

01421
123



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

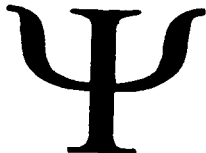
RELACION ENTRE SATISFACCION CON LA IMAGEN
CORPORAL, AUTOESTIMA Y AUTOATRIBUCION EN
MUJERES PREADOLESCENTES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

**JIMENEZ YEDRA | VERONICA
OVIEDO MENCHACA VERONICA**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

¡NO DESISTAS!

*Quando nayan mal las cosas
Como a veces suelen ir,
Quando ofrezca tu camino
Solo curvas que subir,
Quando tengas poco haber
Pero mucho que pagar,
Y precises soportar
Aun temiendo que llorar,
Quando ya el dolor te agobie
Y no puedas ya sufrir,
Desearias acaso dejar
Pero nunca desistir
Tras las sombras de la duda
Ya plateadas ya sombrías,
Puede bien el triunfo
No el fracaso que temías,
Y no es dulce a tu ignorancia
Figurarse cuan cercano
Puede estar el bien que anhelas
Y que juzgas tan lejano.
Lucha pues... por más que en
La batalla tengas que sufrir.
Quando todo esté por
Más debemos insistir.*

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Por tener la oportunidad de pertenecer
a la máxima casa de estudios
y forjar en nosotras valores e ideales positivos

A la Facultad de Psicología
Por formarnos profesionalmente

A nuestra directora de tesis, la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre
Con profundo agradecimiento por el tiempo que dispuso para asesorar y revisar este
trabajo. Por compartir sus conocimientos y experiencias, lo cual lo hacen un gran ser
humano.

A los honorables miembros del Jurado:
Dra. Lucy María Reidl Martínez
Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre
Mtra. Olga Lívior Bustos Romero
Mtra. Lilia Jaja Laureano
Mtra. Jorge Pérez Espinosa

Gracias por examinarnos y hacer una acertada revisión de este trabajo de investigación,
desarrollado con sacrificio, esfuerzo y dedicación.

Y a todas aquellas personas que contribuyeron para la realización de esta investigación.

III:GR:AE:AS:III

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

DEDICATORIAS

Gracias a Dios por que me ha permitido llegar con vida a este momento y por todo lo que tengo que agradecerle.

A mis padres:

Roberto y Adolfo

Sabiendo que jamás existirá una

forma de agradecerles todo lo que soy.

*Solo deseo que comprendan que el logro mío es suyo,
que mi esfuerzo es inspirado en ustedes.*

Y que son mi ideal.

¡Gracias!

Por su apoyo y confianza incondicional.

Sobre todo por su mensaje de amor permanente.

A mis hermanas:

Por abrir su corazón y hacerme sentir que dentro de él, hay un lugar para mí.

Por su amor y apoyo incondicional. !!!Los quiero mucho!!!

Minerva, Armando, Ernesto y Aurora.

A mis sobrinas:

Bere, Dany, Brenda, Emma, Peto, Sarita.

Por ser la alegría que ilumina a nuestra familia.

A mis cuñados(a)s:

Por integrarse a la familia griega y compartir con nosotros.

Nector, Ana, Abraham.

A todos aquellos que injustamente no me han ayudado, pero que sin embargo han dejado algo en mi vida.

Por hacerme recordar que el principio y el final no importan; sino el camino recorrido con personas que me aman.

¡GRACIAS!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al gran amor de mi vida:

Mi esposa Ismael

*Me siento feliz de estar compartiendo mi vida y mis triunfos contigo,
de sentir tu ternura y cariño. Porque eres una persona que todo lo comprende
y da lo mejor de sí misma sin esperar nada a cambio...
porque te interesas en mis planes y por mis sueños,
me escuchas con el corazón, me brindas tu comprensión,
y me demuestras en todo momento que puedo contar contigo,
qué crees y confías en mí.*

Por todo el tiempo, apoyo, amor y comprensión que siempre me has brindado.

!!!Te AMO y admiro!!!

Verónica Jiménez Yodanis

E

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

A mis padres:
Por su ejemplo de esfuerzo y superación.
Por el apoyo que siempre me han dado.
Porque gracias a ustedes he alcanzado mis sueños.
Porque al terminar esta etapa de mi vida
Quiero expresar un profundo agradecimiento
A quienes con su esfuerzo, apoyo y comprensión
Me alentaron a lograr esta hermosa realidad:
Mi formación profesional!

A mi esposa :
Por ser parte de mí.
Por ser mi espíritu de lucha.
Por toda la que hemos formado juntos.
Por todo ese tiempo que he tenido que invertir en esta.
Gracias:
Por toda tu tolerancia y comprensión
Y por todo ese gran amor que me profesas,
a ti que eres lo más importante en mi vida...
¡Te amo!

A mi hijo:
Como un testimonio de gratitud ilimitada;
por el tiempo que tomo de él
para realizar este sueño.
Porque su presencia a sido y será
siempre el motivo más grande
Que me a impulsado
Para lograr esta meta.
¡Te Quiero!

A mis hermanas:
Por estar a mi lado y apoyarme
Con quien más lo necesito:
Mi hija.

A mis amigas:
Por ser las mejores.
Por estar en los tiempos difíciles.
Por compartir su tiempo conmigo
Y motivarme día a día
(Vero, Jenny, Diana, Silvia)
¡Gracias!

Verónica Quieto Menchaca

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen Introducción

CAPITULO I: PREADOLESCENCIA	3
<i>Crecimiento y buen estado físico</i>	3
<i>Nutrición</i>	4
<i>Desarrollo de la motricidad</i>	5
<i>Desarrollo moral</i>	8
<i>Teoría de Piaget</i>	8
<i>Teoría de Selman</i>	9
<i>Teoría de Kohlberg</i>	9
<i>Desarrollo de la personalidad</i>	10
<i>La vida diaria</i>	11
<i>Como gastan su tiempo los niños</i>	11
<i>La red social del niño</i>	11
<i>Etapas en la amistad</i>	14
<i>El niño en la familia</i>	15
<i>Desarrollo afectivo</i>	16
CAPITULO II: IMAGEN CORPORAL	17
<i>Definición de la imagen corporal</i>	19
<i>Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal</i>	21
<i>Teorías sobre la insatisfacción con la imagen corporal</i>	23
<i>Teoría del desarrollo</i>	23
<i>Teoría sociocultural</i>	23
<i>Teoría feminista y socialista del rol de género</i>	24
<i>Teoría de la discrepancia del yo ideal</i>	24
<i>Teoría de la comparación social</i>	25
<i>Estudios sobre la imagen corporal</i>	25
CAPITULO III: AUTOATRIBUCIÓN	30
<i>Conceptos</i>	30
<i>Teorías</i>	32
<i>Estudios sobre autoatribución</i>	35
CAPITULO IV: AUTOESTIMA	36
<i>Definición de autoestima</i>	36
<i>Desarrollo de la autoestima</i>	37
<i>Formación de la autoestima en la preadolescencia</i>	38
<i>Áreas evaluadas en la autoestima</i>	41
<i>Variables que afectan la autoestima</i>	42

G

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V: METODO	45
<i>Planteamiento del problema</i>	45
<i>Hipótesis de trabajo</i>	45
<i>Definición de variables</i>	46
<i>Instrumentos</i>	48
<i>Muestra</i>	48
<i>Procedimiento</i>	51
CAPITULO VI: RESULTADOS	52
<i>Descripción de la muestra</i>	52
<i>Distribución de las variables de estudio</i>	53
<i>Satisfacción/insatisfacción con imagen corporal</i>	53
<i>Autoatribución</i>	53
<i>Autoestima</i>	55
<i>Prueba de hipótesis</i>	57
<i>Anova</i>	57
<i>Correlación de Pearson</i>	60
CAPITULO VII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	61
CAPITULO VIII: LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	64
<i>Referencias</i>	65
<i>Anexos</i>	

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución, en mujeres preadolescentes de nivel primaria tanto de escuelas públicas como de privadas. Se trabajo con una muestra no probabilística formada por una N=200 mujeres adolescentes entre 9 y 11 años de edad, se formaron dos grupos: uno con las estudiantes satisfechas con la imagen corporal (Grupo1, n=14); y el otro grupo se formó con las estudiantes insatisfechas con la imagen corporal (Grupo2, n=140 quieren bajar de peso y Grupo2, n=46 quieren subir de peso). Se aplico un instrumento de formato mixto en su versión femenina, con el cual exploramos las siguientes áreas: 1. sociodemográfica, 2. imagen corporal, 3. autoatribución. Se aplicó además una escala de autoestima. Entre los resultados obtenidos se pudo observar que sólo el 7% se encontraba satisfecha con su imagen corporal y el 73% está insatisfecha siendo en su gran mayoría preadolescentes que estaban insatisfechas. Otro resultado importante fue que no existieron diferencias significativas entre las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal y autoestima en comparación con las preadolescentes insatisfechas. En cuanto a la variable autoatribución las preadolescentes que presentaron mayor problema en la escala social fueron las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal. Aunque satisfacción/ insatisfacción con imagen corporal, no se relaciona de manera directa con Autoestima y Autoatribución de las preadolescentes de la muestra estudiada, aún así es importante considerar que desde la etapa preadolescente comienzan a aparecer manifestaciones o factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios tales como insatisfacción con la imagen corporal.

*Trastornos de la Alimentación y Alteraciones de la Nutrición en muestras de Preadolescentes mexicanos. IN300897.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La obsesión por la apariencia no suele comenzar en la edad adulta, sino tal vez en la preadolescencia, pero específicamente en la adolescencia, cuando la búsqueda de aprobación por parte de los demás se encuentra en su plenitud y apenas se tiene identidad. Durante los años de la adolescencia, los años elementales de la escuela, desde los 6 a los 12 años, los niños dan grandes pasos hacia su desarrollo. Notamos su progreso físico e intelectual, mientras continúan creciendo en tamaño, aumentando de peso, siendo más fuertes y aprendiendo nuevas habilidades y conceptos. Podríamos llamarle a estos años como de consolidación, más que de innovación. Por otro lado, los rasgos de la personalidad de los niños que han comenzado a desarrollarse se graban más profundamente, mientras los padres todavía ejercen una influencia importante, el grupo de su edad llega a ser ahora muy importante. Los niños quieren estar con sus amigos y se desarrollan socialmente a través de sus contactos con otros niños. Debido a que es una etapa caracterizada por cambios en la apariencia, es frecuente que el adolescente común se encuentre insatisfecho con algunos de ellos. Para él quizás más que en cualquier otra etapa de su vida, la apariencia es fundamental.

Pero hay un fenómeno que inquieta aún más y es que en la actualidad, lo que antes era una preocupación propia de la adolescencia, hoy es una preocupación que comienza desde una temprana edad y se mantiene a lo largo de la vida. Los adultos transfieren a sus hijos la preocupación por la apariencia antes de que estén en condiciones de cuestionarla. Los niños crecen alentados a ajustarse a los cánones de belleza existentes y a buscar a como de lugar una imagen corporal socialmente aceptable. Pues si se toma en cuenta que desde la niñez se va formando la imagen corporal de la persona, y si constantemente escucha -quizás de la mamá, hermanas, tías, etc., cuando algún familiar cercano hace dietas o se queja por su insatisfacción corporal, esto puede ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, los cuales se presentan principalmente una etapa después, es decir, en la adolescencia.

A pesar de que la adolescencia es claramente un periodo de suma importancia en el desarrollo humano, no se le a dado la debida atención desde el punto de vista nutricional y, encontrar que la población preadolescente y adolescente presenta alto riesgo en cuanto se refiere a la probabilidad de mostrar alteraciones en la conducta alimentaria, está es la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

está es la etapa donde se consolidan todos los cambios estructurales y metabólicos del individuo; donde habrá una gran influencia de la sociedad que ha estereotipado como sinónimo de belleza y popularidad un cuerpo extremadamente delgado y estético, sin tomar en cuenta el riesgo para la salud que con esto conlleva.

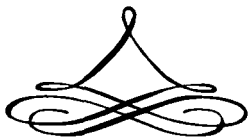
Hoy en día, ciertos fenómenos socioeconómicos, la industria del adelgazamiento, la búsqueda incesante de la salud y la delgadez, han abierto muchas vías para la insatisfacción de la imagen corporal, todo eso ha tenido gran impacto en la población en general, por ello, tomando en cuenta todo lo anterior, podemos mencionar que es necesario considerar que una niñez sana y bien nutrida es garantía de que en la edad adulta contarán con el desarrollo de sus capacidades para una vida saludable y que sólo una labor preventiva puede ser la prioridad, dadas las prácticas alimentarias anómalas en las que se involucra la población joven (preadolescente) que representan tendencias de riesgo bastante importantes, considerando que no estamos ante un problema exclusivamente personal o familiar, sino ante un problema de génesis y consecuencias sociales y culturales.

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio es conocer si existe relación entre la satisfacción con la imagen corporal, autoestima y autoatribución, cuyo estudio se llevó a cabo con estudiantes preadolescentes de escuelas primarias, por lo que encontraremos en los siguientes capítulos el contenido necesario para describir los resultados en este estudio y por ende, lo que se sugiere con dichos resultados.

Así en el capítulo 1 se hace una revisión de los fundamentos teóricos de la preadolescencia y los fenómenos que giran a su alrededor, mientras que en el capítulo 2 se revisan con varios autores los fundamentos de la imagen corporal y en el capítulo 3 hacemos una revisión de los puntos importantes que mantiene la autoatribución en relación con el periodo de la preadolescencia. Asimismo, en el capítulo 4 encontraremos con detalle la importancia que tiene el concepto de autoestima para enfocarlo a esta investigación. A partir del capítulo 5 encontraremos con mayor detalle el método de trabajo del cual partiremos para conocer paso a paso el planteamiento del problema hasta llegar a conocer los resultados de este estudio, los cuales encontraremos en el siguiente capítulo. Por último, encontraremos, lo que llamamos discusión, sugerencias y limitaciones, como análisis de los resultados que se obtuvieron en este estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREADOLESCENCIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREADOLESCENCIA

La niñez no es una época de sólo felicidad, la tensión con la cual, los niños tienen que tratar incluye presión familiar, dificultades para llevarse bien con otros niños, exigencias escolares y eventos en el mundo más allá de su propio círculo. Para afrontar el reto de estos años los niños desarrollan más competencia en todos los campos del desarrollo.

CRECIMIENTO Y BUEN ESTADO FÍSICO

El desarrollo físico es menos rápido en la preadolescencia que en los primeros años. Los niños son ligeramente más grandes que las niñas al comienzo de este período, pero las niñas pasan por el crecimiento súbito de la adolescencia a una edad más temprana y así tienden a ser más grandes que los niños al final del período. Existen amplias diferencias en altura y peso entre los individuos y los grupos. Tanto los niños como las niñas ganan en promedio 3.5 kgs y de 5 a 9 cms al año hasta el crecimiento súbito del adolescente, que llega para las niñas alrededor de los 10 años. Las niñas dejan entonces atrás a los niños físicamente hasta que los niños tengan su crecimiento súbito y las alcancen alrededor de los 12 o 13 años.

Durante la segunda infancia destacan por un lado el crecimiento linfóide -de los órganos de defensa-, que alcanza un máximo en este período así como la caída de la primera dentición, por otro con la erupción consiguiente de la dentadura definitiva. La dentición definitiva aparece a partir de los 6 años de edad y las piezas brotan aproximadamente en el siguiente orden:

4 primeros molares	6 años
8 incisivos	6-8 años
4 premolares	8-9 años
4 caninos y 4 premolares	9-12 años
4 molares y 4 segundos	12 años
4 terceros molares	16 años

En cuanto al sistema circulatorio, completa su desarrollo variando la frecuencia del pulso, tensión arterial y ruidos cardíacos, según la edad. En relación al sistema esquelético, a partir de los centros de osificación que aparecen a los 5 años, se va completando la calcificación de los huesos. El sistema nervioso ha completado su maduración durante la segunda infancia permitiendo la desaparición de los reflejos primitivos en el niño. Este por otro lado ha de haber alcanzado a los 10 años el nivel de agudeza visual que corresponde al adulto. Mientras que en la segunda infancia se manifestarán muchos de los defectos de la visión -especialmente los de refracción, miopía e hipermetropía, que requerirán ser corregidos mediante lentes

En vista de la amplia variedad de tamaños durante la preadolescencia, debemos ser cuidadosos sobre los juicios fundamentales en lo relacionado con la salud de los niños o con las posibles anomalías en su crecimiento físico. Es posible que se necesiten desarrollar normas de crecimiento para diferentes grupos (Goldstein & Tanner, 1980); pero primero, necesitamos reconocer la importancia de la nutrición en el crecimiento y en la salud.

NUTRICIÓN

Durante la preadolescencia, el promedio de peso del cuerpo se dobla, y el juego de los niños demanda mayor energía. Para mantener el crecimiento continuo y el ejercicio constante, los niños necesitan cantidades superiores de alimento. En general, durante esta etapa, los niños tienen buen apetito y a menudo comen rápidamente. En promedio, necesitan 2.400 calorías y 34 gramos de proteínas diarias, así como altos niveles de carbohidratos complejos, tales como los que se encuentran en las papas, en los granos de cereal, entre otros., los carbohidratos refinados (endulzadores) deben reducirse al mínimo.

Una alimentación equilibrada debe comprender:

- proteínas (15%)
- azúcares (50%)
- grasas (35%)
- vitaminas
- minerales (zinc, cobre, cobalto, yodo, manganeso, cromo y sobre todo calcio, hierro, sodio y potasio)
- agua

Esta composición se consigue con una dieta variada que incluya leche (1/2 litro por día), cereales, carnes, pescados, huevos, verduras y frutas. A pesar de que los niños son ahora más saludables que los de principio de siglo, son menos saludables y están menos en forma que los niños de la mitad de la década de los 60s. Esta tendencia inquietante parece ocurrir porque los niños son menos activos físicamente hoy día.

La mala nutrición es causa del crecimiento lento; se necesita algo de energía y proteína solo para estar vivo y algo más de energía y proteína para crecer. Cuando las comidas no pueden mantener de manera adecuada estos dos procesos, el crecimiento debe sacrificarse para mantener el cuerpo. La nutrición también tiene implicaciones sociales. Los niños no pueden jugar y estar alerta si no comen suficientemente. Los efectos pueden ser duraderos; un estudio longitudinal en Guatemala, donde la mala nutrición es un problema serio, encontró que la dieta de un niño desde el nacimiento hasta los 2 años, es un buen predictor de la conducta social en la preadolescencia. Los investigadores observaron a 138 niños de edades entre los 6 y los 8 años a quienes se les habían dado suplementos dietéticos en la infancia. Todos los niños recibieron proteínas. Los niños que de infantes no recibieron proteínas tuvieron la tendencia a ser pasivos, más dependientes de los adultos y más ansiosos, mientras que los niños mejor nutridos tendieron a ser más

felices, más exuberantes y más sociables con sus compañeros (Barrett, Radke-Yarrow & Klein, 1982)

La Obesidad

Durante las dos décadas pasadas la obesidad llevo a ser 54% más común entre los 6 y los 11 años de edad y 39% más común entre los 12 y 17 años, en los Estados Unidos. En un estudio que duró 6 años, cerca de 2600 niños en su mayoría niños blancos de clase media de 12 años de edad que fueron enrolados en un plan de mantenimiento de salud pagado con anticipación, acerca de 4% (5.5% de 8 a 11 años de edad) se les diagnosticó obesidad (Starfield, 1984).

Algunas personas parecen tener una predisposición genética hacia la obesidad; los padres gordos a menudo tienen niños gordos, y no es sólo es porque los niños vean a sus padres comiendo demasiado (Stunkard, 1986). El medio ambiente tiene también gran influencia. La obesidad es más común en grupos socioeconómicos bajos, especialmente entre mujeres (Kolata, 1986). Hay una relación entre el sobrepeso y demasiada televisión. Un estudio de cerca de 7000 niños entre las edades de 6 a 11 años y un segundo estudio de 6300 adolescentes encontró que por cada hora del día frente a la televisión aumenta el predominio de la obesidad en 2%. Los niños que miran televisión comen más golosinas (especialmente las anunciadas en los comerciales) y juegan menos que los otros niños (Dietz & Gormaker, 1985). Los niños gordos, generalmente, no "pierden" la gordura; tienden a llegar a ser adultos gordos. (Kolata, 1986) y la obesidad en la vida adulta implica un riesgo significativo de serios problemas de salud.

DESARROLLO DE LA MOTRICIDAD

Evolución personal y conducta motriz.

La edad de 9 a los 12 años señala generalmente una etapa de madurez personal y de consolidación de múltiples habilidades. El niño no necesita el apoyo de los adultos ni los estímulos del entorno para asumir sus tareas al final; posee mayor dominio de sí mismo, adopta una actitud más reflexiva ante los padres y en general, las personas mayores, así como también en el colegio, ante sus responsabilidades escolares y con sus compañeros de juego. A menudo, muestra una actitud más propia de un adolescente que de un niño -aún- de su edad, o exhibe un aire insólito de preocupación. Puede ser muy severo consigo mismo, manifestando una gran capacidad de autocritica, pero hará gala de la misma severidad a la hora de juzgar a los demás.

A partir de los 9 años pueden conseguirse movimientos bastantes limpios en brazos y piernas. Esta limpieza total de movimientos, sólo puede esperarse en un niño de cada dos y en tres de cada cuatro. En el resto, algunas contracciones involuntarias posiblemente persistirán indefinidamente, al menos en determinados movimientos. En la coordinación de movimientos simultáneos son más significativos los progresos en los miembros superiores que en los inferiores, sin llegar a ser antes de los 10 u 11 años especialmente importantes en ningún caso.

Por otro lado, la habilidad sensoriomotriz ha de ser comprobada periódicamente en los niños a través de pruebas apropiadas al nivel madurativo esperado en cada edad. Hay que vigilar las anomalías respiratorias (respiración corta, alterada, entrecortada, bucal, etc.) cuando el niño realice ejercicios violentos ya que son síntomas inequívocos de alteraciones casi siempre morales. Entre tonicidad muscular y respiración existe una relación directa y recíproca

Además ojos y manos están bien diferenciados y pueden funcionar con total independencia. Al escribir, el niño puede utilizar las manos sin necesidad de tenerlas en todo momento bajo control visual directo. Al sentarse con el cuerpo más erguido, puede mantener la cabeza más separada del papel y dominar con la vista toda la línea escrita. La muñeca se mueve con más soltura y el codo ha abandonado los desplazamientos en zig-zag para describir un movimiento rectilíneo. Por su lado, el papel suele estar perfectamente situado y con la inclinación adecuada. Una cierta diferencia en la evolución de la escritura de las niñas con respecto a los rasgos gráficos de los varones, podrá empezar a apreciarse a partir de ahora. Por lo general, las mujeres suelen poseer un dominio manual más adelantado como resultado de un desarrollo más precoz en la morbilidad general. A partir de los 11-12 años, se considera que la escritura ya ha sido definitivamente asimilada. La organización de movimientos es absolutamente correcta, los desplazamientos y la prensión del lápiz están controlados, la cabeza y el tronco se mantienen derechos y en la adecuada posición y la escritura empieza a fluir rápidamente sin aparente dificultad.

El niño de los 7 a los 11 años se halla en el estadio que Piaget (1952) denominó de las operaciones concretas, en el que los niños dan un salto cualitativo al abandonar su egocentrismo para empezar a entender y usar nuevos conceptos. Pueden clasificar las cosas en categorías, trabajar con números, tener en cuenta todos los aspectos de una situación así como entender la reversibilidad; son capaces de ponerse en el lugar de otro, lo cual reviste suma importancia en su capacidad para entender a otras personas y realizar juicios morales.

El concepto de conservación, que ha intrigado a los investigadores que ningún aspecto de la teoría piagetiana, muestra la diferencia entre operaciones concretas y el período preoperatorio. La conservación es la habilidad para reconocer que dos cantidades iguales de materia permanecen iguales (en sustancia, peso, altura, número, volumen y espacio), aunque la materia sea organizada de otra manera sin añadir ni quitar nada. En la tarea de conservación de la sustancia un niño reconoce que dos bolas de barro son iguales. Se dice que "conserva la sustancia" si reconoce que tras estirar una de las bolas para darle forma aplastada, como un gusano, ambos trozos contienen la misma cantidad todavía de

barro. En la conservación del volumen, la cuestión que se plantea es la de si la "bola y el gusano" desplazan una misma cantidad cuando son situados en el agua.

Los niños desarrollan la habilidad de conservar las diferentes dimensiones en distintos momentos de tiempo. A la edad de 6 ó 7 años pueden conservar la masa o la sustancia; a los 9 ó 10 el peso; sobre los 11 ó 12 el volumen. Esta diferencia de edades es intrigante, puesto que todos los problemas están basados en exactamente el mismo principio; en cualquier caso, esto parece ser verdad para la mayoría de los niños. Aunque la edad de adquisición puede variar, los niños dominan primero la masa, luego el peso y después el volumen.

La memoria podría definirse como la capacidad del individuo para almacenar información y recobrarla posteriormente en condiciones de utilizarla. Es una facultad que el niño va desarrollando con la edad, en particular de las operaciones concretas. Las razones por las cuales un niño va aumentando su capacidad para recordar a medida que aumenta en edad, no están suficientemente claras. La capacidad para organizar el material que debe ser recordado, la habilidad para clasificarlo o agruparlo en torno a determinadas palabras claves, la posibilidad de crear imágenes mentales o de asociar en base a una característica determinada las cosas que deben ser recordadas, contribuyen a que la memoria pueda retener mayor cantidad de información.

El mismo nivel de inteligencia no asegura en dos sujetos distintos la misma capacidad para recordar, ni siquiera en el mismo individuo es constante la capacidad de memorizar. Hay cosas que es fácil recordar con toda nitidez, mientras otras en cambio a veces posteriores que pasan inmediatamente al olvido. Fundamentalmente estos casos tienen lugar debido a que otros factores de tipo coyuntural, además de la inteligencia, pueden influir en un momento dado en el rendimiento de la memoria; en particular la motivación, es decir, el interés que puede llegar a tener para el sujeto lo que se trata de recordar, así como la atención que se halla prestado en el momento de recibir la información.

Si no existe ningún problema de percepción sensorial -deficiencias del tipo auditivo, visual o similar-, el interés que un tema específico o un dato determinado despiertan en el individuo favorecen efectivamente la fijación del material que constituye la base de los recuerdos. La atención por su parte, se manifiesta significativamente en el niño a partir de los 7 años, momento en el que empezaremos a verle más capacitado para entregarse a tareas que requieren una concentración intensa y continuada. Asimismo, la memoria comienza a fallar cuando no es posible concentrar la atención. A veces esta imposibilidad se debe a la intervención de estímulos extraños del ambiente que provocan la distracción, otras a los propios pensamientos personales o a un estado de nerviosismo o de ansiedad. Todo tipo de interferencias, físicas o mentales, reducen el potencial memorístico de la persona en cantidad y calidad.

Investigadores como Atkinson y Shiffrin (1971) distinguen 3 tipos de memoria:

1.- La memoria sensorial es una conciencia fugaz de imágenes que duran no más que un segundo, a no ser que el conocimiento sea llevado a la memoria a corto plazo, ligada directamente a la percepción, sin capacidad para retener las impresiones percibidas.

2.- La memoria a corto plazo es nuestra memoria que trabaja, el depósito activo de información que estamos usando permanentemente. El material de la memoria a corto plazo desaparece después de 20 segundos, a menos que sea transferido a la memoria a largo plazo.

3.- La memoria a largo plazo, que es el "almacén" donde se conserva la información y a donde hay que acudir para recuperarla.

La capacidad de la memoria a corto plazo aumenta rápidamente en la preadolescencia. Un trabajo clásico establece que la memoria a corto plazo está limitada a siete piezas ("trozos") de información, añadiendo a quitando dos. Así algunas personas en ciertas circunstancias pueden retener solamente cinco artículos en una memoria a corto plazo, mientras que otras o las mismas personas en otras épocas pueden retener hasta nueve (Miller, 1956). Podemos ver como los niños desarrollan la capacidad de memoria a corto plazo, pidiéndoles que recuerden series de dígitos en el orden contrario en el cual los han oído. En las edades de 5 a 6 años, los niños pueden recordar dos dígitos; en la adolescencia, pueden recordar seis. Una razón por la cual los niños mayores pueden generalmente recordar una lista de números mejor que los niños más pequeños es que en la preadolescencia han descubierto que pueden actuar deliberadamente para ayudarse a recordar cosas. Los mecanismos para ayudar a la memoria se pueden llamar estrategias mnemotécnicas. A medida que los niños se hacen mayores, desarrollan mejores estrategias y las adaptan para que llenen la necesidad de recordar cosas específicas. Estas técnicas no necesitan ser descubiertas inesperadamente. A los niños se les puede enseñar más temprano de lo que ellos lo harían espontáneamente.

A medida que el niño avanza en su escolarización aumenta el número de aprendizajes que debe desarrollar y se acumulan los conocimientos que ha de retener, es decir, fijar en la memoria de manera que sean recuperables y utilizables posteriormente. Por consiguiente, de su mayor o menor capacidad de memorización dependen en buen medida los éxitos escolares a que puede aspirar. Por efecto de la misma evolución intelectual del niño, su capacidad de retención aumenta en los años de la segunda infancia. El lenguaje también se desarrolla rápidamente en la preadolescencia. Los niños son más capaces de comprender e interpretar comunicaciones y de hacerse entender ellos mismos.

DESARROLLO MORAL

Piaget (1952) Y Kohlberg (1964) dos de los teóricos modernos de más influencia en el desarrollo del razonamiento moral, sostuvieron que los niños no pueden hacer juicios morales, saludables sino hasta que cambien su pensamiento egocéntrico y logren cierto nivel de madurez cognoscitiva. Selman (1973) sostiene que el desarrollo moral está ligado estrictamente con la habilidad de "asumir un papel".

Teoría de Piaget

De acuerdo con Piaget (1952), la concepción de moralidad de los niños se desarrolla en dos estadios importantes, que coinciden aproximadamente con los

estadios preoperacionales y operacionales. La gente pasa a través de estos estadios morales en épocas distintas, pero la secuencia es siempre la misma. El primer estadio, de moralidad forzada (también llamada moralidad sujeta a otras leyes o reglas) está caracterizado por juicios rígidos, simplistas. Los niños pequeños ven todo en blanco y negro, no gris. Porque son egocéntricos, no pueden concebir más de una manera de mirar la cuestión moral. Piensan que las reglas son inalterables, la conducta es correcta o incorrecta y cualquier ofensa - no importa que sea menor - merece castigo severo (Por supuesto, los niños a menudo desobedecen las reglas que insisten que otros cumplan).

Teoría de Selman

Selman (1973) describe el desarrollo del desempeño del papel en 5 estadios. En el estadio 0 (alrededor de los 4 a los 6 años), los niños piensan y juzgan egocéntricamente, y así no pueden asumir los papeles de otras personas., en el estadio 1 (desde aproximadamente los 6 años hasta los 8), los niños se dan cuenta de que la gente puede interpretar una situación de manera diferente; en el estadio 2 (desde los 8 hasta los 10 años de edad), el niño tiene conciencia recíproca, al darse cuenta de que otros tienen un punto de vista diferente y que otros están conscientes de que él o ella tiene un punto de vista particular. El niño entiende la importancia de saber permitir a otros que sus solicitudes no han sido ignoradas u olvidadas. En el estadio 3 (desde los 10 años hasta los 12), un niño puede tomar distancia de una relación y opinar sobre de ella desde un tercer punto de vista, por ejemplo de un observador objetivo, como un juez. El estadio 4, llega generalmente durante la adolescencia, cuando una persona se da cuenta de que el desempeño del papel mutuo no siempre resuelve las disputas. Podrían ser valores rivales que simplemente no pueden comunicarse.

Teoría de Kohlberg

Kohlberg (1964) concluyó que el nivel de razonamiento moral está relacionado con el nivel cognoscitivo de una persona, describió tres niveles de razonamiento moral.

Nivel 1. Moralidad preconventional (de 4 a 10 años de edad). Los niños bajo controles externos, obedecen reglas para obtener recompensas o evitar el castigo.

Etapas 1 de razonamiento. Los niños obedecen las reglas de los demás para evitar el castigo. Ignoran los motivos de un acto y se centran en su forma física (como el tamaño de 1 mentira) o en sus consecuencias (por ejemplo, en la cantidad de daño físico).

Etapas 2 de razonamiento. Propósito instrumental e intercambio. Los niños se ajustan a las reglas que están fuera del propio interés y de la consideración de lo que los otros pueden hacer por ellos. En cambio, miran un acto en términos de las necesidades humanas que llenan y diferencian este valor de la forma y consecuencia del acto físico.

Nivel 2 Moralidad de conformidad con el papel convencional (edad de los 10 a los 13 años). Los niños quieren ahora complacer a las demás personas. Todavía cumplen las normas de los demás pero las han internalizado hasta cierto punto. Ahora desean que las personas cuyas opiniones son importantes para ellos los consideren " buenos " y en este momento, son capaces de asumir los papeles de figuras de autoridad suficientemente bien como para decidir si una acción es buena, al juzgarla a través de las normas.

Etapas 3 de razonamiento. Mantenimiento de las relaciones mutuas, aprobación de los demás, la regla de oro. Los niños desean complacer y ayudar a los demás, pueden juzgar las intenciones de los otros y desarrollar sus propias ideas de lo que es una buena persona; evalúan un acto de acuerdo con el motivo que hay detrás de él o de la persona que lo ejecuta y tienen en cuenta las circunstancias.

Etapas 4 de razonamiento. El sistema social y la conciencia. La gente se preocupa por cumplir con su deber, por mostrar respeto por las autoridades y por mantener el orden social; juzgan un acto siempre equivocadamente sin tener en consideración el motivo o las circunstancias, si viola una regla y hace daño a los demás.

Nivel 3 Moralidad de principios morales autónomos (edad: 13 o más tarde, o nunca). Este nivel marca el logro de la verdadera moralidad. Por primera vez la persona reconoce la posibilidad de conflicto entre dos normas socialmente aceptadas y trata de decidir entre ellas. El control de la conducta es interno ahora tanto en el control de la conducta como en el razonamiento sobre lo bueno y lo malo. Las etapas 5 y 6 pueden ser métodos alternos del más alto nivel de razonamiento moral.

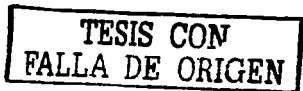
Etapas 5 de razonamiento. La moralidad del contrato de los derechos individuales y de la ley que se ha aceptado democráticamente. La gente piensa en términos racionales valorando el deseo de la mayoría y el bienestar de la sociedad; generalmente, ven que estos valores se sostienen mejor mediante la adhesión a la ley. Aunque reconocen que a veces hay conflicto entre las necesidades humanas y la ley, creen que a la larga es mejor para la sociedad si obedecen la ley.

Etapas 6 de razonamiento. La moralidad de los principios éticos universales. La gente hace lo que como individuos creen que está bien, a pesar de las restricciones legales o de las opiniones de los demás, y actúan de acuerdo con sus normas internalizadas, sabiendo que se censurarían a sí mismos si no lo hicieran.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La vida diaria

Los niños proporcionan modos socialmente aceptables para competir, descargar energía y actuar agresivamente. Hoy sin embargo, nuevos patrones sociales han reemplazado a los tradicionales, así como los cambios tecnológicos han reemplazado las herramientas y hábitos de ocio. La televisión ha arrancado muchos de los juegos activos y los ha reemplazado por la observación pasiva. Los juegos de



las computadoras demandan pocas habilidades sociales. Los niños se comprometen en deportes más organizados que reemplazan las reglas infantiles por reglas de adultos y en las cuales jueces adultos solucionan las disputas sin permitir a los niños que resuelvan los asuntos entre ellos mismos.

De otras maneras, también, la sociedad de los espejos de la infancia cambia en una sociedad más grande. Los niños de las familias cambiantes de hoy acusan, piensan y viven de una manera diferente de cómo lo hacían niños nacidos hace una o dos generaciones. Muchos niños viven con un solo padre. Algunos van a cuidados diurnos después de la escuela; otros se cuidan ellos mismos y cuidan a hermanos o hermanas menores. Algunos niños tienen una gran cantidad de tiempo sin supervisar en sus manos; algunos tienen horarios de actividades muy pesadas.

Como gastan su tiempo los niños

Las dos principales actividades que los niños escogen son: jugar (solos o con otros niños) y mirar televisión. Estas dos actividades, de cálculos diferentes, gastan en todas partes entre 50% y 70% de su tiempo libre. Los niños más pequeños (de seis a ocho años) gastan más tiempo jugando. Pero cuando los niños tienen 9 años, el balance cambia a favor de la televisión, en el cual consumen un promedio de 2.5 a 4 horas al día. Los niños miran televisión más en la preadolescencia que durante ningún otro periodo de la infancia, y los muchachos que más miran son los de 11 a 12 años, principalmente programas de acción y aventuras. Los niños en situación desventajosa miran tres veces más que los otros (Collins, 1984)

Millones de jovencitos en edad escolar gastan muchas horas en deportes, clubes, grupos religiosos, niños exploradores, campamentos, lecciones privadas y otras actividades organizadas (Collins, 1984). Un estudio encontró que en promedio los niños de este grupo de edad gastan menos de 45 minutos al día en deportes (poco más de 20 minutos en los días de la semana), pero tales promedios pueden estar equivocados, porque la cantidad de participación en atletismo y otras actividades, así como el tipo de actividad, reciben gran influencia del grupo étnico y social (Medrich, 1982).

La red social del niño

Los niños en edad escolar gastan poco tiempo relativamente con sus padres; el grupo de amigos ahora vienen a ser central. Las relaciones con los padres continúan siendo lo más importante en la vida de los niños (Medrich 1982). En un estudio reciente, los investigadores dieron cuestionarios acerca de estas relaciones a 199 niños, la mayoría de clase media de los grados quinto y sexto. La manera en como los niños clasificaron a la gente que era importante en su vida reveló que diferentes relaciones sirven para diversos propósitos (Furman & Buhmester, 1985).

Los niños buscaban a sus padres sobre todo por necesidad de afecto, guía, alianza confiable (un lazo dependiente y durable) y aumento del valor (afirmación de la competencia y valor del niño como persona). Las madres recibieron mayor proporción de compañía que los padres y los niños estaban generalmente más

satisfechos con sus relaciones con sus madres que con la de sus padres. Aunque los niños recibían guía de sus profesores, también estaban menos satisfechos de sus relaciones con los maestros. Después de los padres, la gente más importante en la vida de los niños fueron sus abuelos, quienes eran frecuentemente cariñosos y ofrecían más apoyo, daban afecto y aumento del valor.

No es sorprendente que los niños se sientan más poderosos entre otros niños que entre los adultos. Los jovencitos buscan más frecuentemente a sus amigos para compañía y a sus madres para intimar. Aún cuando los niños también buscaban a sus hermanos (en especial a los del mismo sexo y más cercanos en edad) para compañía y para intimar y a los hermanos mayores como guías, las relaciones entre los hermanos, por lo general son más conflictivas y relativamente insatisfactorias.

Emergieron algunas diferencias en cuanto al sexo, las niñas tenían relaciones más íntimas con sus madres que con sus padres; en los muchachos no había diferencia. También las niñas confiaban en sus mejores amigas más que los niños y su amistad era más íntima, afectiva y acrecentaba el valor. Puesto que estas tres cualidades parecen ser más características en la amistad de niños mayores, las amistades de las niñas eran más cercanas y más maduras que las de los niños.

El mundo social del niño en edad escolar es diverso y estimulante. El grupo social del niño se centra en la familia y el grupo de compañeros. Los bebés tienen conciencia el uno del otro, los niños de preescolar empiezan a hacer amigos, pero solamente en la preadolescencia empieza a funcionar realmente el grupo de amigos. Todas las sociedades a través de la historia han tenido subculturas infantiles, pero el grupo de amigos es particularmente fuerte en nuestra sociedad, que es ante todo móvil y que clasifica según la edad. El grupo de amigos puede tener efectos a la vez positivos y negativos:

Efectos positivos del grupo de amigos. El grupo de amigos es un factor importante para el desarrollo del autoconcepto y para construir la autoestima. Ayuda a los niños a formarse opiniones acerca de ellos mismos viéndose como otros los ven. Les da base para establecer comparaciones —un calibrador realista de sus propias habilidades y destrezas—. Solamente dentro de un grupo grande de amigos puede el niño darse cuenta de que tan inteligente, atlético y atractivo es. El grupo de amigos ayuda al niño a escoger valores para vivírselos. Examinar sus opiniones, sentimientos y actitudes con las de los otros niños, les ayuda a examinar los valores de los padres previamente aceptados incuestionablemente y decidir cuáles conservar y cuáles descartar. El grupo de amigos ofrece seguridad emocional. Algunas veces los otros niños pueden dar el consuelo que no puede proporcionar un adulto. Es consolador pensar que un amigo también alimenta pensamientos traviesos que ofenderían a un adulto y puede ser emocionalmente saludable a probar fantasías prohibidas en piezas dramáticas con otro niño. Finalmente, el grupo de amigos ayuda al niño a llevarse bien en sociedad. Ellos aprenden cómo y cuándo ajustar sus necesidades y deseos a los de los otros. Del lado positivo, el grupo de amigos es un contrapeso a la influencia de los padres, abre nuevas perspectivas y libera al niño para hacer juicios independientes.

Efectos negativos. Del lado negativo, el grupo de amigos puede imponer valores en la individualidad que emerge y los niños (especialmente si tienen baja posición en el grupo) pueden ser muy débiles para resistir. Los niños son más susceptibles a la presión para ajustarse durante la preadolescencia y menos durante la adolescencia (Constanzo & Shaw, 1966).

Un estudio clásico examinó las reacciones de los niños a las presiones del grupo que contradecía la experiencia en sus propios ojos. Noventa niños de 7 a 13 años desarrollaron una prueba escrita en la que tenían que compararla longitud de líneas en 12 tarjetas e indicar que línea era la más corta o la más larga. Repitieron la prueba oralmente; esta vez los 8 niños más inteligentes de cada clase se sentaron en un salón con un compañero. A los 8 se les había dicho que dieran respuestas equivocadas a 7 de las 12 tarjetas. El noveno niño cayó en la trampa de las respuestas equivocadas y describió lo que él o ella vieron y se dejó llevar por el grupo. Colocados en la misma situación, sólo el 43% de los niños de 7 a 10 años y 54% de los niños de 10 a 13 años contestaron correctamente las siete preguntas, aunque la mayoría de los jovencitos había contestado sin errores las mismas preguntas en la prueba escrita (Berenda, 1950).

Los efectos de la conformidad pueden ser más serios que el hecho de que dar respuestas equivocadas en una prueba. La influencia de los compañeros es más fuerte cuando la situaciones son ambiguas; puesto que vivimos en un mundo con muchas situaciones ambiguas que requieren un juicio cuidadoso, las consecuencias de la influencia del grupo de compañeros puede ser grave y aunque algunos grupos de compañeros realizan muchas actividades constructivas juntos, participar en juegos, ir de excursión como niños exploradores y actividades por el estilo, es generalmente en compañía de los amigos como los niños roban en las tiendas, empiezan a fumar y a beber, se deslizan en los cines y realizan otras actividades antisociales. Los alumnos de sexto grado que son considerados más orientados hacia los "compañeros", según los informes participan más de ésta clase de comportamientos que los niños orientados "hacia los padres" (Condry, Siman, & Bronfenbrenner, 1968). Por otra parte, los jovencitos que son llevados a tener problemas graves con la ley tienden a ser aquellos que no se llevan bien con los compañeros. Estos niños son frecuentemente inmaduros y carecen de habilidades sociales (Hartup, 1984). Tanto para los niños como para los adultos, cierto grado de conformidad con los estándares del grupo es un saludable mecanismo de adaptación. No es saludable cuando puede ser destructivo o lleva a la gente a actuar contra su propio juicio.

El grupo de amigos está formado naturalmente por los niños que viven en la misma vecindad o van juntos a la escuela (Hartup, 1984). Los niños que juegan juntos están por lo general, en el grupo de su edad con uno o dos años de diferencia, aunque se puede formar un grupo de juegos en la vecindad ocasionalmente, con niños pequeños mezclados con mayores. Una diferencia de edad muy grande trae problemas por la diferencia en tamaño, intereses y niveles de habilidad. En los años de la escuela elemental, los grupos de amigos se conforman generalmente con todas las niñas y todos los muchachos. Parece haber al menos dos razones para esto: primero, los niños del mismo sexo tienen intereses comunes y segundo, las niñas son en general más maduras que los niños. Los grupos de amigos son por lo general, de la misma raza o de posición socioeconómica similar.

Los niños pueden pasar gran parte de su tiempo libre en grupos, pero sólo forman amistades como individuos. Las ideas de los niños acerca de la amistad cambian enormemente durante los años de la escuela elemental. Un amigo de la preadolescencia es algún niño con el que se siente cómodo o con quien él o ella pueden compartir sentimientos y secretos. La amistad hace a los niños más sensibles, cariñosos y más capaces de dar y recibir respeto. Los niños no son verdaderamente amigos o tienen verdaderos amigos hasta cuando logran la madurez cognoscitiva para considerar los puntos de vista y las necesidades de la otra gente tanto como los suyos propios.

Selman & Selman (1979), han rastreado las formas cambiantes de amistad a través de cinco estadios que se superponen, con base en entrevistas a más de 250 personas entre las edades de 3 a 45 años. Estos estadios han sido validados por otra investigación (Gurucharri & Selman, 1982; Smoyar & Younyss, 1982; Younyss & Volpe, 1978).

Etapas en las amistades:

Etapas 0 Compañeros de juegos ocasionales (indiferenciados). De 3 a 7 años. Los niños son egocéntricos -piensan solamente en lo que quieren conseguir de una relación-. Los niños definen a los amigos por la distancia a la que viven.

Etapas 1 Asistencia a una vía (unilateral). De 4 a 9 años los niños definen a un buen amigo como alguien que hace lo que el amigo quiere.

Etapas 2 Cooperación mutua, equitativa y duradera (recíproca). Para los niños de 6 a 12 años la amistad supone dar y recibir pero aún sirve a intereses individuales más que a intereses comunes.

Etapas 3 Relaciones íntimas y comparadas. De 9 a 15 años los niños ven una amistad como tener una vida propia. La amistad es una relación continua, sistemática, comprometida, que supone más que hacer cosas por el otro. Los niños llegan a ser positivos con sus amigos, piden exclusividad. Las niñas tienen una o dos amigas cercanas; los muchachos tienen más, pero menos íntimas.

Etapas 4 Interdependencia autónoma (interdependiente). De 12 años en adelante los niños respetan las necesidades tanto de dependencia como de autonomía.

La mayoría de los niños en edad escolar están en el estadio dos (el momento justo para relaciones basadas en autointereses recíprocos) o en el estadio tres (relaciones íntimas y mutuas). En general, las niñas valoran la profundidad de las relaciones mientras los niños valoran el número de las relaciones. Tener una verdadera amistad constituye una piedra angular en el desarrollo. El mutuo afecto capacita a los niños a expresar intimidad, disfrutar un sentimiento de autovalía y aprender todo lo que significa ser humano (Furman, 1982)

A la mayoría de las personas les gusta que otras personas gusten de ellas. Seguramente la necesidad de gustar y ser aceptado es la fuente de poder en el grupo de amigos. El ser popular o no, no sólo preocupa mucho a los niños durante sus años escolares sino que puede afectar profundamente su futuro bienestar y su éxito. Los niños populares tienden a ser saludables y vigorosos, bien equilibrados y capaces de iniciativa; ellos también son adaptables y se conforman. Se puede confiar en ellos, son afectivos y considerados y piensan con originalidad (Grossmann, 1948). Piensan con moderación acerca de ellos mismos, antes que

mostrar los altos o muy bajos niveles de autoestima (Reese, 1961). Los niños populares muestran dependencia madura sobre otros niños, piden ayuda cuando la necesitan y aprobación cuando piensan que la merecen, pero no se apegan a desarrollar juegos infantiles en busca de afecto. No son santurriones, pero hacen que la otra gente se sienta bien cuando están con ellos. Los niños populares también tienden a ser físicamente más atractivos que los no populares.

La impopularidad de los niños puede deberse a muchas causas, algunas de las cuales puede cambiar el niño mientras que otras no. Los jovencitos impopulares pueden caminar alrededor con un palo debajo del brazo, expresando hostilidad y agresión injustificada o puede que actúen tonta e infantilmente, lo que muestra de diferentes maneras. Puede que este ansioso y con dudas, irradiando tal patética falta de confianza que repelen a los otros niños, quienes encuentran que estar con ellos no es agradable. Los niños extremadamente gordos y poco atractivos, niños que se portan de manera extraña y retardados o lentos en el aprendizaje también tienden a ser rechazados. La impopularidad en los años de preescolar no es necesariamente causa de preocupación; pero en la preadolescencia las relaciones con los compañeros son fuertes predictoras de la adaptación posterior. Los niños que tienen problemas en sus relaciones con los compañeros posiblemente tendrán más problemas psicológicos, dejarán la escuela y llegarán a ser delincuentes (Hartup, 1984).

EL NIÑO EN LA FAMILIA

Los niños en edad escolar gastan más tiempo fuera del hogar que cuando eran más pequeños. La escuela, los amigos, los juegos y el cine, todo esto los saca de la casa y los mantiene alejados de la familia, aunque el hogar sea todavía la parte más importante de su mundo y la gente que vive allí sea la más importante para ellos (Furman & Buhrmester, 1985).

No es sorprendente que las obligaciones e intereses de los niños fuera del hogar aumenten en un tiempo en que los jovencitos son más autosuficientes y requieren menos cuidado físico y supervisión que anteriormente. Un estudio encontró que los padres gastan menos de la mitad del tiempo que emplean cuidando a niños de 5 a 12 años —enseñándoles, hablando y jugando con ellos— que cuando estaban en preescolar (Hill & Stafford, 1980). Todavía la tarea de educar a los hijos está lejos de darse por terminada.

A medida que la vida de los niños cambia, las situaciones que se presentan entre ellos y sus padres también lo hacen en concordancia (Maccoby, 1984). Una nueva e importante área de preocupación es la escuela. Los padres se preocupan acerca de cómo le va al niño en la escuela y que tan involucrados estarán ellos. Ellos tienen que entenderse con un niño que se queja de su profesora o profesora, finge enfermedad para evitar ir a la escuela, o no va. Los padres generalmente quieren saber dónde y con quién están sus hijos cuando no se encuentran en la escuela. Algunos padres aún dicen a sus hijos con quien pueden o no jugar. Los padres y sus hijos están en desacuerdo frecuentemente sobre los oficios domésticos

que deben hacer los niños, si se les debe pagar por hacerlos y que dinero deben recibir para sus gastos. Los cambios profundos en la vida de los niños que aparecen en la preadolescencia y los tipos de situaciones que se presentan entre ellos y sus padres traen cambios en la manera como los padres manejan la disciplina y el control. Sin embargo, como veremos, gran parte de los métodos de trabajo de los padres permanecen fundamentalmente igual, mientras maduran sus hijos. En algún punto, el poder para controlar el comportamiento de los niños cambia de los padres a los mismos niños. El proceso comienza durante los años de preescolar, cuando la adquisición gradual de un niño del autocontrol y de la autorregulación reduce la necesidad de la constante supervisión de los padres. Pero no es sino hasta la adolescencia o aún más tarde cuando la mayoría de los jóvenes pueden tomar sus propias decisiones acerca de su manera de vestir, hasta que hora pueden estar fuera de casa, con quien deben relacionarse y como deben gastar su dinero.

DESARROLLO AFECTIVO

A los diez años, el niño ha dejado prácticamente atrás el complicado proceso afectivo que ha ido evolucionando en los años de la infancia. De hecho, puede decirse que la infancia misma está a punto de terminar ante los cambios fisiológicos impuestos por la pubertad. Tales cambios suscitarán de nuevo tensiones y ansiedades que parecían totalmente vencidas: pero que en realidad tan solo se encontraban en un período de latencia.

Según Freud (1949), la etapa de latencia (de los 6 años a la pubertad); es un período de relativa calma sexual. Los niños y niñas tienden a evitar al sexo opuesto, pero no son totalmente asexuales, pues existe cierto interés por la masturbación y las bromas orientadas hacia el sexo. La intensidad de los conflictos emocionales de la pubertad y adolescencia es tal que es probable que las anteriores emociones aparezcan minimizadas. Pero un análisis más detallado muestra inejeciblemente, que lo que parece nuevo es tan solo la repetición de los íntimos conflictos afectivos de la primera infancia.

IMAGEN
CORPORAL

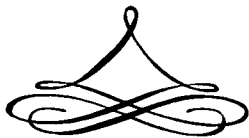


IMAGEN CORPORAL.

El presente capítulo está dedicado a la mirada dirigida hacia el propio cuerpo, proceso perceptivo complejo en el que el observador es también el observado. En este apartado se aborda el concepto de imagen corporal. Desde la perspectiva de algunos teóricos, de este concepto muy amplio, se derivan otros, como: la satisfacción de la imagen corporal y la distorsión de la imagen corporal.

Son muchas las definiciones que se encuentran sobre imagen corporal, clasificándolas por áreas, pueden ser: clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicogénéticas y psicosociales.

Además se encuentran diversas denominaciones en la literatura para hablar del hecho que consiste en mirar el propio cuerpo y autoevaluarlo, por ejemplo: conciencia del cuerpo, imagen corporal, esquema corporal, concepto del cuerpo, yo corporal e imagen espacial del cuerpo.

La imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia, es la síntesis viva de las experiencias emocionales interhumanas repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales y es eminentemente inconsciente.

La retroalimentación proporcionada por los demás es la base de las opiniones que nos formamos en torno a nuestros estados emocionales, destrezas personales y atractivo físico. Con el tiempo, el cuerpo llega a desempeñar un papel central en nuestras percepciones.

En estos cesantes procesos, intercambiamos partes de nuestra imagen corporal con las imágenes corporales de los demás, es decir, existe una perpetua socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1977).

Llamaremos "imagen del cuerpo" 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 unas normas (normas de belleza, normas de rol...) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa (Bruchón, 1992).

En las ciencias sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social; parece ser que la imagen corporal que posee el preadolescente, es producto de las experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte de su desarrollo físico, de la importancia que los compañeros dan a sus atributos físicos por las expectativas culturales. De dichas expectativas y de la valoración que el adolescente hace de su conducta, éste infiere un concepto de su propia importancia y de su posición ante los demás.

Es decir, que la imagen de su cuerpo depende, muchas veces, de las relaciones con otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de su capacidad para ejecutar las metas, su autoestima, los sentimientos de seguridad y los de frustración. Los padres si hacen observaciones despectivas de características físicas como la talla corta, la talla de la musculatura, el retraso de la menarca, los senos pequeños o el peso excesivo de una hija, podrían fomentar de alguna

manera, la ansiedad en los hijos preadolescentes (Schonfeld, 1969). Este autor dice que en cuanto más eficaces fueron las adaptaciones en la primera fase de la niñez mejores serán los cambios físicos normales durante la adolescencia y posteriormente en la adolescencia, por lo que tendrán una mejor construcción de su imagen corporal.

La idea de una imagen corporal, creada por Schilder (1935) y elaborada por Kolb (1959) y Scholfield (1963), citados por Caplan (1973), postula que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y su capacidad funcional.

La estructura de la imagen corporal está determinada por:

La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional. Ordinariamente, la imagen corporal cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia. Las alteraciones graduales de la apariencia y el peso son fácilmente asimilados dentro de la imagen dominante que tiene el niño de su propio cuerpo. Al sobrevenir la adolescencia el ritmo del cambio se acelera enormemente.

- 1) Factores psicológicos internalizados. Cuanto más ineficaces son las adaptaciones en la primera fase de la niñez, esto es, cuando existe una relativa carencia de estabilidad como resultado de perturbaciones de la relación con los padres y se tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales en la adolescencia y con mayor razón a las desviaciones reales o imaginarias en la maduración o la configuración personal. La imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias. Tiene aspectos conscientes e inconscientes.*
- 2) Factores sociológicos. En el curso del desarrollo del individuo se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su medio ambiente y aprende a adaptarse a ellas. Tanto las presiones como la adaptación tiene lugar en un medio social, de manera que la persona a la vez es objeto de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones, sobre cuya base puede alterar su conducta o reafirmarla.*
- 3) Imagen corporal ideal. De acuerdo a Josselyn (1959), citado por Caplan (1973), el preadolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. A lo largo de su niñez, se lo ha comparado con otros respecto a su altura, peso y su inteligencia. Ahora el adolescente se compara sin darse cuenta con sus pares (Caplan, 1973).*

La imagen corporal en general, tiene una importancia más crítica para la niña preadolescente que para el varón preadolescente. La sociedad da más relevancia al cuerpo femenino que al masculino y por lo tanto, las mujeres tienden a preocuparse más por su apariencia. Si la adolescente posee una imagen corporal atractiva puede agrandar sus relaciones heterosexuales y por lo mismo adquirir inclinaciones sexuales tempranas y demás prácticas sociales; es decir, se sentirá poseer

cualidades personales deseables (Kinsey, 1948; citado en Papalia, 1992; Brownell, 1991).

Los estudios de la belleza femenina han analizado que las mujeres al intentar cambiar su cuerpo utilizan un sin fin de métodos (por ejemplo, cremas, dietas, ejercicios, etc.), particularmente las personas que presentan desórdenes alimentarios, como son la bulimia y la anorexia. Estos desórdenes reflejan la internalización de los estándares sociales y culturales, haciéndoles creer que la mujer que es bonita es aquella que es delgada (Gamer y Garfinkel, 1980; Gamer, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980).

DEFINICIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Diferentes autores han propuesto algunas definiciones con respecto a la imagen corporal. Para Bruchon-Schweitzer (1992) la imagen del cuerpo es 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 sus diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas (de belleza, rol...) y la imagen corporal es casi una representación evaluativa.

Encontramos para contenidos similares otras denominaciones: conciencia del cuerpo, percepción corporal, yo corporal, experiencia del cuerpo. Hablaremos pues indistintamente de percepción, de representación o de imagen del cuerpo (sin limitar por supuesto, este último término solamente a la imagen óptica del propio cuerpo). Empleando por ello otras expresiones para evitar confusiones, por ejemplo, la del esquema corporal. Aún así, la imagen del cuerpo sigue siendo un concepto polisémico (definiciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales, psicogenéticas) y la literatura referente al cuerpo percibido es abundante y heterogénea tanto al nivel de los procesos observados y de los contextos teóricos, como de las aplicaciones prácticas de esta noción (cuestionarios, dibujos técnicas proyectivas test objetivos...) (Bruchón, 1992).

La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas (lo que explica más bien las nociones de esquema corporal), sino también cognoscitivas (esta imagen representativa, después figurativa y después, operativa, según Piaget 1960), afectivas y sociales (descubrimiento de los otros y de las fronteras entre yo y los demás). La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como "propio", lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como "objeto" y "sujeto" (Bruchón, 1992).

La imagen corporal es una representación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo (Gamer et al., 1987). Mienras que para Schonfeld (1969), la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias.

Para Grenacre (1953), la imagen corporal consiste en una catexis predominantemente libidinal y bastante bien estilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas.

Según Dolto (1986), el esquema corporal específica al individuo en cuanto a representante de la especie, independientemente del lugar, la época o en las condiciones en que vive. Es decir, es el mismo para todos los individuos.

De acuerdo con Schilder (1977), la imagen corporal es una representación que nos formamos en nuestra mente, es decir, es un reflejo de la apariencia corporal de nosotros mismos. La definición que también han manejado de la imagen corporal es la satisfacción con el propio cuerpo. Se midió la imagen corporal con una lista de 25 partes corporales y características, para cada una se indicaba la satisfacción o insatisfacción en una escala de 6 puntos. Las mujeres que respondieron manifestaron altos niveles de insatisfacción con sus cuerpos haciendo énfasis en la apariencia física. Las mujeres están más insatisfechas que los hombres, pues se le ha considerado más importante el atractivo femenino que el masculino, aún cuando tengan la autoestima alta. El 45% de las mujeres y el 55% de los hombres se preocupan más por el atractivo físico, ya que es considerado importante en la interacción social (32% a 29%).

Hay dos tipos de percepción del cuerpo, una se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones, orientación espacial), la cual es llamada imagen espacial del cuerpo. La segunda, engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo subjetivo, identidad corporal percibida...), es decir, a una imagen afectiva del cuerpo. El término de imagen corporal parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relacionada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes y frecuentemente de naturaleza autoevaluativa (Bruchón, 1992).

La representación corporal se configura por una asociación estructurada de sensaciones que provienen de los sentidos. Por medio de esta representación, esquema e imagen son integrados en la conducta, en el movimiento, en la postura, en la postura, pasando por diversos centros nerviosos que portan diferentes calidades o distintas experiencias emocionales.

Las sensaciones que alimentan la representación provienen de los sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato), pero también de otros menos conocidos; es decir, hay una sensibilidad superficial y una profunda. La sensibilidad superficial abarca sensaciones térmicas, táctiles y dolorosas. La sensibilidad profunda se refiere a la sensibilidad en relación con sensaciones vinculadas a la presión, al peso, vibratorias, sentido del movimiento, sentido de la posición, a las sensaciones dolorosas profundas, viscerales; sensaciones que llegan desde el interior del cuerpo, de los receptores, de las articulaciones.

También la persona aprende de las sensaciones que provienen de otros cuerpos, la mirada, la postura, el cuerpo de los otros, nos van construyendo la representación. Sin el conocimiento del cuerpo del otro, sería imposible el conocimiento de nuestro propio cuerpo y la estructura de su representación dentro de cada uno (Kesselman, 1989).

La idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una omnipresente influencia en la conciencia de las mujeres y comienza a crear conflicto por primera vez durante la pubertad. Al apretar, comprimir y rellenar sus cuerpos con el fin de ajustarse a algún ideal artificial, las mujeres están interiorizando el mensaje de que el cuerpo natural no es presentable ni atractivo y que es necesario cambiarlo.

Por otro lado, los mensajes en los medios de comunicación advierten a la joven que su cuerpo es el pasaporte a la felicidad: es a través de él como atraerá a un hombre, que debería ser su principal objetivo. Esta actitud se encuentra frecuente presente a lo largo de la vida, dando como consecuencia una preocupación constante por su peso y aspecto y una insatisfacción de su cuerpo. Kelson (1990), hace una diferenciación en cuanto a la percepción de la imagen corporal:

- *Conciencia corporal pública: se refiere a los aspectos externos del propio cuerpo que son visibles para los otros.*
- *Competencia corporal: se refiere a la atención enfocada hacia el funcionamiento del cuerpo.*
- *Conciencia corporal privada: se refiere a la atención enfocada al funcionamiento interno del cuerpo, lo que nos es visible para los otros. La satisfacción que las mujeres tienen de su cuerpo depende de la importancia relativa que le da a cada uno de los aspectos de su imagen corporal (Barajas, 1998).*

SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.

La satisfacción -insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado en el que la percepción del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Gorecny & Gleaves, 1969). La satisfacción-insatisfacción para Garne y Garfinkel (1980) es el grado que al individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de sus propio cuerpo y que a menudo se mide por cuestionarios y escalas, por ejemplo, con la Body Cathexis Scale (BCS) que mide satisfacción con diferentes partes del cuerpo y la Self Cathexis Scale (SCS) evalúa diferentes aspectos de la personalidad del sujeto; ambas escalas fueron construidas por Secord y Jourard (Gómez-Pérez-Miré, 1996). Las relaciones que encontraron con estas escalas, son significativas. Es decir, que la satisfacción corporal predice la satisfacción con uno mismo (se tiene una elevada autoestima). Esto se encontró en un estudio con mujeres estudiantes, realizado por Davies (1986), en donde las que se consideraban delgadas tenían las puntuaciones más altas; mientras que, las que se consideran con sobrepeso tenían las puntuaciones más bajas. Lo que implica que entre más aumenta la distancia entre el cuerpo percibido y el cuerpo ideal, más grande es la insatisfacción.

La satisfacción corporal predice pues con bastante fuerza la satisfacción con respecto a sí mismo y en uno y otro sexo (del 23 al 44% de variancia común) Pero nada permite afirmar que esta relación sea de sentido único, ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar los sentimientos dirigidos al cuerpo (Bruchón, 1992).

La satisfacción-insatisfacción constituye la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes, ya que modula las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas -por ejemplo, cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros-, así las realidades internas de orden subjetivo -por ejemplo, la percepción de sí mismo, autoevaluación y autoatribución-.

La belleza puede ser una promesa de completa satisfacción; ya que la belleza y la fealdad no sólo figuran en la imagen que nos hacemos de nosotros mismos, sino también en la que los demás se forman de nosotros mismos. La imagen corporal es el resultado de la vida social, la belleza y la fealdad, no son fenómenos que se den en el individuo aislado, sino que son esencialmente sociales. Así dicha imagen no es completamente rígida: los individuos construyen y reconstruyen esa imagen e influyen en la de los demás. Estos intercambios se dan por medio de la socialización de las imágenes corporales (Schilder, 1977).

Tiggemann y Pickering (1996, citados en Thompson, 1996) encontraron que los medios de comunicación, en este caso la televisión, influyen en los adolescentes, generando así insatisfacción con su imagen corporal, la que se relaciona con los trastornos alimentarios.

Con manifestaciones muy diferenciadas, la obesidad, sobreingesta compulsiva, anorexia y bulimia afectan principalmente a las mujeres, así como la insatisfacción que presentan con respecto a la forma de su cuerpo (DSM-IV; Tryor, 1996). Otros aspectos comunes a los sujetos que sufren a estos trastornos, a excepción del comedor compulsivo, son la presencia de estados afectivos negativos -básicamente ansiedad y depresión-, el deseo por adelgazar, deterioro de la percepción y cogniciones sobre su imagen corporal y una baja autoestima, como consecuencia de las dificultades para controlar su peso (Saldaña, 1994).

Cash (1990) encontró que las mujeres que actualmente tienen peso normal y que anteriormente tuvieron sobrepeso, expresan más insatisfacción en cuanto a su autoconcepto, ansiedad con su peso en cuanto mayor es la discrepancia entre el peso real y el peso ideal. Además los resultados muestran que los pensamientos y sentimientos de llegar a tener sobrepeso estarían más asociados a una patología emocional y no sólo por el hecho de tener sobrepeso. También se ha reportado consistentemente que la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal es uno de los predictores de los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios (Fabian & Thompson, 1989; León, Fulkerson, Perry & Perry & Cudeck, 1993; citados en Gómez; Pérez-Mitré, en prensa; citado en Barajas, 1998).

La imagen corporal, como se mencionó anteriormente, tiene una influencia cultural, pues propone ideales estéticos que impactan en la autoestima de las mujeres principalmente, para lo cual tiene mucho que ver la imitación y la sensación de control; tales creencias involucran a la imagen corporal provocando desórdenes alimentarios (Thompson, 1996).

A medida que la edad aumenta la satisfacción corporal disminuye (de 10 a 40 años), lo cual se presenta claramente en las mujeres; así antes de la adolescencia parece que las niñas están relativamente más satisfechas, esta tendencia se va invirtiendo lentamente después para acentuarse en la edad madura.

TEORIAS SOBRE LA INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL.

El estudio de la insatisfacción con la imagen corporal puede dividirse en varias teorías:

Teoría del Desarrollo.

El componente subjetivo de la imagen corporal dirige la satisfacción con la talla corporal específicamente de sus partes. Esta teoría pone énfasis en la importancia del rol en los niños y en los adolescentes. El desarrollo de la imagen corporal se enfoca en la pubertad, ya que es la etapa asociada con los cambios físicos y psicológicos (Thompson, 1996).

Por ejemplo, Brooks-Gunn & Worren (1985) encontraron que las chicas que maduran antes tienen insatisfacción, aumentando así las conductas de los desórdenes alimentarios en los adolescentes que tienen sobrepeso. Thompson (1996) explica que esto aparece en las personas que tienen los cuerpos gordos y pesados.

Thompson (1996), encontró que había una correlación significativa entre las burlas, la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima. Las burlas predicen la insatisfacción corporal en las adolescentes. Cash, Winstead y Janda (1986) encontraron que en las mujeres adultas, que en su infancia se burlaban de su apariencia están insatisfechas con su imagen corporal. Así, se ha asociado que si durante la preadolescencia, adolescencia hay insatisfacción, en la etapa adulta hay trastornos alimentarios. De esta manera, las burlas y sobrenombres hacen que, por ejemplo, en las pacientes con bulimia nervosa tuvieron experiencias de desaprobación social relacionadas con la forma de su cuerpo.

Teoría Sociocultural.

Esta teoría del trastorno con la imagen corporal examina la influencia de las experiencias, expectativas e ideales culturales en la etiología de los trastornos alimentarios. Estos están relacionados con los roles de socialización, ya que existe una discrepancia entre el yo ideal y yo real, debido a la comparación social, pues muchas personas creen que si tienen un cuerpo atractivo tendrán éxito en todos los niveles de su vida personal.

Ideales socioculturales. El estándar social de delgadez es muy persuasivo en las mujeres. En las sociedades modernas se ha tomado como sinónimo de belleza (Siregel-Moore, McAvay & Rodin, 1986; Thompson 1990). En tanto la obesidad es evaluada como seriamente denigrante; esto se da como resultado por la presión social. Pero además, dicha presión social hace que se caiga en una contradicción: se busca que las mujeres tengan delgadez, pero que tengan grandes senos (Thompson & Tantleff, 1992; citados en Thompson, 1996).

Teoría feminista y socialista del rol de género.

Esta teoría aporta nuevas percepciones y mantenimiento del trastorno alimentario y la satisfacción con la imagen corporal. En general, esta teoría afirma que un importante aspecto en el aprendizaje social en las mujeres es el atractivo físico relacionado con la autoestima (Franks, 1986). Las mujeres son identificadas por sus cuerpos, siendo así que pueden mantener sus relaciones sociales.

Otros autores (Orbach, 1978; Szekely, 1989, citado en Thompson 1996) dicen que las mujeres hacen un esfuerzo por tener un control de sus vidas, definiéndose a ellas mismas por la apariencia de sus cuerpos. En la mujer existe un descontento e insatisfacción normativa –en mujeres norteamericanas hacia el sobrepeso; algunas solamente presentan la insatisfacción, mientras que otras desarrollan los trastornos alimentarios. Si podemos distinguir es precisamente que hay la insatisfacción con la imagen corporal y el trastorno con la imagen corporal en donde ya se presenta una mala percepción del propio cuerpo.

Teoría de la discrepancia del yo ideal.

Thompson (1996), menciona la hipótesis de la discrepancia del yo ideal, en donde se explica el desarrollo y el mantenimiento del trastorno con la imagen corporal. Esta teoría enfoca la tendencia individual de las comparaciones de su apariencia percibida con un ideal imaginado o con algún otro ideal. Este proceso de comparación puede deberse a una discrepancia entre el yo-ideal y el yo-real, lo que indica la insatisfacción con la imagen corporal. Es decir, que a mayor discrepancia percibida, mayor insatisfacción y esto está directamente relacionado con tasas altas con los trastornos alimentarios (Fallon & Rozin, 1985).

Es característico de los seres humanos tener un concepto del yo físico, con inclusión de una imagen corporal. La idea de una imagen corporal, creada por Schilder (1935) y elaborada por Kolb (1959) y Schonfeld (1963; citados por Caplan, 1973), postula que la imagen corporal evoluciona a partir de factores psicológicos internalizados, influencias culturales, conceptos del cuerpo ideal y de la percepción personal que tenga un individuo de su apariencia corporal y de su capacidad funcional. En un sentido real, al cuerpo se le puede considerar como el cúmulo del yo. Cuando ocurren cambios o adiciones físicas que requieren de una revisión radical en el propio concepto del yo físico, suele ser difícil ajustarse a la realidad física, así como a los nuevos conceptos del yo físico que implica en verdad. Un adulto que descubre que sube de peso, que se le cae el pelo, que pierde la apariencia juvenil o que acumula incapacidades físicas, se encuentra en cierta forma igual que el preadolescente y adolescente que comienza a experimentar cambios físicos que también parecen estar fuera de control.

Teoría de la comparación social.

Festinger (1954) teorizó que los humanos tenemos una tendencia innata a tomar información de los pensamientos que nosotros mismos asimilamos, a través del proceso de comparación social con otros que creemos que son superiores a nosotros, en atributos e intereses, lo que se asocia con incremento en ansiedad emocional y decremento en la autoestima (Striegel-Moore, McAvay & Rodin, 1986).

En un estudio realizado por Heinberg y Thompson (1992) encontraron que los sujetos que se compararon con otros amigos o compañeros del mismo sexo, reportaron gran ansiedad y angustia con su imagen corporal, que los sujetos que se compararon con los del sexo opuesto. Lo que se ha encontrado es que la mayoría de las variaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios pueden deberse a la tendencia de hacer comparaciones sociales y a la tendencia de la internalización de las normas socioculturales hacia la delgadez y el atractivo físico.

La belleza humana no ha podido ser definida por unas propiedades mensurables y todavía se ignora la relativa generalidad o especificidad de los criterios propios de cada cultura. El acuerdo de los juicios de belleza/afealdad, en cada cultura, se definen casi siempre por consenso social, es decir, por la concordancia intersubjetiva de las percepciones relativas al atractivo físico.

ESTUDIOS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL.

Una de las formas de medir la imagen corporal es a través de escalas como es la desarrollada por Hartes (1985; citado por Bruchon-Schweitzer, 1992). La escala se focaliza sobre diversas áreas como: atracción del atractivo físico, la atlética, la académica, conductual, relaciones con los amigos y autovalía general.

La satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la Body Cathexis Scale (BCS) de Secord y Jourard (1953), la cual está constituida por 46 ítems –que se refieren a partes del cuerpo o a las funciones corporales, que permiten evaluar la satisfacción relativa a cada aspecto (en una escala Likert de 5 grados, con valores de 1=muy insatisfecho a 5=muy satisfecho), o la satisfacción global (puntuación total).

En un estudio realizado por Canals, Carabajo & Fernández (1996) midieron, en un grupo de adolescentes entre 13 y 14 años, las actitudes hacia la alimentación. Con el Test de Actitudes Alimentarias (Eating Attitudes Test, Garner & Garfinkel, 1980) el SEI que evalúa autoestima, que consta de cuatro escalas: 1) autoestima general, 2) social, 3) académica, 4) autoestima hacia sus padres (Test de Autoestima de Batle, 1981), personalidad (EPQ-J de Eysenck, 1984), habilidades escolares (AAT de Thurstone, 1986), ansiedad (STAIC de Spielberger, 1973) y síntomas de depresión (CDI de Kovacs, 1983). Se encontró que la prevalencia de actitudes de riesgo en la forma de comer fue de un 12.4% para las mujeres y un 8.3% para los hombres. En general, la baja autoestima y un alto nivel de ansiedad fueron los más importantes predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios, dándose una diferencia entre géneros.

Para conocer mejor ciertos determinantes de la satisfacción corporal, Secord y Jourard (1954; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992) aplicaron a estudiantes hombres la BCS, para evaluar las medidas ideales de siete partes del cuerpo masculino. Posteriormente, se tomaron sus medidas reales en estas siete zonas (altura, peso, anchura de hombros, contorno del pecho...). Si el cuerpo ideal corresponde a un tipo mesomorfo (moderado), las medidas reales son asociadas positivamente con la satisfacción relativa a cada zona. Un hombre está más satisfecho de una parte del cuerpo cuanto más desarrollada esté aunque aprecie el hecho de ser longilíneo. El mismo procedimiento se aplicó a estudiantes mujeres. El cuerpo ideal es el de la ectomorfa (moderada) y la satisfacción corporal relativa a cada zona es más fuerte cuando más delgada y pequeña sea esa región (excepto el pecho). La satisfacción corporal parece depender de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecen apreciar su cuerpo en función con un cuerpo ideal, pues los cánones de belleza son apremiantes (delgadez inaccesible de las estrellas de cine y televisión) y consensuales (normas comunes).

En diferentes estudios realizados con adolescentes escolares se han encontrado asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima, conductas y actitudes asociadas con desórdenes del comer; por ejemplo, preocupación por el peso corporal (Button, 1990).

Se han realizado diversas investigaciones en México (Escobar, 1992; Holtz, 1992; Gómez Pérez-Mitré, 1993) para identificar patrones y hábitos alimentarios, que pueden considerarse como factores de riesgo en la población normal -en estudiantes de secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado-; encontrándose también insatisfacción con la figura corporal y el deseo de querer pesar menos y particularmente, se ha encontrado en mujeres adolescentes el deseo de estar más delgadas, para lo cual, practican dietas restrictivas, originando el desarrollo de desórdenes alimentarios (Brodie, Bagley y Slade, 1994; Davies y Furnham, 1986; Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Halmi, Goldberg y Cunningham, 1977).

Murrieta (1997), encontró que más de la mitad de los adolescentes (de una muestra con una N=200) querían pesar menos de lo que pesaban, siendo que dieron respuestas de sentirse muy satisfechas de su imagen corporal. Estas adolescentes se percibieron por arriba de su peso ideal. Además se encontró que entre más insatisfacción con su figura corporal, las adolescentes autoperceban mayor inseguridad; entre más insatisfecha se sentía la adolescente con su imagen corporal se autopercebió con más atributos de habilidad social.

Esta insatisfacción con la imagen corporal señala una influencia cultural ya reportada en otros estudios (por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, en prensa), que se interpreta como un fenómeno de deshabilidad social, esto es, que no se acepta una respuesta pública de insatisfacción con la imagen corporal; mientras que en Estados Unidos varios investigadores (Cash & Pruzinsky, 1990; Fallon, 1994; citados en Gómez Pérez-Mitré, et al., en prensa) señalan que las respuestas de insatisfacción corporal son normativas (es lo esperado, lo socialmente aceptable), a diferencia de las respuestas obtenidas en población mexicana, se ha encontrado que cuando se pregunta directamente "¿te tan satisfecha...", los porcentajes más altos corresponde a que se está satisfecha o muy satisfecha con la

imagen corporal, como si lo culturalmente aceptado o esperado fuera no quejarse de algo tan privado como es la forma del propio cuerpo.

En otros estudios (Folk, Pedersen & Cullari, 1993), explican que el desarrollo de la pubertad ha sido implicado como el punto de origen en el decremento de la satisfacción corporal y el autoconcepto para las niñas desde la prepubertad, al igual que un aumento en la satisfacción corporal y autoconcepto en los niños. Realizaron un estudio con dos grupos de niños y niñas del tercer y sexto año, quienes llenaron un cuestionario de Satisfacción Corporal y la Escala de Piers-Harris de Autoconcepto, donde se tomó en consideración al tercer grado por ser prepuberales y el sexto grado como pubertos tempranos. Los niños del sexto año puntuaron bajo sobre la satisfacción corporal más que los niños del tercer grado y su puntuación en autoconcepto fue positivamente correlacionada con la puntuación de satisfacción corporal. Para los niños, la puntuación en imagen corporal fue relacionada con autoconcepto en ambos grados y existen pocas diferencias significativas entre ambos grados. Para las niñas, aparentemente la relación entre la satisfacción y la imagen corporal y autoconcepto puede estar presente al comienzo de la pubertad.

En dos estudios, Strauman y Glenberg (1994), investigaron la relación entre el autoconcepto y los disturbios de la imagen corporal en una selección de estudiantes femeninas. En cada estudio existía una mayor y menor preocupación por la forma del cuerpo de la mujer dentro de un conjunto de valoración de autoconcepto, incluyendo ambas cuestiones de apariencia específicas con una medida general de discrepancias. Un mes después, ellos participaron en un experimento, donde ellos hicieron juicios comparando los tamaños de las siluetas de la de sus propios cuerpos. La detección del análisis señala que los grupos fueron significativamente diferentes sobre el criterio al decidir sobre una silueta más larga que la de sus propios cuerpos (prejuicios), pero no sobre la habilidad de discriminar con precisión entre las siluetas (sensiblemente). El medir el autoconcepto en todas las partes del cuerpo, la idea actual de las diferencias fue el mejor predictor de sujetos parciales dentro de la estimación de su propio tamaño del cuerpo.

Los disturbios de la imagen corporal (BID), refieren a un síndrome de percepción cognitivo, motivacional y un fenómeno emocional, abarcando dos relaciones pero de diferentes aspectos: insatisfacción corporal y sobreestimación del tamaño corporal (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987; Garner & Garfinkel, 1981; Lacey & Birchnell, 1986; Thompson, 1990). Los disturbios de la imagen corporal han sido largas hipótesis con importantes características de desórdenes del comer. Recientes estudios han demostrado que la insatisfacción del cuerpo y la distorsión de la imagen corporal ocurre en poblaciones no diagnosticadas con este tipo de problemática (Birchnell, Dolan & Lacey, 1987; Cash, Winstead & Janda, 1986). El reconocimiento indica que los disturbios de la imagen corporal pueden ser un problema significativo emocional entre adolescentes y jóvenes adultos (Cash et al., 1986; Whitaker et al., 1989). Recientes investigaciones han comenzado a establecer un eslabón entre BID y el autoconcepto (e.g., Cash & Pruzinsky, 1990). Aproximadamente, la opinión del cuerpo y la apariencia están relacionadas para un individuo con un total sentido de auto-valor

como fuente para asegurar tendencias cognitivas y conductuales en ambos desórdenes del comer y los no desórdenes delo comer individuales (e.g., Brown, Cash & Green, 1986; Garner y Garfinkel & Bonaio, 1987; Markus, Hamil & Sennis, 1982).

Abell y Richards (1996), realizaron un estudio donde examinaron la satisfacción de la forma del cuerpo y la autoestima en 41 hombres y 43 mujeres jóvenes adultos. Esto pudo predecir que los varones pueden estar más satisfechos con su propia forma corporal y su peso que las mujeres y esto en clases superiores, lo que reporta una fuerte relación entre la satisfacción de la forma del cuerpo y la autoestima, que puede ser menor acaudalado en las mujeres. De modo, los hombres fueron significativamente más insatisfechos que las mujeres con su peso, debido a que los hombres desean ser superiores, esto tanto hombres como mujeres con un reporte positivo entre la relación y/o conjunto de la imagen corporal y la autoestima. Por otro lado, algunas mujeres dieron un reporte favorable en cuanto a una relación significativa entre la satisfacción con la forma propia del cuerpo y la autoestima que, como se esperaba fue significativamente superior en las clases altas y menor en las clases sociales bajas o con menores recursos.

Investigaciones sobre imagen corporal pueden examinar un sinnúmero de aspectos de sensaciones individuales en cuanto a su propio físico, pero también existen aquellas personas con total satisfacción de su cuerpo. En recientes investigaciones, se ha comenzado a observar cuestiones muy específicas de la delgadez & gordes y ahora, mayormente con la satisfacción de la forma del cuerpo la cual pudiera afectar la autoestima. Esto último, ha sido sobresaliente en cuanto a la imagen corporal, investigado por psicólogos dentro de la misma sociedad, lo que ha representado ser una aparente obsesión en relación al peso y forma del cuerpo (Faust, 1982; Mintz y Betz, 1988).

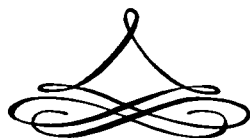
Muchas investigaciones que se han dedicado al estudio entre la satisfacción con la forma del cuerpo y la autoestima la han observado mayormente sólo en mujeres, esto es probable por cierta prevalencia de desórdenes del comer desde edades muy tempranas, lo que ha llevado a interesarse más en este tipo de investigaciones sobre el peso de las mujeres y la satisfacción de la forma del cuerpo (Cash & Brown, 1987). En general, investigaciones han fundamentado que son las mujeres quienes expresan mayor insatisfacción con su peso y forma del cuerpo con cierta tendencia a tener una menor punuación en comparación a aquellas que tienen una autoestima mayor y por lo tanto una elevada satisfacción con su imagen corpora. Esta diferencia tiende a ser verdadera para las niñas pre-pubescentes (Fabán y Thompson, 1989; Mendelson y White, 1982, 1985), para las adolescentes femeninas (Fabán y Thompson, 1989; et. al., 1988) y para adultas femeninas (Mintz y Betz, 1988; Thomas, 1989). Para algunas mujeres, consideran que su peso puede ser particularmente crucial en relación con su aspecto físico y por lo tanto para su imagen corporal.

En general, la relación entre varios aspectos de la imagen corporal y la autoestima son altamente complejos. El presente estudio sugiere que varios componentes poderosos en esta relación pueden haber cumplido con las pasadas investigaciones. El deseo por ser delgada fue reportado por hombres que

participaron en este estudio, el cual es un fallo determinante que ameritará nuevas investigaciones con otras poblaciones. El impacto social y la opinión religiosa sobre el poder en el que el hombre y la mujer joven pueden compartir con su cuerpo parecen ser muy poderosas. Para ganar un grado de comprensión de la relación entre imagen corporal y autoestima, investigaciones futuras deben continuar explorando el impacto de las clases diferentes sobre hombres y mujeres como fuentes directas, para esforzarse por determinar precisamente por qué las mujeres reportan una relación superior y extraña entre la insatisfacción de la imagen del cuerpo y la total autoestima.

Por otra parte, en un estudio realizado con mujeres afroamericanas en base a los ideales de la imagen corporal en madres con bajos ingresos y sus hijos preadolescentes (Flynn y Fitzgibbon, 1996), comentan que desde la alta incidencia de la obesidad y aquellos problemas relacionados con la misma, ha sido oportuno contribuir al estudio de aquellos factores significativos que contribuyen directamente en poblaciones con problemas de obesidad. La percepción en relación al tamaño del cuerpo (imagen corporal) y la sensación del tamaño del cuerpo (imagen corporal ideal), los cuales han sido asociados con el desarrollo de la anorexia y bulimia en niñas adolescentes afroamericanas. La imagen corporal y sus ideales pueden ser relacionados por el desarrollo de obesidad entre niñas adolescentes afroamericanas. En este estudio examinaron la imagen corporal y sus ideales con 27 madres de bajos ingresos afroamericanas y sus 29 hijas preadolescentes. Donde los resultados sugieren que esto es una relación entre percepciones de las madres de las de sus hijas y los cuerpos de estas en relación con su imagen corporal. Niñas preadolescentes afroamericanas de bajos ingresos consideran que se encuentran en su peso ideal, por lo que es más claro y/o evidente que las figuras "ideales" están típicamente fundamentadas entre las niñas blancas. Las niñas con peso normal tienen ideales mayores en cuanto a su imagen corporal. Esta población puede estar menos motivada para prevenir el desarrollo de la obesidad durante la adolescencia. Esto es evidente en la actualidad gracias a la alta promoción de programas para este tipo de poblaciones quienes reconocen como estandartes culturales aquellos quienes poseen un peso ideal y por lo tanto una bella figura.

AUTOATRIBUCIÓN



AUTOATRIBUCION.

La autoatribución es la percepción de los propios atributos del individuo. Los adjetivos, características, rasgos o cualidades con los cuales el individuo se describe a sí mismo. Percepción evaluativa de sí mismo que puede ser favorable (autoatribución positiva) o desfavorable (autoatribución negativa).

La autoatribución se refiere a los procesos a través de los cuales se construye la imagen del individuo, es decir, son los atributos, las características que incorporamos como producto de la interacción social. Describe como nos vemos, cómo nos percibimos a nosotros mismos y forma parte del autoconcepto (Morales, et al., 1995; Myers, 1995; Rosenberg, 1973).

La teoría de la autoatribución es el estudio de las creencias de la gente acerca de que por qué pasan las cosas. Las atribuciones se hacen a fin de predecir y comprobar los hechos. Es más probable que la gente haga atribuciones acerca de cosas poco comunes o desagradables. Hay muchos de tipos diferentes de atribuciones. Estas y otras atribuciones pueden clasificarse a través de muchas dimensiones. Los investigadores de atribución con frecuencia han considerado si la causa es interna a la persona o es del ambiente externo. Las causas pueden clasificarse de acuerdo con lo variable o estables que son y si están bajo el control de la persona.

La valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la acción que la gente tiene frente a un individuo. Los jóvenes cuyo aspecto físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan una autoatribución negativa. Es importante mencionar que los atributos físicos que uno se pone a sí mismo no solamente afectan su autoconcepto, sino también su conducta. Por ello, si los atributos que un individuo se imponen, determinan su estado, cómo se siente y como actúa, resulta evidente que tiene una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida del individuo.

Los seres humanos son las únicas criaturas vivientes que se auto-evalúan. Son los únicos que pueden reprimir sus instintos e incorporar a su ser atributos y características como producto de la interacción social. Como consecuencia de ello, acostumbra a ponerse calificativos que, lejos de ayudarnos, por lo general los limitan o los hacen sentir mal.

En lugar de fijarse en sus particulares aptitudes, el ser humano se compara con otros, lo cual le hace sentir disminuido. Piensa que si otro tiene mejor aspecto entonces indudablemente debe ser mejor y ello es suficiente para hacerlo sentir menos. Al perder la confianza, cree que la solución radica en crear una apariencia que la inspire. Entonces, el objetivo de lucir bien, que en sí mismo puede considerarse positivo, se transforma en algo negativo porque el individuo se olvida de sí mismo y de sus necesidades internas. Este olvido provoca un aumento de

sufrimiento y cuando este proceso se va haciendo crónico, su frustración crece y se va volviendo contra sí mismo. A partir de allí se abre una posibilidad franca para el desarrollo de algún trastorno alimentario o de otro tipo.

Como seres humanos, siempre buscamos obtener información valorativa de nuestra conducta, acerca de nuestros estados de ánimo, pensamientos dispositionales; 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, primero es importante conocer algunas de las características más sobresalientes que posee uno mismo, a partir de la interacción con los demás. Por ejemplo, el aprendizaje que lleva a la persona a sentirse atractiva o no, inteligente o no -pues influye, en dicho aprendizaje, los comentarios que otras personas hagan acerca de ella y a demás por la comparación con los otros acerca de las propias habilidades o en relación de si la persona es encantadora o aburrida para los observadores y si estos se acercan o evitan la compañía de la persona. Esto se forma a partir de las percepciones, que tiene la persona, de sus características centrales, por ejemplo, la imagen corporal se encuentra socialmente determinada y basada, como ya se mencionó anteriormente, en la información proporcionada por otros (Baron, 1974).

Es decir, que los valores externos juegan un papel crucial en el proceso del conocimiento y entendimiento de nosotros mismos. También se ha encontrado que muchas de las percepciones que tienen los individuos, están asociadas con los estados internos (por ejemplo, actitudes, preferencias y emociones); y con los cuales, se pueden predecir determinadas conductas de otros y que son atribuibles a los estados y disposiciones internos. El empleo de dicha información infliere en la posesión de varias características personales (sinceridad, habilidades sociales, etc.), intenciones y estados (ejemplo, alto y bajo esfuerzo).

La investigación acerca de la percepción de las personas se ha centrado generalmente en la percepción que estas tienen de otras personas. Los modelos de autoatribución se desarrollaron con el supuesto de que las inferencias de atribución guían nuestro comportamiento respecto de las demás personas. En los últimos años, estos modelos también se han utilizado para explicar nuestras percepciones de nosotros mismos.

Las atribuciones también influyen en las evaluaciones que hacemos de otros y de nosotros mismos. Recompensamos más y castigamos más los resultados si se atribuyen a causas internas que a causas externas. La motivación para los logros, al parecer, requiere la creencia de que nuestros propios esfuerzos producen éxito. Los sujetos de bajos logros, que se rinden cuando fracasan, pueden adiestrarse para hacer diferentes atribuciones y así persistir en el logro.

Al hacer la atribución causal, esto es, que se pueda hacer clasificación alguna de acuerdo a diferentes tipos de causas internas o externas, el hecho mismo proporciona información a la persona que trata de entenderlo. Jones y Davis, citados por Cozby (1988), han considerado que se deben examinar los efectos de una acción y los efectos de acciones alternativas para hacer atribuciones. Además del acontecimiento mismo, también empleamos información acerca de cómo reaccionan otras personas en la misma situación. Si todos se

conducen de la misma manera, sus acciones nos indican sus características únicas. Jones y Davis, citados por Cozby (1988), proponen que hacemos deducciones correspondientes acerca de la gente cuando sus acciones tienen pocos efectos y baja deseabilidad social.

Otra fuente de información, es la conducta pasada de la persona. Kelley, citado por Cozby (1988), designa la conducta previa a sí mismo y a diferentes objetos, como consistencia y distinción. También postula que la gente emplea el principio de covariación para examinar la consistencia, la distinción y el consenso y atribuye un hecho a la causa con la cual covaría.

En este capítulo se revisaron varios modelos de por qué la gente hace atribuciones causales. Kelley (1967), así como Jones y Davis (1965; citados por Moscovici 1986), propusieron modelos muy lógicos y racionales. Comparados con estos modelos racionales, parece haber numerosos "prejuicios" en la forma en que la gente hace atribuciones. Los éxitos se atribuyen más a factores internos que a los fracasos. Eso sirve para mantener la autoestima.

Una de las líneas de investigación la constituyeron los intentos de Bem (1965, 1967, 1972) de dar una explicación de la autopercepción para los efectos de la presión social en las creencias. La otra, fue el trabajo de Schater (1968) y sus estudiantes acerca de la percepción de las emociones.

Schater y Bem (citados por Moscovici, 1986), proponen que la gente no siempre podría conocer exactamente cuales son sus sentimientos y emplear claves externas acerca del medio para ayudarse a clasificar sus sentimientos y emplear claves externas acerca del medio para ayudarse a clasificar sus sentimientos. El adiestramiento para designar erróneamente los sentimientos (o en algunos casos para designarlos más apropiadamente) se ha empleado en el tratamiento del insomnio así como en otros trastornos).

La teoría de Bem sobre la autopercepción, trató de explicar la forma en que sabemos qué actitudes tenemos. Bem sugirió la idea radical de que nuestras actitudes son inferencias de la información en cuanto a nuestro propio comportamiento y a varias fuerzas externas. De hecho, sugirió explícitamente que inferimos nuestras actitudes exactamente de la misma manera y utilizando justamente los mismos tipos de información que cuando cuando inferimos las actitudes de otros.

La afirmación básica de la teoría de autopercepción de Bem (1972), es que cuando las claves internas sobre nuestros sentimientos son débiles, ambiguas o difíciles de interpretar, inferimos nuestros sentimientos con base en nuestras observaciones de nuestro propio comportamiento y de las fuerzas situacionales que lo influyen, de la misma manera que lo haría un extraño que no tiene acceso a nuestro estado interno. Tenemos muchas posibles fuentes de información acerca de nuestros sentimientos, los cuales incluyen las señales internas, el comportamiento y el contexto situacional.

Por otra parte, la teoría de Schater (1962) afirma osadamente que esto no es así. Lo mismo que Bem, afirma que las señales internas no son suficientes para decirnos qué emociones estamos sintiendo, aún en el caso de las emociones que de ordinario se consideran fundamentalmente diferentes, como la felicidad y la ira.

Schater afirma, entonces, que hay pocas diferencias notables asociadas con las diversas emociones.

Al igual que posteriormente lo haría Bem (1972), Schater (1962), agregó un componente cognoscitivo al postulado de la excitación general, diciendo que inferimos nuestras emociones a partir de otras señales. Sin embargo, Schater no destacó exactamente las mismas claves que Bem. Mientras que éste último destacó las observaciones del propio comportamiento y el contexto situacional y le restó importancia a las señales internas, Schater hizo énfasis en las observaciones del propio estado interno y del contexto situacional y no se interesó en las señales del comportamiento. Schater propuso que la experiencia de la emoción requiere dos cosas: 1) un estado de excitación fisiológica indiferenciado, que dice a la persona que está agitada, y 2) una inferencia cognoscitiva, basada en señales situacionales, que dice a la persona lo que significa agitación.

Las investigaciones mencionadas, indican que nuestros sentimientos y creencias son inferidos frecuentemente a partir de nuestro propio comportamiento y de diversos estímulos externos. Sin embargo, también es importante tratar de entender las implicaciones para la persona. A este respecto, varios estudios sugieren que las autoatribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente. Existen implicaciones potencialmente importantes en la investigación acerca de los efectos de la autoatribución en el comportamiento subsecuente. Varios científicos sociales (Becker, 1963, Scheff, 1966), han señalado que muchos comportamientos desviados—incluidos el crimen y la enfermedad mental—se pueden explicar en términos de rótulos. El argumento es que cuando las personas muestran ciertas formas de comportamiento los observadores no sólo tienden a dar un rótulo negativo a es comportamiento, sino también a hacer una atribución disposicional al actor. Así, a la persona que habla consigo misma y a veces parece incoherente se le llamará enfermo mental o loco, mientras que a aquella que se enfrenta a sus padres se le llamará rebelde. La teoría de los rótulos llega a decir que una vez que el rótulo se ha establecido y la persona lo acepta, trata de presentar un comportamiento congruente acorde con el rótulo.

Un estudio en el que se les hizo creer a los sujetos que su comportamiento pasado resultó de un motivo particular o del hecho de ser un tipo particular de persona puede servir para ilustrar lo mencionado. A las personas que dieron dinero para una obra de caridad se les rotuló explícitamente como "donantes", mientras que a quienes no tienen dinero se les rotuló de "no donantes" o no se les rotuló. Como se esperaba, los que recibieron el rotulo de "donantes" posteriormente dieron más para otra obra de caridad que los que no habían recibido un rótulo y se obtuvo una ligera tendencia a que ocurriera lo contrario con quienes habían sido rotulados como "no donantes" (Kraus, 1973).

De esta manera, el comportamiento futuro puede ser afectado por las autopercepciones basadas en el comportamiento pasado. Las experiencias vividas con y a través de los otros, los papeles y los comportamientos premiados o castigados van conformando la autoimagen y van imprimiendo el significado de sus elementos o atributos percibidos. Por ejemplo, el impacto de cómo los padres califican a sus hijos (guerrista, bueno, descuidado, listo, distraído, entre otros), sus

actitudes y sentimientos conforman la autopercepción de éstos como lo demostraron los primeros hallazgos de los primeros estudios del self (Backman & Secord, 1962).

El hecho de que una persona se autoperciba como una obesa, entonces, puede guiar su pauta de acción en forma negativa. Al haberse puesto un rótulo (obesa) se crea una identidad y vive consistentemente de acuerdo con él. Es por ello que el cambio favorable resulta en extremo difícil. Para lograrlo, la persona en esta situación deberá adquirir una nueva identidad con respecto a su estado físico y dejar de considerar que está obesa y que ella "es así". De allí la enorme importancia que tiene el presente estudio acerca de la relación entre autoatribución, conductas alimentarias, imagen corporal y obesidad. A este respecto de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1996), la presentación de una lista de adjetivos positivos (indicadores de autoatribución positiva) y negativos (indicadores de autoatribución negativa) y la selección de que ellos hacen los niños, permite inferir que se ha obtenido una autodescripción de la imagen, de la representación que los niños tiene de sí mismo. De los rótulos que estos acepten dependerán, en gran medida, sus patrones conductuales.

Ahora bien, la obsesión por la apariencia no suele comenzar en la edad adulta, sino tal vez en la preadolescencia, pero específicamente en la adolescencia, cuando la búsqueda de aprobación por parte de los demás se encuentra en su plenitud y apenas se tiene una identidad. De hecho, el adolescente es como lo ven lo demás y para él, el hecho de no sentirse atractivo es como una maldición. Es común en esta etapa de la vida, sentir vergüenza por algún aspecto de la apariencia: el tener acné, el pensar que uno es demasiado gordo o demasiado flaco, demasiado alto o bajo, o el preocuparse por el tamaño de los senos o de los muslos. Debido a que es una etapa caracterizada por cambios notables en la apariencia, es frecuente que el adolescente común se encuentre insatisfecho con algunos de ellos. Para él, quizás más que en cualquier otra etapa de su vida, la apariencia es fundamental. Pero hay un fenómeno que inquieta aún más y es que en la actualidad lo que antes era una preocupación propia de la adolescencia, hoy es una preocupación que comienza muy temprano en la vida. Los adultos transfieren a sus hijos la preocupación por la apariencia antes de que estén en condiciones de cuestionarla. Los niños crecen alentados a ajustarse a los cánones de belleza existente y a buscar a como de lugar una imagen corporal socialmente aceptable.

En un estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitré (1995), con el propósito de detectar la presencia de factores de riesgo relacionados con los desórdenes del comer, se encontró que los varones presentaban con mayor frecuencia problemas alimentarios que las niñas, que la autoatribución negativa se relacionó con problemas alimentarios y con relaciones familiares autoritarias; que en general, las niñas presentan en mayor medida hábitos inadecuados, como comer "alimentos chatarra" y comer "frente al televisor" y; que existe relación entre problemas alimentarios y autopercepción negativa y de ésta con las relaciones familiares autoritarias.

Si se considera que para la mayoría de las personas el comer de una manera sensata requiere una gran fuerza de voluntad, puede entenderse que la contradicción de satisfacer su apetito y de lucir bien suscite un gran

conflictointerno. Por un lado, está el placer de la comida y de los alimentos ricos en calorías; por otro lado está el placer de tener una apariencia deseable. La cuestión es que para lograr dicha imagen las personas tienen que sacrificar ciertos placeres y vigilar lo que se llevan a la boca. Ante este esfuerzo por tener un cuerpo socialmente aceptable, aparecen, como consecuencia, los trastornos de la alimentación.

Ahora bien, el problema radica en que el ser humano está tan escindido de sí mismo, tan condicionado por su cultura que, obviamente, le resulta difícil aceptarse. Con frecuencia, por ejemplo, menosprecia el "lado animal" de su naturaleza y por ello, difícilmente está en paz con su cuerpo y con su biología humana básica. Le llena de vergüenza y de culpa su cuerpo y procura ocultar esa parte de su humanidad básica. Esto parece haberse iniciado con especulaciones intelectuales sobre la superioridad del hombre sobre las demás criaturas vivientes.

Resulta curioso que el ser humano, precisamente por poseer la capacidad del raciocinio, sea la única criatura viviente que en determinado momento pueda llegar a despreciar a sí misma. El resto de los demás animales, sencillamente se dedica a vivir y a pasarla bien. Los seres humanos en cambio, presentan esquemas muy variables respecto de cómo se ven a sí mismos. Los atributos y adjetivos que utilizan -sean estos positivos o negativos-, en mayor o menor medida, afectan la estructura de su ser y determinan su comportamiento. Así, una mujer que se describa a sí misma como "atractiva", "agradable" y "exitosa", se comportará de forma muy distinta a aquella que se crea "dominante", "insegura" e "incompetente". Aunque este aspecto es básico, así es como opera la psique del ser humano. Los atributos que incorpora a su ser, que hace suyos un individuo, determinarán no sólo cómo se sentirá consigo mismo, sino también seguramente el grado de satisfacción o de insatisfacción que experimentará en su vida. En relación con la conducta alimentaria, determinarán si ejerce un control sobre la comida o si carece de él; si incurre en algún trastorno alimentario; si tiene hábitos sanos, etc.

El uso de estas autoatribuciones, ayudan al individuo a entender y a conocer a otros; ya que, si la persona conoce sus características particulares que lo distinguen (atractivo físico, inteligencia, habilidades sociales, habilidades de competencia, etc.) podrá entender mejor los comentarios y reacciones por parte de otras personas.

Algunos estudios indican que los sentimientos y creencias son inferidos frecuentemente a partir del propio comportamiento y de diversos estímulos externos- Así, los modelos de autoatribución guían nuestro comportamiento con nosotros mismos y con los demás (Schneider, Hastorf & Ellsworth, 1982).

La autoatribución, es por lo tanto, es una variable muy importante que debe considerarse, necesariamente, cuando se estudian las conductas y trastornos alimentarios, la obesidad y en general, los aspectos psicológicos y conductuales de un individuo.

AMF&S



AUTOESTIMA

La autoestima va a afectar todas las áreas de nuestras vidas, como el trabajo, el amor, la escuela o la familia, y esto se debe a que la forma en la que actuamos en diversas situaciones depende de lo que pensamos que somos. Una persona con alta autoestima se sentirá capaz y valiosa, al contrario de una persona que tiene una autoestima baja, quien puede sentirse desaceratado con relación a cómo conduce su vida. Existen diversas razones para desarrollar una autoestima positiva entre las que se encuentran el estar más constructivamente con otros, el que exista mayor probabilidad de que los otros nos respeten y admiren, así como también el poseer una autoestima positiva es un motivador de nuestra conducta que sirve para mantener nuestra estabilidad y nos brinda expectativas de logro y éxito (Pick de Weis y Vargas-Trujillo, 1995).

DEFINICIÓN DE AUTOESTIMA

Alice Pope (1988) menciona que la autoestima es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que él siente hacia sí mismo. Dicha evaluación está basada en una combinación de información objetiva, que tiene el individuo, acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esa información.

Para Coopersmith (1967) la autoestima es la evaluación que la persona realiza y que habitualmente tiene en relación a sí misma; expresa actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna. Resumiendo, la autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en actitudes de la persona hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva, la cual, individualmente, lleva a otros informes verbales y a otras conductas expresivas abiertas (públicas).

De acuerdo con Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, es decir el conocimiento, la concientización y la práctica de todo su potencial.

Marsellach (1998) describe a la autoestima como el concepto que tenemos de nuestra valía y que se basa en los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos tenido durante nuestra vida.

Rice (1997) se refiere a la autoestima como la percepción de nuestro valor, habilidades y logros; es la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos. Para Rice existen cuatro fuentes principales de autoestima: la relación emocional del niño con sus padres, su competencia social con sus compañeros, el

progreso intelectual en la escuela y las actitudes de la sociedad y la comunidad hacia ellos.

Para Satir (1991), la autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen, y se encuentra representada por nuestra conducta. Es en otras palabras la valía personal de cada individuo.

De acuerdo con Pick de Weis y Vargas-Trujillo (1995) la autoestima es la valoración que tenemos de nosotros, es la opinión y el sentimiento que cada persona tiene acerca de sí mismo así como de los propios actos, valores y conductas. Cuando nuestra autoestima es alta sentimos que somos capaces de todo, estamos seguros de lo que valemos y de nuestra importancia. En cambio, cuando la autoestima es baja somos inseguros y tenemos un sentimiento de que valemos poco.

Para Branden (1993) la autoestima es una poderosa fuerza dentro de cada uno de nosotros. La autoestima es la experiencia de ser aptos para la vida y para las necesidades de ésta. Este autor considera que en específico consiste en: 1. Confianza en nuestra capacidad para pensar y afrontar los desafíos básicos de la vida, y 2. Confianza en nuestro derecho a ser felices, en el sentimiento de ser dignos y de gozar los resultados de nuestros esfuerzos.

DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA

La autoestima va a depender en gran medida de las relaciones que existen entre las personas y aquellos que representan un papel importante en su vida. El niño al nacer no sabe dónde se encuentran los límites entre él y el resto del mundo, teniendo como consecuencia el querer explorar su nuevo mundo.

De esta manera, el sentimiento de valor propio se aprende desde la niñez, ya que cuando somos pequeños interactuamos con otras personas. Es a partir de las experiencias y la comunicación, del lenguaje en sí, que el niño empieza a sentirse separado por completo de las otras personas, comparando nuestro propio valer con el modelo que nos ha transmitido el mundo adulto. La separación consciente del niño con los demás objetos se desarrolla totalmente hasta los dos años de edad. Es a través de los primeros intercambios de palabras que recibimos: ideas sobre lo que otros sienten hacia nosotros, opiniones de que tan capaces somos para hacer o no las cosas, qué tan agradables o desagradables somos, qué tanta confianza nos tienen y qué tan independientes o dependientes quieren que seamos (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995).

Corkille (1985) afirma que antes de aprender el significado de las palabras el niño va a reunir impresiones de sí mismo, las cuales le llegan a través del lenguaje corporal de quienes lo rodean, dichas impresiones son las que van a crear los conceptos definitivos del niño, que posteriormente apoyarán la construcción de una autoestima elevada.

Así mismo, Sair (1991) dice que al nacer no contamos con una escala para juzgar nuestro valor. Un bebé depende completamente de las experiencias de otras personas y sobre los mensajes de estas en cuanto al valor que tiene como individuo. Durante los primeros 5 ó 6 años, la autoestima del niño quedaría conformada casi completamente por la familia. Después de iniciar la escuela va a recibir otro tipo de influencias externas, las que van a reforzar los sentimientos de valía o inutilidad que el niño aprendió en el seno familiar. Cada palabra, expresión facial, además o acto de cada uno de los padres le va a enviar un mensaje de autoestima al niño.

Por su parte, Coopersmith (1967, p.263), considera cuatro condiciones importantes en la formación de la autoestima en el niño:

1. Aceptación total o parcial del niño por parte de sus padres.
2. Límites educativos claramente definidos y respetados.
3. El respeto a la acción del niño dentro de estos límites.
4. La autoestima es un juicio "de valía personal" y una experiencia subjetiva con la que el individuo se comunica con los otros, por medio de la comunicación y otros tipos de conductas.

Papalia y Wendkos (1988) enfatizan que un periodo crucial para el desarrollo de la autoestima es la niñez intermedia, ya que es aquí donde los niños van a comparar sus yo reales con sus yo ideales, y se juzgan en base a los patrones y expectativas sociales que han tomado de su auto concepto.

FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN LA PREADOLESCENCIA

La socialización del niño en la escuela primaria y el desarrollo de su identidad son paralelas, en un primer momento se trata la identidad del niño consigo mismo y con el entorno inmediato, familia, escuela y comunidad; en un segundo momento, la identidad del niño con la realidad natural y social y posteriormente, la identidad del niño con la historia.

El desarrollo personal y social está pues, estrechamente relacionado con el concepto de sí mismo. El desarrollo de sí mismo, afirman Haessler y Millicic se refiere a todas las percepciones que un individuo tiene de sí, con énfasis en su propio valer y capacidad (Reusche, 1997).

El autoconcepto se va formando gradualmente a través del tiempo y la experiencia que vive el sujeto. Desde pequeño, el niño se forma una idea acerca de lo que le rodea y también construye una imagen personal. Esta representación puede corresponder también a lo que otras personas piensan de él o de ella.

Gurmej describe tres etapas en la construcción de autoconcepto:

1. Etapa existencial o del sí mismo primitivo. Abarca desde el nacimiento hasta los dos años.
2. Etapa del sí mismo externo, desde los dos hasta los doce años.
3. Etapa del sí mismo interior, comprende de doce años en adelante.

Analizaremos la segunda etapa, puesto que en ella se encuentran las niñas que cursan la educación primaria. Gurney, nos da a conocer de sí mismo y paulatinamente va agregando elementos y precisión a su visión de sí mismo y comienza a evaluarse en un sentido sea positivo o negativo. Esta etapa es importante porque es en la que recibe la mayor cantidad de información, experiencias de éxito y fracaso y la forma de interaccionar con los adultos son decisivas. Al inicio de esta etapa el niño se define a sí mismo y se distingue de otros por sus rasgos físicos, a los nueve años comienza la definición personal basándose en rasgos psicológicos, el sentimiento de sí mismo adquirida en esta etapa resulta difícil de modificar posteriormente (Reusche, 1997).

El niño con buena autoestima es responsable, se comunica bien y se relaciona adecuadamente con los demás. El niño con baja autoestima, no confía en sí mismo ni en los demás, es inhibitor, crítico, poco creativo, desarrolla conducta agresiva y tiene tendencia a menospreciar los logros de los demás, por ello es rechazado por los otros, y así cuanto menos valora a los demás, menos es valorado por el mundo externo.

La autoestima posee varias dimensiones, la más importante es aquella que permite al niño poseer una valoración global acerca de sí mismo, las otras se refieren a la dimensión física, que se relaciona con el hecho de sentirse atractivo físicamente, sentirse fuerte y capaz de defenderse de los niños y sentirse armoniosa y coordinada en las niñas. La dimensión social que incluye el sentirse aceptado o rechazado por los iguales, el sentimiento de pertenencia al grupo, en enfrentarse con éxito determinadas situaciones sociales y el sentido de solidaridad. La dimensión afectiva, que se vincula a la autopercepción de características de la personalidad, como sentirse simpático, estable, valiente, tranquilo, generoso, equilibrado o antipático, inestable, cobarde, etc.

La dimensión académica, se refiere a la autopercepción para enfrentar con éxito situaciones de la vida escolar, incluye sentirse inteligente, creativo, constante. La dimensión ética, se relaciona con el hecho de sentirse una persona buena o mala, confiable o poco confiable, trabajador o flojo, responsable o irresponsable (Reusche, 1997).

El autoconcepto tiene tres aspectos importantes: entenderse uno mismo, regular el propio comportamiento y desarrollar autoestima. El autoconcepto se desarrolla en alto grado durante la preadolescencia, como resultado del crecimiento cognoscitivo, las influencias del grupo de amigos y desarrollo de habilidades.

- 1. Los niños empiezan a definirse ellos mismos en términos psicológicos y sociales y a comparar su "yo real" con el "yo ideal".*
- 2. Cuando los niños desarrollan razonamiento moral y son conscientes de la visión de los otros, coordinan el comportamiento social y personal, las exigencias y los valores.*

La autoestima que resulta de las comparaciones con los otros, es extremadamente importante para el éxito y la felicidad.

1. Cuatro factores que pueden ejercer influencia en la autoestima son el sentido de significancia, la competencia, la virtud y el poder.
2. Los padres de los niños con alta autoestima tienden a tener estilo de padres democráticos para levantar a los hijos (Coopersmith, S., 1967).

Desarrollan la autoestima en los niños es importante por lo siguiente:

Condiciona el aprendizaje.- La adquisición de nuevas ideas y aprendizajes, está subordinado a nuestras actividades básicas. Una de las causas del fracaso escolar es la baja autoestima.

Ayuda a superar dificultades personales.- Quien goza de autoestima positiva enfrenta los problemas y fracasos que se le presenta.

Fundamenta la responsabilidad.- Con una deficiente autoestima el alumno no se compromete ni asume responsabilidades.

Apoya la creatividad.- La persona creativa surge desde una fe en sí mismo y en sus capacidades.

Determina la autonomía personal.- La autoestima promueve seres autosuficientes, seguros de sí mismos, capaces de tomar decisiones, que se acepten a sí mismos y se sientan a gusto consigo mismos.

Contra en sí mismo el punto de control.- El niño se enjuicia, se amerita, se valora (Reusche, 1997. p 279-284).

En formación del sí mismo se debe tomar en cuenta la socialización, ya que una de las consecuencias indirectas de este proceso es el desarrollo de la autoestima en el sujeto. Sherif menciona que la autoestima se forma con resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social. Las relaciones sociales están determinadas por valores sociales en los diferentes papeles o roles que adquiere el individuo en su sociedad. Es decir, que ese sentimiento de valor propio se aprende desde la infancia. Los niños al interactuar con otras personas se sienten apoyados en menos o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, directa o indirectamente de los padres y de otras personas; y de esta manera empiezan a formarse una imagen de ellos mismo. Al transcurrir el tiempo, el niño asimila el concepto que otros le transmiten y le asigna una calificación a dicho concepto y es precisamente lo que forma la autoestima (Pick, 1990).

ÁREAS EVALUADAS EN LA AUTOESTIMA

Según Pope (1988) la autoestima puede evaluarse en diferentes áreas del individuo: global, académica imagen corporal, social y familiar. Es decir, que la autoestima dependerá de la importancia que la persona le asigne a cada uno de los componentes, esencialmente si los valores de las áreas son positivos, la autoestima tenderá a ser positiva, pero si hay una devaluación en alguna de las áreas, se estará refiriendo a sentimientos negativos que la persona tiene sobre sí misma. A continuación se describe cada una de estas áreas:

- *La autoestima global es una evaluación general del yo, se basa en la evaluación de todas las características que forman parte del individuo.*
- *El área académica: es la evaluación del individuo como estudiante, que incluye todas aquellas habilidades y competencias en el ámbito escolar, su desempeño en las distintas materias.*
- *El área de la imagen corporal es la combinación de la apariencia física y las capacidades. La autoestima del individuo se basa en la satisfacción de cómo se percibe a sí mismo, en cuanto a cómo se ve la forma de su cuerpo.*
- *El área social comprende los sentimientos de la persona acerca de ella misma con amigos de otros, y que éstos evalúen sus ideas, sus actividades. Se muestran los sentimientos de satisfacción con la interacción en las relaciones sociales.*
- *En el área familiar se reflejan los sentimientos que el individuo tiene acerca de él mismo como un miembro de su familia. El sujeto puede evaluar, dentro de su familia, si él hace una contribución, o está seguro con el amor que recibe por parte de sus padres y hermanos.*

La autoestima es un factor central en el buen ajuste social-emocional, ya que interviene en la salud psicológica del individuo, de forma interactiva con las diferentes áreas antes mencionadas (Pope, 1988).

VARIABLES QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA

Existen diversas variables que pueden afectar tanto positiva como negativamente el desarrollo de la autoestima y que por ende influyen en como nos desenvolvemos en nuestra vida diaria. Como se verá en los párrafos siguientes el papel que la familia juega es una de las variables más importantes en la construcción de una adecuada autoestima.

Pope, Mchale y Craighead (1988) se basan en una perspectiva cognitivo-conductual; ellos proponen un modelo en el que van a interferir factores personales y eventos medioambientales cuya interacción influirá como una determinante sobre la autoestima. Propone un modelo en donde señalan que existe, por un lado, un marco o entorno conformado sobre todo, por el hogar, la familia, y la escuela, en donde se dan ciertas experiencias o situaciones; y por otro lado, afirman la existencia de variables o áreas personales, las que pueden producirse en cualquier momento y que van a influirse mutuamente. Estas áreas son: la biológica, la conductual, la cognitiva y la emocional. Estos mismos autores consideran que, tanto en la autoestima de los niños como en la de los preadolescentes, existen diversos componentes que van a representar las áreas importantes en su vida. Dichos componentes son: el social (son los sentimientos de uno mismo hacia sus relaciones interpersonales), el académico (es la autoevaluación como estudiante, en cuanto a la satisfacción por el rendimiento escolar logrado), el familiar (refleja sus propios sentimientos como parte de la familia), el corporal (se basa en la satisfacción de su imagen corporal) y el global (que es la valoración general de uno mismo apoyándose en la evaluación de las áreas anteriores).

Por otro lado, Satir (1986) menciona que un niño necesita tener un buen concepto de sí mismo en dos áreas: como una persona hábil y como una persona sexual. Lo primero se refiere a que se desarrollará como una persona que es capaz de valerse por sí misma. En cuanto a desarrollarse como una persona sexual, esto se dará si ambos padres validan la sexualidad del niño y esto se logrará al identificarse con su propio sexo y aceptando al otro; la identificación sexual es el resultado de un aprendizaje en el que intervienen tanto los padres como el niño. Para que una persona desarrolle una alta autoestima ésta deberá estar en un ambiente en el que se vean las diferencias individuales, el amor se manifieste abiertamente, los errores sirvan de aprendizaje, la comunicación sea abierta, las normas flexibles, la responsabilidad sea modelada y practicada con sinceridad. Al contrario los hijos de familias conflictivas, por lo general, tienen sentimientos de inutilidad debido a la falta de comunicación, a reglas inflexibles, castigos por errores, etc. Estos individuos presentan un mayor riesgo de desarrollar conductas autodestructivas. Si los padres tienen una alta autoestima sus familias serán armoniosas, en cambio unos padres con autoestima baja formarán familias conflictivas.

Para identificar las conductas de los padres cuando los niños crecían con una autoestima sana Coopersmith realizó un estudio. No se encontró una correlación significativa con factores como la educación, la zona geográfica, la clase social, la profesión del padre o el hecho de que la madre se encontrara todo el tiempo en casa; lo que se encontró fue la importancia que tiene la calidad de la relación entre el hijo y los adultos que juegan un papel importante en su vida. Específicamente encontró 5 condiciones asociadas a una alta autoestima en los niños:

1. *El niño experimenta una total aceptación de los pensamientos, sentimientos y el valor de su propia persona.*
2. *El niño funciona en un contexto de límites definidos e impuestos con claridad que son justos, no opresores y negociables.*
3. *El niño experimenta respeto hacia su dignidad como ser humano. Los padres no utilizan la violencia, la humillación o el ridículo para controlarlo o manipularlo. Las reglas de los padres son flexibles, es decir, que se pueden negociar, en otras palabras, impera la autoridad pero no el autoritarismo. Los padres muestran interés por la vida social y académica del niño.*
4. *Las normas y expectativas de los padres son elevadas, en lo que respecta al comportamiento y al rendimiento, esto lo transmiten a sus hijos de una manera respetuosa, retando al niño a que sea lo mejor que puede ser.*
5. *Los padres tienen un alto nivel de autoestima.*

Finalmente Coopersmith afirma que no existen pautas de conductas que sean iguales en todos los padres con hijos con autoestima alta, por lo que aunque la conducta de los padres sea de suma importancia no es el único factor que va a determinar el desarrollo psicológico del niño (Branden, 1994, pp.192 y 193).

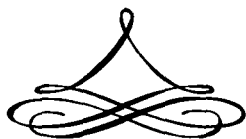
Otra variable se refiere al atractivo, a la imagen que cada individuo tiene de sí mismo. En un estudio realizado por Bruchon-Schweitzer (1992), en el cual se buscaba verificar el impacto eventual de las actitudes y comportamientos sobre unos sujetos que disfrutaban en cuanto a la belleza/fealdad (en otras palabras la relación que existe entre el atractivo y la autoestima), se encontró que existe un efecto significativo entre la variable belleza y la autoestima, ya que los sujetos bellos tienen la autoestima más alta, los más feos la más baja y los medios tienen puntuaciones intermedias, tanto en los hombres como en las mujeres. Estos resultados apoyaron la hipótesis de que cuanto más bello es uno (según los observadores) más favorablemente se estima. Por otro lado, con el fin de delimitar mejor el impacto del atractivo físico sobre la autoestima, se sometieron las respuestas del instrumento aplicado (QEST) a un análisis en factores principales seguidos de rotaciones Varimax, sobre los grupos masculinos, femeninos y sobre el conjunto de los sujetos. Después de dicha rotación la autoestima global se llegó a cuatro facetas: sociabilidad, seducción, estabilidad emocional y ambición. Partiendo de uno de estos cuatro factores, se encuentra, que cuanto más bello es considerado uno, más seductor se encuentra, así, si los sujetos atractivos tienen una autoestima globalmente más favorable que los menos agraciados, es por las gratificaciones que aportan en

sus relaciones (en especial con el sexo opuesto). Finalmente, no se encontró otro efecto significativo de la belleza objetiva sobre los otros componentes de la autoestima. Por otro lado, Francio y Herzog (1996, citado en Bruchon-

Schweitzer, 1992) muestran que la fuerza y el atractivo físico global en el hombre, y el atractivo heterosexual y la delgadez en la mujer son los que predicen, respectivamente, la autoestima de cada sexo, sin embargo, la condición física se muestra como predictiva de la autoestima en ambos sexos.

Debido a lo anterior, es necesario crear una conciencia en las personas con respecto a esto, ya que nuestra autoestima no va a depender de nuestro atractivo físico, pero nuestra falta de voluntad para vernos y aceptarnos sí va a tener consecuencias en ésta. La autoaceptación nos va a ayudar a que las experiencias de aprobación o desaprobación se vuelvan irrelevantes; si aceptamos lo que sentimos y lo que somos nuestro desarrollo no se bloqueará. Tomando en cuenta la edad, se ha observado que a medida que esta aumenta, la autoestima tiende a descender. A mayor edad, menor autoestima. Thompson (1975), utilizando el "Tennessee self-concept scale", demostró que las respuestas de las personas de mayor edad son más defensivas y presentan un auto concepto físico positivo más bajo, y las puntuaciones en auto concepto ético-moral y social son más bajas que la media del grupo.

METODO



METODO

OBJETIVO

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre los factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución, en mujeres preadolescentes de nivel primaria de escuelas públicas y privadas, ya que dichos factores pueden desencadenar trastornos alimentarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la Autoestima en preadolescentes de nivel primaria de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal?

¿Existe relación entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la Autoatribución en preadolescentes de nivel primaria de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal?

¿Existe relación entre la Autoestima y la Autoatribución en mujeres preadolescentes de nivel primaria de escuelas públicas y privadas del Distrito Federal?

HIPOTESIS

Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán autoestima positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas quienes presentaran una autoestima más negativa.

Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán autoatribución positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas quienes presentaran una autoatribución más negativa.

Se encontrará relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las preadolescentes de la muestra.

DEFINICION DE VARIABLES

INDEPENDIENTE: SATISFACCION/INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL**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 a menos placer o sufrimiento (Bruchon, 1992).

Insatisfacción corporal: es el grado con el cual 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 y la insatisfacción de la imagen corporal serán medidas a través de dos escalas visuales con 6 siluetas, las cuales miden Figura Actual y Figura Ideal. En ambas escalas se dará la siguiente instrucción: "Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo / que más te gustaría tener y marca con una letra X la letra correspondiente".

Las siluetas se crearon a partir de una figura humana y, por medio de la computadora se realizaron aumentos y disminuciones en las zonas corporales en las que por lo general se acumula más grasa en la mujer.

Las siluetas se distribuyen dentro de un rango que va desde demasiado delgada hasta demasiado obesa. Las siluetas están de frente, se presentan en un renglón, cada una tiene una letra que va de la A a la F. El orden en que aparecen es al azar. La distribución de las siluetas se hizo de acuerdo al azar (Ver anexo)

A cada una de las siluetas se le asigna un valor, las figuras más delgadas tienen el valor más bajo (igual a 1) y las figuras más obesas tienen un valor más grande (igual a 9).

Para obtener el grado de satisfacción/insatisfacción se debe obtener la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal. Se considera que la persona esta insatisfecha con su imagen corporal, cuando el resultado de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal sea positiva (quieren ser más delgadas) o negativa (quieren ser más gruesas). Se considera que la persona esta satisfecha con su imagen corporal, cuando el resultado de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal sea igual a cero (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

<i>Diferencias negativa</i>	<i>= Insatisfacción</i>
<i>No Diferencias</i>	<i>= Satisfacción</i>
<i>Diferencias Positivas</i>	<i>= Insatisfacción</i>

VARIABLES DEPENDIENTES:**AUTOESTIMA Y AUTOATRIBUCIÓN****Definición Conceptual**

Autoestima: es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que él siente hacia sí mismo. Dicha evaluación está basada en una combinación de información objetiva, que tiene el individuo, acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esa información (Pope, McHale & Craighead, 1988).

Definición Operacional

*La autoestima se midió con el Test de Autoestima, es un instrumento no publicado realizado por Alice Pope et al. (1988). El test consta de seis escalas para medir la autoestima: global, social, académica, corporal o física, familiar y mentiras. Cada escala tiene 10 reactivos, los que tienen tres opciones de respuesta:
Siempre
Algunas veces
Casi nunca*

Ver Anexo.

Definición Conceptual

Autoatribución son los atributos, las características, que incorporamos como producto de la interacción con otros, esto es la interacción social. Describe como nos "vemos", cómo nos percibimos a nosotros mismos y construye un componente del autoconcepción (Morales, 1995; Myers, 1995; Rosenberg, 1973).

Definición Operacional:

La autoatribución se medirá con la escala E que contiene 41 atributos (Ver Anexo), los cuales tienen 5 opciones de respuesta y que la persona cree que tiene de cada uno.

Las opciones son:

*No me describe nada
Me describe poco
Me describe regular
Me describe mucho
Me describe demasiado*

Esta escala contiene adjetivos calificativos, positivos y negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos negativos se les asigna un puntaje que va del 1=no me describe nada a 5=me describe demasiado; y para los adjetivos positivos la calificación es inversa, es decir, 1=me describe demasiado hasta 5=no me describe nada.

Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una autoatribución más negativa y un puntaje bajo una autoatribución más positiva.

Control de Variables

Se controló el sexo, pues sólo fueron mujeres preadolescentes, que no presenten algún defecto físico visible.

Sujetos

El estudio se realizó con mujeres preadolescentes con edades aproximadas de 9 a 12 años que acuden a las escuelas primarias públicas y privadas del Distrito Federal y zona conurbada.

Muestreo

Intencional, No probabilístico.

Tamaño de la Muestra

Se trabajó con una N=200 preadolescentes, dividiéndose en dos grupos: 14 preadolescentes satisfechas y 186 preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal.

Diseño de Investigación

Dos muestras independientes

Tipo de estudio

Confirmatorio y Transversal.

INSTRUMENTOS

Se aplicarán tres escalas del Cuestionario llamado "Estudio de Alimentación y Salud" forma XX (Gómez Pérez-Miré, 1993,1995,1997), de formato mixto/reactivos abiertos, cerrados y escalares). Para el presente estudio se utilizaron las escalas de:

Datos Sociodemográficos : compuesta por 6 reactivos que indagan aspectos relacionados con la edad, sexo, nivel escolar, ocupación de los padres, etc. (anexo A).

Imagen Corporal: compuesta por 7 reactivos y una escala visual conformada por 6 siluetas que forman un continuo de peso corporal, que va desde una muy delgada, a una muy gruesa, pasando por un punto medio. Una escala con 10 reactivos que exploran tamaño y percepción de partes corporales. Otra con reactivos tipo Osgood, que exploran 8 conceptos relacionados con partes corporales, cada uno compuesto por 10 escalas (ver anexo)

Autoatribución: compuesta por una escala de 41 adjetivos positivos y negativos, con 5 opciones de respuesta (Ver anexo)

Además de una escala de Autoestima: compuesta por 60 reactivos con 3 opciones de respuesta cada una (Pope, 1988). Ver anexo 3.

La satisfacción y la insatisfacción de la imagen corporal fueron medidas a través de dos escalas visuales con 6 siluetas, las cuales miden Figura Actual y Figura Ideal. En ambas escalas se dio la siguiente instrucción: "Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (solo una) que más se parezca a tu cuerpo / que más te gustaría tener y marca con una letra X la letra correspondiente".

Las siluetas se crearon a partir de una figura humana y, por medio de la computadora se realizaron aumentos y disminuciones en las zonas corporales en las que por lo general se acumula más grasa en la mujer.

Las siluetas se distribuyeron dentro de un rango que va desde demasiado delgada hasta demasiado obesa. Las siluetas están de frente, se presentan en un renglón, cada una tiene una letra que va desde la A a la F. El orden en que aparecen es al azar. (Ver anexo).

A cada una de las siluetas se le asigna un valor, las figuras más delgadas tienen el valor más bajo (igual a 1) y las figuras más obesas tienen un valor más grande (igual a 6).

FIGURA ACTUAL

OPCIONES	PUNTAJE	NIVEL DE FIGURA CORPORAL
D	1	MUY DELGADA
A	2	DELGADA
F	3	PESO NORMAL
B	4	SOBREPESO
C	5	GORDA
E	6	MUY GORDA

FIGURA IDEAL

OPCIONES	PUNTAJE	NIVEL DE FIGURA CORPORAL
A	1	MUY DELGADA
C	2	DELGADA
F	3	PESO NORMAL
E	4	SOBREPESO
B	5	GORDA
D	6	MUY GORDA

Para obtener el grado de satisfacción/insatisfacción se obtuvo la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal. Si el resultado es positivo o negativo insatisfacción, y si es igual a 0 indica que hay satisfacción. A menor diferencia mayor satisfacción; por el contrario, a mayor diferencia más insatisfacción con la imagen corporal existe.

Diferencias negativas	=insatisfacción
No diferencias	=satisfacción
Diferencias positivas	=insatisfacción

La autoatribución se midió con la escala de Autoatribución que contiene 41 atributos (Ver anexo), los cuales tienen 5 opciones de respuesta y que la persona cree que la describen mejor. Las opciones son :

- A=No me describe nada*
- B=Me describe un poco*
- C=Me describe regular*
- D=Me describe mucho*
- E=Me describe demasiado*

Soy una persona

<i>Me describe</i>				
<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Regular</i>	<i>Mucha</i>	<i>Demasiado</i>
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>

- E*
- 1.-Inteligente*
- 2.-Fuerte*
- 3.-Sana*
-*
- 39.-Insegura*
- 40.-Confiable*
- 41.-Independiente*

Esta escala contiene adjetivos calificativos, positivos y negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos negativos se les asigna un puntaje que va del 1=no me describe nada a 5=me describe exactamente; y para los adjetivos positivos la calificación es inversa, es decir, 1=me describe exactamente hasta 5=no me describe nada.

Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, un puntaje alto señala una autoatribución más negativa y un puntaje bajo una autoatribución más positiva.

La autoestima se midió con el Test de Autoestima, es un instrumento no publicado, realizado por Alice Pope et al.(1988). El test consta de seis escalas para medir la autoestima: global, social, académica, corporal o física, familiar y de mentiras, está última no se analizó por los fines de este estudio; cada escala tiene 10 reactivos, los que tienen tres opciones de respuesta:

- Siempre*
- Algunas veces*
- Casi nunca*

Los reactivos se calificaron de acuerdo con cada escala, al obtener un puntaje alto significa que se posee una alta autoestima, mientras que si por el contrario se obtiene una puntuación baja indica que las preadolescentes tienen una baja autoestima. El valor que se asigna a cada opción de respuesta depende del reactivo, si es positivo o negativo, y será de la siguiente manera:

Escala Global	Escala Académica	Escala Física	Escala Familiar	Escala Social	Escala De Muestras
1	(2)	(3)	4	(5)	6
7	8	9	10	(11)	(12)
(13)	(14)	(15)	(16)	17	(18)
(19)	20	21	(22)	23	(24)
25	(26)	(27)	28	(29)	30
31	32	33	34	(35)	(36)
37	(38)	(39)	40	(41)	42
(43)	44	45	(46)	47	(48)
(49)	(50)	(51)	(52)	53	54
55	56	57	(58)	59	(60)

Los reactivos que aparecen dentro del paréntesis, son los reactivos negativos, los que se calificarán de la siguiente forma:

- 0 = casi siempre
- 1 = algunas veces
- 2 = casi nunca

Los reactivos positivos (sin paréntesis) se calificarán de manera inversa:

- 2 = casi siempre
- 1 = algunas veces
- 0 = casi nunca

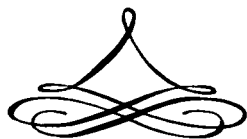
PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización a los directivos de escuelas primarias del D.F. y zonas conurbanas, para la aplicación del instrumento, esta fue de manera colectiva dando la siguiente información: "La Facultad de Psicología de la UNAM está llevando a cabo una investigación con el propósito de conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (Física y Psicológica) de la comunidad estudiantil de nivel primaria y así poder contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad. El logro de nuestro propósito depende de ti, de tu sentido de cooperación. La información es confidencial. GRACIAS".

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, con el propósito de identificar cómo se distribuyen las variables de interés, se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándares. También se realizó un Análisis de Varianza Simple (ONEWAY) para establecer diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de preadolescentes satisfechas e insatisfechas con la imagen corporal, en cuanto a la Autoestima y la Autoatribución. Así como también se obtuvo la correlación de Pearson para observar la relación entre las áreas de la Autoestima y los factores de la Autoatribución.

RESULTADOS



RESULTADOS.

El presente estudio, tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución, en mujeres preadolescentes de nivel primaria tanto de escuelas públicas como de privadas. Una vez obtenidos los datos, se procedió a su análisis utilizando el programa SPSS versión 8.1. Los resultados más relevantes se presentan a continuación.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

La muestra quedó conformada por una N=200 mujeres adolescentes entre 9 y 11 años de edad ($\bar{x}=10.36$ años $DS=1.46$) (Ver tabla 1) que se encontraban estudiando la primaria. De acuerdo con la variable independiente, (satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal), se formaron dos grupos: uno con las estudiantes satisfechas con la imagen corporal, cuya diferencia entre la Figura Actual y la Figura Ideal era igual a cero (Grupo1, n=14); y el otro grupo se formó con las estudiantes insatisfechas con la imagen corporal cuyas diferencias entre la Figura Actual y la Figura Ideal fueron positivas (Grupo2, n=140 quieren bajar de peso) o negativas (Grupo2, n=46 quieren subir de peso). Ver tabla 1

GRUPO	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	N
GRUPO 1 (Satisfacción)	$\bar{x}=9.78$	2.39	14
GRUPO 2 (Insatisfacción negativa)	$\bar{x}=10.65$.89	46
(Insatisfacción positiva)	$\bar{x}=10.32$	1.49	140
TOTAL	$\bar{x}=10.36$	1.47	200

TABLA 1. Puntuaciones medias y desviaciones estándar de la variable edad de la muestra total y por grupo.

DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO:**SATISFACCION/INSATISFACCION**

Para la medición de la variable alteración de la Imagen Corporal, se obtuvo para los grupos el porcentaje de las variables Autopercepción del peso corporal. En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de las variables Autopercepción del peso corporal por grupo.

Como se observa en la tabla 2 las niñas satisfechas con su Imagen Corporal se autoperciben con el mismo porcentaje (29%) gordas y delgadas, mientras que entre las chicas insatisfechas curiosamente se perciben gordas y delgadas con porcentajes iguales (del 20%) aunque menores que los de las chicas satisfechas. Entre las preadolescentes insatisfechas el porcentaje más alto (53%) se autopercibió con normopeso.

	GRUPO 1 (SATISFACCION)	GRUPO 2 (INSATISFACCION)
1 = Muy Gorda	14.3%	3.2%
2 = Gorda	28.6%	19.9%
3 = Normales	14.3%	53.2%
4 = Delgada	28.6%	19.9%
5 = Muy Delgada	14.3%	3.2%
Total	100%	100%

TABLA 2.- Distribución porcentual de las variable Autopercepción de peso corporal por grupo.

AUTOATRIBUCION

Los siguientes datos se refieren a la percepción que tienen las preadolescentes satisfechas-insatisfechas con su imagen corporal sobre algunas variables relacionadas con autoatribución

Puede verse (Tabla 3 y 4) que hay más preadolescentes satisfechas que se consideran muy inteligentes (14%) en comparación con el 9% de las preadolescentes insatisfechas, de manera inversa hay más de éstas (21%) que se consideran nada y poco inteligentes en comparación del 7% de las preadolescentes satisfechas.

De la misma manera no se encontraron preadolescentes satisfechas que se consideraron mucho y demasiado agresivas (0%). Lo mismo puede decirse con respecto al atributo torpe: mientras que entre las satisfechas hay 0% para mucho y demasiado torpe en cambio, entre las insatisfechas se encontró un 3% en estas categorías.

Con respecto a que tan sociables se consideran, nuevamente puede verse (Tabla 3 y 4) que son más las preadolescentes satisfechas (43%) que se autoatribuyen mucho y demasiado sociabilidad que las preadolescentes insatisfechas (25%).

Llama la atención los porcentajes más altos encontrados entre las preadolescentes satisfechas (79%) y 84% de preadolescentes insatisfechas con respecto a que ambos grupos se consideran regular, mucho y demasiado atractivas

INTELIGENTE	0	7.1%	78.6%	14.3%	0
ATRACTIVA	14.3%	7.1%	35.7%	14.3%	28.6%
TABAJADORA	7.1%	28.6%	42.9%	14.3%	7.1%
AGRESIVA	50.0%	42.9%	7.1%	0	0
FELIZ	50.0%	21.4%	14.3%	7.1%	7.1%
SOCIABLE	7.1%	7.1%	42.9%	14.3%	28.6%
LENTA	7.1%	28.6%	37.7%	7.1%	21.4%
TORPE	85.7%	7.1%	7.1%	0	0

TABLE 3.- Distribución porcentual de algunas variables relacionadas con autoatribución para el grupo de preadolescentes satisfechas.

INTELIGENTE	6.5%	14.5%	69.4%	7.0%	2.7%
ATRACTIVA	5.9%	10.2%	37.1%	30.1%	18.7%
TABAJADORA	9.7%	32.3%	36.0%	17.7%	4.3%
AGRESIVA	31.7%	35.5%	17.2%	11.8%	3.8%
FELIZ	46.8%	25.3%	19.9%	5.4%	2.7%
SOCIABLE	19.9%	19.9%	34.4%	19.9%	5.9%
LENTA	41.4%	30.6%	18.3%	8.1%	1.6%
TORPE	60.2%	27.4%	9.1%	2.2%	1.1%

TABLE 4.- Distribución porcentual de algunas variables relacionadas con autoatribución para el grupo de preadolescentes insatisfechas.

Las preadolescentes satisfechas tienden a considerarse más trabajadoras que las preadolescentes insatisfechas.

Pudo observarse que hay más preadolescentes satisfechas que se considera mucho y demasiado felices (14%) comparada con un 8% de preadolescentes insatisfechos que se considera de igual manera.

Las preadolescentes satisfechas tienden a considerarse más lentas (28%) en comparación con el grupo de las preadolescentes insatisfechas(10%)

AUTOESTIMA

Los siguientes datos son el resultado de la evaluación de algunos atributos positivos y negativos de la Autoestima.

Con respecto a la afirmación "Me gusta como soy" , es importante resaltar que en el grupo de preadolescentes insatisfechas, pudo observarse (tabla 5 y 6) que es mayor el porcentaje (56%) que casi siempre les gusta como son comparado con las preadolescentes satisfechas (29%)

Mientras que en la afirmación "Soy una buena persona", los porcentajes son muy similares, en ambos grupos tienden a considerarse casi siempre/algunas veces buenas personas.

Con respecto a la afirmación "Estoy feliz de ser como soy" llama la atención el que sean las preadolescentes insatisfechas, las que en mayor porcentaje (62%) consideran que casi siempre están felices de ser como son comparadas con las satisfechas (43%) que se consideran de igual manera. (Ver tabla 5 y 6).

Los porcentajes son similares con respecto a que las preadolescentes consideran que casi siempre/algunas veces "Tienen un cuerpo bonito" sin importar si están satisfechas (79%) o insatisfechas (72%).

ATRIBUTOS POSITIVOS	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
ME GUSTA COMO SOY	14.3%	57.1%	28.6%
SOY UNA BUENA PERSONA	1.6 %	57.1%	41.3%
ESTOY FELIZ DE SER COMO SOY	21.4%	35.7%	42.9%
TENGO UN CUERPO BONITO	21.4%	42.9%	35.7%

Tabla 5. Distribución porcentual de Algunos Atributos Positivos relacionados con Autoestima para el grupo de Preadolescentes Satisfechas

ATRIBUTOS POSITIVOS	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
ME GUSTA COMO SOY	5.9 %	37.6%	56.5%
SOY UNA BUENA PERSONA	1.5%	50.0 %	48.4%
ESTOY FELIZ DE SER COMO SOY	8.15%	30.1 %	61.8%
TIENGO UN CUERPO BONITO	28.0%	42.5 %	29.6%

Tabla 6. Distribución porcentual de Algunos Atributos Positivos relacionados con Autoestima para el grupo de Preadolescentes Insatisfechas.

Al revisar los atributos negativos, se encontró que un poco más de la mitad de cada grupo casi siempre/algunas veces. "Les gustaría ser otra persona" (64% satisfechas y 56% insatisfechas).

Con respecto a la afirmación "Tengo una mala opinión de mi misma" se pudo ver (tabla 7 y 8) que aunque sea por poco las preadolescentes satisfechas (57%) respondieron que casi nunca tienen una mala opinión de si mismas contra un (49%) de preadolescentes insatisfechas.

Es interesante observar (tabla 7 y 8) los porcentajes encontrados entre las preadolescentes satisfechas (87%) y las preadolescentes insatisfechas (80%) pues en ambos grupos las preadolescentes casi siempre/algunas veces "quisieran que su peso fuera diferente", sin importar si están satisfechas o insatisfechas con su imagen corporal.

Tanto en el grupo de preadolescentes satisfechas como insatisfechas los porcentajes son repartidos en parte proporcional hacia la respuestas casi siempre/algunas veces, casi nunca a las afirmaciones "Me siento mal por la manera en como me veo" y "Soy mala para muchas cosas".

Por último son más las preadolescentes satisfechas (50%) comparadas con las preadolescentes insatisfechas (38%) que responden que casi siempre/algunas veces "se sienten fracasadas".

ATRIBUTOS NEGATIVOS	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Me gustaría ser otra persona	21.4%	42.9%	35.7%
Tengo una mala opinión de mi misma	7.1%	35.7%	57.1%
Quisiera que mi peso fuera diferente	50.0%	36.7%	14.25%
Me siento mal por la manera en como me veo	7.1%	50.0%	42.9%
Soy mala para muchas cosas	7.1%	42.9%	50.0%
Me siento fracasada	14.3%	35.7%	50.0%

Tabla 7. Distribución porcentual de algunos atributos Negativos relacionados con Autoestima para el grupo de Preadolescentes Satisfechas.

ATRIBUTOS NEGATIVOS	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Me gustaría ser otra persona	21.5%	34.4%	44.1%
Tengo una mala opinión de mi misma	11.3%	39.2%	49.5%
Quisiera que mi peso fuera diferente	36.0%	44.1%	19.4%
Me siento mal por la mancha en como me veo	10.2%	42.5%	47.3%
Soy mala para muchas cosas	9.1%	41.4%	49.5%
Me siento fracasada	6.5%	31.2%	62.4%

Tabla 8 Distribución porcentual de algunos atributos Negativos relacionados con Autoestima para el grupo de Preadolescentes Insatisfechas.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Se plantearon tres hipótesis de trabajo:

1.- Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán autoestima positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas, quienes presentarán una autoestima negativa.

2.- Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán una autoatribución positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas, quienes presentarán una autoatribución negativa

3.- Se encontrará relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las niñas preadolescentes de la muestra

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo planteadas se aplicó un ANOVA para cada una de las áreas de Autoestima, y se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos, en las cinco áreas de autoestima: social, académica, familiar, física y global.

Así en el área global se obtuvo una $F(2, 197) = 1.068$, y una $p = .346$

En el área académica la $F(2, 197) = .202$, $p = .818$

Para el área física se obtuvo una $F(2, 197) = 2.548$, $p = .081$

Para el área familiar la $F(2, 197) = .025$, con una $p = .976$

Y finalmente se obtuvo una $F(2, 197) = .370$ con una $p = .691$ para el área social (ver tabla 9).

Dados los resultados anteriores no se confirma la hipótesis de trabajo 1

AREAS DE AUTOESTIMA		SC	G L.	MC	F	P
AT GLOHAL	Entre grupos	281	2	180	1.068	.340
	Dentro de los grupos	23,903	197	131		
	Total	26,184	199			
AT ACADEMICA	Entre grupos	5,971E-02	2	2,986E-02	.302	.818
	Dentro de los grupos	29,180	197	.148		
	Total	29,240	199			
AT FISICA	Entre grupos	906	2	453	2.548	.081
	Dentro de los grupos	35,026	197	.178		
	Total	35,932	199			
AT FAMILIAR	Entre grupos	5,484E-03	2	2,842E-03	.023	.976
	Dentro de los grupos	22,762	197	.116		
	Total	22,762	199			
AT SOCIAL	Entre grupos	6,176E-02	2	3,088E-02	.370	.691
	Dentro de los grupos	16,458	197	8,354E-02		
	Total	16,520	199			

H₀: No existe diferencia entre la Autoestima de las preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal

SE ACEPTA

H₁: Si existe diferencia entre la Autoestima de las preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal

SE RECHAZA

HT: Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán autoestima positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas, quienes presentarán una autoestima negativa.

NO SE CONFIRMA

Tabla 9. Análisis de varianza entre los grupos de preadolescentes satisfechas e insatisfechas con la imagen corporal y Autoestima

Además se aplicó un ANOVA para los factores de la Autoatribución: agresividad, eficacia escolar, habilidad social e inseguridad. En los factores de eficacia escolar e inseguridad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se encontraron diferencias en agresividad y habilidad social

AREAS DE AUTOATRIBUCIÓN		SC	G L.	MC	F	P
ATRI ESC	Entre grupos	286	2	293	.814	.444
	Dentro de los grupos	70,836	197	360		
	Total	71,472	199			
ATRI INS	Entre grupos	6,614E-03	2	3,307E-03	.011	.989
	Dentro de los grupos	60,450	197	.307		
	Total	60,457	199			
ATRI AGR	Entre grupos	4,597	2	2,298	3.423	.035
	Dentro de los grupos	132,278	197	.671		
	Total	136,875	199			
ATRI SOCIAL	Entre grupos	3,458	2	1,729	3.070	.049
	Dentro de los grupos	110,942	197	563		
	Total	114,400	199			

H₀: No existe diferencia entre la Autoatribución de las preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal

SE RECHAZA

H₁: Si existe diferencia entre la Autoatribución de las preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las preadolescentes insatisfechas con su imagen corporal

SE ACEPTA

HT: Las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal tendrán autoatribución positiva en comparación con las preadolescentes insatisfechas, quienes presentarán una autoatribución negativa.

NO SE CONFIRMA

Tabla 10. Análisis de varianza entre los grupos de preadolescentes satisfechas e insatisfechas con la imagen corporal y Autoatribución.

En el factor de la eficacia escolar se obtuvo una $F(2, 197)=.814$, $p=.444$. Dado el resultado anterior no se confirmó la hipótesis de trabajo en relación al factor de la eficacia escolar.

Para el factor de inseguridad se obtuvo una $F(2, 197)=.011$, $p=.989$. Dado el resultado anterior no se confirmó la hipótesis de trabajo en relación al factor de inseguridad.

En la escala Social se obtuvo una $F(2, 197)=3.070$, $p=.049$. Al analizar las medias las diferencias señalan que las preadolescentes que presentan mayor puntaje (mayor problema) en la escala social son las preadolescentes satisfechas con su imagen corporal

Dado el resultado anterior no se confirmó la hipótesis de trabajo en relación al factor de habilidad social.

AUTOATRIBUCION		MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
ATRI AGRESIVA	SATISFACCION	1.9286	.4390
	INSATISFACCION NEGATIVA	2.1377	.7423
	INSATISFACCION POSITIVA	2.4024	.8090
	TOTAL	2.3083	.8753
ATRI SOCIALIZABLE	SATISFACCION	3.3143	.7097
	INSATISFACCION NEGATIVA	2.7174	.7371
	INSATISFACCION POSITIVA	2.4166	.7589
	TOTAL	2.7363	.7582

Tabla 11. Oneway autoatribución

En el factor de agresividad hubo diferencias con una $F(2, 197)=3.423$, $p=.035$. Esta probabilidad puede entenderse como una tendencia; que al analizar las medias de los datos indican que fueron las chicas insatisfechas positivamente con su imagen corporal las que más se autoatribuyeron agresividad (Ver tabla 11).

En este caso si hubo diferencias estadísticamente significativas, por lo que si se confirma la hipótesis de trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACION DE PEARSON

Con el propósito de confirmar la hipótesis de trabajo 3, se aplicó una correlación de Pearson, encontrándose una relación estadísticamente significativa ($r=.284$) entre las variables Autoestima y Autoatribución, por lo tanto si se confirma la hipótesis de trabajo 3 que dice: "Se encontrará relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las niñas preadolescentes de la muestra (Ver Tabla 12).

		AUTOATRIBUCION SOCIAL	AUTOESTIMA SOCIAL
ATRI SOC	CORRELACION PEARSON Sig.(2-COLAS) N	1.000 200	.284** .000 200
AT SOCIAL	CORRELACION PEARSON Sig.(2-COLAS) N	.284** .000 200	1.000 200
Ho = No existe relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las niñas preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las niñas Insatisfechas con su imagen corporal SE RECHIZA			
H1 = Si existe relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las niñas preadolescentes Satisfechas con su imagen corporal y las niñas Insatisfechas con su imagen corporal SE ACEPTA			
HT: Se encontrará relación entre la Autoestima y la Autoatribución de las niñas preadolescentes de la muestra. SE CONFIRMA			

**La correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas)

Tabla 12. Correlación de Pearson

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN
y
CONCLUSIONES



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio, tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, la autoestima y la autoatribución, en mujeres preadolescentes de nivel primaria tanto de escuelas públicas como privadas. La muestra se formó con dos grupos: las preadolescentes que estaban satisfechas y las que estaban insatisfechas con su imagen corporal.

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

En los resultados obtenidos en esta investigación lo primero que llama la atención es que en una muestra con N=200 sólo el 7% de la misma resulto estar satisfecha con su Imagen Corporal. En consecuencia se pudo observar que en gran mayoría las preadolescentes estaban insatisfechas. Esto se encuentra relacionado con la Teoría de la Discrepancia del Yo Ideal que dice que existe una tendencia individual por comparar la tendencia percibida con un ideal imaginado y que dicho proceso de comparación puede deberse a una discrepancia entre el yo-real y el yo-ideal, lo que indica la insatisfacción con la imagen corporal. Es decir, que a mayor discrepancia percibida, mayor insatisfacción, lo que está directamente relacionado con los trastornos alimentarios (Altabe & Thompson, 1992).

Los resultados obtenidos en este estudio referentes a insatisfacción en las preadolescentes concuerdan con los hallazgos de otras investigaciones realizadas en preadolescentes mexicanas (Gómez-Peresmitré y Avila, 1998) en los cuales se ha visto un alto grado de insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por el peso corporal, la interiorización del estereotipo cultural que equipara la delgadez con atraktividad.

En otros estudios (Folk, Pedersen & Cullari, 1993), explican que el desarrollo de la pubertad ha sido implicado como el punto de origen en el decremento de la satisfacción corporal y el autoconcepto para las niñas, al igual que el aumento en la satisfacción corporal y autoconcepto en los niños. Estos investigadores realizaron un estudio con dos grupos de niños y niñas de tercer y sexto año, quienes llenaron un cuestionario de satisfacción corporal y la escala de Piers Harris de Autoconcepto, donde se tomo en consideración al tercer grado por ser prepuberales y el sexto grado como pubertos tempranos. Los niños de sexto año puntuaron bajo sobre la satisfacción corporal. Para los niños, la puntuación en imagen corporal estuvo relacionada con autoconcepto, en ambos grados existen

pocas diferencias significativas. Para las niñas, aparentemente la relación entre la satisfacción con la imagen corporal y autoconcepto puede estar presente al comienzo de la pubertad.

De acuerdo con lo anterior podemos señalar que la obsesión por la apariencia no suele comenzar en la edad adulta, sino tal vez en la preadolescencia, pero específicamente en la adolescencia, cuando la búsqueda de aprobación por parte de los demás se encuentra en su plenitud y apenas se tiene identidad. Debido a que es una etapa caracterizada por cambios en la apariencia es frecuente que el adolescente común se encuentre insatisfecho con algunos de ellos. Para él quizás más que en cualquier otra etapa de su vida, la apariencia es fundamental. Pero hay un fenómeno que inquieta aún más y es que en la actualidad, lo que antes era una preocupación propia de la adolescencia, hoy es una preocupación que comienza desde una temprana edad y se mantiene a lo largo de la vida. Los adultos transfieren a sus hijos la preocupación por la apariencia antes de que estén en condiciones de cuestionarla. Los niños crecen alejados a ajustarse a los cánones de belleza existentes y a buscar a como de lugar una imagen corporal socialmente aceptable.

En cuanto a la variable Autoestima no se encontraron diferencias entre los dos grupos; así mismo en la variable Autoatribución, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las preadolescentes satisfechas y las insatisfechas.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto a estas dos variables, no coinciden con los de otras investigaciones, en donde han encontrado que las mujeres que expresan insatisfacción con su imagen corporal y la forma de su cuerpo, suelen obtener puntuaciones bajas en escalas de autoestima, en comparación con las mujeres que se sienten satisfechas con su imagen corporal (Abell, 1996). En 1973 Berscheid, Walster y Bohmstedt, encontraron una correlación de .48 (p .001) entre satisfacción corporal y autoestima en los dos sexos, con escalas un poco diferentes. La satisfacción corporal predice con bastante fuerza la satisfacción con respecto a sí mismo en ambos sexos (del 23 al 44% de varianza), ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo. En un estudio realizado por Secord y Jourard (1953) sobre imagen corporal, se observó que al correlacionar la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima, los estudiantes que tenían una imagen corporal negativa tenían también una baja autoestima. Es decir, que la imagen corporal se relaciona frecuentemente con autoestima. Los autores encontraron que solo el 11% que puntúa bajo en imagen corporal (comparado con el 50% que tuvieron una alta puntuación en la imagen corporal) tenían una alta autoestima.

En lo que se refiere a la correlación entre las variables Autoestima y Autoatribución, se encontró una correlación estadísticamente baja entre ambas variables, lo cual coincide con el estudio de Barajas (1998) quien obtuvo una correlación baja entre las áreas de autoestima y los factores de autoatribución en mujeres adolescentes satisfechas e insatisfechas con su imagen corporal.

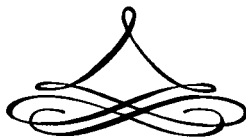
Con base en el análisis de los resultados presentados en el capítulo anterior se puede concluir lo siguiente para la muestra aquí estudiada:

- *La prevalencia de satisfacción con imagen corporal entre las preadolescentes de la muestra fue del siete por ciento.*
- *Con base en la relación entre satisfacción o insatisfacción que las preadolescentes presentaron con su imagen corporal y su autoestima, se puede decir que sólo el área física (imagen corporal) se encuentra devaluada.*
- *Aunque satisfacción / insatisfacción con imagen corporal, no se relaciona de manera directa con Autoestima y Autoatribución de las preadolescentes de la muestra estudiada, aún así es importante considerar todo lo que engloba el concepto de imagen corporal desde los sentimientos, actitudes, percepciones, evaluaciones y experiencias que conforman la representación del propio cuerpo, para establecer así interrelaciones entre ellos.*
- *La relevancia del presente estudio reside en el hecho que muestra que desde la etapa preadolescente comienzan a aparecer manifestaciones o factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios tales como insatisfacción con la imagen corporal.*

LIMITACIONES

y

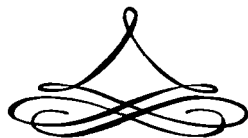
SUGERENCIAS



LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

- *Se sugiere trabajar con muestras seleccionadas al azar.*
- *También se sugiere seguir trabajando la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal con muestras de población infantil y preadolescentes, pues si se toma en cuenta que desde la niñez se va formando la imagen corporal de la persona, y si constantemente escucha –quizás de la mamá, hermanas, tías, etc.. cuando algún familiar cercano hace dietas o se queja por su insatisfacción corporal, esto puede ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, los cuales se presentan principalmente una etapa después, es decir, en la adolescencia.*
- *Se sugiere llevar a cabo réplicas de la interacción de las variables Satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal, Autoestima y Autoatribución en preadolescentes satisfechas e insatisfechas con su imagen corporal.*
- *Como se ha visto, no estar satisfecha con la imagen corporal puede ser un factor de riesgo para desarrollar trastornos alimentarios, los cuales se presentan principalmente en la adolescencia. Por tal motivo, siguiendo el objetivo general de prevención que se plantea en este campo de investigación, se sugiere crear programas que intervengan directamente sobre la alteración de la imagen corporal, para que la labor consista en integrar la imagen corporal de una manera más apegada a la realidad.*
- *Asimismo se sugiere que se planeen programas de Educación para la Salud, dirigidos principalmente a las mujeres en general, en los cuales se tomen en cuenta la Autoestima y la Autoatribución; y se fomente la crítica a los contenidos de los medios de comunicación, la importancia de una dieta balanceada aunados al ejercicio moderado.*

REFERENCIAS



REFERENCIAS

Abell, S.C. y Richards M. H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: an investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and adolescence*, 25, 5. 691-703

Allport, G. W. (1955). Becoming: Basic considerations for a psychology of personality. New Haven: Yale University Press.

Altabe, M. & Thompson, J.K. (1993). Body image changes during adulthood. *International journal of eating disorders*, 13, 323-328.

Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1971). The control of short-term memory. *Scientific American*, 225, 82-90.

Backman, C.W. y Secord, P.F. (1962). Social Psychology. U.S.A.: McGraw-Hill.

Barajas, M. O., (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Baron, R. (1974). Social Psychology. Understanding human interaction. Boston: Allyn and Beacon.

Barrett, D. E., Radke-Yarrow, M., & Klein, R.E. (1982). Chronic malnutrition and child behavior: Effects of early caloric supplementation on social and emotional functioning at school age. *Developmental Psychology*, 18, 541-556.

Baumeister, R. (1993). Self-esteem. The puzzle of low self-regard. New York: Plenum Press.

Becker, H. (1963). Outsiders: Studies in the sociology of deviance. Nueva York: Free Press.

Bem, D. J. (1972). Self-perceptions theory. En L. Berkowitz (ed), *Advances in experimental social psychology* (vol. 6). Nueva York: Academic Press.

Berenda, R. W. (1950). The influence of the group on the judgments of children. New York: King's Crown.

Bernfeld, S. (1929). Psychologie des Sauglings. New York: Rinehart

Berscheid, D., Walster, E. y Bohmsted, G. (1973). Body image. The happy American body: a survey report. *Psychology today* (7), 119-131.

Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima: Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Brim, O. (1972). *Socialization through the life cycle*. New York: Wiley.

Brodie, D. A., Bagley, K. & Slade, P. H. (1994). *Body image perception in pre and Postadolescent females*. *Journal of Perceptual and Motor Skills*, *78*, 147-154.

Brooks-Gunn, J. & Warren, M.P. (1985). *Effects of delayed menarche in different contexts: Dance and nondance students*. *Journal of youth and Adolescence*, *14*, 285-300.

Brownell, K.D. (1991). *Dieting and the research for the perfect body: where physiology and culture collide*. *Behavior Therapy*, *22*, 1-12

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder

Bruner, J. S. (1968). *Processes in cognitive growth: Infancy*. Worcester: Clark University Press.

Burns, R. B. (1979). *The self-concept: Theory measurement, development and behavior*. London: Longman.

Buton, E. (1990). *Self-esteem in girls aged 11-12: baseline findings from planned perspective study of vulnerability to eating disorders*. *Journal adolescence*, *13*, 407-413.

Canals, J., Carballo, G., Fernández, J., (1996). *Biopsicopatológico risk profile of adolescents with eating disorder symptoms*. *Adolescence*, *31*, (22) 443-450.

Caplan, G. (1973). *Psicología social de la Adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Cash, T.H., & Brown, T.A. (1987). *Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature*. *Behav. Mod.*, *11*, 487-521.

Cash, T., Winstead, B.A. & Janda, L.H. (1986). *Body image survey report: The Great American shape-up*. *Psychology Today*, *20*, 30-44.

Cash, T. F. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.

Cash, T. (1990). *Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal, Body image and Eating Behaviors*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *12*, (2) 115-120.

Cash, T. (1990). *Body image enhancement a program for images. Stereotypes and realities*. *Sex roles*, *21*, 361-373.

- Collins, W. A. (Ed.) (1984). *Development during middle childhood: The years from six to twelve*. Washington, DC: National Academy.
- Cooper, P. J. & Fairburn, C. G. (1983). *Binge eating and self-induced vomiting in the community*. *British Journal of Psychiatry*, 142, 139-144.
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988). *Body image disturbance in bulimia nervosa*. *British Journal of Psychiatry*, 153(2), 32-36.
- Condry, J. C. Siman, M. L., & Bronfenbrenner, U. (1968). *Characteristics of peer- and adult-oriented children*. Unpublished manuscript, Cronell University, Department of child Development, Ithaca, NY.
- Constanzo, P. R., & Shaw, M. E. (1966). *Conformity as a function of age level*. *Child Develop*, 37, 967-975.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman adolescents. *Pediatrics*, 75, 807-812.
- Corkille, D. (1985) *El niño feliz*. México: Gedisa
- Cozby, C., Pearlman, D. (1988). *Psicología Social*. México: Interamericana.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986). *Body satisfaction in adolescent girls*. *British Journal of Medical Psychology*, 59, 279-287.
- Dietz, W.H. & Gortmaker, S.L. (1985). *Do we fatten our children at the television set?, obesity and television viewing in children and adolescents*. *Pediatrics*, 75, 807-812.
- Dolto, T. (1986). *La Imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Dwyer, J. T., Feldman, J., Seltzer, C. C. & Mayer, J. (1969). *Body image in adolescents: attitudes toward weight and perception of appearance*. *American Journal of Clinical Nutrition*, 20, 1045-1056.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1976). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Horme.
- Escobar, G. (1992). *Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.*
- Fabian, L.J. and Thompson, J.K. (1989). *Body image and eating disturbance in young females*. *INT. J. Ea. Disord*, 8: 63-74.

Fallon, A. E. & Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. Journal of abnormal Psychology, 94, 102-105.

Faust, M. (1982). Alternative constructions of adolescent growth. In J. Brooks-Gunn and A.C. Petersen (eds.), Girls at Puberty Biological, Psychological, and Social Perspectives. Plenum Publishing Corporation, New York.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. Human Relations, 7, 117-140.

Fitts, W. (1965). Manual for the Tennessee Self Concept Scale. Nashville: Appleton-Century-Crofts.

Flynn, K. and Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income African American mothers and their preadolescent daughters. Journal of youth and Adolescence, 5, 615-630.

Folk, L. Pedersen, J. Y Cullari, S. (1993). Body satisfaction and self-concept of third and sixth-grade students. Perceptual and Motor Skills, 76, 547-553.

Franks, V. (1986). Sex stereotyping and diagnosis of psychopathology. Women And Therapy, 5, 219-232.

Freud, S. (1938-1940). Esquema de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós (Biblioteca de Psicología), XXI.

Freud, S. (1963). Introductory lectures on psychoanalysis. Londres: Hogarth.

Furman, W. (1982). Children's friendships. In T. M. Field, A. Houston, H. C. Quay, L. Troll, & G. E. Finley (Eds.), Review of Human Development. New York: Wiley.

Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. Developmental Psychology, 21(6), 1016-1024.

Gamer, D. M., Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 100, 647-656.

Gamer, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.

Gamer, D. M., Martínez, R. Sandoval, Y. (1987). Obesity and Body Image: an Evaluation of sensory and non-sensory components. Psychology Medicine, 17, 927-932.

Garner, D. M., Garfinkel, P.E., & Bonato, D.P. (1987). Body image measurement in eating disorders. Advances in Psychosomatic Medicine, 17, 119-133.

Gamer, D. M., Martínez, R. Sandoval, Y. (1987). Obesity and body image: an Evaluation of sensory and non-sensory components. Psychology Medicine. 17, 927-932.

Gergen, K. (1971). The Concept of Self. New York: Holt, Rinehart & Winston Inc.

Goldstein, H., & Tañer, J. (1980). Ecological consideration in the creation and the use of child growth standards. The Lancet. 582-585.

Gómez Pérez-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 Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognitivas y actitudes asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer. Investigación Psicológica. 3. (1). 95-112.

Gómez, Pérez-Mitré,. (1995). Peso real, Peso imaginario y distorsión de la Imagen Corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12, (2), 185-195.

Gómez, Pérez-Mitré,. (1995). Factor de riesgo, distorsión de la imagen corporal: estimaciones subjetivas, mediciones objetivas. Proyecto de Investigación (mimeo).

Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Escala de Factores de riesgo relacionados con trastornos de la alimentación (EFRATA). Informe Proyecto PAPIT IN304496

Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Proyecto de investigación: instrumentos que exploran imagen corporal (Mimeo).

Gómez, Pérez-Mitré,. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología (14)1, 31.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1988). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo"? Revista de Psicología y Ciencia Social (2), 1, 27-33.

Gómez, Pérez-Mitré, G., Avila, E. (1988). ¿Los escolares preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso? Revista Iberoamericana (6)2, 37-44.

Gómez Pérez-Mitré, G., Molina, S.T., Unikel, S.C. (EN PRENSA). Psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación.

ESTA FOLIO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Grenacre, P. (1953). Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image. The Psychoanalytic Study of the Child, 8, 79-98. En Mahler M. S. (1968). Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación. México. Joaquín Moritz.

Grodssmann, B., & Wrighter, J. (1948). The relationships between selection rejection and intelligence, social status, and personality among sixth grade girls. Sociometry, 11, 346-355.

Gurucharri, C., & Selman, R. (1982). The development of interpersonal understanding during childhood, preadolescence and adolescence: A longitudinal follow-up study. Child Development, 53, 924-927.

Halmi, K. A., Golberg, S. C. & Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls. Psychology Medicine, 7, 253-257.

Harpiup, W. W. (1984) The peer context in middle childhood. In W. A. Cillins(ed.), Development during middle childhood: The Years from six to twelve. Washington. DC: National Academy.

Heinberg, L. J. & Thompson, J.K. (1992). Social comparison: Gender, target importance ratings, and relation to body image disturbance. Journal of Social Behavior and Personality, 7, 335-344.

Hill, C. R. & Stafford, F.P.(1980). Parental care of children: Time diary estimate of quantity, predictability, and variety, Journal of human Resource, 15, 219-239.

Holtz, V. (1992). Factores psico-bio-sociales de los desórdenes de la alimentación: estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.

Horney, K. (1973). Neurosis y madurez. La lucha por la autorrealización. Buenos Aires: Psique.

Johnston, T. Y. (1988). Autoatribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.

Kelson, T. (1990). Body image and body-beatification among female college students. Perceptual and Motor skills, 71, 282-289.

Kelley, H. H. (1972). Causal shemata and the attributions process. New York: General Learning Press.

Kesselman, S. (1989). El pensamiento corporal. Argentina: Páidos.

Kohlberg, L. (1968). The child as a moral philosopher: Psychology Today, 2(4) 150-158.

- Kohlberg, L. (1964). Development of moral character and moral ideology. *Review child development research, 1*, 50-58.
- Kolata, G. (1986). Obese children: A growing problem. *Science, 232*, 20-21.
- Kraut, R.E. (1973). Effects of social labeling on giving to charity. *Journal of Experimental Social Psychology, 9*: 551-62.
- Lester, B. M. (1979). A synergistic process approach to the study of prenatal malnutrition. *International Journal of behavioral Development, 2*, 377-394.
- Long, B.H., Henderson, E.H. & Ziller, R.C. (1967) Developmental changes in the self-concept during middle childhood. *Merril-Palmer Quarterly, 13*, 201-215.
- Maccoby, E. (1984) Middle Childhood in the context of the family. In W. A. Collins (Ed.) *Development during middle childhood: the years from six to twelve*. Washington, DC: National Academy.
- Markus, H., Hamil, R., & Sentis, K.P. (1982). Thinking fat: Self-schemas for body weight and processing of weight-relevant information. *Journal of Applied Social Psychology, 17*, 50-71.
- (Marsellach, U.G. 1988 psico@ciudadfutura.com).
- Mendelson, B. And White, R. J(1982). Relation between body-esteem of obese and normal children. *Percept. Motor skills. 61*: 899-805.
- Mendelson, B. and White, R. (1985). Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Develop. Psychol. 21*:90-96.
- Miller, G. A (1956). The magical number seven , plus or minus two: some limits on our capacity to process information. *Psychological Review, 63*, 81-97.
- Mintz, L. B. And Betz, N.E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *J. Counse Psychol. 35*: 463-471.
- Morales, J.F.(1995). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social*. *Psicología Social y Problemas Sociales*. Madrid: Paidós.
- Murphy, L.B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth*. New Haven: Yale University Press.

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

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

Onate, M. (1989). El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea.

Papalia, D. (1992). Desarrollo Humano. México: McGraw Hill.

Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1988). Psicología del desarrollo. (7ª. ed.) México: McGraw Hill.

Papousek, H., & Papousek, M. (1974) Mirror and self-recognition in young human infants. I. A new method of experimental analysis. Developmental Psychobiology, 7, 149-157.

Piaget, J. (1932). The moral judgment of the child. New York::Harcourt, Brace.

Piaget, J. (1952). The origins of Intelligence in children. New York: International Universities Press.

Piaget, J. (1960). The child's conception of physical causality. Paterson: Littlefield.

Pick, S. (1990). Yo adolescente. México. Limusa.

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

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

Reese, H. W. (1961). Relationships between self-acceptance and sociometric choice, Journal of Anormal and Social Psychology, 62, 472-474.

Reusche, L. (1997). La niñez construyendo la identidad. Perú: Libro Amigo UNICEF.

Rice, P. F. (1997). Desarrollo Humano: Estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Rodríguez, E. M., Pellicer, F.G. y Domínguez, E.M. (1988). Autoestima: Clave del éxito personal. México: Manual Moderno.

Rosemberg, M. (1977). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires : Horme.

Rosetti-Ferreira, M. C. (1987). Malnutrition and mother-infant asynchrony: slow mental development. International Journal of Behavioral Development, 1, 207-219.

Rogers, C. R. (1959). Psychology: A study of a science, New York: Mc Graw Hill.

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1975). The significance of Self-Regarding Attitudes and Perceptions. The Mooseheart Symposium. New York: Mc Graw-Hill.

Rovee, C. K. & Rovee, D. T. (1969) Conjugate reinforcement of infant exploratory behavior. Journal of Experimental Child Psychology, 8 33-39.

Rubin, K. H. & Maioni, T. (1975). Play preference and its relation ship to egocentrism popularity and clasification skills in preschoolers. Merrit-Palmer Quarterly, 21 (3) 171-188

Saldaña, Carmina (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Sair, V. (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax México .

Schafer, S. (1968). Obesity and eating: Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. Science, 161. 751-756.

Schafer, S. y Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychological Review, 69: 379-99, 1962.

Secord, P., & Jourard, S. (1953). The appraisal of body cathexis and self. Journal of Consulting Psychology, 17, 343-347.

Selman, R. L. (1973). A structural analysis of the ability to take another's social perspective: Stages in the development of role-taking ability. Paper presented at the meetinh of the society for research in vchild development. Philadelphia.

Selman, R. L., & Selman, A. P. (1979). Children's ideas about friendships: A new theory. Psychology today, 13(4), 71-80, 114.

Sherif, M. y Sherif, C. (1969). Psicología Social. México: Aharla.

Schilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre la estrategia de la Psique. Buenos Aires: Paidós.

Schneider, D.J., Hastorf, A. & Ellsworth, P.C. (1982) . Percepción personal. México: Fondo Económico Interamericano

Schonfeld, W. (1969). El cuerpo y la imagen en los adolescentes. En Caplan G., Lebovici, S. Psicología Social de la Adolescencia. Buenos Aires: Páidos.

Smith, M. B. (1968). Competence and socialization. Boston: Brown and Co.

Smollar, J., & Youniss, J. (1982). Social development through friendship. In K. H. Rubin & H. S. Ross (Ed.), Peer relationships and social skills in childhood. New York: Springer-Verlag.

Striegel-Moore, R., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Psychological and Behavioral correlates of feeling fat in women. International Journal of Eating Disorders, 5, 935-947.

Stunkard, A. J., Foch, T. T., & Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. International Journal of the American Medical Association, 256(1), 51-54.

Tamayo, A. (1982). Autoconcepto, sexo y estado civil. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, (1), 58-64.

Thomas, V.G. (1989). Body- image satisfaction among black women. Journal Social Psychol, 129:107-112.

Thompson, S. K. (1975) Gender labels and early sex role development. Child Development, 46, 339-347.

Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: Assesment and Treatment. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press.

Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders and obesity. United states of American Psychological Association Washington, D.C.

Tryor, T. (1996). Diagnostic Criteria for eating disorders: DSM-IV Revisions. Psychiatric Annals, 25. (1). 45-62.

Tschirhart, L. y Donovan M. (1991). Women & Self Steem. New York: Penguin Books.

Weiner, B. (1974). Cognitive views of human motivation. New York: Academic Press.

Wells, L. E., & Marwell, G. (1976). Self-esteem: Its conceptualization and measurement. California: Sage Publication.

Whitaker, A., Davies, m., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S. Walsh, B. T., & Katikow, K. (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. Psychological Medicine, 19, 143-163.

White, B. L. and Wats J. C. (1973) Experience and environment. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

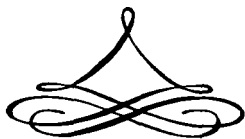
Whiting, B. B., and Whiting, J. W. M. (1975). Children of six cultures: A psychocultural analysis. Cambrige,Mass.: Harvard University Press.

Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennett, S. M., Goreczny, A. J. & Gleaves, D. H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Behavioral Assessment. 11, 433-446.

Wylie, R.C., (1974). The self-concept. University of Nebraska Press: Nebraska

Youniss, J., & Volpe, J. (1978). A relational analysis of children's friendship. In W. Damon (Ed.), Social Cognition. (pp. 1-22). San Francisco: Jossey-Bass.

AMEROS



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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

1. marca con una x en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMANO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cadera					
Muslos					
Pompas					
Cintura					

2. Creo que estoy:

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

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

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

4. Según yo, una niña atractiva es:

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

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

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

6. Me gustaría pesar:

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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

SECCION I:

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
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplida	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5
Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Agil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Peñimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Por ejemplo:

Mis manos son:

	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).

si tú crees que tus manos son	grandes	contestarás la letra	A
si piensas que son	pequeñas	marcarás la letra	E
si opinas que son	algo grandes	elegirás la letra	B (como en el ejemplo)
si crees que tus manos son	algo pequeñas	elegirás la letra	D
si tus manos no son	ni grandes ni pequeñas	responderás en la letra	C.

1. *Mi 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

2. *Mi cara es:*

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

3.3. Mi cintura es

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

4. Mi busto es

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

5. Mis muslos 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

5. Mis pompas 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

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 niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

G

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Test de Autoestima

Nombre: _____

Grupo: _____

Estos preguntas son para ayudarnos a aprender acerca de como los preadolescentes de tu edad sienten con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tu conoces tus verdaderos sentimientos. Reportame que contestes de acuerdo a como tu sientes, y no como otros piensen que deberías sentir.

1. Me gusta como soy
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
2. Estoy decepcionado(a) de mis calificaciones escolares
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
3. Soy muy torpe
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
4. Soy un miembro importante de mi familia
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
5. Me preocupo por agradar a otros
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
6. Hago la tarea todos los días
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
7. Soy una persona importante
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
8. Soy buena para leer
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
9. Me gusta la forma como me veo
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
10. Me siento bien cuando estoy con mi familia
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
11. Otros me hacen sentir que no soy bueno(a)
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
12. Digo mentiras
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
13. Me gustaría ser otra persona
() Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

14. Quisiera entender mejor las explicaciones de los maestros
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
15. Quisiera ser igual de alto(a) que otros(as) chicos(as) de mi edad
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
16. Siento ganas de irme de mi casa
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
17. Mis amigos me ponen atención cuando hablo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
18. Me molesto cuando pierdo un juego
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
19. Tengo una mala opinión de mi mismo(a)
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
20. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
21. Tengo una cara bonita
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
22. Hago enojar a mis padres
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
23. Me siento bien cuando estoy con mis amigos
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
24. Si me enoja con un(a) amigo(a) le digo groserías
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
25. Soy una persona interesante
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
26. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
27. Quisiera que mi peso fuera diferente
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
28. Soy una buen(a) hijo(a)
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
29. Me siento solo(a)
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

30. Tiendo mi cama en la mañana sin que me lo recuerden
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
31. Soy una buena persona
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
32. Me siento bien cuando estoy en la escuela
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
33. Tengo una sonrisa agradable
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
34. Mis padres tienen razón al sentirse orgullosos de mí
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
35. Quisiera tener más amigos
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
36. Hago trampa cuando quiero ganar un juego
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
37. Estoy feliz de ser como soy
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
38. Soy un(a) tonto(a) para hacer mi tarea escolar
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
39. Me siento mal por la manera como me veo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
40. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
41. Quisiera tener amigos que me quieran de verdad
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
42. Me voy a acostar en las noches sin discutir
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
43. Soy malo(a) para muchas cosas
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
44. Pienso que mis calificaciones son buenas
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca
45. Soy bueno(a) para jugar y hacer deporte
 Casi siempre Algunas veces Casi nunca

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

46. Mi familia está decepcionada de mi () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
47. Para mí es fácil hacer amigos () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
48. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que yo quiero () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
49. Me siento fracasado(a) () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
50. Me gustaría ser un(a) mejor estudiante () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
51. Me gustaría verme como otra persona () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
52. Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
53. Tengo suficientes amigos () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
54. Cepillo mis dientes después de cada comida () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
55. Estoy orgulloso(a) de mí () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
56. Soy bueno(a) en matemáticas () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
57. Tengo un cuerpo bonito () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
58. No me gusta la forma en que me comporto cuando estoy con mi familia () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
59. Soy un(a) buen(a) amigo(a) () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca
60. Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal () Casi siempre () Algunas veces () Casi nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN