

01921
99



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE
ALIMENTACION. IMAGEN CORPORAL

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
HERNANDEZ CHAVARRIA ARACELI
MORENO COTONIETO MARIA ESTELA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ - MITRE

FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

1



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.

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

NUESTRO AGRADECIMIENTO ETERNO

**A LA DRA. GILDA PÉREZ-MITRE
POR SU PACIENCIA, COMPRENSIÓN
DEDICACIÓN Y TIEMPO OTORGADO PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTA TESIS.**

**A LOS MIEMBROS DEL JURADO
POR SU ATENCIÓN PRESTADA EN LA
REVISIÓN Y APORTACIONES A ESTE
TRABAJO.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ARACELI Y MARIA ESTELA

A MIS PADRES

QUE SIN PEDIR NADA A CAMBIO ME
BRINDARON SU APOYO, Y
CONFIARON SIEMPRE EN MI.

A MI ESPOSO E HIJOS

GRACIAS POR FORMAR PARTE DE
ESTA ETAPA DE MI VIDA.
LOS QUIERO MUCHO.

A MIS HERMANOS

QUIENES CON TAN SOLO UNA
PALABRA ME HAN ALENTADO PARA
SEGUIR ADELANTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PARA MI TIO
QUIEN DESAFORTUNADAMENTE
DIOS YA NO LE PERMITIO SEGUIR
CON NOSOTROS.

A MIS SOBRINOS
POR LOS RATOS DE ALEGRIA QUE
HE TENIDO CON ELLOS.

A TODOS GRACIAS
ARACELI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTE DIA

EL AYER NO ES MAS QUE UN SUEÑO

EL MAÑANA NO ES MAS QUE UNA VISION,

PERO EL PRESENTE, BIEN VIVIDO,

HACE DE CADA AYER UN SUEÑO DE FELICIDAD Y,

DE CADA MAÑANA, UNA VISION DE ESPERANZA.

POR TANTO,

PRESTEMOS ATENCIÓN A ESTE DIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SABIDURÍA HINDU

A MIS PADRES

**POR DARME LA VIDA, POR EL AMOR
Y LA COMPRESIÓN QUE ME DAN
DIA CON DIA.**

A TODOS MIS HERMANOS

**POR ALIMENTAR MI ALMA CON SU
CARIÑO Y COMPRESIÓN.
EN ESPECIAL A TI LUPITA POR TODO
EL APOYO DESINTERESADO QUE ME
DISTE.**

A TODOS MIS SOBRINOS

**GRANDES Y CHICOS POR DEJARME
COMPARTIR SUS ALEGRÍAS
TRISTEZAS Y TRAVESURAS.
A USTEDES TODO MI AMOR Y
CARIÑO POR SIEMPRE.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**A MIS AMIGAS
LUPITA GARCIA
LUPITA CONTRERAS
GRACIAS POR SU AMISTAD.**

**A TI GUSTAVO
EL AMOR ES UNA PLANTA DE
PRIMAVERA QUE TODO LO PERFUMA
CON SU ESPERANZA.**

TE AMO.

**GRACIAS A TODOS
MARIA ESTELA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LA ALEGRÍA DE SER Y VIVIR

**ENCONTRAMOS LA ALEGRÍA DE SER Y VIVIR EN EL MOMENTO EN QUE
APRENDEMOS A APRECIAR Y DISFRUTAR... NO SOLO LO QUE LA VIDA NOS
OFRECE, SI NO TAMBIEN LO QUE NOSOTROS PODEMOS BRINDARLE.**

TANTO EN LA NATURALEZA CON:

**LAS CARICIAS BENEVOLENTES DEL SOL,
EL SONIDO ESTREPITOSO DEL MAR,
LOS MaticES VERDES DE LA PRADERA,
LA NIEVE LUMINOSA EN LAS MONTAÑAS,
EL RITMO CADENCIOSO DEL RIO,
LA TRANQUILIDAD DEL LAGO AL AMANECER,
EL SILENCIO ACOMPASADO DE LA NOCHE,**

ASI COMO EN LOS DEMAS, CON:

**LAS PALABRAS CANDIDAS DE LA MADRE,
LA REPRIMIENDA FORMATIVA DEL PADRE,
LA COMPLICIDAD SECRETA DE LOS ABUELOS,
EL HUMOR VIVAZ DEL HERMANO,
LA OBSERVACIÓN CRITICA DE LOS AMIGOS,
EL ABRAZO FUSIONANTE DEL AMANTE,
LA RISA ESPONTÁNEA DEL NIÑO,**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LA PARTIDA INESPERADA DE QUIEN SE AMA,
LA REBELIÓN DESAFIANTE DEL ADOLESCENTE,
LA CORDURA ESTABLE DEL ADULTO,
LA MIRADA SERENA DEL ANCIANO,

Y EN NOSOTROS MISMOS CON:

LA SATISFACCIÓN PLENA AL DAR,
LA CONVICCIÓN SUPREMA DE NO POSEER,
LA EXPERIENCIA GRATIFICANTE AL COMPARTIR,
LA DISOLUCIÓN PAULATINA DEL MIEDO,
EL GOCE INCOMPARABLE DE LA SOLEDAD,
EL ENCUENTRO MARAVILLOSO CON UNO MISMO,
EL APEGO ENTUSIASTA A LOS IDEALES,
EL DESEO ABSOLUTO DE APRENDER,
LA RECOMPENSA SUTIL DE LA FE,
LA BÚSQUEDA CONSTANTE DE LA VERDAD,
LA LUCHA INFINITA POR TRANSCENDER,
LA RECONCILIACIÓN AUTENTICA CON EL MUNDO,
LA COMUNICACIÓN ETERNA CON DIOS Y
LA ARMONIA TRIUNFAL DEL SER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IRENE FOHRI

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
1. Trastornos Alimentarios	5
1.1 Anorexia Nervosa	10
1.2 Bulimia Nervosa	11
1.3 Obesidad	12
1.4 Imagen Corporal	14
1.5 Adolescencia	20
CAPÍTULO II TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
2.1 Anorexia	24
2.1.1. Definición	26
2.1.2 Características	28
2.1.3 Criterios	29
2.2 Bulimia	30
2.2.1 Definición	32
2.2.2 Características	33
2.2.3 Criterios	34

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 Obesidad	35
2.3.1 Definición	37
2.3.2 Factores Desencadenantes	38
2.3.3 Clasificación	39

CAPÍTULO III IMAGEN CORPORAL

3.1 Definición	41
3.2 Satisfacción e Insatisfacción	43
3.3 Imagen Corporal	44
3.3.1 Concepto de sí mismo	44
3.3.2 Satisfacción Corporal	45
3.3.3 Satisfacción corporal y Satisfacción con Respecto a sí mismo	46
3.4 Esquema Corporal	49

CAPITULO IV ADOLESCENCIA

4.1 Etimología	52
4.2 Pubertad	54
4.3 Etapas que Antecedem a la Adolescencia	55
4.4 Adolescencia	57
4.5 Cambios Físicos de la Adolescencia	58
4.5.1 Caracteres Sexuales	59
4.5.2 Cambios Antropométricos	63
4.5.3 Nutrición y Obesidad	66

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.5.4 Imagen Corporal y la Personalidad Adolescente	67
4.5.5 Identificación con la Familia	69
CAPÍTULO V METODO	
5.1 Objetivo	72
5.2 Problema de Investigación	72
5.3 Hipótesis de Trabajo	73
5.4 Definición de Variables	74
5.5 Control de Variables	79
5.6 Muestra	79
5.7 Diseño de Investigación	79
5.7 Instrumento	80
5.8 Procedimiento	81
CAPITULO VI RESULTADOS	
6.1 Análisis de Resultados	82
6.2 Prueba de Hipótesis	94
CAPITULO VII	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	98
REFERENCIAS	
ANEXOS	
A) ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD XY	
B) ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD XX	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El presente estudio forma parte de una investigación mayor, cuyo objetivo es detectar los factores de riesgo en trastornos de la alimentación e imagen corporal.

La muestra total estuvo formada por 200 sujetos mismos que se dividieron en $N_1 = 100$ mujeres y $N_2 = 100$ hombres, todos ellos preadolescentes, de escuelas públicas.

Se aplicó el cuestionario de estudio sobre alimentación y salud en preadolescentes, que explora entre otras variables factores de riesgo en imagen corporal. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas e inferenciales.

Los resultados más importantes indicaron que las mujeres presentaron mayor insatisfacción y alteración de la imagen corporal en comparación con los hombres.

*Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastorno de la alimentación y la nutrición. Proyecto DGAPA No. IN305599.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental detectar las posibles alteraciones en la imagen corporal en relación con los hábitos alimentarios, los cuales tienen una gran importancia dentro del desarrollo del autoconcepto de sí mismo, esto se realizó con una población de estudiantes de primaria (preadolescentes) del Distrito Federal.

Tanto la medicina como la psicología han proporcionado grandes avances en cuanto a la información de los trastornos alimentarios, e incluso han brindado criterios que permitan su detección y diagnóstico, principalmente en los casos de anorexia, bulimia y obesidad.

En México se han realizado algunas investigaciones sobre este tema encaminados a la detección de factores de riesgo para la aparición de anorexia, bulimia y obesidad. Algunas de estas investigaciones se han dirigido a poblaciones de alto riesgo como son los estudiantes y profesionales de ballet, y otras han evaluado adolescentes estudiantes de preparatoria y licenciatura pertenecientes a la población en general (Gómez Pérez-Mitre 1993). Sin embargo es muy poca la información que existe en nuestro país acerca de los hábitos alimentarios que tienen los preadolescentes y adolescentes, ya que este grupo representa una etapa de la vida en la que resulta básico mantener condiciones apropiadas de salud, de igual forma la detección temprana de estos factores de riesgo, permitiendo su tratamiento, probablemente reduciría la

posibilidad de que estos individuos desarrollen síntomas más drásticos e incluso que llegarán a ameritar un diagnóstico clínico. Por la gran importancia que tiene lo antes descrito se presenta este proyecto de investigación.

El marco de referencia conceptual quedó conformado por seis apartados, que exponen principalmente la evolución que ha tenido la imagen corporal a través del tiempo sobre algunas investigaciones que sustenten lo anterior.

En el primer capítulo se habla de los antecedentes históricos de los trastornos alimentarios, imagen corporal y adolescencia.

En el siguiente apartado, se expone la perspectiva histórica de algunos trastornos alimentarios como son anorexia, bulimia nerviosa y obesidad así como también posibles criterios para su diagnóstico clínico en poblaciones no patológicas, e igualmente aportaciones realizadas por diversos autores en este campo.

En el siguiente apartado se presenta la relación que tienen entre sí la imagen corporal en los trastornos alimentarios del preadolescente con la anorexia, bulimia y obesidad.

En el siguiente capítulo la preadolescencia y adolescencia fungen como una de las principales etapas de la vida que presentan cambios físicos y psicológicos, en los cuales pueden tener alteraciones sobre la concepción de su

imagen corporal. Así también se exponen con mayor detalle, los objetivos, el planteamiento del problema e hipótesis de la investigación así como la clasificación y definición de las variables.

Finalmente en los capítulo 6 y 7 se exponen los resultados, la discusión y conclusión, respectivamente.

TESIS CON
LA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

I. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La historia de los trastornos alimentarios, se remonta a la edad media, donde el ayuno formaba parte de las prácticas de penitencia y ascéticas de los cristianos, quienes lo utilizaban como una forma de fusión con Cristo. En el siglo XVI aparecieron las doncellas "milagrosas", que en la historia de los trastornos alimentarios son el vínculo entre los ayunos medievales, en el contexto de la tradición cristiana, y la anorexia nervosa moderna en un contexto médico.

Con el paso del tiempo, la unión entre el ayuno y la religión se fue disolviendo, la profesión médica poco a poco fue resaltando la importancia patológica de los ayunos prolongados y estos, se han convertido en un proyecto al servicio del cuerpo y la persecución de un ideal estético.

Las investigaciones que se han realizado en México sobre los desórdenes alimentarios señalan un problema de gran importancia principalmente durante la adolescencia, ya que en esta etapa existen cambios en los hábitos y conductas alimentarias que pueden llegar a formar parte de los trastornos alimentación mejor conocidos como: anorexia nervosa, bulimia nervosa u obesidad.

Es evidente que estos trastornos empiezan a ser estudiados con mayor profundidad durante las dos últimas décadas, sin embargo el anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central en nuestra cultura (Toro, Salamero y Martínez, 1994).

El ideal del peso corporal y atractivo femenino ha cambiado sustancialmente en los últimos 30 años, este mismo período ha presentado un aumento en la incidencia de los trastornos alimentarios que parecen corresponder con esta persecución de la delgadez.

Ante estos aspectos de gran importancia, Gómez Pérez - Mitre, Saucedo y Unikel (en prensa), han observado que las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, demostrando con esto que la imagen corporal, con los trastornos de alimentación, no son privativos única y exclusivamente de la clase social alta y de la raza blanca, sino que se produce en mayor o menor medida en toda sociedad moderna independientemente del nivel de desarrollo que se tenga.

La alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus, el cual ha constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Contreras, 1993). Bynum (1987) establece que el comer puede y suele, revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer.

Es por eso que la conducta alimentaria, como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Sin embargo, esta conducta cobra más valor, si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano, deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; por ejemplo: psicológicos, sociales y culturales, así como también aspectos emocionales y de placer, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generador de desórdenes del comer (Gómez Pérez - Mitre 1993).

Yates, Shislak, Allender, Crago y Leeney (1992) han señalado que las dietas y el ejercicio son actividades que van de la mano en relación con la etiología de los trastornos alimentarios, y que la inversión de tiempo considerable en una de ellas suele acompañarse de la preocupación por la otra. Por lo que los trastornos alimentarios empiezan a ser estudiados con mayor profundidad durante las dos últimas décadas. Sin embargo, el anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central en nuestra cultura (Toro et al., 1994).

De acuerdo con el modelo sociocultural (Schwartz y Johnson, 1982: citado en Escobar, 1993) los trastornos alimentarios, podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Varios autores como Brownell (1981) y Friedman (1986) observan la forma en que la cultura matiza nuestras percepciones sobre el ideal del peso, la apariencia y el cuerpo. La prevalencia del ideal de ser muy delgada es particularmente real para la mujer en Estados Unidos pues desde 1960, el ideal estético ha ido creciendo constantemente, esta esbeltez supera hoy el peso recomendado como saludable.

El modelo cultural señala que la preferencia por un cuerpo delgado, impera en las grandes sociedades. Así mismo el DSM IV (1995) indica que este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

Sin embargo, Gómez Pérez - Mitre, Saucedo y Unikel (en prensa) han observado que las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, demostrando con esto que la imagen corporal, con los trastornos de alimentación, no son privativos única y exclusivamente de la clase social alta y de la raza blanca, sino que se produce en mayor o menor medida en toda sociedad moderna independientemente del nivel de desarrollo que se tenga; lo cual ha traído como consecuencia la pérdida de ideologías y de valores culturales nativos. Esto, gracias a la gran promoción que ejercen los medios de comunicación, principalmente las revistas que cobran gran difusión entre los jóvenes, y en ellas se asocia delgadez con belleza, por lo tanto los adolescentes establecen un falso prototipo de la imagen corporal, a la que

hacen hincapié principalmente las mujeres que frecuentemente se someten a programas de reducción de peso.

Las creencias irracionales de las mujeres que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el inflingirse a sí mismas estados de inanición como en el caso de la anorexia, o auto torturarse como lo hacen las bulímicas, son conductas que tienen un elemento en común: ser delgada.

Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia y bulimia nervosa. Los trastornos alimentarios se han convertido en los trastornos mentales favoritos de las culturas de opulencia (Brumbergm 1988).

Por lo tanto, es posible conceptualizar que los trastornos de la conducta alimentaria se presentan como un fenómeno originado por el miedo a la obesidad, ya que diversos factores familiares han sido vinculados con el desarrollo y curso de los trastornos alimentarios. Sin embargo, éstos han sido identificados de manera global y aún no se ha detectado cuáles de ellos son los de mayor peso para la aparición y mantenimiento de dichas alteraciones (Cortina 1996).

En un estudio realizado por Gómez Pérez - Mitre (1995 a) sobre la satisfacción /insatisfacción de la imagen corporal, establece que la presencia

de actitudes distorsionadas hacia el peso y la figura, pueden ser predictores del desarrollo de un trastorno más grave en la conducta alimentaria, ya que se plantea la posibilidad que durante la adolescencia, con los diferentes cambios a los que se enfrentan, exista una imagen corporal distorsionada, contribuyendo así al desarrollo de los trastornos de la alimentación.

Actualmente se puede considerar que los trastornos de la conducta alimentaria ocurren no sólo en los adolescentes, sino en personas con toda clase de historia de peso. Por lo tanto las personas que sufren de algún trastorno en la conducta alimentaria tienen tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y bulimia nervosa o de bulimia u obesidad.

1.1 ANOREXIA NERVOSA

La anorexia es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos y de la conducta (Bruchon - Schweitzer, 1992), se caracteriza por una gran preocupación por la imagen corporal y un intenso deseo de adelgazar, en ocasiones hasta el punto de llegar a la inanición.

Dentro del desarrollo de la anorexia nervosa están implicados factores diferentes como son biológicos, sociales y psicológicos. En cuanto a los síntomas de pendientes de la cultura, la edad y el sexo, la anorexia nerviosa

parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relacionan estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

Por otro lado, se puede decir que la edad promedio de inicio de la anorexia es de 17 años aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y a los 18 años de edad.

1.2 BULIMIA NERVOSA

Las primeras investigaciones de bulimia aparecieron en la literatura con Russell (1979), utilizó la expresión bulimia nerviosa para describir a un grupo de pacientes que presentaban una necesidad de comer mas allá de la saciedad, vomitar y utilizar laxantes tras su ingesta para disminuir el malestar que esto les provocaba.

La conducta de comer exageradamente nos recuerda la historia de la antigua Roma y sus festines, que ha sido evocado por la pintura, el cine, la literatura y otras artes, se sabe que los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repartían y enguñaban los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos y vomitar, de esta manera reiniciar su glotonería (Fisher, 1986).

En 1978 Boskind - Whit, acuñaron el termino "bulimarexia", caracterizado por episodios alternados de alimentación y dieta estricta, que van acompañados de baja autoestima, desvalorización de la imagen corporal y miedo al rechazo de las relaciones interpersonales (Sherman, Halmi y Zamudio, 1975).

Este desorden comienza regularmente durante la adolescencia o la adultez temprana, sobre todo cuando existe un interés por la apariencia y el atractivo y es más común que se manifieste en las mujeres.

1.3 OBESIDAD

La obesidad o el exceso de peso es un problema de salud que afecta en mayor o menor medida a una gran parte de la población mundial occidental, esta prevalencia es mayor cuando más avanza la edad y sobre todo cuando más baja es la clase social (Sturnkad, Acquili y Fox, 1972).

El grado de obesidad suele estimarse calculando el peso de un individuo y que exceda de la norma establecida para su altura. Curiosamente el problema no ha disminuido en los últimos años sino que cada vez aumenta más (Brounell, 1981). Esto podría deberse más a un incremento en la toma de conciencia acerca de la gravedad del problema, que a un aumento real del sobre peso en la población. La experiencia clínica demuestra que la obesidad es una condición heterogénea y multifactorial en cuya aparición están implicados numerosos

factores etiológicos entre los que la herencia y el medio ambiente juegan un papel importante (Bray, 1990).

La obesidad puede iniciarse durante la infancia, la adolescencia o la edad adulta. La cantidad de grasa corporal se incrementa también con el paso de la edad y puede llegar a ser un trastorno crónico y progresivo.

Como se ha dicho, diversas causas pueden originar obesidad probablemente la más frecuente es la ingesta excesiva de alimento ya que cerca del 10% de los sujetos obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome de sobrealimentación que tiene una fase emocional que se caracteriza por anorexia en la mañana e hiperfagia con insomnio por la tarde o noche, y al parecer las tensiones de la vida cotidiana precipitan esta conducta. Por lo tanto, la obesidad es una enfermedad, que se debe principalmente a la hiperfagia, es decir a la ingesta excesiva de alimento, como una reacción a acontecimientos estresantes.

En el continuo contacto y convivencia con los adolescentes se ha podido observar que la obesidad es causa de alteraciones psicológicas. El adolescente obeso se siente muy sensibilizado acerca de su aspecto, esto desencadena una falta de confianza en si mismo, haciendo que su autoestima se minimice (Colmeneros, 1996).

1.4 IMAGEN CORPORAL.

En el transcurso del tiempo, la concepción de lo que es esquema e imagen corporal, ha sufrido múltiples cambios en cuanto a la manera de como se definen. El primero es común a la especie que pertenece, mientras que la imagen corporal es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia, es la síntesis viva de las experiencias emocionales repetidamente vividas a través de las sensaciones actuales (Dolto, 1986).

Ante esto, Fallón y Rozin (1985) mencionan que en la Grecia clásica constituyó una regla mayoritaria subrayar el atractivo corporal masculino. El cuerpo varonil fue objeto de admiración pública y considerado más atractivo que el femenino, posiblemente porque el concepto de lo bello referido al cuerpo, incluía lo saludable, estar en forma e incluso las cualidades internas se atribuían más al varón. Mientras que en la Roma antigua se discrepó un poco de la Grecia clásica en una parte de sus criterios estéticos corporales, los romanos estaban más interesados por las peculiaridades, rarezas de rostros y personas.

Por otro lado, en la Edad Media la figura femenina constituyó el patrón dominante, el cuerpo femenino había de notar corpulencia y el vientre de la mujer debía ser ostensiblemente redondeado, como símbolo de su fertilidad. Este hecho debe entenderse en un contexto social en el que engordar era, no sólo un signo de riqueza sino también de salud (Contreras, 1993).

La consideración subjetiva y social que el cuerpo ha merecido a los humanos, a lo largo de los tiempos, es vital. La imagen corporal es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones preceptuales, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de las experiencias siendo la mayoría de las veces, una representación evaluativa (Bruchon - Schweitzer 1992).

Durante los siglos XV al XVIII, la mujer gruesa proseguía impregnando su imagen social, el papel maternal cobró incluso más importancia que en épocas anteriores. La mujer gruesa, incluso gorda, era considerada erótica y elegante, la mujer hermosa era una matrona rolliza dotada de senos llenos, alimenticios (Fallón y Rozin, 1985).

Mientras que, a partir del siglo XIX, empieza a establecerse la noción de que un paladar refinado es incompatible con una cantidad excesiva de comida, esta civilización del apetito y la imagen del cuerpo ideal también experimentaba relevantes transformaciones.

El cuerpo delgado iniciaba la sustitución del redondeado como modelo a seguir entre las clases superiores, especialmente entre las mujeres. La delgadez no sólo era coherente con la gastronomía antes descrita, sino que también fue convirtiéndose en otro medio de distinguirse de las clases inferiores (Vandereycken y Meerman 1984).

Durante los años veinte, se inicia con toda claridad la idealización de la delgadez. La preocupación por el peso y la imagen corporal se extiende especialmente entre las mujeres. En la actualidad ha alcanzado proporciones tales, que es un fenómeno que puede considerarse como una parte normal de la experiencia femenina (Silverstein, Perdure, y Peterson 1986).

Es por eso que en la adolescencia, el panorama todavía es más paradójico. En 1989, se determinó que el 20% de las muchachas adolescentes con infrapeso estaban siguiendo dietas adelgazantes, dado a la preocupación por el cuerpo y sus dimensiones corporales, se puede decir en muchas de las veces estos hábitos son introyectados por la misma familia.

Esta transmisión de costumbres y valores alimentarios y estéticos aumentan cuando las madres de los niños en cuestión han padecido o padecen trastornos en el comportamiento alimentario, especialmente cuando cuentan con una historia relevante de dietas adelgazantes (Garner, Olmsted y Garfinkel, 1982).

La imagen que presenta el cuerpo humano se ha asociado con la forma corporal de un sujeto con diferentes tipos de personalidades. Los trabajos psicológicos muestran que la adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre múltiples estructuras, como son: visuales, cenestésicas y cognoscitivas (noción del esquema corporal). Esta imagen es representativa, figurativa y finalmente operativa, según Piaget (1960).

El desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir al propio cuerpo como único, diferente de los otros “ y como propio”, lo que corresponde también a la aprensión de si mismo como “ objeto y sujeto”. Sin embargo, la imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la edad, el dolor, el placer y la atención (Rosenbaum, 1979 en Gómez Pérez - Mitre , en prensa).

Otras experiencias que producen variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son: a) las originadas por cambios biológicos, b) las relacionadas con cambios psicológicos (como el desarrollo cognoscitivos), c) las que se dan en el contexto social y el entorno cultural, como la etapa de la vida y clase social (Gómez Pérez - Mitre, 1997).

Del mismo modo, la imagen corporal se considera un concepto multifactorial que incluye algunos aspectos que han sido estudiados como son: la alteración de la imagen corporal, la satisfacción e insatisfacción corporal las cuales se refieren a la percepción evaluativa y auto-actitudinal globalmente favorable o desfavorable con respecto al propio cuerpo (Rodríguez -Tome, 1972).

Para Dolto (1986) el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana y por el contrario, la imagen del cuerpo es propia de cada uno, está ligada al sujeto y a su historia. La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales y agrega que gracias a

la imagen que tenemos del propio cuerpo, portada y entrecruzada con el esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro.

Por otro lado Garner y Garfinkel (1980) sugirieron que la imagen corporal, es una estructura multidimensional la cual tiene dos dimensiones básicas (la distorsión perceptual e insatisfacción corporal). Mientras que Gómez Pérez - Mitre (1995) señala que la satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal es el resultado de una auto percepción subjetiva (placer y displacer) del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distinción de la imagen corporal como al mayor o menor alejamiento del peso real y el imaginario, siendo el peso imaginario un patrón de respuestas auto perceptivas, actitudinales y de juicios auto valorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y la estimación es el propio cuerpo.

Entonces se entiende que la alteración de la imagen corporal se presenta como una sobre estimación o subestimación de la figura corporal, y la satisfacción o insatisfacción que se da en relación al nivel o grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal. Algo importante es que, en general, los individuos perciben muy inexactamente la forma real de su cuerpo, es decir, no existe correlación entre la percepción de la forma corporal y la forma corporal que realmente tiene.

Estos componentes (alteración y satisfacción corporal) son el resultado de: a) condiciones sociales; b) variables individuales más o menos objetivas, como peso, tamaño o forma real del cuerpo; c) variables psicológicas subjetivas, como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño y el peso y la forma descada y, d) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social (Bruchon, Schweitzer, 1992; en Gómez Pérez - Mitre, 1993).

La satisfacción corporal es señalada como un buen predictor de la autoestima, es decir, los sujetos con una satisfacción corporal elevada tenderán a estimarse favorablemente, de acuerdo con la escala Janis (Kernalguen y Conrad, 1980, citados en Bruchon - Schweitzer, 1992).

Actualmente se considera que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de las experiencias, reales o fantasiosas que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y de la percatación cada vez mayor de las expectativas culturales.

A este respecto, los niños que se encuentran expuestos a los ideales de belleza, delgadez y moda que promueve el mundo adulto mediante la televisión y otros medios de comunicación, e incluso, mediante el juego infantil se mantienen e inculcan estos ideales (formándose así estereotipos de belleza) (Brownell y Napolitano, 1995 en Gómez Pérez Mitre, 1997).



Se ha investigado que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los seis y nueve años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que puede inferirse que en edades tan cortas ya han adquirido las normas culturales de los adultos sobre lo que es ser atractivo (Bruchon, Schwitzer 1992; Gill, 1992, en Gómez Pérez - Mitre, 1997).

Del mismo modo, si una familia sobrevalora el cuerpo hermoso y los buenos músculos, para el niño será difícil aceptar cualquier cambio en la configuración ideal del cuerpo (Schonfeld, 1966 en Grinder, 1987).

1.5 ADOLESCENCIA

En la década de los sesentas, un tema ha obtenido vasta consideración en la literatura dedicada al análisis de las características de nuestro tiempo. Ese tema es el de la cuestión adolescente a la cual también suele identificarse con la irrupción general de la juventud en la escena de la vida contemporánea. Este grupo de población cuya edad oscila entre los 13 y los 19 años, conforma hoy una de las fuerzas sociales más notorias de nuestra sociedad.

En ese tiempo empleó la expresión para aludir, inicialmente, al fenómeno del surgimiento de un nuevo tipo de público que, en especial, se identificaba con ciertos "ídolos" de la canción popular quizá Elvis Presley haya sido el arquetipo de los mismos y un precursor del fenómeno.

En esa misma década la "beatlemania" se expandió vertiginosamente desde Liverpool e Inglaterra a todos los continentes. A la vez, el tan denigrado, poco comprendido y finalmente asimilado comercialmente hecho de la "Generación Hippie" terminó por demostrar al menos para los espíritus atentos a los latidos de la vida social, que no se trataba de una moda pasajera ni ceñida exclusivamente al campo musical.

Por el contrario, en cierto modo existían allí manifestaciones de una sensibilidad distinta.

De alguna manera, esta sensibilidad no era exclusiva de los adolescentes sino general de la población joven, aunque tuviera en aquellos probablemente su difusión mayoritaria. Se mostraba así un cierto distanciamiento con los valores y normas de los adultos y de la sociedad en su conjunto. Se expresaban otras necesidades, otras aspiraciones, pese a que pueden ser difusas e incluso ambiguas. En México, las manifestaciones del fenómeno tuvieron menor alcance y características ampliamente diferentes; Sin embargo, de todos modos se asistió a un cierto cambio en muchas formas tradicionales de vida. Por ello se puede decir que así como se han visto apoyados los adolescentes por diferentes tipos de modas, también se encuentran influenciados a los ideales de belleza y delgadez moda que promueve el mundo adulto mediante la televisión y otros medios de comunicación.

De hecho, se ha encontrado que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que puede inferirse que en edades tan cortas ya han adquirido las normas culturales o estereotipos de los adultos sobre lo que es ser atractivo (Bruchon, 1992; Gómez Pérez-Mitré, en prensa).

En consecuencia, si una familia sobrevalora el cuerpo hermoso y los buenos músculos, para el niño será difícil aceptar cualquier desviación de la configuración ideal del cuerpo (Schonfeld, 1966 en Grinder, 1987).

La adolescencia es un proceso evolutivo cambiante común a todo ser humano, que se anuncia en la etapa puberal llamada también adolescencia temprana o preadolescencia, en la que comienzan a aparecer los signos sexuales secundarios (entre los 10 y los 12 años), continúa con la adolescencia media en la que los cambios puberales ya se encuentran establecidos (de los 13 a los 15 años) y termina en la adolescencia final, que puede ir desde los 16 hasta los 18 -20 años de edad, según sea el momento en el que el adolescente se inserta en el mundo y vida social del adulto (Martínez y Martínez, 1996).

El adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, al ostracismo y al rechazo del otro sexo. Es importante reconocer cómo los medios de comunicación contribuyen a la manifestación actitudinal y a la glorificación del cuerpo ideal, la imagen corporal, en general, es más importante para las niñas que para los niños;

la sociedad concede más relevancia a la forma femenina que la masculina., por lo que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Kurstz, 1970, Grinder, 1987; en Bruchon - Schweitzer 1992).

A este respecto, la influencia de los cambios biológicos de la pubertad puede resultar estresante y origina cambios en la imagen corporal Fernández, (1991) establece que el ritmo del crecimiento y el desarrollo puberal puede cambiar de un adolescente a otro, y estas desigualdades en el desarrollo físico se reflejan de un modo diferente en el desarrollo mental, psicológico y comportamental.

Entonces se puede decir que la adolescencia es uno de los periodos de la vida más significativos en el crecimiento y maduración del ser humano, pues este es un período de transición y enlace entre la infancia y la condición adulta. Esta etapa marca un aumento de crecimiento adolescente, en el que todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo toman parte, lo que se refleja en los valores de la talla, peso y la superficie corporal así como en los diámetros, perímetros y relación de segmentos.

CAPÍTULO II

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

2.1 ANOREXIA

Richard Morton (1689, citado por Gordon, 1990) es identificado generalmente como el autor de la primera descripción de lo que él llamó "phtisis nervosa." Morton describió el síntoma principal de la anorexia nervosa como " un deseo de apetito" y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza.

En 1987, Kaplan propuso que la anorexia presentaba un esfuerzo femenino para alcanzar la perfección, un intento desesperado por lograr un sentido de identidad personal y una necesidad de tomar posesión del cuerpo y de la mente propios para convertirse en un sí mismo autónomo.

En la actualidad, la mayoría de los investigadores coinciden en que la anorexia nervosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias de este periodo, particularmente, la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad (Mendoza, 1996).

La anorexia nervosa es una grave enfermedad con una tasa de mortalidad sustancial, que es vista frecuentemente en mujeres adolescentes, pero también en mujeres finalizando los 20 y 30 años. Además, es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos o de la conducta y psicológicos que se caracteriza por miedo a la gordura y búsqueda de la delgadez, típicamente se inicia en la adolescencia, pero la edad de inanición puede estar en cualquier punto entre los 10 y 30 años (Goldman 1996).

Los individuos que tienen anorexia nervosa pueden llegar a extremos increíbles con objeto de perder peso. Empiezan por reducir drásticamente su ingestión calórica, evitando por completo los alimentos ricos en carbohidratos y que contienen grasas, hacen ejercicio de manera incesante; así mismo, estas personas pueden abusar del consumo de comprimidos diuréticos (Bruch 1962).

La anorexia nervosa se acompaña a menudo de síntomas depresivos, que incluyen humor disfórico, crisis de llanto, trastornos de sueño y, ocasionalmente conducta suicida; es también característico el poco amor propio, y muchas personas señalan que la delgadez y la capacidad para perder peso son las únicas cosas que les gustan de sí mismos (Brotman, Rigotti y Herzog 1985).

Freud, en 1895, hizo algunos señalamientos acerca de este padecimiento y aunque no logró resolver el enigma de la anorexia, realizó importantes aportaciones para su comprensión. Su teoría de la anorexia la presentó a partir del caso de Emmy Vonn, en el que denominó a la enfermedad como una cierta forma de abulia. Acerca de ello dijo que la enferma se niega a comer no porque los alimentos le disgusten, sino porque el comer se encuentra ligado a recuerdos repugnantes de su infancia. Y agrega que la anorexia aparece como una forma de melancolía en los adolescentes, en quienes su sexualidad está aún inconclusa.

2.1.1 DEFINICION DE ANOREXIA

La anorexia nervosa es un trastorno complejo que se manifiesta por cambios fisiológicos y de la conducta, se caracteriza por una gran preocupación por la imagen corporal y un intenso deseo de adelgazar, en ocasiones hasta al punto de llegar a la inanición (Bruch 1962).

Bruch (1962) conceptualizó a la anorexia nervosa como el conjunto de síntomas clínicos y datos psicodinámicos que tienen que ver en los campos perceptual y conceptual así como en las distorsiones de la imagen corporal.

La anorexia nervosa es un desorden propio del desarrollo de la adolescencia que resulta de la falta de habilidad para afrontar las demandas propias de este periodo, particularmente, la necesidad de definir la identidad y el sentido de la propia capacidad (Mendoza, 1996).

Esta inanición también tiene como consecuencia la amenorrea, lo que refleja bajos niveles hormonales. Sin embargo, algunas pacientes anoréxicas dejan de menstruar antes de que se observe una pérdida significativa de peso. Por otro lado, dentro de los factores sociales se encuentra que los pacientes anoréxicos ven reforzados sus conductas en el énfasis que pone la sociedad sobre la delgadez y el ejercicio (DSM IV).

La anorexia nervosa es pues: “ un trastorno o enfermedad que afecta esencialmente a las mujeres adolescentes y jóvenes occidentales, pertenecientes a núcleos socioeconómicos medios y medios altos” (Mendoza, 1996: 84). El inicio de ésta tiene que ver con la ingestión de alimentos y el comienzo de una dieta restrictiva. Es por eso que durante la etapa de la pubertad principalmente, su proceso se intensifica ya que los adolescentes no pueden aceptar los cambios corporales propios de la etapa en la cual están, y que indican maduración, adquisición de rasgos sexuales. Ante este cambio que no le es posible aceptar, busca la forma de superar esta impotencia que es mediante negarse a comer (Toro y Vilardell 1987).

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (CIE 10, 1992). Se trata de una inanición voluntaria en donde se pierde del 15 % en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

2.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA ANOREXIA

Las características esenciales de la anorexia nervosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, existe un miedo intenso a ganar peso corporal y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia sufren de amenorrea, además hay una considerable pérdida de peso, y presentan síntomas en el estado de ánimo como puede ser depresión, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. La mayoría de las personas con anorexia nervosa están ocupadas con pensamientos relacionados con la comida, y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos (DSM IV).

2.1.3 CRITERIOS DE ANOREXIA NERVOSA ESTABLECIDOS EN EL DSM IV

Criterio A:

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo para su edad y su talla por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado.

Criterio B:

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, su miedo va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C:

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan preocupadas, por que algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas.

Criterio D:

La amenorrea generalmente, es consecuencia de la pérdida de peso, pero una minoría de casos la padece.

Finalmente, se puede decir que la edad promedio de inicio de la anorexia nervosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y a los 18 años. Es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años.

2.2 BULIMIA

Las primeras investigaciones de bulimia aparecieron en la literatura en 1983 Russell, (1979) utilizó la expresión bulimia nervosa para describir a un grupo de pacientes que presentan una necesidad de comer más allá de la saciedad, vomitar y utilizar laxantes tras sus ingestas para disminuir el malestar que esto les provoca.

Por lo que los resultados lamentables de la bulimia no son de aislamiento social y falta de habilidad para concentrarse y funcionar adecuadamente. También hay deficiencias nutricionales y físicas, por lo que finalmente los episodios frecuentes de sobrealimentación y vómito en el bulímico pueden llevar a una severa pérdida de peso. Y si la pérdida de este es mayor al 25 % del peso inicial, ocurre el cese de los periodos menstruales.

La bulimia ha sido fuertemente asociada con la carencia de afecto paterno, con estilos afectivos negativos, hostilidad y patrones desajustados de interacción familiar impulsividad paterna y obesidad familiar. La bulimia se cree asociada a una deficiente autosuficiencia y autorregulación proveniente de un medio ambiente familiar inadecuado y adverso (Saucedo, 1997).

La descripción de Wulff, en 1932 (citado en Will 1983), de bulimia nervosa se considera la primera en la historia. Para él, esta enfermedad era un síndrome entre la melancolía, y la adicción. Mientras que Stein y Laakso en 1988, nos dice que la bulimia ha llamado la atención recientemente.

Debido al incremento de casos, por lo que no se debe tomar como un concepto nuevo ya que esta enfermedad existía desde siglos atrás, la cual se definía como una afección crónica en la cual se presentaban desvanecimientos y/o vómito después de la ingesta de una gran cantidad de alimentos.

Actualmente se reportan que existen más casos de bulimia nervosa que de anorexia, pero ambas se han incrementado en los últimos años presentan importantes índices de mortalidad y recaída.

2.2.1 DEFINICION DE BULIMIA.

La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de la comida (CIE 10, 1992).

La bulimia al igual que la anorexia nervosa representan un severo temor prácticamente una fobia, al sobrepeso (Pérez - Mitre 1993).

Tomando en cuenta lo antes mencionado, la bulimia se ha definido como un deseo anormal por la comida que resulta de una ingestión excesiva e incontrolable, seguida de vómito auto-inducido después de los episodios de atracón. La comida que consumen las personas con este padecimiento por lo común es de un alto contenido calórico y alto nivel de carbohidratos. Regularmente el consumo es tan rápido que la persona difícilmente mastica el alimento, llegando a sentirse culpable o bien, temeroso de convertirse en una persona obesa (Gross 1982).

Para Spitzer (1993), la bulimia es la ingestión episódica incontrolada de grandes cantidades de alimento, que se manifiesta durante un periodo breve. Esta ingestión se produce en ocasiones cuando hay sentimientos de ánimo especialmente depresivos, en los cuales el enfermo se siente triste, solitario, vacío y aislado; o bien por estados de ansiedad.

Esto suelen aliviarse durante los atracones, pero los individuos informan de manera típica la reaparición del estado de ánimo deprimido, con autocrítica y sentimientos de culpa.

Se define atracón al consumo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían en un período corto, los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan, aunque no siempre, por una rápida ingesta de comida (DSM IV).

2.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA BULIMIA

La bulimia nervosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nervosa y de la bulimia nervosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal. En las mujeres con bulimia se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; aunque no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutricional o estrés emocional.

La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje, esto de acuerdo con las investigaciones clínicas que se han llevado acabo (DSM IV).

2.2.3. CRITERIOS DE LA BULIMIA NERVOSA SEGÚN EL DSM IV.

Criterio A:

Presencia de atracones recurrentes, es decir, ingesta de alimento en corto periodo (dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias.

Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

Criterio B:

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

Criterio C:

Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos en un promedio de dos veces por semana durante un periodo de tres meses.

Criterio D:

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

2.3 OBESIDAD

Anteriormente, la obesidad era una señal de salud y una buena situación económica de la persona, e incluso un atributo de belleza; todavía existen sociedades en las que la obesidad es una cualidad. No obstante, para las sociedades occidentales en donde es un serio problema de salud e imagen (Ramos 1995).

La obesidad o exceso de peso es un problema de salud que afecta en mayor o menor medida a una gran parte de la población mundial occidental . Esta prevalencia es mayor cuando más avanza la edad y, sobre todo, cuando más baja es la clase social (Sturnkard, Acquili y Fox 1972).

Curiosamente, el problema no ha disminuido en los últimos años sino que cada vez aumenta (Brownell , 1981). Sin embargo, esto podría deberse más a un incremento en la toma de conciencia acerca de la gravedad del problema, que a un aumento real de sobrepeso en la población. Efectivamente en los últimos 10 años se ha dado a conocer, a través de los medios de comunicación, los riesgos que se pueden tener por el exceso de peso para la salud.

La experiencia clínica demuestra que la obesidad es una condición heterogénea y multifactorial en cuya aparición están implicados numerosos factores etiológicos entre los que la herencia y el medio ambiente juegan un papel importante (Bray, 1990).

Muchos obesos tienden a comer como reacción a alteraciones emocionales como sensaciones de ansiedad, miedo, soledad, aburrimiento o ira es por eso que tienden a masticar menos y a comer con mayor rapidez que las otras personas, aunque en ocasiones estas personas están influenciadas de manera poderosa por las conductas alimentarias de quienes les rodean. Por lo tanto, algunos de los conceptos emocionales que se atribuyen tradicionalmente a los obesos quizá no sean consecuencia de sus intentos por perder peso mediante la dieta, sino una causa de su estado de ánimo. En contraste, la imagen jovial que proyectan algunos obesos puede ser una defensa psicológica para lograr una aceptación de los demás (Goldman, 1966).

2.3.1 DEFINICIÓN DE OBESIDAD

La obesidad se ha definido, por sus características fisiológicas como el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso que afecta la salud y sobrevida de las personas (Chaves, 1967).

El término obesidad es una denominación descriptiva para indicar la existencia de exceso de grasa corporal, que sobrepase el 20% del peso ideal corporal. Es también un síndrome clínico que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo en el conjunto del peso corporal (Miller, 1995).

La obesidad es un aumento del tejido corporal, a expensas del tejido adiposo, es decir, incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de un aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud de las personas (Hirsch, 1978).

La obesidad puede iniciarse durante la infancia, la adolescencia o la edad adulta. La cantidad de grasa corporal se incrementa también con el paso de la edad y puede llegar a ser un trastorno crónico y progresivo. Por lo tanto, la obesidad es una enfermedad, que se debe principalmente a la hiperfagia, es decir a la ingesta excesiva de alimento, como una reacción a acontecimientos estresantes, ya que cerca del 10% de los sujetos obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome

de sobrealimentación que tiene una base emocional que se caracteriza por anorexia en la mañana, e hiperfagia con insomnio por la tarde y noche. Al parecer las tensiones la vida cotidiana precipitan esta conducta.

Tomando en cuenta lo antes descrito se ha podido observar que la obesidad es causa de alteraciones psicológicas en el adolescente obeso. Éste se siente muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadena una falta de confianza en sí mismo, haciendo que su autoestima se minimice (Colmeneros, 1996).

2.3.2 FACTORES DESENCADENANTES EN LA OBESIDAD.

Pueden ser fisiológicos como: el inicio de la menarca, la menopausia, el embarazo, algunas enfermedades o el estar mucho tiempo convaleciente en cama. Otras causas podrían ser intervenciones quirúrgicas y tratamientos farmacológicos inadecuados; los factores psicológicos incluirían: la llegada de un nuevo miembro a la familia, el matrimonio, el ingresar a la escuela, la muerte de un ser querido o situaciones que produzcan tensión.

Tradicionalmente, la mayor preocupación nutricional en la infancia ha sido el problema de la desnutrición. La obesidad infantil como problema de salud pública es un fenómeno relativamente reciente y está relacionada con el conocimiento de que la obesidad en la infancia constituye un factor de

riesgo de obesidad en la adultez, que se asocia con alteraciones metabólicas (intolerancia a la glucosa e hipertensión). Esto constituye un factor de riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular en la vida adulta (Van Loan, 1990).

2.3.3 CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa: la primera distingue dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica y la obesidad hiperplásica. La hipertrófica se caracteriza porque aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. La obesidad hiperplásica se caracteriza por un aumento del número de las células adiposas que pueden acompañarse o no de un mayor contenido lipídico. El primer tipo de obesidad se desarrolla más frecuentemente en la edad adulta, mientras que el segundo aparece más frecuente en la infancia (Hirsch, 1978).

Desde el punto de vista clínico-anatómico algunos autores describen dos tipos distintos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo

tipo manzana la cual es característico de los hombres y se denomina obesidad androide, y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior tipo gineico, la cual es mas característica de las mujeres (Vague, Tramoní y Vialettes 1980).

En función de la edad de comienzo de la obesidad, se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil que se inicia en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia. En función del grado de obesidad, Stunkard (1984) ha clasificado la obesidad en tres categorías: 1) leve, que corresponde del 120 al 140% del peso ideal; 2) moderada que va del 141 al 200% del peso ideal; y 3) grave o severa cuando el peso excede el 200% del peso ideal.

CAPITULO III

IMAGEN CORPORAL

3.1 DEFINICIÓN

La imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo real e imaginario (Schonfeld 1969).

Frazier y Carr (1976 Citado en Unikel, 1998), señalan que la imagen corporal se refiere al modo en que se siente y evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo así como las que provienen de la parte interna del organismo.

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

De acuerdo con Dolto (1986), la imagen del cuerpo es propia de cada persona, está ligada al sujeto y a su historia, es la síntesis viva de las experiencias emocionales interhumanas, repetidamente vividas a través de las sensaciones erógenas, arcaicas o actuales y es eminentemente inconsciente.

La imagen corporal surge de la interacción social, como producto de la experiencia real y fantasiosa, proviene, en parte, del propio desarrollo físico y del resalte que las otras personas dan a los atributos físicos y a las presiones culturales (Grindler, 1987).

La imagen corporal ha sido definida por Bruch (1962) y Hsu (1982 Citados en Davis, Williamson, Gerenczny y Bennet, 1989), como la fotografía mental y/o la actitud que tiene un individuo de la apariencia física que tiene de su cuerpo.

Bruchon, Schweitzer (1992 Citado por Gómez Pérez - Mitre, 1995), llama imagen corporal a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones preceptuales, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diferentes experiencias, siendo la mayoría de la veces una representación evaluativa.

De acuerdo con Gómez Pérez - Mitre (1995), imagen corporal se refiere a una presentación psicosocial, es como una fotografía dinámica en movimiento, producto de una elaboración que finalmente tiene muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

3.2 SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN

El concepto de imagen corporal, implica juicios evaluativos sobre todo en la adolescencia, en donde se da especial interés al cuerpo, lo que puede aportarle seguridad, logrando un mejor desenvolvimiento en sus diferentes actos ante la sociedad.

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibido por el individuo (Williamson , Davis, Bennet y Goreczny 1989, citados en Estrada y Zuñiga, 1997).

Para Secord y Jourard (1953), la satisfacción corporal predice con bastante fuerza la satisfacción con respecto a sí mismo en uno y otro sexo, pero no se puede afirmar completamente que esta relación sea de sentido único, ya que la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo.

Davies (1984), realizó un estudio reportando que las mujeres ectomorfas tienen puntuaciones de satisfacción corporal más alto que las endomorfas. Es decir, que cuanto más aumenta la distancia entre la forma percibida y la forma ideal, más crece la insatisfacción (Citado en Bruchon- Schweitzer 1992).

Gómez Pérez - Mitre (1997) menciona que, entre las variables catalogadas como factores de riesgo de los desórdenes del comer que se encuentran asociados con la imagen corporal se deben señalar la distorsión de la imagen corporal, la sobreestimación /subestimación y la satisfacción/insatisfacción, lo cual se refiere al nivel o grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal. Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente perceptuales, evaluativas y autoactitudinales.

La insatisfacción con la imagen corporal también puede entenderse como el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionado, esto es más o menos alejado de la realidad (discrepancia entre estimaciones del tamaño corporal real y estimaciones del tamaño corporal ideal) (Gómez Pérez - Mitre, 1995).

3.3 IMAGEN CORPORAL Y EL CONCEPTO DE SÍ MISMO.

3.3.1 CONCEPTO DE SÍ MISMO.

Oñate (1989) menciona que el yo, como instancia cognoscitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa, es algo diferente del mí, es decir como algo conocido o contenido de experiencia; mientras que el yo es lo que llamamos autoconcepto y sobre el que trabajamos, y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser.

Ausbel (1982, Citado en Oñate, 1989), define el autoconcepto como la combinación de tres elementos en cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recursos personales.

Mientras que Hemacheck (1981) plantea que el autoconcepto es la introyección del yo; y la autoestima es la parte afectiva del mismo. González (1989), por su parte, señala que la autoestima es determinada por factores que están en transición con la apariencia física, la imagen corporal, la edad y el grado educativo.

3.3.2 SATISFACCIÓN CORPORAL Y PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO.

La apariencia del cuerpo, tal como es percibida por los otros, tiene un impacto marcado sobre las expectativas, las percepciones e incluso las conductas afectivas de los demás, y se ha establecido que la actividad organizadora propia del individuo (perceptivo - cognoscitiva, afectivo - motivacional) desempeña un papel moderador entre la percepción de sí y las percepciones sociales, entre las conductas afectivas y los refuerzos sociales recibidos.

En lo que se refiere al cuerpo subjetivo, parece ser que la satisfacción corporal es la que constituye la dimensión evaluativa predominante percibida de un cuerpo amado y aceptado, conforme o no con unas normas

ideales y del que se obtiene placer o sufrimiento, la variable moderadora más importante que modula las relaciones entre unas realidades externas objetivas (cuerpo real), y unas relaciones internas totalmente subjetivas (percepción de sí mismo).

3.3.3 SATISFACCIÓN CORPORAL Y SATISFACCIÓN CON RESPECTO A SÍ MISMO

La satisfacción corporal predice la aceptación con respecto a sí mismo en uno y otro sexo. Aunque autores como Berscheid, Walster y Bohrnstedt (Citados en Aguilar y Rodríguez, 1997), no lo hayan verificado explícitamente, la satisfacción corporal parece depender aquí de la distancia entre realidad e idealidad. Los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.

La imagen corporal debe entenderse como una categoría psicosocial estructurada cognoscitiva, afectiva o emocionalmente evaluada, que tiene relación con el concepto del self; es decir, que forma parte integral y del que se separa sólo para propósitos didácticos o bien para efectos de simplificación expositiva. De acuerdo Hamachek (1981 Citado por Bruchon - Schweitzer, 1992), el self o concepto del sí mismo, es la parte cognoscitiva del yo, en tanto que la autoestima constituye la dimensión afectiva.

Walster y Bohnstedt (1973), señalan que durante la edad de los 8 a los 10 años, las niñas se sienten más satisfechas corporalmente que los niños. Martinelli (1975) establece que es de los 11 a los 19 años, y Murstein y Christy, (1976) de los 14 a los 18 años.

Por último, de los 20 a los 60 años solamente se observa una ligera diferencia entre los dos sexos (con ventaja de los hombres) que se hace significativa a partir de los 45 años. Los autores concluyeron que hay pocas variaciones de la satisfacción corporal de un sexo al otro y de una edad a otra (Berscheid, Walster, y Bohrnstedt 1973).

Es por eso que en la edad adulta se encuentran lazos similares entre la satisfacción corporal global y diversos aspectos adaptativos de la personalidad como la confianza en sí mismo, la sociabilidad, la felicidad personal, la riqueza de las relaciones con el otro sexo y la plenitud sexual. Rasgos autoevaluados inversamente, mientras que las personas insatisfechas de su cuerpo encuentran en todos estos puntos dificultades diversas. Este estudio, muestra también la relación particularmente elevada de la satisfacción corporal y de la adaptación heterosexual en las mujeres (Berscheid, Walter y Bohrnstedt, 1973).

De acuerdo con Bruchon - Schweitzer (1992) la percepción del cuerpo activo / pasivo opone la eficiencia corporal (asociada a la virilidad tradicional) a la fragilidad (asociada a la feminidad). En efecto, discrimina muy bien a los dos sexos y muestra que todavía persisten y son deseables unos modelos arcaicos de masculinidad / feminidad, incluso en personas muy jóvenes.

Si los factores de la imagen del cuerpo son invariantes, es decir dimensiones que pueden encontrarse en personas diferentes, pero también en personas colocadas en situaciones diferentes , habría que estudiar entonces, de modo más detallado el desarrollo secuencial de las configuraciones propias de cada edad y sexo. Cada faceta de esta imagen correspondería, quizás, a un proceso particular de adaptación a las diversas experiencias narcisistas (satisfacción), experiencias frustrantes o dolorosas (tensión) experiencias ricas o pobres en contactos (accesibilidad o cierre), y experiencias que los definen como chico o chica (actividad o pasividad).

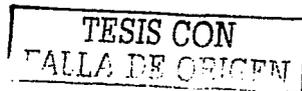
La plasticidad o la rigidez relativa de estos procesos merece ser estudiada en situaciones en las que puede controlarse la naturaleza de las diversas experiencias corporales inducidas (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973).

El cuerpo es objeto de prácticas simbólicas ligadas a las representaciones que las culturas tienen del mundo y de su propio destino, ya que la mirada dirigida hacia el propio cuerpo, es un proceso perceptivo y complejo en el que el observador es también observado (Gómez Pérez - Mitre, 1995).

Llamamos 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 (de belleza, de rol) y la masa del cuerpo es casi siempre la representación evaluativa (Mounoud y Guyon - Vinter 1979).

3.4 ESQUEMA CORPORAL

Existen muchas denominaciones cuando hablamos del cuerpo como son: verlo y autoevaluarlo, surgiendo de la conciencia como precepto corporal, esquema corporal, concepto del cuerpo e imagen espacial del cuerpo. El cuerpo es el medio primordial en la relación con el mundo, con él se puede explorar la realidad propia, expresar lo que siente y asimilar experiencias. Para un desarrollo sano e integral, adquiere destrezas y utiliza el movimiento como un medio de expresión (Olvera, 1987).



Arredondo (1983, Citado en Olvera, 1987) menciona que nuestro cuerpo es el medio básico con el que contamos para vivir y convivir, para dar y recibir, realiza funciones físicas, psicológicas etc. aunado a los aspectos perceptivos. Es necesario conocerlo y tener una imagen y conciencia. En él, están asentadas todas las experiencias disponibles para ser recordadas en el sistema nervioso, en los músculos, en la manera se pararse y moverse, en la expresión facial, en las tensiones crónicas, en las limitaciones impuestas a la respiración, en las anormalidades de la circulación sanguínea, la digestión, en las pautas que rigen las enfermedades y en la agudeza de los sentidos.

Bruchon - Schweitzer (1992) encuentra que los individuos perciben muy inexactamente la forma real de su cuerpo. Esto gracias a las evaluaciones favorables o desfavorables que tanto ellos como las demás personas de su entorno, tienen de su propio cuerpo, en donde la imagen está asociada con lo subjetivo, mientras que el esquema corporal representa lo objetivo.

Fallon & Rozin (1985) aplicaron dibujos con las siluetas de Stunkard, Sorensen y Chulsinger (1980). Estos investigadores reportan que entre los niños se observó congruencia, en tanto las figuras seleccionadas, actual e ideal, resultaron idénticas; en cambio, entre las adolescentes, la figura actual fue percibida como más pesada que la figura ideal.

Finalmente lo que se puede establecer es que la etapa del desarrollo que hace patente la imagen y el esquema corporal, es la adolescencia, pues en este periodo los cambios físicos experimentados por el sujeto, afectan de manera significativa la percepción de su imagen y de su esquema corporal.

CAPITULO IV

ADOLESCENCIA

4.1 ETIMOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

Si nos remontamos a su significado etimológico, encontramos que el vocablo "adolescencia" proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo sentido es "llegar a la maduración" enfoque primordial que nos ocupa, ese crecimiento al que alude la raíz verbal, involucra no sólo los aspectos físicos sino también el desarrollo intelectual y/o emocional, etc., del individuo. en lo que concierne a lo somático, ello implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie en lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de raciocinio, que serán definitivas para el individuo (Ponce, Citado en Fuentes 1989).

La adolescencia es un período dinámico en el continuo de la vida, durante el cual tienen lugar profundos cambios en el desarrollo físico, fisiológico y bioquímico así como de la personalidad (Schonfeld, 1969). La adolescencia es el período de transición entre la infancia y la edad adulta, se considera que la adolescencia se inicia con la pubertad y termina con la madurez. Sin embargo, al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos de inicio y terminación no están bien definidos.

Es la etapa de la vida humana que sigue a la niñez y que precede a la adultez. La cual constituye un periodo de transición entre ambos, se inicia con los cambios corporales y finaliza con la entrada en el mundo de los adultos, siendo variable su duración en las diversas culturas, ya que los nuevos comportamientos que el adolescente debe aprender para adaptarse a la adultez dependen de las diversas concepciones que del adulto imperen en cada una de ellas (Papalia, 1993).

La adolescencia suele ser una etapa compleja, problemática y a veces difícil en la lucha del joven por llegar a la madurez, es un periodo de cambios físicos, sociales, psicológicos y cognoscitivos, así como de cambios en las demandas sociales que le hacen a la persona (Rochevabele, 1985).

De acuerdo a la teoría psicoanalítica, la adolescencia es la terminación de la infancia y el comienzo de la edad adulta, como el periodo temporal durante el cual, la vida sexual del individuo alcanza finalmente la genitalidad de tipo adulto, producto final del desarrollo (Munguia, 1992).

Fuentes (1989) menciona que la etapa de la adolescencia es un periodo problemático en la vida humana, pero necesario, ya que de él surge el joven que se integrará al ciclo de renovación generacional de la sociedad.

Dentro de la definición cronológica de adolescencia, esta etapa se determina por lo general entre los 13 y 20 años de edad, aunque el final de la adolescencia es todavía más difícil de precisar, ya que está definido por factores psicológicos, sociales y legales, tales como la independencia económica, la elección de carrera, la capacidad de votar, el ingreso en el ejército o casarse (Hurlock, 1980).

4.2 PUBERTAD

La palabra pubertad proviene del latín *pubertas*, se define como el momento en que el individuo es capaz de procrear. Para Ausbel (1954, Citado por Lutter, 1991), la pubertad es la condición necesaria para acceder al estado adulto.

De acuerdo con Lutter (1991) la pubertad es, en esencia, un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de las hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides, crea un puente entre el niño y el adulto.

Para Hurlock (1980), la pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa; es decir, que la pubertad es el período en que

se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta, comprende todas las fases de la madurez y no sólo la sexual.

La pubertad es un periodo que coincide en parte con otros dos: cerca de la mitad de ella se superpone a la etapa final de la niñez, y la otra mitad, a la parte inicial de la adolescencia. En promedio, la pubertad dura unos cuatro años. El cuerpo se prepara para la reproducción durante los primeros dos años, y aproximadamente los otros dos sirven para completar el proceso.

Los primeros dos años de la pubertad se conocen como "preadolescencia" y se dice que el individuo es un "preadolescente" o un "niño pubescente o púber". La edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para el varón, sin embargo existe un amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales (Papalia y Wendkos, 1990).

4.3 ETAPAS QUE ANTECEDEN A LA ADOLESCENCIA

Se pueden distinguir varias etapas en el desarrollo de la niñez. Algunos estudiosos en la materia distinguen la infancia, como el periodo de la vida humana que va del nacimiento a los 6 años; y puericia,

el lapso comprendido entre los 6 y 11 años de edad. Dentro de esta división deben distinguirse, a su vez, la primera y segunda infancia.

Fuentes (1989) menciona que la primera infancia comprende los tres primeros años de vida; en ellos, el niño depende por completo del cuidado familiar y especialmente materno; de los 3 a los 6 años constituye la segunda infancia, en donde el niño continua socializándose en el seno de la familia, pero amplía su horizonte comenzando a tener algunos contactos con el medio social, queda establecido el complejo de Edipo, desarrolla su capacidad motriz, perfecciona el uso del lenguaje y desarrolla relaciones con sus hermanos.

Considerando lo anterior y refiriéndonos a la distinción entre infancia y puericia, esta última etapa posee rasgos importantes como el proceso de socialización, el cual tiene como centro de atención a la propia comunidad aunque la familia mantiene su importancia; la curiosidad infantil se amplía hacia todo su medio ambiente, el niño pasa de la manipulación de objetos a la elaboración simbólica, estabiliza hábitos e incorpora otros nuevos, aumenta la capacidad del pensamiento abstracto.

4.4 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Es importante aclarar un aspecto que es a la vez terminológico y conceptual. Durante mucho tiempo se consideró que el fenómeno de la adolescencia se reducía únicamente al proceso de maduración sexual, es decir, a la generación de la capacidad reproductiva. Sin embargo, hoy se observa que el período de adolescencia se prolonga más allá de dicha maduración, abarcando también otros factores.

En consecuencia, intentando obtener una visión más integral, se hace una distinción entre adolescencia y pubertad. Esta última es la fase de la preadolescencia y principios de la misma, durante la cual se produce la maduración sexual lo cual no equivale a que la persona madure emocionalmente o esté preparada para aceptar las responsabilidades de la vida adulta. De tal modo, la pubertad expresa un nivel de la vivencia adolescente, pero no es sinónimo de ella (Fuentes, 1989).

Estableciendo tal distinción, pese a las diferencias individuales en cuanto al momento en que cada organismo logra la madurez sexual, es posible señalar períodos dentro de la adolescencia, en función de promedios estadísticos.

Preadolescencia	De los 10 a los 12 años
Adolescencia (periodo inicial)	De los 13 a los 16 años
Adolescencia (periodo final)	De los 17 a los 19 o 20 años.

Es pertinente enfatizar que estas fases están indicadas de manera aproximada, ya que existen diferencia notables entre las diversas culturas y entre los individuos en el seno de una misma cultura, además de la variabilidad en los ritmos de maduración de ambos sexos. Por ejemplo, las niñas tienden a ser más precoces que los varones en su desarrollo, en ellas la preadolescencia habitualmente se sitúa entre los 10 y 11 años, el período inicial de la adolescencia entre los 12 y 15 años y el final entre los 16 y 19 años. Estas diferencias individuales en el ritmo de maduración, producen asimismo la aparición de adolescentes precoces y tardíos. Esto, que en el plano puramente biológico, podría carecer de importancia, ya que a la larga los resultados de la evolución son similares, tiene sin embargo, intereses y repercusiones conductuales y psicológicas (Fuentes 1989).

4.5 CAMBIOS FÍSICOS DE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con Fuentes (1989), la maduración del preadolescente y el adolescente, tiene varios aspectos, de los cuales se presentan algunos:

- Crecimiento súbito.
Menarquia- comienzo de la menstruación en las niñas.
- Características sexuales primarias, cambios de los órganos directamente relacionados con la reproducción.
- Características sexuales secundarias, signos fisiológicos de la madurez sexual.

4.5.1 CARACTERES SEXUALES

Para los varones la primera polución nocturna se utiliza como criterio popular de madurez sexual. El momento de la primera eyaculación está, en cierta medida, determinado tanto cultural como biológicamente, pero por lo general se da aproximadamente un año después del comienzo del crecimiento acelerado del pene. En este momento el chico es estéril, sólo después de entre uno y tres años progresa la espermatogénesis lo suficiente como para que aparezca en la eyaculación una cantidad de espermatozoides móviles adecuada para la fertilidad (Montagu, 1946; Citado por Schonfeld, 1969).

Entonces, la primera eyaculación no puede ser utilizada como criterio para establecer el comienzo de la pubertad.

Una vez que son estimuladas las gónadas empiezan a secretar sus propias hormonas. La hormona andrógena, propia del sexo masculino, es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática, de los testículos y de las vesículas seminales, al igual que del desarrollo de las siguientes características sexuales secundarias:

- **Vello púbico:** Se vuelve paulatinamente más rizado y abundante Extendiéndose posteriormente hasta el ombligo en la distribución masculina.

- **Pezones:** Adquieren pigmentación y leves protuberancias se forman alrededor de ellos.
- **Cambio de voz:** Se hace gradualmente más profunda, a medida que se desarrollan la laringe y el alargamiento de las cuerdas vocales que se extienden a través de ella.
- **Crecimiento del vello axilar**
- **Crecimiento del vello facial:** Sobre el labio superior, los costados y en la barbilla.
- **Ensanchamiento de los hombros:** Debido a la presencia de músculos pesados, lo que da al tronco una conformación triangular.

Las hormonas gónada les femeninas más importantes son el grupo estrógeno. Estas hormonas son las responsables del desarrollo del útero, de la vagina, de las trompas de Falopio, y del desarrollo de las siguientes características sexuales femeninas secundarias:

- **Vello púbico.** Se hace paulatinamente más abundante y rizado, se extiende por el monte de venus y forma el característico triángulo invertido.
- **Crecimiento de los senos.**
- **Crecimiento del vello axilar.**
- **Ensanchamiento de los hombros y aumento de la anchura y**

profundidad de la pelvis.

- **Desarrollo de la vulva:** Como resultado del marcado crecimiento de los labios mayores, también crece un poco el clítoris, como consecuencia de la circulación y se vuelve eréctil.

Junto con estos cambios aparece en la mujer la menarca o primera menstruación la cual ha sido utilizada durante siglos como el mejor criterio simple para determinar la madurez sexual. Los estudios científicos probaron que la menarca no se presenta ni al principio ni al final del periodo de cambios físicos que se producen en la pubertad, en cambio se le puede considerar como el punto medio de la pubertad.

Esto queda justificado por la evidencia de que en los primero ciclos menstruales no se produce la ovulación, es decir, las chicas no son fértiles en los primero ciclos y el tiempo entre los periodos menstruales se extiende entre dos y seis meses, todo esto prueba que la maduración sexual no ha sido completada (Montagu 1959, Parker, 1960; Citados por Hurlock, 1980).

Los acontecimientos puberales varían a lo largo de las edades en que ocurren en los niños el agrandamiento puberal de los testículos con frecuencia comienza antes de los 12 años de edad, aunque puede empezar entre los 9 años y medio y los 14 y medio. El periodo típico entre el incremento inicial en velocidad y la consecución del tamaño máximo

es de unos siete años, durante los cuales los testículos pueden aumentar más de diez veces su tamaño (Meredith, 1967).

La aceleración en el crecimiento del pene empieza por lo general hacia los doce años y medio, pero puede acaecer en cualquier momento entre los 10 y los 15 años, los vellos pubianos pigmentados aparecen por primera vez hacia los 13 y casi todos los muchachos ya tienen vellos perceptibles entre los 10 y los 16 años (Meredith, 1967).

El vello axilar aparece hacia los 14 años aunque la minoría lo tiene a los once y otros muchos les crece después de los 17 por lo que se puede decir que algunos muchachos entre los 13 y 15 años están en el comienzo de su desarrollo de los genitales, mientras que otros de la misma edad ya casi han alcanzado su desarrollo.

En cuanto a las muchachas, el crecimiento de los pechos es el primer signo externo que tienen para dar inicio a la pubertad. Tanner (1962) ha distinguido cinco etapas distintas en cuanto al desarrollo de los pechos, las cuales refieren la edad promedio en cada etapa.

Durante la preadolescencia se eleva el pezón; en la etapa del botón mamario, la areola se agranda, elevándose senos y pezones. El progreso de la elevación continúa sin cambio relativo del contorno; hasta que la areola y

pezón se proyectan (hacia el final del desarrollo de los senos), hasta formar un montículo secundario; se proyecta el pezón, debido al receso de la areola y del contorno general del pecho.

La menarquia ocurre después del vértice en el estirón de la estatura y considerablemente después del comienzo del desarrollo de los senos y del vello pubiano. Los ovarios tienen un desarrollo relativamente limitado durante la adolescencia, mientras que el útero y la vagina suelen empezar a agrandarse antes de que aparezcan los botones mamarios.

Si bien la menarquia significa cierto grado de madurez en el desarrollo uterino, no se alcanza todavía la plena capacidad reproductiva, los ciclos menstruales tempranos suelen ser irregulares, y de ordinario hay un intervalo de esterilidad puberal de tres o más años tras la primera menstruación (Ford y Beach, 1951).

4.5.2 CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS

El crecimiento físico durante la infancia y la adolescencia muestra tres ciclos (Tanner y Growth 1962). El primero se extiende desde un mes después de la fertilización hasta dos años después del nacimiento,

el cual lleva a cabo un rápido crecimiento hasta la mitad del embarazo, al que sigue una rápida desaceleración. Durante el segundo ciclo, que se extiende de la edad de dos años a la de siete la tasa de crecimiento tiene su cima por los dos años y medio. El tercer ciclo, empieza gradualmente a los siete u ocho años de edad, entre los nueve y los quince la mayoría de los muchachos crecen rápidamente en casi todas las dimensiones corporales, lo que constituye el llamado estirón.

Las muchachas alcanzan su madurez de estatura relativamente a edad muy temprana en general experimenta un incremento anual en peso por encima del promedio, mientras que la que es retardada en estatura adquiere un incremento en peso por debajo del promedio.

Sin embargo, algunos muchachos a veces experimentan notables aumentos de peso sin estirones excepcionales, mientras que otros quedan flacos con pequeños aumentos de peso hasta la edad de los quince, momento en que su estatura y peso se acrecen agudamente.

Tanner (1961, 1962) indicó que, en los muchachos, los índices suplementarios de talla y peso de grasa subcutánea, se puede lograr punzando juntas una doble capa de tejido subcutáneo y midiendo el grosor del pliegue dérmico. Esta medición indica el porcentaje de peso somático que es grasa.

Para la medición de grasa en los adolescentes se puede realizar un

año antes del estirón, que dura unos dos años cuando el estirón está en todo su vigor, puede ocurrir un adelgazamiento del anillo adiposo en las extremidades y pérdida de grasa en el tronco. El adelgazamiento de la adiposidad en brazos y piernas puede persistir durante varios años después de la adolescencia, resultando una pérdida de grasa en esas regiones, pero hacia el final del estirón, el tronco vuelve a ganar grasas (Tanner, 1962).

Las muchachas tienen más grasa subcutánea que los muchachos en toda edad. Esta distinción es más clara a los cinco o seis años. De aquí en adelante, el grosor de su grasa subcutánea se acrecienta constantemente en las extremidades y en el tronco. Las muchachas continúan ganando grasa en el tronco durante el estirón de la adolescencia (en contraposición a los muchachos), pero hay un estancamiento temporal en el aumento adiposo de las extremidades que corresponde con el de los muchachos (Tanner, 1962).

El primer cambio físico importante que ocurre en la pubertad es el aumento del tamaño corporal. Se produce una aceleración del crecimiento en cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas. La aceleración del aumento corporal puberal se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de ella.

La aceleración del crecimiento femenino ocurre a los 12.5 años como promedio declinando el ritmo gradualmente hasta que se produce un alto del proceso entre los 15 y 16 años; en los varones ocurre a los catorce años y medio como promedio y con una declinación gradual hasta los 17 o 20 años, momento en que el crecimiento se completa (Frisch y Revelle 1969; Martin y Vincent, 1960; Sullivan, 1971 ;Tanner, 1962; citados por Hurlock, 1980).

4.5.3 NUTRICION Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad en los adolescentes se deben probablemente a la herencia o al desequilibrio regulatorio. Es más probable que los adolescentes se vuelvan obesos si lo son uno o ambos progenitores debido al hábito del comer demasiado (Shuttler y Garell, 1966).

El adolescente con exceso de peso puede estar subalimentado o desnutrido debido a que comen demasiadas grasas y féculas, y pocas proteínas, minerales y vitaminas. Los jóvenes que se la pasan sin desayunar pero que se atracan ya entrado el día o en la noche suelen ingerir alimentos de muchas calorías. Hincón, Eppright, Chadderdon y Wolins (1963, Citados en Piscopo, 1970) señalan que las muchachas que tienen de 12 a 14 años y que pesan más de lo normal tienden a saltarse más comidas y a consumir alimentos sin nutrientes, que las muchachas de peso promedio.

4.5.4 IMAGEN CORPORAL Y PERSONALIDAD DEL A DOLESCENTE

La imagen corporal en general tiene mayor importancia para la muchacha que para el muchacho adolescente. La sociedad da más relevancia a la forma femenina que a la masculina, a la par que las mujeres tienen inclinación por capitalizar su apariencia somática.

La sociedad espera que la mujer haga resaltar su atractivo mediante el empleo de indumentaria sexualmente excitante y con joyas, mientras que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo.

Kurtz (1969) nos informa que se espera de las muchachas que enfoquen su atención en los detalles de sus cuerpos, por lo que es más seguro que posean un concepto del cuerpo más variado que los muchachos.

Kurtz (1969) opina, además, que la muchacha que estudia ingeniería o física tendrá una imagen corporal de sí misma que se parecerá en mucho a la del varón típico. También menciona que los jóvenes de las clases más bajas pueden fijarse en el buen físico para definir y reforzar la adecuación de su identidad con el rol sexual.

Los adolescentes se preocupan mucho por su talla, conformación, gordura o delgadez. Casi todo muchacho se preocupa por su musculatura, mientras que la mayoría de las muchachas quieren perder peso (Shapiro, 1967).

Los hombres de músculos bien desarrollados y proporciones ideales se consideraban seguros de sí, enérgicos, aventureros, emprendedores y extrovertidos; mientras que los altos y delgados, de músculos pequeños, se tomaban por activos, tensos, excitables, inteligentes y reservados.

Cabot (1938) señala que la competencia por ocupar un lugar entre los iguales, la popularidad con el sexo opuesto y por los privilegios propios de los adultos, es a veces sutil. Por desgracia, el adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable, está expuesto a la discriminación, al ostracismo y al rechazo del otro sexo, y a veces es tratado con desprecio y hostilidad.

68

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

4.5.5 IDENTIFICACIÓN CON LA FAMILIA

El proceso de identificación principia cuando el niño trata de imitar el comportamiento de sus padres. Por lo regular, cuando se empieza a hablar sobre la identificación con la familia se inicia con la descripción clásica de Freud sobre el complejo edípico. El niño encuentra mayor conflicto con el progenitor del propio sexo en la porfia (competencia), por los favores sexuales del progenitor del sexo opuesto, y en este proceso ha de pasar por una crisis de identidad del ego.

El conflicto intrapsíquico se despierta de nuevo en la adolescencia, cuando maduran las nuevas propensiones sexuales, siguiéndose un nuevo período de crisis de la identidad cuando el adolescente logra cierta perspectiva sobre su vida. El adolescente ha de disfrutar de una dependencia cada vez más grande del dominio de los padres, si es que alguna vez ha de asumir las responsabilidades del adulto (Wheerl, 1960).

Baumrind (1968) menciona que las relaciones entre padres y adolescentes pueden ser de logro y apoyo o lealtad-entrega, y que estas relaciones pueden surgir durante la socialización como aspectos negociables del desarrollo de la conciencia del adolescente en el futuro.

Es frecuente que el adolescente se halle confrontado a exigencias contradictorias, en especial por parte de sus padres.

Se ha visto que en muchas ocasiones los padres sienten consciente o inconscientemente cierta hostilidad o rechazo. Así puede ocurrir que la familia exija al adolescente, en un momento, una cosa particular; al momento siguiente, otra abiertamente contradictoria con la anterior.

En un momento se le considera casi como un adulto; en otro como a un niño absolutamente dependiente (Lidz, 1969). El adolescente toma distancia en relación a sus padres e incluso no quiere recurrir a ellos, ya que siente esto como una especie de capitulación en la lucha por su conquista de autonomía personal.

El adolescente trata de imponerse en su medio ambiente familiar, su deseo es ser el centro de atracción e imitación. Este afán de poder puede abordarse desde distintos ángulos, ya que muestra varias facetas. En ocasiones se satisface con que los integrantes del grupo al que pertenece sigan sus deseos, y así vemos que en todo grupo adolescente existe una compleja interacción de dominio y subordinación (Grinder,1996).

Brittain (1963) mostró que la conformidad con los iguales durante la adolescencia varía con la situación. Las decisiones de las muchachas adolescentes en asuntos de juicio moral, de trabajo de tiempo parcial y de posición de adultos a largo plazo probablemente sufrirán más influencia de los padres que de sus iguales.

Brittain (1968) señaló también que las decisiones pueden amoldarse más a los deseos de los padres cuando las muchachas creen que son importantes para ambos grupos. Por lo general, las muchachas se amoldan a sus iguales cuando se trata de comprar vestidos, y asistir a fiestas.

Por ello se puede decir que la identificación del adolescente con sus padres depende de los patrones del rol paterno y del grado en que entra en conflicto con ellos.

CAPITULO V

METODO

OBJETIVO

El propósito fundamental del estudio fue determinar la relación que existe entre los factores de riesgo alimentarios y la imagen corporal en una muestra de preadolescentes de ambos sexos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Determinar la relación que existe entre factores de riesgo alimentario e imagen corporal (satisfacción / insatisfacción y alteración).
2. Establecer si existen diferencias en la imagen corporal según el sexo de los preadolescentes.
3. Conocer si existen diferencias en la conducta alimentaria según la imagen corporal y el sexo de los preadolescentes.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

1.1 Existe una relación directa entre factores alimentarios de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal.

1.2 Existe una relación directa entre conducta alimentaria anómala y alteración de la imagen corporal.

2. En comparación con los hombres, las mujeres presentan mayor insatisfacción con su imagen corporal.

3. En comparación con los hombres, las mujeres presentan mayor trastorno alimentario de riesgo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Sexo

Definición conceptual de sexo.

Conjunto de características físicas, biológicas y psicológicas que todo individuo posee.

Definición operacional de sexo.

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Variable dependiente: Autopercepción de la imagen corporal.

(satisfacción/insatisfacción), Alteración (sobrestimación/
subestimación).

Definición conceptual de autopercepción de la imagen corporal.

Es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias.

Definición operacional de autopercepción de la imagen corporal.

Se define como la autopercepción del peso corporal, es decir, la autoclasificación que los individuos hacen de su cuerpo (peso o tamaño corporal). En términos de diferentes grados de delgadez, peso normal, sobrepeso y obesidad.

Alteración de la imagen corporal.

Definición conceptual de alteración de la imagen corporal

Es el nombre que se ha dado a lo que puede considerarse como el factor central y común a los desordenes alimentarios y que agrupa entre otras, las siguientes variables:

autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo, deseo de tener un peso ideal, por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas estas, a las que subyace un temor con diferentes grados de intensidad , de subir de peso y una preocupación, también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo, su forma y tamaño por la comida.

Definición operacional de alteración de la imagen corporal.

Es la diferencia que puede encontrarse entre la estimación subjetiva (autoclasificación del peso corporal como resultado de autopercepciones), que el individuo hace de su cuerpo y la medición real u objetiva del peso corporal (Gómez Pérez Mitre, 1997).

La técnica antropométrica que se empleó para la clasificación de los preadolescentes es la que se conoce como índice nutricional, (in), la cual se relaciona con el cociente del peso y talla media (percentil 50 de las tablas, nom) para su edad y sexo cuya fórmula es la siguiente:

$$\text{Índice nutricional} = \frac{\text{peso actual} / \text{talla actual}}{\text{peso medio} / \text{talla media}} \times 100$$

En donde: peso actual / talla actual fueron medidos directamente y peso medio/talla media se obtuvieron de las tablas que se emplearon como referencias para considerar los pesos y las tallas promedio de los estudiantes que son: las del NCHS (OMS, 1983) verificadas con las publicadas en la norma oficial

mexicana - 008 - ssa2. (1993), en la cual se establecen los criterios para determinar el índice nutricional, crecimiento y desarrollo en niños mexicanos desde menores de un año hasta los diecinueve años de edad.

El valor de este índice nos permitió diferenciar cuatro situaciones:

Inferior a 90: peso bajo o mal nutrición

De 90 a 110: peso normal

De 110 a 120: sobrepeso

Superior a 120: obesidad

Una observación importante que realizan Saucedo y Gómez Pérez - Mitre (1998) para la mejor clasificación de los sujetos es de acuerdo a los siguientes rangos:

Muy bajo peso menor de	77. 51
Bajo peso de	77. 51 a 83. 5
Peso normal de	83. 51 a 119. 5
Sobrepeso de	119. 51 a 136. 5
Obesidad mayor de	136. 5

Esta nueva categorización se efectuó con el propósito de disminuir la identificación de sujetos falsos - positivos y falsos - negativos al considerar que los sujetos de estudio son preadolescentes que se encuentran en crecimiento y con cambios importantes en su composición corporal, de tal modo que al ampliar un poco más los rangos se disminuye la posibilidad de error.

Definición Conceptual de Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal.

Percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo.

Definición Operacional de Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal .

Es la diferencia que puede encontrarse entre la elección de la figura ideal y figura actual. Entre más grande sea la diferencia, existe una mayor insatisfacción, las diferencias positivas o negativas indican insatisfacción. Si la diferencia es igual a cero existe satisfacción (Gómez Pérez- Mitre, 1997).

CONTROL DE VARIABLES:

Para controlar la variable externa:

1. Se excluyeron a los estudiantes (hombres y mujeres) que presentaron algún defecto físico visible.
2. Se excluyeron de la muestra estudiantes (hombres y mujeres) que presentaron problemas de peso corporal, esto es, muy delgadas u obesas.

MUESTRA: Se trabajó con una muestra de $n = 200$, que se dividió como sigue:

El grupo de hombres (Gpo. H) $n = 100$, y

El grupo de mujeres (Gpo. M) $n = 100$

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. La investigación corresponde a un diseño de dos grupos con observaciones independientes. El tipo de investigación fue de campo, ex post facto y transversal .

INSTRUMENTO

Se aplicó un cuestionario de formato mixto que consta de 106 reactivos de salud y alimentación elaborado por Gómez - Pérez Mitre (1995 b) que explora las siguientes áreas:

ÁREA	REACTIVOS
Sociodemográficas	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9,10 opción 01,02.
Hábitos alimentarios	4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25 y 26
Evaluación y partes corporales	Compuesta por ocho conceptos tales como: mi cuerpo es, mi cara es, mi espalda es, mi tórax es, mis brazos son, y cada concepto tiene 10 escalas con adjetivos bipolares. (ver anexo).
Peso/talla	4 y 5

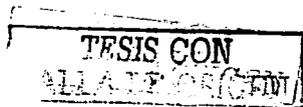
PROCEDIMIENTO

Se solicitó autorización a directivos de instituciones a nivel primaria y secundaria, para la aplicación de dicho instrumento. Se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de alimentación y salud de manera colectiva, dándose las siguientes instrucciones:

En la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de México se está llevando a cabo una investigación acerca de la alimentación y salud integral (física y psicológica) de los estudiantes de primaria y secundaria.

Toda la información que ustedes proporcionen es confidencial con fines exclusivos de investigación, por lo cual se guardará el anonimato absoluto. Formarán parte de la muestra aquellos estudiantes, hombres y mujeres que acepten participar voluntariamente y cuenten con la edad estipulada.

El análisis de los datos se realizó mediante la recolección de información de los cuestionarios aplicados en diferentes escuelas, en los cuales se evaluaron áreas como la sociodemográfica en donde se obtuvieron datos familiares y de desarrollo fisiológico, en cuanto a los hábitos de alimentación los datos recolectados nos permitieron determinar la relación que existe entre los factores de riesgo en trastornos de alimentación y la imagen corporal.



CAPITULO VI

RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue aportar conocimientos sobre factores de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra extraída de una población normal, para conocer cómo se relacionan dichas conductas de los preadolescentes, para este proceso se realizaron análisis estadísticos cuyos resultados se exponen en seguida:

1. Nivel escolar

El 54% corresponde al grupo de varones de quinto grado, el 52% a las féminas del mismo grado escolar. El 40% de ambos grupos corresponde al sexto grado de primaria y el porcentaje restante de chicos y chicas que pertenecen al nivel de secundaria. (Ver Tabla 1 Gráfica 1).

Tabla 1 Nivel escolar.

	Frecuencia	Porcentaje	XV	XX
1. Quinto grado	106	53.0%	54.0%	52.0%
2. Sexto grado	80	40.0%	40.0%	40.0%
3. Secundaria	14	7.0%	5.0%	7.0%

Gráfica 1 Nivel Escolar

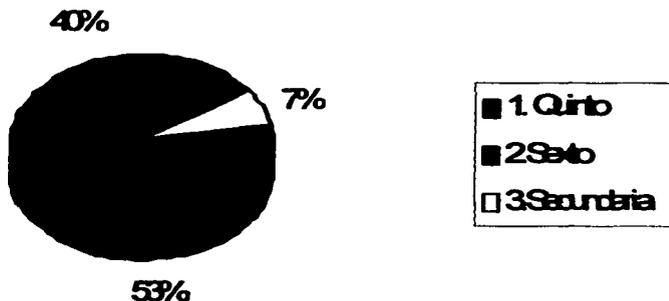


Tabla 2 Porcentajes, media y desviación estándar de la variable edad por sexo.

EDAD	HOMBRES	MUJERES
10Años	26.0%	24.0%
11Años	46.0%	40.0%
12Años	28.0%	36.0%
	100%	100%

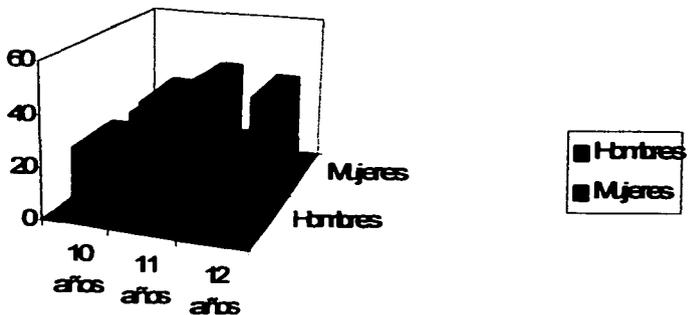
Desviación de la Variable Edad por Sexo.

Sexo	Media	Desviación Estándar
Masculino	11.02	.7383
Femenino	11.13	.7608

Como se observa en la tabla 2, el 24% de las mujeres y el 26% de los hombres corresponden a la edad de 10 años, mientras que el 40% de las mujeres y el 46% de los hombres tenían la edad de 11 años. Por otro lado el 36% de las mujeres y el 28 % de los hombres tenían la edad de 12 años.

Observando que la media que se obtuvo de los preadolescentes masculinos fue de 11.00 con una desviación estándar de .7383, mientras que para las mujeres la media fue de 11.00 con una desviación estándar .7608. Bajo estos resultados y con respecto a la variable edad, ambos grupos son homogéneos (edad predominante 11 años en ambos grupos) (Ver Tabla 2 y Gráfica 2).

Gráfica 2 Edad por Sexo



2. Descripción de las variables de estudio

En la Tabla 3, puede observarse que los porcentajes más altos (66%) para los hombres y el (65%) para las mujeres corresponden al peso normal, mientras que el 18% de los hombres y el 13% para las mujeres se encuentran con sobrepeso, por otro lado se tiene que el 6% de los varones y el 18% de las mujeres sufren de obesidad, así mismo se observa que el 8% de los hombres y el 3% de las mujeres presentan delgadez.

Finalmente con las medias obtenidas en el grupo de los hombres ($X = .031$, $S = 0.74$), y en las mujeres ($X = .034$, $S = .85$) y con base de los porcentajes antes mencionados se puede decir que existe mayor problemática nutricional en las mujeres que en los hombres, debido a que el porcentaje mayor de obesidad lo padecen las mujeres. (Ver Tabla 3 Gráfica 3).

Tabla 3 Distribución de la variable Índice nutricional por sexo.

	HOMBRES	MUJERES
1. Emaciación	2.0%	1.0%
2. Delgadez	8.0%	3.0%
3. Peso normal	66.0%	65.0%
4. Sobre peso	18.0%	13.0%
5. Obesidad	6.0%	18.0%

Media y desviación estándar de Índice Nutricional.

Hombres	$X = .031$, $S = .74$
Mujeres	$X = .034$, $S = .85$

Gráfica 3 Distribución porcentual del índice nutricional

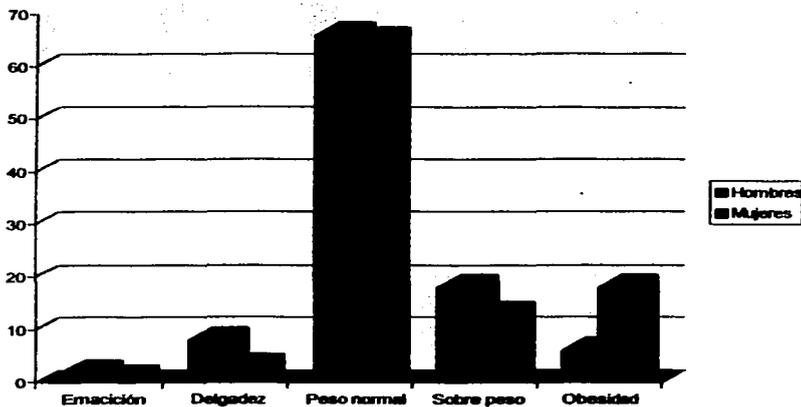


TABLA 4 Alteración de la Imagen Corporal según el Sexo.

	Hombres	Mujeres
Subestimación (-)	35.7%	22.4%
Sin alteración 0	31.6%	21.4%
Sobreestimación (+)	32.7%	56.1%

Media y Desviación Estándar Alteración de la Imagen Corporal Según el Sexo.

Media	.061	.50
Desviación estándar	1.34	1.52

En la Tabla 4 se puede observar que el porcentaje mayor de alteración de la imagen corporal el 36% se encuentra entre los hombres quienes subestiman su imagen (perciben su cuerpo más delgado), mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje mayor 56% es con respecto a sobreestimación (es decir se perciben con más peso), por otra parte hay más hombres (32%) que mujeres (21%) no alteran su imagen corporal. (Ver Tabla 4).

TABLA 5 Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal según el sexo.

	Hombres	Mujeres
Insatisfacción (-)	30.3%	28.6%
Satisfacción 0	39.4%	28.6%
Insatisfacción (+)	30.3%	42.9%

Media y Desviación Estándar de Satisfacción / insatisfacción con I.C. según el sexo

Media	-.12	1.83
Desviación estándar	.56	1.61

El porcentaje de satisfacción de acuerdo al sexo es más alto entre los hombres (39%) que entre las mujeres (29%), el 43% de las mujeres muestran insatisfacción positiva (desean ser más delgadas), en comparación con el solo 30% de los hombres que presentan una insatisfacción negativa (quieren estar más llenitos) (Ver Tabla 5).

TABLA 6 Autopercepción de la imagen corporal según el sexo.

	Hombres	Mujeres	Puntos de Corte Índice Nutricional*
Emaciado	2.1	3.1	Menor a 77.51
Delgado	24.5	14.3	Entre 77.51 y 83.5
Peso normal	38.8	9.2	Entre 83.51 y 119.5
Sobrepeso	17.3	31.6	Entre 119.51 y 136.5
Obesidad	17.3	41.8	Mayor a 136.5
	100%	100%	

*Índice validado en una muestra mexicana de preadolescentes por Saucedo Molina y Gómez - Pérez Mitre (1998).

En cuanto a la auto percepción de la imagen corporal se tiene que el 41 % de las mujeres se autopercibieron obesas, lo que sobresale si se compara con el 17% de los hombres, por otro lado se tiene que el 39% de los hombres se consideran con peso normal, mientras que el 9% de mujeres se perciben con peso normal otros porcentajes indican que un 24% de hombres y el 14 % de las mujeres se perciben delgados (Ver Tabla 6).

TABLA 7 Cambios que se realizaron en la alimentación según la variable alteración de la imagen corporal.

	S/ ALTERACION	SUBESTIMACION	SOBREESTIMACION
P/ bajar de peso	23.5%	25.0%	46.2%
Otras razones	53.0%	50.0%	46.1%
Subir de peso	23.5%	20.0%	7.7%

Cuando se realizó un cruce de las variables alteración de la imagen corporal por cambios en la alimentación, se encontró, como puede verse en la gráfica 5, que los que habían sobrestimado respondieron en mayor medida (46%) que el cambio que habían hecho en su alimentación era para bajar de peso, el 25% que cayó en la categoría de subestimación también era para bajar de peso; en la categoría sin alteración se encontró el mismo porcentaje (23%) tanto para bajar como para subir de peso, mientras que para subir de peso solo un 8% sobrestimó contra el 20% que subestimó. (Ver Tabla 7 y Gráfica 4).

Gráfica 4. Alteración de la imagen corporal por cambios en la alimentación.

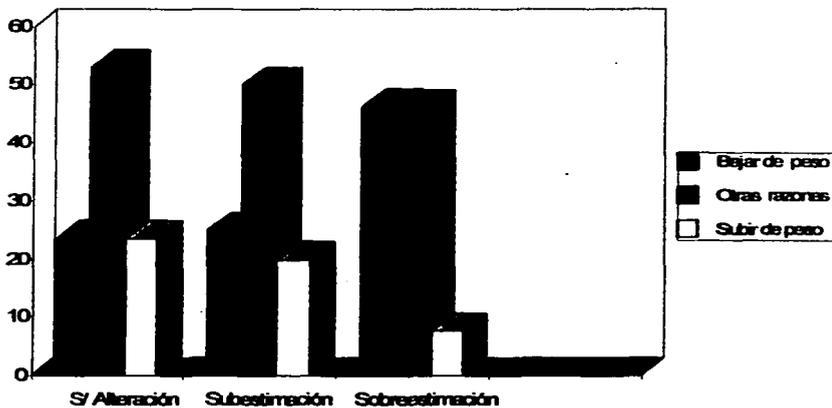
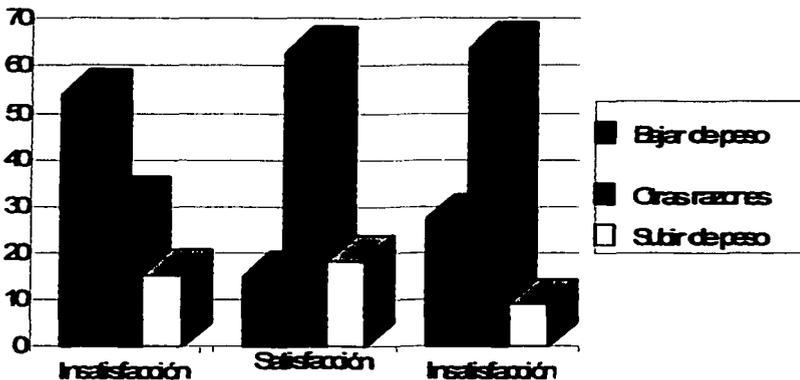


Tabla 8 Cambios que se realizaron en la alimentación según la variable Insatisfacción/Satisfacción.

	Insatisfacción (+)	Satisfacción (0)	Insatisfacción (-)
Bajar de peso	53.8%	14.8%	27.3%
Otras razones	30.8%	62.9%	63.7%
Subir de peso	15.4%	18.5%	9.1%

Como se observa en la Tabla 8 el 54% que estaba satisfecho con su imagen corporal había hecho dieta para bajar de peso, en comparación con el 15% y el 27% respectivamente que estaban insatisfechos y que habían hecho dieta con el mismo propósito, ahora bien, entre los que dijeron haber hecho dieta para subir de peso el 15% estaban satisfechos con su imagen corporal mientras que el 18% que se encontraban insatisfechos hicieron dieta con el mismo fin. Cabe mencionar que de los porcentajes restantes, algunos habían hecho cambios en su alimentación no meramente para bajar o subir de peso, sino por orden medica. (Ver Gráfica 5).

Gráfica 5 Seguimiento de deudas por Satisfacción/Insatisfacción.



Resultado obtenidos con el ANOVA (ONE WAY) seguimiento de dieta por alteración.

Con el propósito de determinar si se confirma o no la hipótesis de trabajo que plantea la relación entre conducta alimentaria de riesgo y alteración de la imagen corporal, se aplicó un ANOVA encontrándose los siguientes resultados: $F(2,161) = .296, p = .744$, por lo que se aceptó la hipótesis nula, rechazándose la alterna, no confirmándose la hipótesis de trabajo 1.

De acuerdo a la hipótesis de trabajo 2 y observando los resultados de la tabla II se puede decir que no se encontraron diferencias significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal según el seguimiento de dieta o no dieta, $F(2,79) = .835, p = .438$ sin embargo a pesar de que no se encontraron diferencias significativas como puede verse en las medias hay una tendencia en la dirección teóricamente esperada. Los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis de trabajo 2.

TABLA II Resultados obtenidos con el ANOVA para muestras independientes igualdad de varianza aplicada a la variable satisfacción/insatisfacción por seguimiento de dieta.

	Media	Desviación Estandar
No dieta	.156	1.68
P/bajar de peso	.095	1.04
P/subir de peso	.800	1.47

Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrada	F	p
3.894	2	1.94	.835	.438

Para confirmar la hipótesis de trabajo que plantea que la mujer se encuentra mas insatisfecha con su imagen corporal que los hombres se utilizó la prueba t de Student, la cual arrojó diferencias estadísticamente significativas, encontrándose los siguientes datos:

(t195= -2.775 (p=.006) La media mas alta de insatisfacción la presentaron las preadolescentes mujeres (M= .56), mientras que los chicos presentaron un nivel mas bajo de insatisfacción (M= .12), por lo tanto se puede decir que se confirmó la hipótesis de trabajo 3.

Tabla 12 Resultados de la prueba t de Student, para muestras independientes* de la variable Satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal por sexo.

t de (Student)	gl	p
-2.775	195	.006

Medias de Satisfacción e Insatisfacción

Hombres	Mujeres
X=.1212, S=1.83	X= .5612, S= 1.61

Se confirma la hipótesis de trabajo 3

* La decisión estadística se hizo de acuerdo con los datos correspondientes a igualdad de varianza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con el propósito de confirmar o no la hipótesis de trabajo que plantea que la mujer presenta una mayor alteración de la imagen corporal que los hombres se aplicó una prueba t de Student, encontrándose diferencias estadísticamente significativas: $t_{194} = -2.133$ ($p = .034$) (Ver Tabla 13).

Tabla 13 Resultados obtenidos con la prueba t de Student para muestras independientes *aplicada a la variable alteración de la imagen corporal por sexo.

t de (Student)	gl	p
-2.13	194	.034

Medias de alteración

Hombres	Mujeres
X= .061, S= 1.34	X= .50, S= 1.52

Se confirma hipótesis de trabajo 4.

*La decisión estadística se hizo de acuerdo con los datos correspondientes a igualdad de varianza.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 13, la media del grupo de las mujeres (X=.50, S= 1.52), indica presencia de mayor alteración de la imagen corporal (es decir que existe una sobrestimación de su cuerpo), mientras que la media del grupo de los hombres (X= .061, S= 1.34); indica que ellos casi no presentan alteración en su imagen corporal, por lo tanto se confirma nuestra hipótesis de trabajo 4.

Para probar o no la hipótesis de trabajo 5 se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($t(165)=1.364, p= .174$). En la variable conducta alimentaria de riesgo entre los grupos de hombres y mujeres, por lo que se aceptó la hipótesis de las no diferencias, se rechazó la hipótesis alterna correspondiente y no se confirmó la hipótesis de trabajo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue contribuir con el conocimiento de relaciones importantes entre variables asociadas con la imagen corporal y que han sido ampliamente documentadas como factores de riesgo para el desarrollo de desórdenes del comer, y de esta manera, dar respuesta al principal problema de investigación que fue conocer la relación que existe entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimentarios, así mismo detectar los posibles factores de riesgo que forman parte de los trastornos alimentarios que presentan hombres y mujeres en la etapa preadolescente. Este estudio también , determina la relación existente entre Satisfacción/Insatisfacción y alteración de la imagen corporal con nutrición y con desórdenes del comer.

De acuerdo con lo antes mencionado al aplicar el instrumento se observo como muchas de las chicas aun sin tener la edad de la adolescencia ya empezaban a preocuparse por su imagen corporal y, al analizar los cuestionarios, en sus respuestas expresaban el deseo de realizar algún cambio. Por ejemplo, las niñas que eran delgadas querían que algunas partes de su cuerpo fueran mas sobresalientes, mientras que las gorditas querían ser mas delgadas, porque no estaban satisfechas con su imagen, por otro lado los chicos solo querían un cuerpo mejor dotado, es decir mas robusto.

Lo anterior puede corroborarse mejor al analizar los resultados obtenidos en el estudio.

En cuanto a la distribución del índice nutricional mostraron, que ambos sexos obtuvieron un porcentaje mayor en peso normal. En el sobrepeso, los hombres tuvieron mayor índice de sobrepeso que las mujeres, asimismo se observo que las féminas obtuvieron un porcentaje mayor en obesidad, que los varones. Por lo que puede decir que existe una mayor problemática nutricional entre las mujeres adolescentes.

Esto se debe a que en muchas de las ocasiones existe una gran influencia de los medios de comunicación, en donde existen un gran numero de mensajes transmitidos principalmente por la T.V. y en donde se forjan los estereotipos o roles sociales, que dan la pauta para que los chicos muestren conductas alimentarias inapropiadas, y al ser percatados estos menajes por las mujeres, estas quieran mejorar su apariencia física o en el mejor de los casos su imagen corporal.

Es importante recordar que durante la adolescencia hay una gran preocupación por el esquema corporal, debido a los cambios físicos y psicológicos, es la etapa en la cual los muchachos le ponen mayor atención a la alimentación ya que la influencia que se tiene al vivir en una sociedad que se preocupa por el control de la comida y el peso afecta a los

individuos desde edades tempranas y por ende estos jóvenes sienten las presiones propias de su entorno.

Es por eso que al querer ser aceptados por las personas que los rodean y principalmente por su familia y/o amigos e incluso compañeros de la escuela, los chicos empiezan por realizar algún tipo de dieta que puede ser por lo regular para adelgazar o bien para engordar, esto puede corroborarse mejor si se toman en cuenta los resultados obtenidos en el seguimiento de dieta en donde se encontró que un gran porcentaje de los chicos, aunque estaban satisfechos con su imagen corporal, realizaban dietas aparentemente inofensivas con el fin de perder algunos kilos (para bajar de peso). Mientras que los chicos que se sentían insatisfechos también realizaban dietas para bajar de peso. Esto en nuestro país también se dan casos en donde el anhelo de obtener una figura corporal delgada lleva principalmente a los jóvenes a realizar alteraciones en su conducta alimentaria. También se encontró en ambos grupos porcentajes similares de estudiantes que hicieron dieta para subir de peso.

Estos resultados nos permitieron corroborar de alguna manera que a medida que pasa el tiempo se vuelve más necesario para los jóvenes el mantener una figura delgada no importando la forma como lo consiga, es decir aun modificando su conducta alimentaria y dando con ella origen a que los trastornos alimentarios estén cada día en aumento.

Esto confirma resultados de previas investigaciones realizadas en México por Gómez Pérez-Mitre y Ávila Ángulo (1998) quienes encontraron que niños tan jóvenes como los que cursaban el quinto y sexto grado de primaria hacían dietas intencionadas. Así mismo reportan que la cuarta parte de su muestra había realizado cambios en su alimentación, un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% con intenciones de subirlo habiendo un porcentaje similar de niños que de niñas que tenían las mismas ideas.

En relación con la detección de alteración de la imagen corporal, se encontró en el presente estudio que más de la cuarta parte de los hombres subestimaron su cuerpo mientras que más de la mitad de las mujeres lo sobrestimaron al percibirse más gruesas de lo que eran.

Puede decirse que la característica de la muestra estudiada con respecto a la variable alteración de la imagen corporal es de sobrestimación, entre los preadolescentes del sexo femenino coincidiéndose con hallazgos previos reportados en la literatura internacional, como lo reportan los estudios de Halmi, Goldberg y Cunningham (1977) y Toro & Vilardell (1987).

En cuanto a la autopercepción de la imagen corporal según el sexo se puede decir que si tomamos en cuenta la autopercepción de la imagen corporal que presentan los chicos y chicas durante esta etapa de (preadolescencia), se puede observar que casi siempre es más frecuente que las mujeres se autoperciben con más peso o se sientan obesas, mientras que los hombres se perciben más acordes con el peso.

Lo antes descrito cobra mayor relevancia al coincidir con lo que ya (Rosenbaum 1979,citado en Stenberg y Blinn 1993) describe, con respecto a que muchas de los adolescentes se preocupan por problemas de peso, incluso las más delgadas que siempre encuentran demasiado gruesa alguna parte de su cuerpo. En cambio los muchachos parecen menos preocupados por los problemas del crecimiento, aunque algunos se inquieten sobre todo por la estatura, el peso, y los músculos.

También nuestros datos coinciden con los hallazgos Lutte (1991), quien realizó una investigación sobre los modelos de comportamiento, y reportó que, las niñas de 13 años y los muchachos de 14-y 15 años son los que prestan mayor atención a su cuerpo, ellas desean tener el cuerpo de una modelo deseo que revela la necesidad de ser aceptada. Por el contrario, los muchachos son más concisos en sus descripciones y su ideal físico es el de atleta.



Con respecto a la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal también encontramos que las mujeres tienen un mayor índice de insatisfacción que los hombres corroborándose las expectativas que durante el proceso de investigación fueron surgiendo como es el deseo que las mujeres quieren ser o estar más delgadas lo cual contribuye su ideal en esa etapa de desarrollo en el que se encuentra.

Es muy difícil que se este de acuerdo o se acepte la figura corporal que se tiene, sobre todo desde la preadolescencia y aun mas en la adolescencia, por los diferentes cambios que existen, y es que no todos llegamos a obtener el cuerpo deseado, por tal motivo, estos chicos no deben preocuparse demasiado, ni dejarse llevar por los demás, ya que no siempre los productos que anuncian les pueden hacer mejorar su apariencia. Por lo que pueden entrar en un estado de depresión al no conseguir del todo ser aceptados, ya que en la etapa en la que encuentran es muy fácil sentir rechazo por otras personas.

Por otro lado, también creemos que este tipo de estudios, y a pesar de que se han hecho mas investigaciones sobre estos aspectos (imagen corporal y trastornos alimentarios), deben seguir indagando en nuevos temas que de igual manera puedan dar pautas para conocer o desarrollar las conductas que no solo afecta a los estudiantes, sino a todas las personas en general y que día con día se observa mayor problemática ante la anorexia, bulimia u obesidad.

Finalmente sugerimos a los muchachos en general no dejarse llevar por la opinión de los demás cada uno debe aprender que es importante sentirse aceptados en su entorno, pero es mejor estar conscientes de que no debe ser a través de modificar la conducta alimentaria y lleva a provocar algún trastorno que después puede convertirse en un problema mas grande. Dándose la oportunidad de conocerse así mismos, desarrollando sus capacidades e integrándolas creativamente en la superación diaria de la vida.

REFERENCIAS

Aguilar, C. Y Rodríguez, C.A.R. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción y la autoatribución del adolescente del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología. U.N.A.M.

Baumrind, D. (1968b). Symposium on adolescent and their parents. Manuscrito inédito presentado en la 76 convención de la Asociación Americana de Psicología, San Francisco.

Bersheid, E. Walster, E. Bohrnstedt, G. (1973). The happy american body: a survey report, Psychology today, 7. 119-131.

Bray, G. (1990). Historical development of scientific and cultural ideas. Int. J. Of Obesity; 14. 909-926.

Brotman, A. W. Rigotti, N. Herzog. (1985). Medical complicayions of eating disorders: Outpatient evaluation and management. Compr Psychiatry, 26. 258.

Brownell, K. D. (1981). Assessment of eating disorders. En D. H. Barlow, Behavioral Assessment of adult. Disorders. New york: Guilford press.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic medicine, 24. 287-194.

Bruch, H. (1958). "Psychological aspects of obesity in adolescence". American Journal of Public Health, 48. 1349-1353.

- Bruchon - Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Brumberg, J.J. (1988). Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambridge. Howard:University, Prees.
- Bynum, C. W. (1987). Holsy feast and holy fast, Berkley: University of california Prees.
- Cabot, P. S. De Q. (1938). The relationship between characteristics of personality and pfsique in adolescents. Genetic Psychology Monographs, 20. 3-120.
- Caplan, G. Y Levobici, S. Psicología social de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Colmenares, M. (1996). Propuesta de intervención para el adolescente obeso. Tesina de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología. U.N.A.M.
- Contreras, J. (1993). Antropología de la alimentación: Madrid. Eudema.
- Cortina, G. P. M. Y Mozo, I. P. (1996). Estudio de los desordenes alimentarios: Anorexia y Bulimia. Tesis de Licenciatura en comunicación. Universidad Iberoamericana.
- Chávez, D. A. (1967). Frecuencia de obesidad en algunas zonas de la república Mexicana, Revista de Investigación Clínica, 19: 119-129.
- Davis, C. Williamson, D.A. Goreczny, A.J. y Bennett, S.M. (1989). Boby: Image disturbances and Bulimia nervosa: An empiral Analysis of recent revisions of the DSM III.j.Psychopathol Behaviors. Assessment, II. 61-69.

- Dolto, F. (1986). La imagen inconsciente del cuerpo: México. Paidós.
- Escobar, G.I. (1993). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. México. Universidad Iberoamericana.
- Estrada, R. D. Y Zuñiga, F.T. (1997). Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autopercepción de estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Fallón, A. E. Y Rozin, P.(1985). Sex differences in perception of desirable body shape. Journal of abnormal Psychology. 94. 102-105.
- Fernandes, E. (1991). Psicología de la adolescencia. Madrid: Narcea.
- Fisher, S. (1986). Development and structure of the body image. Lawrence Erlbaum; Hills Hillsdale.
- Ford, C. S. Y Beach, F. A. (1951). Patterns of sexual behavior. Nueva York: Herper and row.
- Freud, S. (1895). Historiales Clínicos. Obras completas Vol. II Argentina: Amorrortu.
- Friedman, E. J. (1986). Death from impecac intoxication in a patient whit anorexia nervosa. Acta Psychiatry 141, 702.
- Fuentes, G. B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. México: Continental.<29.- Garner, D. M. Y Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa, Psychological Medicine, 10, 647-656.

- Garner, D.M; Olmsted, M. P; y Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test Psychosometric features and clinical correlates, Psychological medicine, 12, (1).
- Goldman, H.H. (1996). Psiquiatría general. México: Manual Moderno.
- Gómez Pérez - Mitré, G. Y Avila Angulo, E. (1998). ¿ Los estudiantes mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos relacionados con el peso corporal?.
- Gómez Pérez - Mitré, G. Saucedo, M. T. J. Y Unikel, C. (1997). Psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación.
- Gómez Pérez - Mitré, G. (1993 b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. Revista Mexicana de Psicología, 3 (1). 95-112
- Gómez Pérez - Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez - Mitré, G. (1993 a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez - Mitré G. (1995 b). Factor de riesgo, distorsión de la imagen corporal: estimaciones subjetivas / mediciones objetivas. mimeo.
- Gómez Pérez - Mitré, G. (1997). Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista mexicana de Psicología, 14, (1), 31-40.

- González - Richmond, A. y Naranjo - Banda, A. (1984). Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos del estado nutricional. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 41 (11) 594-604.
- González, G. (1996). Anorexia nervosa, Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología. U.N.A.M.
- Gordon, R.A. (1990). Anorexia and Bulimia. Anatomy of a social epidemic. Oxford: Blackwell.
- Grinder, R. (1987). Adolescencia. México: Limusa.
- Grinder, R. (1996). Adolescencia. México: Limusa.
- Grinder, E. B. (1987). Adolescencia. México. Limusa.
- Gross, M. (1982). Anorexia nervosa the collamore. Toronto: Press Health.
- Halmi, K. A; Goldberg, S. C. Y Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence, Psychological Medicine 7, 253-257.
- Hemachek, D. E. (1981). Encuentros con el yo. México: Interamericana.
- Hirsch, J. 1978 . Whats new in the treatment of obesity In: Frenkel N (ed) the year in metabolism 1977, Plenum, New York, 169.
- Horovith, M. (1966). Body image. Archives of General Psychiatry, 14, (5).
- Hurlock, E.B. (1980). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Kaplan, H. Sadock, B. (1987). Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. II, 705-714
- Kurtz, R.M. (1969). Sex differences and variation in body attitudes. Journal of consulting and clinical Psychology.
- Lidz, R. L. (1969). El adolescente y su familia. Buenos Aires: Paidós.

Lutter, G. (1991). Liberar la adolescencia. Psicología de los jóvenes de hoy. Barcelona: Herder

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV (1945). Barcelona: Masson.

Martinelli, R. (1975). Imagine of de corpo e imagine di se un grupo di 160 adolescenti studenti, Archivie of psichology, Neurology e Psichiatria, 65-69.

Martínez, M.R. (1996). La salud del niño y del adolescente. Federación de Pediatría

Centro Occidente de México. México: Masson - Salvat.

Mendoza, S. (1996). Factores de riesgo en la aparición de trastornos alimentarios en preadolescentes: Alteración de la imagen corporal y conducta dietaria. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Meredith, H.V. (1967). Asybpsis of puberal changes in you th. Journal of School Health

Miller, B. (1995). Tratamiento medico de la obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana, Vol. 3, 2, 64.

Monoud, P. Guyon - Vinter, A. (1979). Evolution of limage of soi chez lénfant et L' adolescent. Estude experimentale: Tecnique du miroir déformant, cahiers of Psychological, 22. 241 - 261.

Munguía, R. Ma. del C. (1992). La orientación sexual, una necesidad básica del adolescente, deficiente mental. Tesis de Licenciatura en deficiencia mental de la Escuela Normal de Especialización.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Murstein, B. I. Christy, P. (1976). Physical attractiveness and marriage adjustment in middle-aged couples. Journal of personality and social psychology, 34.

Olvera, S. T. (1987). Sensibilización corporal como recurso terapéutico, Tesis de Terapeuta en Rehabilitación. Instituto Mexicano de Rehabilitación.

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

Organización mundial de la salud (1992). Trastornos mentales y del comportamiento (CIE). Clasificación internacional de las enfermedades. Medotor: Décima Revisión.

Papalia, D. E. (1993) Desarrollo humano. México: Mc. Graw hill.

Papalia, D. E. Y Wendokos, S. (1990). Desarrollo humano. México: Mc. Graw hill.

Piscopo, J. (1970). Obesity: an Interdisciplinary approach to a major health problem, The Physical Educator, 27 - 28

Piaget, J. (1960), Les Praxieschez L Enfant, Revue Neurologique, 102,551-565.

Ramos, A. (1995). Obesidad, conceptos actuales. México: pagina electrónica S.A de C.V.

Rodriguez, T.H. (1972). Lemoi et l'autre dans la conscience de l'adolescent Neucha-tel, De la Chaus y Nistle.

Rochevabe, S.A. (1985). El adolescente y su mundo. Barcelona: Herder.

Rusell, G. (1979). Bulimia nervosa: An Ominous variant of anorexia nervosa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Psychological medicine, 9, 429 - 448.

Saucedo, M. T. (1997). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. México. U.N.A.M.

Saucedo, M. T. J. Gómez Pérez - Mitre, G. (1998). Alidación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud pública de México, 40, (5) 392-397.

Secord, P.F. y Jourard, S.M. (1953). The appraisal of Body Cathexis: Body - Cathexis And Self, Journal of Consulting Psychology, 17 (5), 343-347.

Shapiro, L. R. (1967). Teenagers: Their body size and shape, foot and activity. The journal of School Health.

Sherman, D.M, Halmi, K. A. Y Zamudio, R. (1975). Lhand FSH response to gonadotropin - relasing hormone in anorexia nervosa: effect of nutritional rehabilitation. Journal Clínica endocrino metbol, 41, 135-152.

Shonfeld, W. A. (1966). Body - Image Disturbances in Adolescents, Archives of General Psychiatry, 15,16-21.

Shutter, L. y Garell, D. C. (1966). Obesity in children and adolescents: a Double- blind study with cross-over. The Journal of School Health, 36,273-275.

Silverstein, B, Perdure, L. Y Peterson, B. (1986). The Pausible Causes of the Thin Standard of Body Atractiveness for women, International Journal of Eating Disorders, 5 907-916.

Spitzer, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its Forther Validation in a multisite study. Internatinal Journal of Eating Disorders, 13,137.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Stein, D. y Laakso, W. (1988). Bulimia: a historical perspective. International Journal of Eating Disorders, 7, (2), 201-210.
- Stenberg, L. y Blinn. (1993). Feeling about self and body during adolescent pregnancy. The Journal of contemporary Human Services, 12, 282-290.
- Stunkard, A. J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults. En A. J. Stunkard. Y E. Stellar . Eating and its disorders. Nueva York: Raven Press.
- Stunkard, A. J. D, Aquili, E. Fox, S. (1972). The influence of social class on obesity Metabolism, Journal Eating Disorders, 21, 542- 599.
- Stunkard, A, Sorensen, T. Y Schulsinger, F. (1980). Use of anish Adoption Register for the study of obesity and thinness. En S. Kety (Ed). The genetics of neurological and psychiatric disorders. Nueva York: Raven Press.
- Swartz, D. M. Johonson, C. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The socio-cultural contex. Internacional Journal of Eating Disorders: J, 20-30.
- Tanner, J. M. (1961). Education an Pysical Growth. Londres: University of London Press.
- Tanner, J. M. y Growth, A. T. (1962). Adolescence. Oxford: Blacwel scientific publications.
- Toro, J. Salamero, M. Y Martinez, E. (1994). Assesment of sociocultural influencesa on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psichiatrica Scandinavica, 89, 147-151.
- Toro, J. (1988). Factores socioculturales en la anorexia nerviosa. Revista de Psiquiatria de la facultad de Medicina de Barcelona, 15, (2), 99-109.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Toro, J. Vilardell, E. (1987). Anorexia Nervosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Unikel, S. C. (1998). Desórdenes Alimentarios en Mujeres Estudiantes y Profesionales de Ballet. Tesis en Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Vague, J. Vague, P.H. Tramoni, M. Y Vialettes, B. (1980). Obesity and diabetes. Acta Diabetologica Latina, 17, 87-99.
- Van Loan, M. D. (1990). Assesment of fat free mass in teen - agers. Use of tobec methodology. Journal Clinical Nutricional, 52, 586-590.
- Vandereycken, Deth, W. y Merman, R. (1984). Anorexia Nervosa: A Clinican's Guide to Treatment Berlin: de Gruyter.
- Wheerl, L. P. (1960). Fundamentos del desarrollo mental. México: Limusa
- Will, J. Grossman, C. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of switzerland. Acta Psychiatrica 140, 564.
- Yates, A. Shisslak, C. M. Allender, J. Crago, M. y Leency, K. (1992). Comparing obligatori and nonobligatory runners. Psychosomatics, 33, 180-189.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FORMA XY

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

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

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

Nombre _____

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

2.- Grado que cursas _____

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

4. ¿Cuánto crees que mides? _____

5. ¿Cuánto crees que pesas? _____

ESTA PARTE NO LA CONTESTES
E. r. _____
P. r. _____

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

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

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

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

10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

Mamá ()
Papá ()
Yo mismo ()
Tía(o) ()
Abuela(o) ()
Hermana (o) ()
Otro. ¿Quién? _____ ()

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

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

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

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

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

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

8. Consumo alimentos "chatarra".

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

9. Mis padres o tutores me presionan para comer

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

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

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

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

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

12. Como a escondidas de mis padres

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13. Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Como rápido y mucho

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

19. Según yo, como:

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

20. Según mis padres o tutores como:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Como rápido y mucho

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

19. Según yo, como:

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

20. Según mis padres o tutores como:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

23. Me preocupa subir de peso.

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

24. En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

por otra razón, explica para qué _____

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

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27. En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ()
- Hermana(o)..... ()
- Tía(o)..... ()
- Abuelita(o)..... ()
- Papá..... ()
- Nadie..... ()
- Otra persona, quién _____ ()

28. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
- 2 veces por semana..... ()
- 3 veces por semana..... ()
- 1 vez a la semana..... ()
- ocasionalmente..... ()
- No practico deportes..... ()

29. Llegar a estar gordo:

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

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()

F
()

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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					
Tórax					
Estómago					
Cadera					
Piernas					
Trasero					
Espalda					

2. Creo que estoy:

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

3. Creo que mis padres o tutores me ven:

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

4. Según yo, un niño atractivo es:

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

5. Creo que mis amigos y amigas me ven:

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

6. Me gustaría pesar:

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

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Mi papá me habla con voz afectuosa y amigable

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

2. Mi papá me ayuda cuando lo necesito

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

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

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

4. Mi papá es cariñoso

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

5. Mi papá entiende mis problemas

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

6. Mi papá me deja tomar mis propias decisiones

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

7. Mi papá trata de controlar todo lo que hago

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

8. Mi papá me sonrío

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

9. Mi papá me consiente como si fuera un bebé

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

10. Mi papá trata de hacerme sentir bien
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
11. Mi papá platica mucho conmigo
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
12. Mi papá me hace sentir mal
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
13. Mi papá es autoritario
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
14. Mi papá me deja salir siempre que quiero
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
15. Mi papá se preocupa mucho por mí
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
16. Mi papá me premia
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
17. Mi papá me deja en libertad de vestirme como yo quiera
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
18. Mi papá no me hace caso
- | | | | | |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. Mi papá me critica mucho

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

20. Mi papá se enoja fácilmente

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

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

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

22. Mi papá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

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

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.

Mis manos son:

Por ejemplo:

A	B	C	D	E
_____	X	_____	_____	_____

Grandes
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
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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

3. Mi espalda 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 tórax 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 piernas son:

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

6. Mi trasero es

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

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	_____	_____	_____	_____	_____	Bolos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

Mi cuerpo se parece más a:



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. ¿ Cómo te llevas con..?

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

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

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

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

- No ()
 Sí ()

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1. Mi mamá me habla con voz afectuosa y amigable
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
2. Mi mamá me ayuda cuando lo necesito
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
3. Mi mamá me deja que haga las cosas que me gusta hacer
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
4. Mi mamá es cariñosa
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
5. Mi mamá entiende mis problemas
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
6. Mi mamá me deja tomar mis propias decisiones
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
7. Mi mamá trata de controlar todo lo que hago
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
8. Mi mamá me sonríe
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
9. Mi mamá me consiente como si fuera un bebé
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|

10. Mi mamá trata de hacerme bien

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

11. Mi mamá platica mucho conmigo

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

12. Mi mamá me hace sentir mal

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

13. Mi mamá es autoritaria

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

14. Mi mamá me deja salir siempre que quiero

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

15. Mi mamá se preocupa mucho por mí

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

16. Mi mamá me premia

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

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

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

18. Mi mamá no me hace caso

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. Mi mamá me critica mucho

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

20. Mi mamá se enoja fácilmente

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

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

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

22. Mi mamá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

Mamá ()
Papá ()
Yo misma ()
Tía(o) ()
Abuela(o) ()
Hermana (o) ()
Otro. ¿Quién? _____ ()

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

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

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

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

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

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

8. Consumo alimentos "chatarra".

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

9. Mis padres o tutores me presionan para comer

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

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

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

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

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

12. Como a escondidas de mis padres

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Como rápido y mucho

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

19. Según yo, como:

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

20. Según mis padres o tutores como:

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

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

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

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

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

23. Me preocupa subir de peso.

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

24. En el último año:

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

Estos cambios fueron

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

por otra razón, explica para qué _____

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

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

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

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

27. En mi casa practican deporte

- Mamá..... ()
 Hermana(o)..... ()
 Tía(o)..... ()
 Abuelita(o)..... ()
 Papá..... ()
 Nadie..... ()
 Otra persona, quién _____ ()

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

28. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ()
- 2 veces por semana..... ()
- 3 veces por semana..... ()
- 1 vez a la semana..... ()
- ocasionalmente..... ()
- No practico deportes..... ()

29. Llegar a estar gorda:

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



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de 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)

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cadera					
Muslos					
Rompas					
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..... ()

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
Solitana	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Ágil	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
Pesimista	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

1. Mi papá me habla con voz afectuosa y amigable
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
2. Mi papá me ayuda cuando lo necesito
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
3. Mi papá me deja que haga las cosas que me gusta hacer
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
4. Mi papá es cariñoso
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
5. Mi papá entiende mis problemas
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
6. Mi papá me deja tomar mis propias decisiones
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
7. Mi papá trata de controlar todo lo que hago
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
8. Mi papá me sonrío
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
9. Mi papá me consiente como si fuera una bebé
- | | | | | |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Nunca
() | A veces
() | Frecuentemente
() | Muy Frecuentemente
() | Siempre
() |
|--------------|----------------|-----------------------|---------------------------|----------------|

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. Mi papá trata de hacerme sentir bien

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

11. Mi papá platica mucho conmigo

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

12. Mi papá me hace sentir mal

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

13. Mi papá es autoritario

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

14. Mi papá me deja salir siempre que quiero

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

15. Mi papá se preocupa mucho por mí

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

16. Mi papá me premia

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

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

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

18. Mi papá no me hace caso

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. Mi papá me critica mucho

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

20. Mi papá se enoja fácilmente

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

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

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

22. Mi papá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
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

6. 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. ¿Cómo te llevas con...?

Tu papá	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tu mamá	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus amigos	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus maestros (as)	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>
Tus compañeros (as)	<u>Muy Bien</u>	<u>Bien</u>	<u>Regular</u>	<u>Mal</u>	<u>Muy Mal</u>

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

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

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

- No ()
- Si ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Mi mamá me habla con voz afectuosa y amigable

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

2. Mi mamá me ayuda cuando lo necesito

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

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

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

4. Mi mamá es cariñosa

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

5. Mi mamá entiende mis problemas

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

6. Mi mamá me deja tomar mis propias decisiones

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

7. Mi mamá trata de controlar todo lo que hago

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

8. Mi mamá me sonríe

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

9. Mi mamá me consiente como si fuera un bebé

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

10. Mi mamá trata de hacerme sentir bien

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

11. Mi mamá platica mucho conmigo

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

12. Mi mamá me hace sentir mal

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

13. Mi mamá es autoritaria

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

14. Mi mamá me deja salir siempre que quiero

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

15. Mi mamá me cuida demasiado

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

16. Mi mamá me premia

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

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

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

18. Mi mamá no me hace caso

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. Mi mamá me critica mucho

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

20. Mi mamá se enoja fácilmente

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

21. Mi mamá me compara negativamente con otras niñas de mi edad

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

22. Mi mamá me escucha cuando quiero platicarle mis cosas

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

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**