incompletos, las atribuciones se realizan en base en una única observación, empleando esquemas causales; estos esquemas constituyen creencias que se relacionan con la forma de interacción de ciertas especies de causas para obtener una especie específica de efecto, y pueden ser ilustrados mediante dos principios: el primero es conocido con el nombre de "principio de sustracción" y enuncia que el papel de una causa determinada en la producción de un efecto determinado, es sustraído si están presentes otras causas plausibles. El segundo principio es el de "aumento" y tiene relación con la idea común de que si sabemos que existen coacciones, sacrificios o riesgos implicados en una acción que debe llevarse a cabo, se atribuye en mayor medida la acción al actor que en otras situaciones. Estos principios únicamente ilustran dos de los esquemas de los que dispone el observador ingenuo, y su funcionamiento exacto aún no ha sido esclarecido (Kelley, 1972 citado por Moscovici, 1986).

3.4.1.4 Teoría de las atribuciones para el “éxito y el fracaso” de Weiner

La teoría de Weiner trata sobre las atribuciones en un contexto relacionado con la realización de una tarea y se preocupa particularmente de las explicaciones que se han dado del éxito y del fracaso. Esta teoría, como las otras, le debe mucho a Heider, quien estudió las atribuciones de la realización haciendo una distinción entre la atribución a la persona y la atribución al medio y describió los conceptos de poder, intentar, fortuna y dificultad en su análisis ingenuo de la acción. Weiner propone que estos cuatro factores son empleados por los individuos para predecir y explicar el desenlace de los acontecimientos en terrenos que se relacionan con la realización de una tarea. Los individuos hacen el inventario de su propio nivel de capacidad, de la cantidad de esfuerzo aplicada, de la dificultad de la tarea y de la fuerza o dirección de la fortuna. En estos factores hay un esquema de clasificación en tres direcciones, según el cual las causas se clasifican en función de su estabilidad (estable - inestable), de lugar de control (interno - externo) y de la posibilidad de control (controlable - incontrolable). Así, podemos concebir los cuatro factores de la siguiente forma:

- Capacidad - estable, interna, controlable.
- Esfuerzo - inestable, interno, controlable.
- Dificultad de la tarea - estable, externa, incontrolable.
- Fortuna - inestable, externa, incontrolable.

La información utilizada en este esquema debe ser recogida en el medio social, de una u otra forma. La capacidad percibida se basa en el grado de éxito anterior en una tarea específica o en tareas similares, y la consistencia en la realización hace que se atribuya una capacidad. La dificultad de la tarea se deduce de su realización por parte de otras personas; si otras muchas personas han tenido éxito, se considera que la tarea es fácil; si pocas personas han tenido éxito, es considerada difícil. Un desenlace tiene más probabilidades de ser explicado en

función de la fortuna si el esquema de los éxitos y de los fracasos anteriores varía considerablemente (Moscovici, 1986).

3.4.2 Autoatribución en varones

Las experiencias vividas con y a través de los otros, los papeles y los comportamientos premiados o castigados, van conformando la autoimagen e imprimiendo el significado de sus atributos percibidos. Desde los primeros estudios del self se vio que el impacto de cómo los padres califican a sus hijos (travieso, obediente, estudioso, distraído, etc.), las actitudes y los sentimientos conforman la autopercepción de los niños (Backman y Secord, 1962; Khun, 1960; Mans, 1955, citado en González, Lizano, Rodríguez y Gómez Peresmitré, 1999).

Hsu (1983), destaca la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales, y ha encontrado que en las mujeres este atractivo se relaciona con la delgadez, mientras que los hombres prefieren ser más grandes y pesados.

González et al (1999), encontraron que son los niños, más que las niñas, quienes realizan mayor número de comidas al día. Este hallazgo es importante porque podría indicar que los varones tienen menos preocupación por el peso corporal.

La relación encontrada entre Problemas Alimentarios y Autopercepción Negativa, y de ésta con las Relaciones Familiares Autoritarias, hace pensar en la posible naturaleza de la Autopercepción como factor de riesgo (González et al 1999).

CAPITULO 4

Plan de investigación

4. Plan de investigación

4.1 Planteamiento del problema

¿Existen diferencias entre la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, en una muestra de preadolescentes del sexo masculino que se encuentran cursando la primaria en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal?

¿Se encontrará relación entre la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal y autoestima en preadolescentes del sexo masculino?

¿Se encontrarán diferencias en la variable autoatribución, al comparar las respuestas de los preadolescentes del sexo masculino que estudian la primaria en escuelas públicas, con las de aquellos de escuelas privadas del Distrito Federal?

¿Existen diferencias en la variable autoestima en una muestra de preadolescentes del sexo masculino, teniendo como factor de comparación el tipo de escuela (pública o privada) a la que asisten?

4.2 Hipótesis de trabajo

- 1) Los niños de escuela privada presentan mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal que los niños de escuela pública.
- 2) Los niños con autoestima baja manifiestan mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal que los chicos con autoestima alta.
- 3) Los preadolescentes de escuela pública presentan mayor grado de autoatribución negativa, a diferencia de los niños de escuela privada.
- 4) Los preadolescentes de escuela privada presentan mayor grado de autoatribución positiva, que los preadolescentes de escuela pública.

4.3 Variables

Variable Independiente: Tipo de escuela, pública / privada a la que asisten los preadolescentes.

Variables Dependientes: Autoestima, autoatribución, satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

4.3.1 Definición de Variables

4.3.1.1 Variable Independiente: Tipo de escuela, pública o privada

- **Definición Conceptual**

Escuela Pública: Las escuelas públicas son aquellas instituciones educativas que sostiene y opera el Estado, y cuyo servicio es gratuito (Vázquez, 1998).

Escuela Privada: Las instituciones de educación privada son aquellas cuya inversión proviene de la iniciativa privada, y se sostienen con las aportaciones que los padres de familia hacen por concepto de cuotas escolares (Vázquez, 1998).

- **Definición Operacional**

Escuela Pública: Para fines del presente estudio se acudirá y pedirá permiso a las autoridades de una escuela pública que pertenezca al Distrito Federal.

Escuela Privada: Igualmente se pedirá permiso y se acudirá a una escuela privada del Distrito Federal.

4.3.1.2 Variables Dependientes

- **Definición Conceptual**

Satisfacción corporal: Constituye la dimensión evaluativa predominante percibida de un cuerpo globalmente amado o no, globalmente conforme o no con las normas ideales, y del que se obtiene más o menos placer o sufrimiento (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Insatisfacción corporal: Es el grado en el que la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczng y Gleaves, 1989).

- **Definición Operacional**

La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal serán medidas a través de dos escalas visuales con 9 siluetas, las cuales miden figura actual y figura ideal; una diferencia igual a cero indica satisfacción, y una diferencia positiva o negativa indica insatisfacción. Cuanto mayor es la diferencia, existe mayor insatisfacción de la imagen corporal (Gómez, Péresmitré, 1997).

- **Definición Conceptual**

Autoestima: De acuerdo con Pope, McHale y Craighead (1988) autoestima es la satisfacción personal con uno mismo, la eficacia de su propio funcionamiento, y una actitud evaluativa de aprobación que se siente hacia sí mismo. La autoevaluación está basada en una combinación de información objetiva que tiene el individuo acerca de sí mismo, y una evaluación subjetiva de esta información.

TESIS NO SALE
AL QUASTRO

- Definición Operacional

Autoestima: Operacionalmente la Autoestima se medirá con la prueba de Autoestima Infantil (PAI) compuesta por cinco escalas, elaborada por Pope, McHale and Craighead, 1988.

- Definición Conceptual

Autoatribución: Son los atributos, las características que incorporamos como producto de la interacción con los otros, esto es, en la interacción social (Myers, 1995).

- Definición Operacional

Autoatribución: Se refiere al puntaje que los preadolescentes obtengan mediante sus respuestas a una serie de objetivos positivos y negativos. Se medirá con una serie de atributos que aparecen en el instrumento de Estudio sobre Alimentación y Salud (Gómez, Pérez-Mitré, 1998).

4.4 Método

4.4.1 Tipo y Diseño de Investigación

Es un estudio de campo confirmatorio y transversal, con un diseño de dos muestras, con observaciones independientes.

4.4.2 Muestra y sujetos

Preadolescentes del sexo masculino, de edades comprendidas entre los 9 y 12 años, que acuden al cuarto, quinto y sexto año de primaria en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal. Se trabajó con una muestra no probabilística intencional, con un tamaño $N=159$, subdividida en $n_1=79$ preadolescentes de escuelas públicas y $n_2=80$ de escuelas privadas.

4.4.3 Criterios de aceptación y de exclusión de la muestra

La muestra fue conformada por varones preadolescentes que tenían de 9 a 12 años de edad y que se encontraban estudiando en escuelas públicas y privadas en el Distrito Federal. Se cuidó que los niños no tuvieran algún problema físico visible.

4.4.4 Instrumentos y aparatos

1. Se aplicó el instrumento de autoestima estandarizado por Caso (1999), reducido a 21 reactivos agrupados en los factores: Evaluación negativa (8 reactivos), Percepción de competencia (7 reactivos) y Evaluación positiva (6 reactivos). Para este estudio se utilizaron únicamente los reactivos de las evaluaciones positivas y de las negativas, por lo que el cuestionario de autoestima quedó conformado por 14 reactivos con 3 opciones de respuesta cada uno: casi siempre, algunas veces y casi nunca. El valor que se asigna a cada opción de respuesta depende del reactivo, si es positivo o negativo. Cuando se obtiene un puntaje elevado significa que el sujeto posee un nivel alto de autoestima.

2. Se utilizó un instrumento con formato mixto para hombres (XY) sobre Alimentación y Salud (Gómez Peresmitré, 1998) que explora las siguientes áreas:

- a) Sociodemográfica. Sección A. 13 reactivos de opción múltiple, en los cuales se indaga sobre educación de los padres, ingreso familiar, etc.
- b) Imagen corporal. Se aplicó en dos escalas visuales con 9 siluetas cada una, ordenadas al azar, y que cubren un continuo de peso corporal que va desde una figura de silueta muy delgada, a la que se da el puntaje de 1, a una figura obesa a la que se le da un puntaje de 9, pasando por una figura de peso normal a la que se asigna un puntaje de 5. La primera escala mide imagen corporal actual, y pide al sujeto que elija aquella silueta que más se parece a él. La segunda escala mide imagen corporal ideal, y pide al sujeto que elija aquella silueta que más le gustaría tener.

Sección K, tiene 13 reactivos de opción múltiple en las que se indaga peso deseado, auto percepción de peso corporal y percepción de peso corporal.

c) Satisfacción / insatisfacción con partes corporales (sección L), que se miden con 8 escalas tipo Osgood (adjetivos bipolares referidos al cuerpo, cara, cintura, etc.) (ver anexo).

d) Autoatribución. Se midió con una serie de atributos que aparecen en el instrumento de estudio sobre la alimentación y salud (Gómez Peresmitré, 1998). Consta de 41 atributos o adjetivos enlistados, donde se dan las siguientes instrucciones: Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en las escalas que van del 1 (nada) hasta el 5 (demasiado), según lo que crees que tienes en cada uno.

4.4.5 Aparatos

Se utilizó una báscula Excel electrónica portátil con una capacidad de 300 Kg., para medir el peso corporal. La talla o estatura se midió con un estadiómetro de madera de 2 metros.

4.4.6 Procedimiento

Se acudió a escuelas públicas de la Secretaría de Educación Pública; se pidió permiso a las autoridades para la aplicación del instrumento, en forma colectiva, a los preadolescentes que aceptaran participar. También se acudió a escuelas privadas con los mismos fines. Se tomó una submuestra con un tamaño del 20% de la muestra total, y se midió individualmente el peso y la estatura de los preadolescentes.

Las instrucciones dadas fueron las siguientes: La Facultad de Psicología de la UNAM está llevando a cabo una investigación cuyo propósito es reconocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil, para contribuir al mantenimiento y mejoramiento de su calidad de vida. El logro de nuestros propósitos dependerá de ti, de tu cooperación al contestar este cuestionario y de que lo hagas de forma verídica. Gracias.

4.4.7 Análisis de Datos

Se utilizaron dos clases de estadísticas: Descriptiva e Inferencial. Se utilizaron gráficas y cuadros para una comprensión más fácil de los resultados.

CAPITULO 5

Resultados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Resultados

El objetivo general de esta investigación fue determinar si la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución, difieren cuando se comparan muestras de la población de preadolescentes de escuelas públicas y de escuelas privadas.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, se utilizó el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, versión 8.0 para Windows, y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

5.1 Descripción de la muestra

La muestra de la presente investigación estuvo formada por una $N=159$ preadolescentes hombres, misma que se subdividió en $n1=79$ preadolescentes de escuela pública (50%), y $n2=80$ preadolescentes de escuela privada (50%) (ver Tabla 1). La media de edad de los preadolescentes de escuela pública fue de $X=10.61$ ($s=1.14$), y la edad promedio para los chicos de escuela privada $X=10.73$ ($s=1.13$).

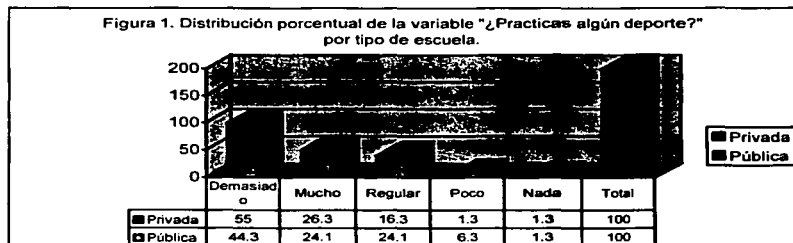
Tabla 1. Frecuencias y porcentajes del tamaño de la muestra.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje total</i>
Pública	79	49.7%
Privada	80	50.3%
Total	159	100.0%

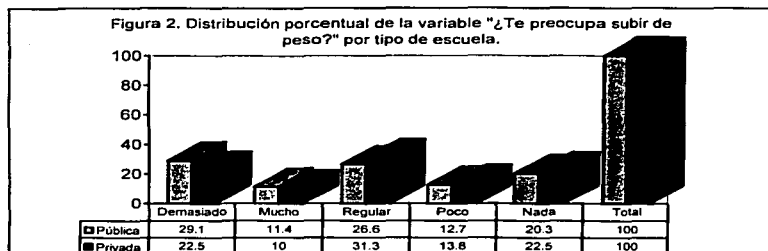
Tabla 2. Porcentajes, medias y desviaciones estándar de la variable edad por tipo de escuela.

	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>	<i>Porcentaje total</i>
9 años	16.5%	11.4%	13.9%
10 años	26.6%	31.6%	29.1%
11 años	27.8%	41.8%	34.8%
12 años	25.3%	15.2%	20.3%
13 años	3.8%	0%	1.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%
X	10.73	10.6129	
S	1.13	1.1454	

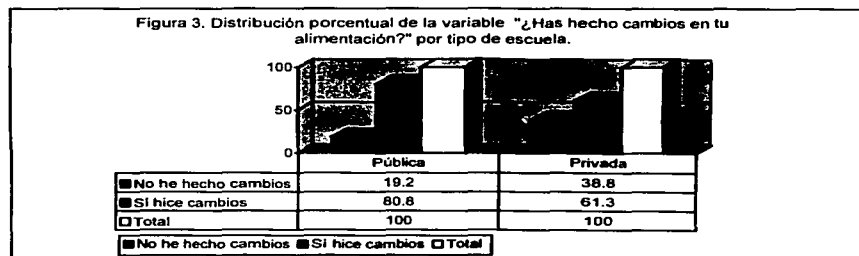
► La media de la edad fue de 10 años para ambas escuelas (ver Tabla 2). Las desviaciones estándar fueron de 1.13 para los niños de escuela pública y 1.15 para los de privada (ver Tabla 2).



► Como se observa en la Figura 1, más niños de escuelas privadas reportaron practicar mucho y demasiado deporte (81%), en comparación con los niños de escuelas públicas (68%).

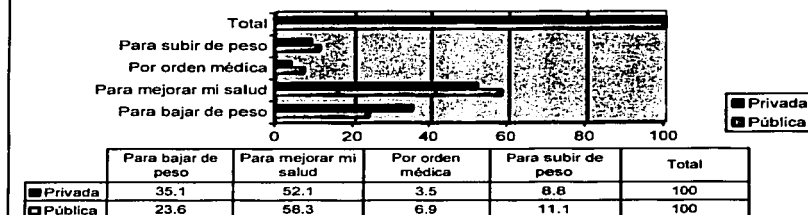


► En la Figura 2 puede verse que más niños de escuelas públicas reportaron estar muy y demasiado preocupados por subir de peso (40%), en comparación con los niños de escuelas privadas que presentaron un menor porcentaje (32%).



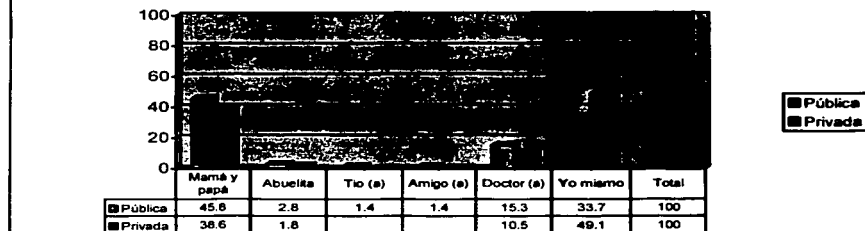
► Cabe señalar que en la Figura 3 se muestra que un mayor número de niños de escuelas públicas reportó haber hecho cambios en su alimentación (81%), mientras que sólo el 61% de los niños de escuelas privadas afirmaron hacerlo.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable "¿Por qué has hecho cambios en tu alimentación?" por tipo de escuela.

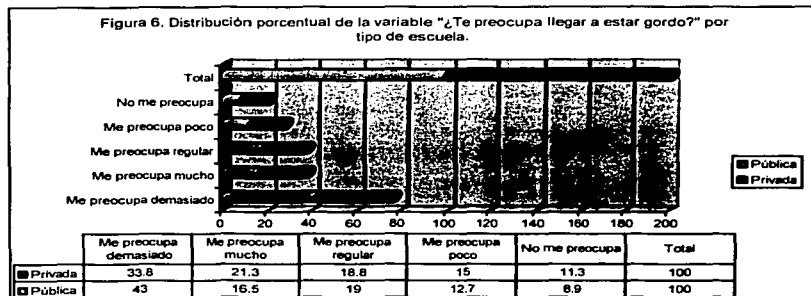


► Se muestra en la Figura 4 que el porcentaje más alto respondió que hizo cambios en su alimentación para mejorar su salud; 52% en escuela privada y 58% en escuela pública. Un mayor número de niños de escuelas privadas reportó haber hecho cambios en su alimentación (35%) para bajar de peso, mientras que los niños de escuelas públicas afirmaron que lo hacían en menor proporción (24%).

Figura 5. Distribución porcentual de la variable "¿Quién te recomendó hacer cambios en tu alimentación?" por tipo de escuela.



► Puede observarse en la Figura 5 que la mayor parte de los niños de escuela pública (46%) hicieron cambios en su alimentación por recomendación de sus padres, mientras que los de escuela privada (49%) lo hicieron porque ellos mismos lo decidieron.



► En la Figura 6 se observa que la preocupación de los estudiantes de ambos tipos de escuelas por llegar a estar gordo es muy similar; 55% para los de escuela privada y 59% para los de escuela pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 7. Distribución porcentual de la variable elección de figura ideal de escuelas públicas y privadas.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)

(F)
(Si no hay una figura que te guste, dibújala)

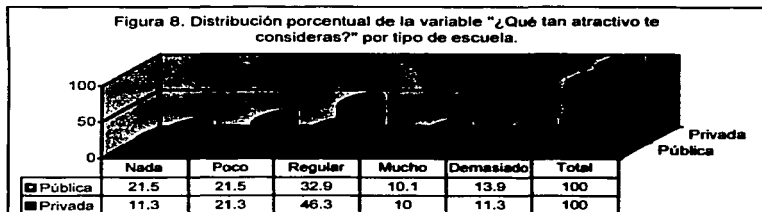
PUBLICA	2.5 %	2.5%	57.0%	0.0%	32.9%	5.1%	100%
PRIVADA	3.8%	1.3%	62.5%	0.0%	32.5%	0.0%	100%

► En cuanto a las siluetas de elección de figura ideal podemos observar que no existe una gran diferencia entre los porcentajes de escuelas públicas y privadas; sin embargo ningún niño de escuela privada dibujó una nueva figura, en cambio en escuelas públicas el 5% dibujó su figura ideal, a saber, siluetas musculosas. La figura con más porcentaje de elección fue la delgada; tuvo el 57% en la escuela pública, y el 62% en la privada. La segunda figura más preferida fue la de peso normal; 33% en escuela pública y 32% en escuela privada.

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable Peso deseado por tipo de escuela.

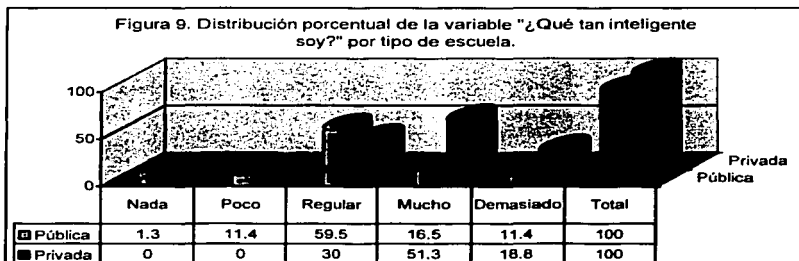
	Pública	Privada
PESO IDEAL		
Mucho más	8.9%	1.3%
Un poco más	13.9%	15.0%
Lo mismo	48.1%	41.3%
Un poco menos	20.3%	30.0%
Mucho menos	8.9%	12.5%
Total	100.0%	100.0%

► Como se observa en la tabla 3, en ambas muestras la respuesta predominante fue que querían pesar "lo mismo" que pesan actualmente (48% en escuela pública y 41% en privada). Sin embargo, el 42% de los niños de la escuela privada eligió la opción de pesar un poco menos y mucho menos; mientras que un porcentaje menor (29%) de los niños de escuela pública escogió esta opción.



► En la Figura 8 puede verse que en ambos tipos de escuela, se contestó la opción de "regular" (33% y 46%), seguida por la opción de "poco" (21%). Las

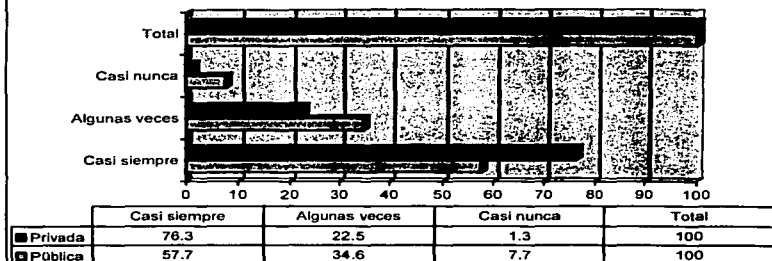
opciones de mucho y demasiado tuvieron un porcentaje bajo en ambas escuelas. A diferencia de los niños de escuela privada, los de escuela pública contestaron en mayor cantidad la opción "nada" y "poco" (43%).



► Un alto porcentaje de niños de escuela pública (59%) contestó ser "regularmente" inteligente, y los de escuela privada contestaron que "mucho" (51%) como se muestra en la Figura 9. Es interesante hacer notar que 12% de los niños de escuela pública contestaron "nada" y "poco" contra un 0% de las escuelas privadas; y, en comparación, 70% de "mucho" y "demasiado" inteligentes de estos últimos contra un 27% de los chicos de la escuela pública.

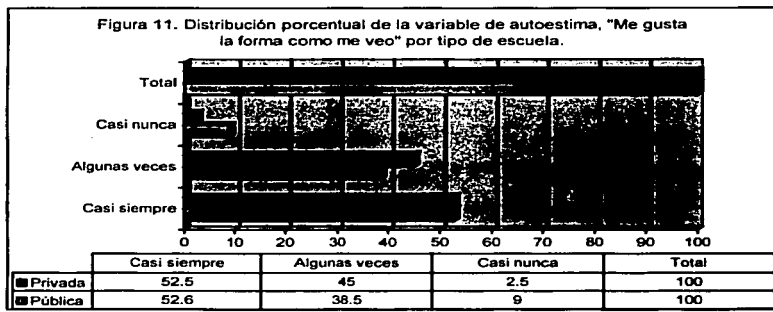
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Figura 10. Distribución porcentual de la variable de autoestima, "Estoy orgulloso de mí" por tipo de escuela.



► En lo referente al ítem "Estoy orgulloso de mí", puede verse en la Figura 10 que para los niños de ambas escuelas la respuesta más frecuente fue "casi siempre"; 76% en la escuela privada y 58% en la pública. Y, mientras que entre los niños de escuela privada sólo se presentó un 24% de respuestas "algunas veces" y "casi nunca", entre los de escuela pública un 42% se ubicó en estas categorías.

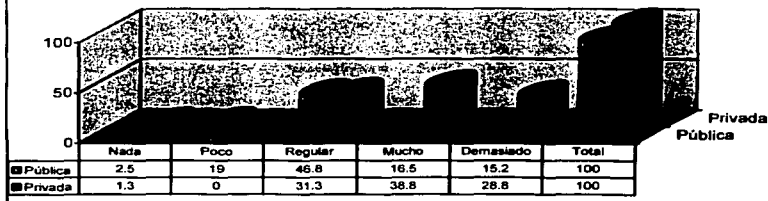
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



► Con respecto a la variable "Me gusta la forma como me veo", se muestra en la Figura 11 que para los niños de ambas escuelas la respuesta más frecuente fue "casi siempre"; 52% para la escuela privada y 53% para la pública. También podemos observar que un mayor porcentaje de niños de escuelas públicas (9%) contestaron la opción de "casi nunca" en comparación con los de escuelas privadas (2%).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Figura 12. Distribución porcentual de la variable de autoestima "¿Qué tan agradable te consideras? por tipo de escuela.



► En la Figura 12 podemos observar que el 78% de ambas escuelas contestaron a la opción de "regular". Es importante resaltar que los niños de escuela pública contestaron en un 21% la opción de "nada y "poco", mientras que los niños de escuelas privadas contestaron a estas opciones en un 1%. En cuanto a las opciones de "mucho y demasiado" agradables se observa un 32% en escuela pública y un 68% en los niños de escuela privada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Porcentajes del atributo Atractivo por Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

		SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL			
		Insatisfecho (desearía estar más llenito)	Satisfecho	Insatisfecho (desearía estar más delgado)	Total
ME CONSIDERO ATRATIVO					
	Nada	17.4%	15.8%	17.9%	16.8%
	Poco	4.3%	18.4%	33.9%	21.9%
	Regular	52.2%	38.2%	33.9%	38.7%
	Mucho	4.3%	17.1%	3.6%	10.3%
	Demasiado	21.7%	10.5%	10.7%	12.3%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

► De acuerdo con la Tabla 4, el 69% de los preadolescentes que están insatisfechos con su imagen corporal (y desean estar más llenitos), se consideran poco y regularmente atractivos; y el 67%, que está insatisfecho con su imagen corporal y desea estar más delgado, también se consideró poco y regularmente atractivo.

Tabla 5. Porcentajes del atributo Atractivo Autopercepción.

		AUTOPERCEPCIÓN					
		Muy gordo	Gordo	Ni gordo ni delgado	Delgado	Muy delgado	Total
ME CONSIDERO ATRATIVO							
	Nada		27.3%	13.8%	14.3%	66.7%	16.4%
	Poco	40.0%	50.0%	14.9%	20.0%		21.4%
	Regular	60.0%	18.2%	46.8%	34.3%		39.6%
	Mucho			11.7%	11.4%	33.3%	10.1%
	Demasiado		4.5%	12.8%	20.0%		12.6%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

► En la Tabla 5, resalta que de los estudiantes que se percibieron muy gordos, ninguno se consideró ni muy ni demasiado atractivo. Por otra parte, el 77% de los que se percibieron gordos se consideraron nada y poco atractivos. También es importante señalar que el 67% de los que se percibieron muy delgados se consideran nada atractivos.

Tabla 6. Porcentajes de la variable Peso ideal por Autopercepción.

		AUTOPERCEPCIÓN					Total
		Muy gordo	Gordo	Ni gordo ni delgado	Delgado	Muy delgado	
PESO IDEAL							
	Mucho más	20.0%	9.1%	4.3%	2.9%		5.0%
	Un poco más			9.6%	37.1%	33.3%	14.5%
	Lo mismo		13.6%	54.3%	45.7%	33.3%	44.7%
	Un poco menos	20.0%	45.5%	24.5%	14.3%	33.3%	25.2%
	Mucho menos	60.0%	31.8%	7.4%			10.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

► En la Tabla 6 es notable que el 80% de los preadolescentes que se percibieron muy gordos, deseaban pesar mucho menos y un poco menos de lo que pesaban; asimismo el 77% de los estudiantes que se percibieron gordos también deseaban pesar un poco y mucho menos de lo que pesaban. Es importante señalar que el 54% de los estudiantes que se percibieron ni gordos ni flacos deseaban pesar lo mismo que pesaban, mientras que el 33% de los que se percibieron muy delgados, deseaban pesar un poco menos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.2 Prueba de hipótesis

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó un ANOVA (factorial simple) a las variables dependientes de la investigación imagen corporal, autoestima y autoatribución. Los resultados se reportan a continuación.

Tabla 7. ANOVA. satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal por autoestima y por tipo de escuela.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	F	Sig. de F
Componentes principales	.211	2	.105	.156	.856
Tipo de escuela	.126	1	.126	.187	.667
Autoestima	.085	1	.085	.126	.724
Interacción de doble entrada	4.120	1	4.120	6.112	.016
Varianza explicada	4.330	3	1.443	2.142	.103
Varianza residual	47.856	71	.674		
Total	52.187	74	.705		

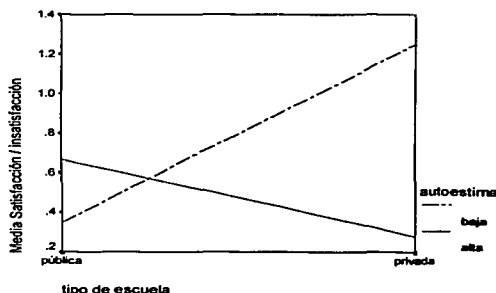
$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se rechaza

$H_1 = X_1 > X_2 \neq 0$, se acepta

Con base en los resultados mostrados en la tabla 7 se confirman las hipótesis uno y dos del trabajo; la primera afirma que los niños de escuela privada presentan un mayor grado de insatisfacción con la imagen corporal que los de escuela pública, y la segunda que afirma que los preadolescentes de autoestima baja manifiestan mayor insatisfacción con la imagen corporal que los chicos de autoestima alta.

Como se observa en la Tabla 7, en la variable dependiente satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los efectos principales (tipo de escuela y autoestima), pero se produjo una interacción estadísticamente significativa entre estas variables ($F(1, 71)=6.112, p=.016$); las medias de esta variable (ver Tabla 5) indican que fueron los niños de escuela privada con autoestima baja los que presentaron mayor grado de insatisfacción corporal, mientras que fueron sus pares, del mismo tipo de escuela, con autoestima alta, los que presentaron menor insatisfacción; el comportamiento de estas variables se puede observar en la Figura 13.

Figura 13. Interacción de las variables satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal por autoestima y tipo de escuela.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. Medias y frecuencias de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, por autoestima y tipo de escuela.

ESCUELA	AUTOESTIMA BAJA	AUTOESTIMA ALTA
PUBLICA	.35 (23)	.67 (12)
PRIVADA	1.25 (4)	.28 (38)

En lo que se refiere a la variable autoatribución negativa, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos principales por tipo de escuela ($F(1, 139) = .394, p = .531$) ni en el efecto satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal ($F(1, 139) = 1.291, p = .278$). Por lo tanto se acepta la hipótesis nula y no se confirma la hipótesis de trabajo tres, que afirma que "los estudiantes de escuela pública presentan mayor autoatribución negativa, a diferencia de los estudiantes de escuela privada".

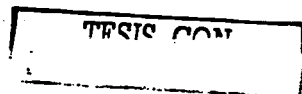


Tabla 9. ANOVA. Autoatribución positiva por autoestima y tipo de escuela.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Media de cuadrados	F	Sig. de F
Componentes principales	10.929	3	3.643	12.903	.000
Tipo de escuela	10.752	1	10.752	38.083	.000
Satisfacción	.177	2	.088	.313	.731
Interacción de doble entrada	1.413	2	.707	2.503	.085
Varianza explicada	12.342	5	2.468	8.743	.000
Varianza residual	38.960	138	.282		
Total	51.302	143	.359		

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$,

se rechaza

$H_1 = X_1 > X_2 \neq 0$,

se acepta

También se encontraron diferencias significativas en el efecto principal de autoatribución positiva por tipo de escuela (ver Tabla 9), donde se obtuvo una $F(1, 138) = 38.083$, $p = .000$, pero no en el efecto satisfacción / insatisfacción $F(2, 138) = .313$, $p = .731$. En el caso de tipo de escuela, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la nula, por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo cuatro, que dice: "los preadolescentes de escuela privada presentan mayor autoatribución positiva que los preadolescentes de escuela pública".

Como se observa en la tabla 10, fueron los estudiantes de escuela privada quienes se autoatribuyeron características más positivas que los chicos de escuela pública.

Tabla 10. Medias y frecuencias de la variable autoatribucion positiva por tipo de escuela.

Escuela	Medias y Frecuencias
Pública	3.18 (75)
Privada	3.70 (69)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 6

Discusión y Conclusiones

6.1 Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio fue determinar la existencia o no de la relación entre las variables imagen corporal, autoestima y autoatribución, tomando en cuenta el tipo de escuela (pública o privada) de varones preadolescentes de la muestra de estudio.

Se eligió una muestra de preadolescentes debido a que varios autores han encontrado factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación desde edades preadolescentes (Gómez Peresmitré, 1997,1998). También porque se ha observado que en los últimos años la pubertad aparece a edades más tempranas, y por tal razón se ha incrementado la preocupación por la búsqueda de la delgadez; además es en esta etapa cuando existe un cambio corporal y los niños no son lo suficientemente maduros como para que no los influyeran los medios de comunicación, en cuanto a la figura real y la figura ideal que les muestran (Chinchilla, 1995 y Toro, 1996).

Se trabajó con varones porque existen muy pocas investigaciones con hombres, y éstas plantean que hay cada vez más varones con alguna disfunción alimentaria. Se eligieron preadolescentes de escuelas públicas y privadas para tratar de determinar si existen o no diferencias de acuerdo con el nivel socioeconómico, ya que diversos estudios muestran que el desarrollo de trastornos alimentarios tiene mayor incidencia en familias de clase media y alta, en las que hay más preocupación por seguir los ideales de delgadez para cumplir con las presiones que ejerce la sociedad. Por ejemplo, Gómez, Pérez-Mitré (1995) encontró un incremento en el peso, en estudiantes de escuelas públicas. En otras culturas, estudios de autores como Moore, (1962); Gordon y Stunkard, (1969); Rimn y Rimn, (1974), (citados por Saldaña y Rosell, 1988), encontraron más elevada la presencia de trastornos como la obesidad en el nivel socioeconómico bajo (escuela pública), así como también Garfinkel y Garner (1982) citados por Toro y

Vilardell (1987), que demostraron que la anorexia incide más en las clases sociales altas.

Con respecto a la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, se encontró que los niños de escuelas privadas están más insatisfechos con su imagen que los niños de escuelas públicas, quienes presentan ligeramente mayor satisfacción.

Entre los resultados teórico-prácticos más interesantes, se encontró una interacción estadísticamente significativa en la variable dependiente satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, teniendo como variables independientes autoestima y tipo de escuela. Se halló que los niños de escuela privada con autoestima baja son los que presentan mayor grado de insatisfacción corporal, mientras que fueron sus pares del mismo tipo de escuela con autoestima alta los que presentaron menor insatisfacción. Por esto podríamos decir que una baja autoestima puede llevar a los preadolescentes a desarrollar una insatisfacción con su imagen corporal, y esta insatisfacción puede ser un factor de riesgo para desarrollar algún trastorno alimentario.

En cuanto a la variable autoatribución negativa no se observaron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el tipo de escuela. Se encontró que el nivel de autoatribución negativa de los preadolescentes de la muestra es independiente al tipo de escuela. Sin embargo, se observó en los resultados que aquellos que reflejan mayor número de autoatribuciones negativas son los sujetos que pertenecen a la escuela pública. Estos resultados no apoyan entonces la teoría de Toro y Vilardell (1987) quienes dicen que debido a la existencia de un ideal de belleza establecido y compartido socialmente, hay una presión social altamente significativa sobre todos los miembros de la población, pero principalmente en los pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y medios - altos. Quienes encarnan las características del modelo tienen razones para autoevaluarse positivamente, mientras que aquellos que se apartan de él sufren y suelen padecer baja autoestima. Podemos decir entonces que la

autoatribución no es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, a diferencia de lo que se ha encontrado en otras investigaciones, como en la de González, Lizano y Gómez Peresmitré (1999), donde hallaron que la autoatribución negativa estaba relacionada con mayor presencia de problemas alimentarios.

En los resultados se observó que los niños de escuelas privadas hacen más ejercicio que los de escuelas públicas, lo que nos muestra nuevamente cómo influye el nivel socioeconómico, pues para que los niños practiquen algún deporte casi siempre es necesario que los padres paguen alguna cuota.

También es interesante hacer notar que fueron los chicos de escuelas públicas quienes presentaron un mayor seguimiento de dieta.

No se encontraron diferencias significativas en la variable dependiente satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal en los efectos principales por tipo de escuela y autoestima, pero se produjo una interacción estadísticamente significativa entre estas variables. Los resultados indican que fueron los niños de escuela privada con autoestima baja los que presentaron mayor grado de insatisfacción corporal, asimismo los niños que tenían autoestima alta fueron los que presentaron menor insatisfacción.

En cuanto a la variable autoatribución negativa no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos principales, por tipo de escuela ni en el efecto satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en el efecto principal de la variable autoatribución positiva por tipo de escuela.

Hablando en general de la autoatribución se observó en los resultados que los niños de escuela privada se autoatribuyeron características más positivas que los chicos de escuela pública.

En los resultados observamos que los preadolescentes de escuela privada están más preocupados por la posibilidad de subir de peso que los de escuelas públicas, además de que reportaron haber hecho más cambios en su alimentación para bajar de peso que los chicos de escuela pública, quienes también hicieron cambios en su alimentación pero para mejorar su salud.

Es importante resaltar que a los chicos de ambas escuelas les preocupa llegar a estar gordos; a pesar de que a los niños de escuela privada les preocupa en mayor porcentaje, no se reporta mucha diferencia.

En cuanto a la elección de figura (de cómo les gustaría que fuera su cuerpo), no se encontró una gran diferencia entre ambas escuelas; la mayoría de los preadolescentes eligieron la silueta de peso normal. Sin embargo fue interesante notar que ningún niño de escuela privada eligió la opción de dibujar una figura (si es que no había una que le gustara), y un pequeño porcentaje de niños de escuela pública dibujaron siluetas de su figura ideal, la cual fue de hombres musculosos.

Poblano y Trigueros (2000), encontraron en una muestra de adolescentes varones, que se identificaron en su gran mayoría con las figuras más delgadas; así mismo corroboraron que cuando eligieron la figura ideal, casi la totalidad de la muestra quería una figura delgada pero más gruesa y musculosa, lo que coincide con estudios previos en los que se ha demostrado que los hombres quieren una figura más gruesa. Por esto, estas autoras concluyeron que los adolescentes hombres sí buscan una figura más gruesa de la que tienen, que es congruente con la teoría de que los hombres quieren una figura mesomorfa con músculos, sin que esto implique tener grasa (Aguilar y Rodríguez, 1997; Murrieta, 1997; Bolaños

Miranda 1998 y Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 1998 citados por Poblano y Trigueros, 2000).

Cabe señalar que de los preadolescentes que se percibieron muy gordos, ninguno se percibió ni muy ni demasiado atractivo, y un 80% de éstos desearon pesar poco, asimismo lo desearon los que se percibieron gordos, calificándose como nada y poco atractivos. Un 54% de los estudiantes se percibieron con peso normal, y estuvieron conformes con su peso. Fue interesante notar que un 33% de los que se percibieron muy delgados deseaban pesar un poco menos, y se consideraron en su mayoría como nada atractivos.

Este estudio nos muestra cómo desde la preadolescencia aparecen factores de riesgo, como una autoestima inadecuada, para el desarrollo de trastornos de la alimentación. Una baja autoestima lleva al sujeto a desarrollar una insatisfacción con su imagen corporal, y esta insatisfacción es un factor de riesgo sumamente importante. Una autoestima alta va a lograr que el sujeto presente mejores autoatribuciones.

Es importante señalar que los resultados obtenidos se atribuyen a la diferencia de estatus socioeconómico, ya que la muestra de preadolescentes de escuela pública, pertenece a una zona de nivel bajo de la Ciudad de México, mientras que la escuela privada está ubicada en una zona de nivel medio-alto de la ciudad.

6.2 Sugerencias y limitaciones

Se sugiere considerar a la autoestima corporal como variable de estudio aparte de la global, para determinar si influye como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación.

Se sugiere hacer más investigaciones que involucren al sexo masculino.

También se sugiere realizar más investigaciones con la población masculina, así como profundizar en éstas, examinando otros factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

La principal limitación que se encontró en el presente estudio, se relaciona con la selección no aleatoria de la muestra, lo cual no permite generalizar los resultados a toda la población mexicana.

REFERENCIAS

- Barón, R. (1974). Social psychology. Understanding human interaction. Boston: Allyn and Beacon.
- Braguinsky, J. y Mazza, C. (1987). Definición y diagnóstico. En Braguinsky J. (Comp.). Obesidad, Patogénica, Clínica y Tratamiento. México: Promedicina.
- Branden, N. (1995). Como mejorar su autoestima. México: Paidós.
- Bruchon-Schweitzer. (1992). Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Chinchilla, M. (1995). Anorexia y bulimia nerviosa. Madrid: Ergon.
- CIE-10. (1994). Trastornos mentales y del comportamiento. México: Meditor.
- Clauss, G. y Hiebsch, H. (1966). Psicología del niño escolar. Editorial Grijalbo: México.
- Cohn, L. D., Adler, N. E., Irwin, C. E., Millstein, S. G., Kegeles, S. M. y Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 96, 276-279.
- Cooper, P. J. y Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. Brithish Journal of Psychiatry, 153 (2), 32-36.
- Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. México: Pearson.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber. Barcelona, España: Gedisa.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self esteem. San. Francisco: Freedman and Company.

Cruz, A., D. y Estrada, M., F. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: imagen corporal, autoatribución y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Díaz, G. R. (1977). Estudios de psicología del mexicano. México: Trillas.

Díaz, G. R. (1982). Psicología del mexicano. México: Trillas.

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

D.S.M. IV (1995). Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. México: Masson.

Dukan, P. (1986). Después de adelgazar. Buenos Aires: Javier Vergara S.A.

Duker, M. y Slade, F. (1992). Anorexia nervosa y bulimia: un tratamiento integrado. México: LIMUSA.

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

Ferguson, R. L. (1977). Psicología del mexicano. México: Trillas.

Fernández, E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid, España: Narcea S. A. de Ediciones.

García, E. V. 2002. Conducta alimentaria de riesgo: Percepción de la relación materna y peso corporal en hombres adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

Gesell, A. (1989). El niño de 11 y 12 años. México: Paidós.

Gómez, Pérez-Mitré, G. (1981). Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 1(1), 135-156.

Gómez Perez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.

Gómez Perez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la Imagen Corporal. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.

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

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

Gómez Peresmitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La psicología social en México (7), 227- 282.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Cuestionario de Alimentación y Salud.

Gómez Peresmitré, G., Granados, A., Jauregui, J., Tafolla, S. y Unikel, C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo en muestras del género masculino. Revista Psicología Contemporánea, (7)1, 4-15.

González, S. L. M., Lizano, M. M., Rodríguez, A. P. Y Gómez Peresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes de comer: Hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares. Revista mexicana de Psicología, (16)1, 117-126.

Herzog, Kerry, Newman y Warshaw (1991). Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. The Journal of Nervous and Mental Disease. 179 (6), 356-359.

Hill, A. J. (1991). Dieting concerts have a functional effect on the behavior of nine year old girls. British Journal of Medical Psychology, 62, 137-142.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). Psicología del desarrollo hoy. España: McGraw Hill.

Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Psicología Iberoamericana, (2) 3, 5-13.

Horrocks, J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

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

Hurlock, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

Jourard, S. y Landsman, T. (1992). La personalidad saludable. México: Trillas.

Kolb, L. (1959). Body image in the schizophrenia reaction. Nueva York: Auerback.

López, S. (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Madrid, España: Siglo XXI.

Martí, E. (1991). Psicología evolutiva. España: Anthropos.

Maier, H. (1979). Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Maldonado, D. y Saucedo, M. (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C.

Marrodan, M. D., González, M. y Prado, C. (1995). Antropología de la nutrición, técnicas, métodos y aplicaciones. Madrid: Noesis.

Moradela, M. (1995). Psicología del desarrollo. Barcelona, España: Boixareu Universitaria.

McKiney, J. P., Fitzgerald, H. E. y Strommen, E. A. (1982). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: El Manual moderno.

Moscovici, S. (1986). Psicología Social II. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. Madrid: Paidós.

Myers, D. G. (1995). Psicología Social. México: McGraw-Hill.

Newman, B. R. (1985). Desarrollo del niño. México: LIMUSA.

Nickel, H. (1985). Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia. Barcelona, España: Herder.

Osterrieth, P. (1974). Psicología infantil. España: Morata.

Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.

Papalia, D. y Olds, S. (1995). Desarrollo psicológico. México: Mc Graw-Hill.

Patton, G.C., Jhonson-Sabine, E.; Wood, K.; Mann, A.H. y Wakeling, A. (1990). Abnormal eatings attitudes in London schoolgirls- A prospective eidemiological study: outcome at twelve month follow-up. Sicological Medicine, 20, 383-394.

Peel, E. (1965). Fundamentos psicológicos de la educación. Madrid, España: Colección psicología y educación.

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

Piaget, J. and Seminska, A. (1952). The child's conception of number. New York: Basic Books.

Pick de Weiss, S. y Vargas-Trujillo, E. (1995). Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas. (3ª edición). México: Ariel Escolar.

Poblano, A. C., y Trigueros, V. P. (2000). Factores de riesgo en trastornos de la alimentación en una muestra de población adolescente masculina. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Pope, A., McHale, S. M. y Craighead, W. E. (1988). Self-esteem enhancement with children and adolescents. Londres, Inglaterra: Psychology practioner guidebooks.

Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

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

Raich, R. (2000). Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. España: Ediciones Pirámide.

Reymond – Rivier, B. (1986). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona, España: Herder.

Roberta, T y Ron, A. (1999). Bulimia. México: Trillas.

Rodríguez, P. y Sánchez, N. (2001). Inicio de la vida sexual y su relación con la autoestima e imagen corporal en adolescentes mexicanas. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.

Salud masculina, "<http://www.something-fishy.org/cultural/issuesformen-s.php>"

Sánchez, C., Gómez, G. y Guerra, G. (1999). Disfunciones sexuales y obesidad: Estudio comparativo. Perinatología Reproducción Humana. 13 (3), 221-226.

Sherif, M. y Sherif, C. (1969). Psicología social. México: Harla. Sherman, R. Y Thompson, R. (1999). Bulimia: Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.

Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Solís, A. (1991). Género, comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM: Trillas.

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

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

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.

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

Vázquez, F. G. (1998). Padres, hijos y escuelas: una guía práctica. México: Ediciones educativas y culturales.

Williamson, D., Davis, C., Bennett, S., Goreczng, A. and Gleaves, D. (1989). Development of simple procedure for identity, and Body Image disturbances. Behavioral Assessment, 11, 433-446.

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

Worchel, S. y Shebilske, W. (1998). Psicología: fundamentos y aplicaciones. Madrid: Prentice Hall.

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

ANEXOS

FORMA XY

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y con la salud en general.

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

Nombre _____

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

2.- Grado que cursas _____

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

4. ¿Cuánto crees que mides? _____

5. ¿Cuánto crees que pesas? _____

6. ¿En qué trabaja tu papá?
Obrero ()
Empleado en una compañía ()
Empleado en el gobierno ()
Comerciante ()
Profesionista ()
Maestro ()
Otra cosa _____ ()

7. ¿A qué se dedica tu mamá?
Ama de casa ()
Empleada doméstica ()
Empleada en el gobierno ()
Comerciante ()
Profesionista ()
Maestra ()
Otra cosa _____ ()

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos?
Eres hijo único ()
Eres el más chico ()
Ocupas un lugar intermedio ()
Eres el mayor ()

9. ¿Has tenido emisiones nocturnas?
NO..... () Pasa a la pregunta 11
SI..... () Pasa a la siguiente pregunta

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

ESTA PARTE NO LA
CONTESTES

E. r. _____

P. r. _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.- Señala cuales de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses

- Como hasta que me duele el estómago ()
 He perdido el apetito ()
 Pierdo el control y como demasiado ()
 Me he sentido preocupado porque como muy poco ()
 Me he sentido preocupado porque como mucho ()
 Otro. Especifica _____ ()
 Ninguno ()

2.- Marca con una X las comidas que haces al día en casa.

- Desayuno... ()
 Almuerzo... ()
 Comida... ()
 Cena... ()
 Merienda... ()

3.- Marca con una cruz (X) en la columna que corresponda, los alimentos que consumes durante el día.

	Hoy me desayuné	Ayer comí	Ayer cené
	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Antojitos (tacos, sopes, etc.)			
Arroz			
Atole			
(masa, avena, maizena, etc.)			
Bolillo o bimbo			
Café			
Carne			
Cereales			
Chocolates			
Dulces			
Frijoles			
Frituras			
(papas, churritos, etc.)			
Fruta			
Galletas			
Habas			
Huevo			
Jamón			
Jugos de frutas			
Leche			
Lentijas			
Líquido de frutas			
Pan de dulce			
Papas			
Pastelitos			
Pescado			
Pollo			
Queso			
Refrescos			
Salchichas			
Sopa de pasta			
Tortilla			
Verduras			
Yogurt			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:

Mamá ()

Papá ()

Yo mismo ()

Tía(o) ()

Abuela(o) ()

Hermana (o) ()

Otro. ¿Quién? _____ ()

5. Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

6. Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta".

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

7. Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

8. Consumo alimentos "chatarra"

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

9. Mis padres o tutores me presionan para comer

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

10. Mis padres o tutores me hacen sentir culpable por mi forma de comer

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

11. Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda)

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

12. Como a escondidas de mis padres

Nunca

A veces

Frecuentemente

Muy Frecuentemente

Siempre

()

()

()

()

()

3. Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron

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

4. Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc:

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

15. Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos

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

16. Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me serví.

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

17. Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

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

18. Como rápido y mucho

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

19.. Según yo, como:

Demasiado..... ()
 mucho..... ()
 ni mucho , ni poco (regular).. ()
 poco..... ()
 muy poco..... ()

20. Según mis padres o tutores como:

Demasiado..... ()
 mucho..... ()
 ni mucho , ni poco (regular).. ()
 poco..... ()
 muy poco..... ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

21. A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.

- les interesa demasiado..... ()
 les interesa mucho..... ()
 les interesa regular..... ()
 les interesa poco..... ()
 no les interesa..... ()

22. A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.

- les interesa demasiado..... ()
 les interesa mucho..... ()
 les interesa regular..... ()
 les interesa poco..... ()
 no les interesa..... ()

23. Me preocupa subir de peso.

- me preocupa demasiado..... ()
 me preocupa mucho..... ()
 me preocupa de manera regular..... ()
 me preocupa poco..... ()
 no me preocupa..... ()

24. En el último año:

- No he hecho cambios en mi alimentación ()
 Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

- para bajar de peso..... ()
 para mejorar mi salud.. ()
 por orden del médico... ()
 para subir de peso..... ()

por otra razón, explica para qué _____

25. En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

- Mamá o papá..... ()
 Abuelita(o)..... ()
 Tía(o)..... ()
 Hermana(o)..... ()
 Amiga(o)..... ()
 Doctor(a)..... ()
 Nadie, lo decidí yo mismo ()

26. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mamá		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papá		
Yo mismo		
Nadie		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27. En mi casa practican deporte:

Mamá..... ()

Hermana(o)..... ()

Tía(o)..... ()

Abuelita(o)..... ()

Papá..... ()

Nadie..... ()

Otra persona, quién..... ()

28. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

diario..... ()

2 veces por semana..... ()

3 veces por semana..... ()

1 vez a la semana..... ()

ocasionalmente..... ()

No practico deportes..... ()

29. Llegar a estar gordo:

me preocupa mucho..... ()

me preocupa..... ()

me preocupa de manera regular..... ()

me preocupa poco..... ()

no me preocupa..... ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)

(F)

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	MUY GRANDE	GRANDE	PARCELO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatuta					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. Creo que estoy:

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

3.. Creo que mis padres o tutores me ven:

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

4. . Según yo, un niño atractivo es:

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

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

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

6. Me gustaría pesar:

mucho más de lo que peso actualmente..... ()
 un poco más de lo que peso actualmente..... ()
 lo mismo que peso actualmente..... ()
 un poco menos de lo que peso actualmente..... ()
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ()

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X en cada escala que va del 1 (nada) hasta el 5 (mucho), cuánto crees que tienes de cada uno.

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Mi papá me habla con voz afectuosa y amigable

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

Mi papá me ayuda cuando lo necesito

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

Mi papá me deja que haga las cosas que me gusta hacer

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

1. Mi papá es cariñoso

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

5. Mi papá entiende mis problemas

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

6. Mi papá me deja tomar mis propias decisiones

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

7. Mi papá trata de controlar todo lo que hago

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

8. Mi papá me sonríe

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

9. Mi papá me consiente como si fuera un bebé

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

10. Mi papá trata de hacerme sentir bien

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

11. Mi papá platica mucho conmigo

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

12. Mi papá me hace sentir mal

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

13. Mi papá es autoritario

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

14. Mi papá me deja salir siempre que quiero

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

15. Mi papá se preocupa mucho por mí

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

16. Mi papá me premia

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

17. Mi papá me deja en libertad de vestirme como yo quiera

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

18. Mi papá no me hace caso

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte ita, y después te presentamos pares de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

manos son:

Por ejemplo:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Grandes X Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos un par de características contrarias (grandes - pequeñas).

crees que tus manos son	grandes	contestarás la letra	A
manos que son	pequeñas	marcarás la letra	E
manos que son	algo grandes	elegirás la letra	B
manos que tus manos son	algo pequeñas	elegirás la letra	D
manos no son	ni grandes ni pequeñas	responderás en la letra	C.

tu cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruoso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

tu cara es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruosa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Mi espalda es

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Rígida	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

4. Mi tórax es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5. Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Rígidas	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

6. Mi trasero es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Mi estómago es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Rígido	_____	_____	_____	_____	_____	Flexible
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

8. Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Rígidos	_____	_____	_____	_____	_____	Flexibles
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Cómo te llevas con...?

Tu papá	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tu mamá	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus amigos	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus maestros (as)	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal
Tus compañeros (as)	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Muy Mal

2. Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)

- Ninguno ()
 Uno o Dos ()
 Tres o Cuatro
 Cinco o Seis ()
 Más de Seis ()

3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?

- No ()
 Sí ()

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1. Mi mamá me habla con voz afectuosa y amigable

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

2. Mi mamá me ayuda cuando lo necesito

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

3. Mi mamá me deja que haga las cosas que me gusta hacer

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

4. Mi mamá es cariñosa

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

5. Mi mamá entiende mis problemas

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

6. Mi mamá me deja tomar mis propias decisiones

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

7. Mi mamá trata de controlar todo lo que hago

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

8. Mi mamá me sonríe

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

9. Mi mamá me consiente como si fuera un bebé

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. Mi mamá trata de hacerme bien

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

11. Mi mamá platica mucho conmigo

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

12. Mi mamá me hace sentir mal

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

13. Mi mamá es autoritaria

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

14. Mi mamá me deja salir siempre que quiero

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

15. Mi mamá se preocupa mucho por mí

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

16. Mi mamá me premia

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

17. Mi mamá me deja en libertad de vestirme como yo quiera

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

18. Mi mamá no me hace caso

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

19. Mi mamá me critica mucho

Nunca
()

A veces
()

Frecuentemente
()

Muy Frecuentemente
()

Siempre
()

20. Mi mamá se enoja fácilmente

Nunca
()

A veces
()

Frecuentemente
()

Muy Frecuentemente
()

Siempre
()

21. Mi mamá me compara negativamente con otros niños de mi edad

Nunca
()

A veces
()

Frecuentemente
()

Muy Frecuentemente
()

Siempre
()

22. Mi mamá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

Nunca
()

A veces
()

Frecuentemente
()

Muy Frecuentemente
()

Siempre
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTRUMENTO DE AUTOESTIMA.

Instrucciones: marca con una X la respuesta que mas se adecua a la forma de percibirte a ti mismo.

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