

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

IMAGEN CORPORAL Y SU RELACIÓN CON AUTOESTIMA Y
CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO EN HOMBRES
ADOLESCENTES.

PROYECTO DE TESIS

QUE PRESENTA

VICTOR MANUEL MELÉNDEZ SÁNCHEZ

Directora de Tesis : Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

2006



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.

DEDICATORIAS

A DIOS, POR MI FE Y ESPERANZA EN EL .

A MIS PADRES :
EVANGELINA SANCHEZ DE GARRIDO
JORGE FERNANDO GARRIDO DIAZ
CON CARIÑO Y ADMIRACIÓN.

A MIS HERMANOS :
LETY, GABY, DAMARIS, JAEL, Y HAMED.
POR SUS CONSEJOS PARA SEGUIR ADELANTE Y POR LA UNION
QUE SIEMPRE HA PREVALECIDO EN NOSOTROS

Y EN ESPECIAL AL RECUERDO DEL
OPTIMISMO Y MOTIVACIÓN
DE MI HERMANO GONZALO

A MIS SOBRINOS:
FERNANDA, FRIDA, MAXIMILIANO,
SOFIA Y LAURA CON CARIÑO.

A MIS ASESORES :
POR LA ORIENTACIÓN Y PACIENCIA QUE SIEMPRE ME HAN
BRINDADO :
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ MITRE Y
LIC. MARIA DE LOURDES MONROY TELLO

A MIS SÍNODOS:

DRA. LUCY MARIA REDIL MARTINEZ

DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

MTRO. JORGE ROGELIO PERZ ESPINOZA

A MIS FAMILIARES, PRIMOS , AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LOS
QUE SIEMPRE HE RECIBIDO APRECIO Y AYUDA PARA LOGRAR
MIS METAS.

Índice

Resumen	6
Introducción.....	7
Capítulo 1 Adolescencia.....	12
Desarrollo físico.....	15
El impacto psicológico de los cambios físicos.....	16
Sentimientos acerca de la apariencia física.....	17
Desarrollo cognoscitivo.....	20
Desarrollo Social.....	22
Implicaciones en la salud de los adolescentes.....	25
Adolescentes varones.....	26
Capítulo 2. Introducción a la imagen corporal.....	27
Imagen corporal.....	29
Concepto de imagen corporal.....	30
Imagen corporal y Atribución.....	34
Alteración de imagen corporal.....	35
Imagen corporal y Adolescencia.....	39
Capítulo 3. Autoestima.....	42
Autoestima, adolescencia y familia.....	43
Autoestima en la relación de pareja.....	48
Autoestima, adolescencia e imagen corporal.....	50
Concepto de autoestima.....	52
Áreas evaluativos en la autoestima.....	54
Formación de autoestima.....	56
Autoestima y trastornos de la alimentación.....	57
Asertividad y Autoestima.....	58
Capítulo 4. Introducción al concepto de alimentación.....	61
Alimentación y cultura.....	62
Abstinencia en la alimentación.....	63
Nutrición y adolescencia.....	64
Conducta alimentaria.....	65
Trastornos alimentarios e imagen corporal.....	67

Obesidad.....	70
Anorexia nervosa.....	73
Bulimia nervosa.....	76
Comedores compulsivos.....	79
Evaluación del estado nutricional.....	80
Capítulo 5. Plan de investigación y método.....	84
Objetivo.....	84
Planteamiento del problema.....	84
Hipótesis de trabajo.....	84
Definición de variables.....	85
Variable independiente.....	85
Definición conceptual.....	85
Definición operacional.....	85
Variables dependientes.....	86
Definición conceptual y operacional.....	86
Método.....	87
Diseño de investigación.....	87
Muestra.....	87
Criterios de exclusión.....	88
Instrumentos.....	88
Cuestionario de Alimentación y Salud.....	88
Escala de autoestima.....	89
Aparatos.....	90
Procedimiento.....	90
Análisis de datos (Resultados).....	90
Capítulo 6. Resultados.....	91
Capítulo 7. Discusión y Conclusiones.....	113
Sugerencias y Limitaciones.....	117
Referencias.....	118
Anexos.....	138

Resumen

Objetivo. El presente estudio fue llevado a cabo con la finalidad de conocer la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal; y si esta tenía relación con el nivel de autoestima y conducta alimentaria normal ó anómala de cada adolescente. **Método.** Esta investigación fue de carácter transversal porque se aplicó una vez por el experimentador y de campo ya que, se realizó en diferentes lugares. Fue de tipo correlacional porque se compararon tres grupos; grupo de satisfechos con su imagen corporal, grupo de insatisfechos negativos con su imagen corporal y grupo de insatisfechos positivos con su imagen corporal; fueron observaciones independientes con una N = 204 jóvenes subdividida de acuerdo a las puntuaciones de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. **Instrumentos.** Se aplicó el estudio de alimentación y salud, el cuál explora el área sociodemográfica, la figura ideal, la figura actual, conductas alimentarias normal y anómalas. Así también, se aplicó la prueba de Autoestima validada en México. **Resultados.** Se dividió la muestra en tres grupos; el grupo de satisfechos con n = 45 participantes, el grupo de insatisfacción positiva n = 63 participantes y el grupo de insatisfacción negativa n = 96 participantes la media de edad de los \bar{x} participantes fue de = 17.46 y s = 1.87. Se encontraron relaciones significativas entre ; 1) insatisfacción positiva con el factor emocional de autoestima ; 2) insatisfacción positiva con la conducta alimentaria anómala. Se concluyó que la variable insatisfacción positiva de la imagen corporal tiene que ver con autoestima y la conducta alimentaria anómala.

Introducción

La nutrición y el ejercicio equilibrado juegan un papel importante en la salud física y mental del individuo. Por consiguiente existen diferencias entre alimentarse y nutrirse. El alimentarse es comer cualquier clase de comestible y el nutrirse, que es la ingesta adecuada de los nutrientes para el organismo (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y el consumo de agua para la digestión de los alimentos). Es por todo esto que la alimentación debe ser balanceada junto con el estado emocional en que se encuentre la persona y el ejercicio y la ayudará a crear defensas en contra de las enfermedades. Si por el contrario, la persona se alimenta mal y su estado de ánimo es negativo esto podría conducir al desarrollo de un desorden alimentario.

Por otra parte, los medios de comunicación, mediante mensajes publicitarios como productos lights, rápida y chatarra principalmente además del ejercicio y al buen cuerpo, han generado el que en forma negativa la mujer busque el remedio para alcanzar un cierto tipo ideal corporal, que son establecidos por la cultura y la sociedad, este estereotipo es el de una figura delgada como las modelos, las actrices así como el de la belleza corporal y facial entre otras. Algunas jovencitas al buscar una figura ideal, que no corresponde a su figura real correspondiendo por lo tanto con una insatisfacción de la imagen corporal y que además tengan una carencia de autoestima, que se pasen demasiado tiempo en el gimnasio practicando demasiados ejercicios y que tenga una pésima alimentación, pueden adquirir algún tipo de trastorno alimentario.

El interés por el cuerpo y la apariencia física han estado presentes siempre han estado presentes siempre en la historia de la humanidad. Los valores estéticos, como es lógico, han ido cambiando con el tiempo pero no ha disminuido la preocupación de los individuos para ajustarse a los modelos culturales y a los estereotipos estéticos vigentes en su época. Hoy en día, los chicos a través del deporte, se esfuerzan por moldear sus cuerpos y ajustarse así a los cánones estético-corporales establecidos, pero la “lucha” por conseguir una apariencia física adecuada ha sido y sigue prácticamente exclusiva de la mujer, rayando en raras ocasiones en la obsesión. El modelo cultural al que aspiran las mujeres y muchachas de nuestra sociedad occidental es la delgadez, y quien más susceptible se muestra a esta presión social es la adolescente. Prueba de esto es que más del 50% de las jóvenes, en respuesta a la coacción publicitaria, han empezado en alguna ocasión un tipo de dieta para adelgazar. Se sienten, por lo general acomplejadas y con manías respecto a sus

dimensiones y formas corporales, y preocupadas por la apariencia poco agraciada en el momento del cambio. La sensibilidad de elogios o críticas que dispensan los demás sobre su cuerpo es tal, que la actitud que muestran las personas significativas del entorno determinará directamente la imagen corporal de los adolescentes, es decir, la valoración o desvaloración de su persona (Aguirre, 1996).

Mucho antes de la adolescencia los niños se percatan de la existencia de diferentes somatotipos ideales, teniendo una imagen bastante clara de su constitución corporal, de sus habilidades y proporciones. En las sociedades modernas, los adolescentes se someten a intensas dietas, mientras que otros se someten a rigurosos regímenes para lograr una buena condición física: levantamiento de pesas, baile, atletismo, aerobics, etc. En general, las mujeres se preocupan por su peso; ya que para ellas es importante tener un cuerpo hermoso y delgado, pues de esta manera podrán sentirse alabadas por los demás. También a casi todos los adolescentes les preocupa tener espinillas y barros. Así, como también, se preocupan más por la apariencia física, ya que la influencia que tienen con las mismas amigas por los medios de comunicación, les incita a poseer ciertas características físicas socialmente aceptadas y que impulsa la belleza corporal. Es por ello que se siente inquieta por su apariencia, y algunos están insatisfechos con lo que ven en el espejo. Los chicos quieren ser adultos y de hombros anchos; mientras las mujeres quieren ser delgadas pero bien formadas, desean tener un cuerpo ideal que les propone la sociedad a través de cuerpos estéticos que ven en televisión, o en revistas. Por todo esto los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales. Las mujeres tienden a sentirse más insatisfechas que los hombres de su misma edad, esto se debe, como ya se menciono con anterioridad, a que culturalmente se pone más atención hacia los atributos físicos de la mujer lo que implica reacciones de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal provocando efectos duraderos en los sentimientos que se forman hacia sí mismos (Siegel, 1982).

Los adultos que se consideran atractivos durante la adolescencia tienen una autoestima más alta y son felices que los que se consideraron así. Los adolescentes suelen ser sensibles y perceptibles en relación con su aspecto físico y la de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que deben poseer, pueden construir una fuente de ansiedad (Berscheid, Walster & Boahrnstedt, 1973)

En la cultura occidental es de fundamental importancia la imagen corporal dado el consumo de dedicación y esfuerzo que implica transformar la apariencia del cuerpo. Personas de todas las edades buscan, por medio de ropas, tintes, mascarillas para el rostro, cosméticos, tatuajes y aún cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda, esto se hace más evidente principalmente, en los adolescentes, los cuales desarrollan un conjunto de sentimientos y actitudes hacia sus propios cuerpos, lo que contribuye significativamente, a la evolución de su sentido de identidad personal. Estas impresiones subjetivas, (a las que llama imagen corporal) se construyen, en gran parte, con base a las actitudes que el joven imagina que otros tienen hacia su propio cuerpo y sus partes. El concepto corporal resultante puede ser satisfactorio o placentero o puede conducir de forma negativa del cuerpo como desagradable, sucio o vergonzoso. De manera clara, esto tiene un efecto adverso sobre la autoestima del individuo (Berryman, 1994).

La distorsión y satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal puede considerarse como factor central y común de los desordenes alimentarios y que se 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 profundidad por el cuerpo-su forma y tamaño y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Algunos investigadores han mencionado que la alta incidencia de los trastornos de la alimentación, como la bulimia y la anorexia, en las adolescentes de la cultura actual aparecen cuando, durante la pubertad, las chicas expresan sentimientos negativos ante un cuerpo rollizo y ante los cambios físicos asociados con el desarrollo sexual normal (Dornbusch, Carlsmith, Duncan, Gross, Marto, Ritter & Siegel-Gorelick, 1984).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafuya & Unikel (2000) investigaron lo sucedido entre hombres y adultos respecto a los factores de riesgo asociados con imagen corporal. Encontrándose en los resultados que el género masculino no quiere una figura ideal delgada, ni más delgada que la actual, sino más gruesa. Por otra parte, se encontró en la conducta alimentaria anormal un 15% de prevalencia de dieta restrictiva y un 12% de disturbios alimentarios.

Desde nuestra sociedad occidental se potencia en el varón el deporte, actividad competitiva a través de la cuál demostrará su virilidad, gracias a su forma física y a que se arriesgue para lograr el triunfo, resultado de esto en la práctica deportiva logrando así, la admiración de los demás y puede convertirse en el líder de los otros chicos; y si fracasa en este ámbito y no se acomoda a los estereotipos de apariencia física, se le desvalorizará además de que se tendrá mayores problemas en las relaciones afectivas (Aguirre, 1996).

Así pues, debido a las actividades típicas de cada sexo que está presentes en la sociedad, los chicos tienen ventajas en lograr con mayor frecuencia una madurez física avanzada. Por lo tanto ser más alto, más fuerte y más grande proporciona en los niños una superioridad física. Esta ventaja sirve para realzar aún más su status dentro del grupo de compañeros que valoran con mucha frecuencia las habilidades atléticas. Sin embargo, al haber ligeros atrasos en el desarrollo físico de la altura por debajo del promedio de estatura, normalmente suelen representar problemas para los chicos. Ya que los términos que se emplean en la infancia como “enano” entre otros son buenos indicadores del tipo de reacciones sociales en los compañeros con los que deben luchar los niños físicamente subdesarrollados (Alexander, Roodin y Gorman, 1988).

Por otro lado, los estados emocionales positivos o negativos afecta el comportamiento alimentario del individuo. Las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta de la activación emocional, manteniendo este comportamiento por las cualidades reforzantes del alimento, más que por la capacidad de reducir el estrés (Saldaña, 1994; Thompson, 1996).

Los trastornos de la alimentación en el género masculino se tiene carencias teóricas, son escasos los estudios empíricos y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas (Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel (2000).

En virtud de la importancia de lo hasta aquí señalado es que se propuso en esta investigación determinar la relación entre la variable

satisfacción/insatisfacción, conducta alimentaria de riesgo y autoestima en adolescentes mexicanos del sexo masculino.

En el Capítulo 1, se revisa el concepto de adolescencia, mientras que la introducción a la imagen corporal se describe en el Capítulo 2. En el Capítulo 3, se hace una revisión del Concepto de Autoestima, relacionándolo con el género masculino. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria se exponen en el Capítulo 4, en donde se describen investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional. En el Capítulo 5, se revisa todo lo concerniente al método. Por último en los Capítulos 6 y 7 se exponen los resultados y la discusión y conclusiones respectivamente.

Capítulo 1. Adolescencia

El término adolescencia se deriva del verbo latino *adolecere*, que significa “madurar”, “crecer”, “llegar a la maduración”. Es el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante la cual el individuo aprende habilidades necesarias para florecer como adulto. De esta forma la adolescencia es una fase definida culturalmente, más que biológicamente. En la sociedad occidental en general la adolescencia se inicia con la entrada de la pubertad y termina más o menos cuando los adolescentes se convierten en adultos jóvenes (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990).

La edad aproximada de esta población se ubica entre los 13 y 19 años. El paso de la niñez a la adolescencia se define por los cambios físicos de la pubertad generalmente, sin embargo de la adolescencia a la edad adulta no hay cambios ni ritos que marquen la transición (Morris, 1987). Así, es importante señalar que no sólo se dan cambios físicos sino también en el desarrollo intelectual, social, emocional, familiar etc.

Durante esta etapa de la adolescencia, los pulmones aumentan de tamaño y capacidad, de hecho triplican su peso, lo que permite al adolescente respirar más profunda y lentamente (un niño de diez años respira una 22 veces por minuto, mientras que un joven de dieciocho años respira unas 18. El corazón duplica su tamaño y el ritmo cardíaco disminuye, reduciéndose de 92 pulsaciones por minuto a la edad de diez años hasta 82 a la edad de dieciocho (Berger y Thompson, 1997).

De acuerdo con Fernández (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, (de acuerdo con el sexo) que caracteriza esta etapa de la pubertad, se tiende un puente entre el niño y el adulto.

Estas características fundamentales de la pubertad no se desarrollan al mismo tiempo en todos los niños el ritmo de crecimiento y del desarrollo puberal puede cambiar de un adolescente a otro. A los 14 años de edad, por ejemplo, un niño puede ser rebelde, sin ningún desarrollo puberal de los órganos reproductores o del vello pubiano. Otro de la misma edad puede parecer ya un adulto: hombros anchos, genitales desarrollados, voz grave, musculatura fuerte, etc. Estas desigualdades en el desarrollo físico se reflejan de modo diferente en el desarrollo mental, psicológico y comportamental.

Así, también de acuerdo con la magnitud y la calidad de los cambios relativos a la maduración, pueden distinguirse los diferentes tipos de crecimiento :

- Crecimiento y desarrollo físico. Los cambios de tamaño y función del organismo.
- Crecimiento y desarrollo intelectual. La maduración del sistema nervioso central durante la primera y segunda infancia, y la capacidad de comunicación y el manejo de símbolos y abstracciones, que aumentan paulatinamente durante la edad escolar y en la adolescencia.
- Crecimiento y desarrollo emocional. La capacidad del niño de establecer lazos afectivos con quienes tienen más significados para él (Nelson, 1980).

En lo que respecta a los cambios físicos y biológicos, la adolescencia se caracteriza por un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo (Craig, 1994).

También son rasgos diferenciales en la biología de la adolescencia masculina y femenina, la presentación del acné y la grasa de la cara y el pelo que son signos claros de la secreción de andrógenos (perceptualmente más frecuentes en los chicos que en las chicas), no se debe olvidar que tanto en uno como en otro sexo existen andrógenos y estrógenos. Los primeros son los responsables del crecimiento del vello sexual del pubis y de las axilas y del

antes mencionado aumento de la secreción de grasa en la piel y cuerpo cabelludo y del acné (Aguirre, 1996).

En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de raciocinio que serán definitivas para el individuo, alcanzando la masa encefálica, por ejemplo, el volumen y peso, de su máximo desarrollo (Fuentes, 1989 citado por Ampudia, 1996).

Socialmente, el adolescente empieza a relacionarse e identificarse con grupos de su misma condición, con los que se siente apoyado, comprendido, aceptado y de éste cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas formas de belleza y de rol, y la imagen corporal es casi siempre una representación “evaluativa” . De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), es necesario, en relación a las experiencias de Bruchon-Schweitzer (1992) menciona, tomar también en cuenta los cambios biológicos, psicológicos, socioculturales y tener en cuenta que la imagen corporal además es percibida según la edad, o etapa de vida, género, clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

La maduración no empieza a una edad estrictamente fija, ya que está condicionada por varios factores, como son la raza, el clima, la calidad de la alimentación, las condiciones socioeconómicas, etc. Los hombres y mujeres maduran a diferente ritmo las mujeres empiezan a desarrollarse dos años antes que los hombres. El ritmo rápido de crecimiento y la tasa de crecimiento que alcanza su punto máximo en las mujeres es a los 12 años y en hombres es a los 14 años. Los huesos y músculos están en pleno desarrollo, desencadenado por las hormonas, pero a diferentes partes del cuerpo crecen a un ritmo distinto, por ejemplo, las extremidades (manos pies y cabeza) son las primeras en llegar a su máximo desarrollo, luego se comienza a ensanchar el cuerpo y los hombros. En esta etapa el adolescente gusta de caminar, correr, andar en bicicleta, moto y trimoto (Tanner, 1971, citado en Grinder, 1987).

Desarrollo físico

En general, se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, es el proceso que conduce a la madurez sexual, cuando aún se está en proceso de poder procrear. Aunque los cambios físicos de este período de vida son radicales, no se desatan de un golpe al final de la niñez sino que la pubertad forma parte de un largo y complejo proceso que comienza antes de nacer, los cambios biológicos que señalan el final de la infancia se traducen a un rápido crecimiento y aumento de peso (una tasa de crecimiento que sigue a la infancia) cambios en las proporciones y forma del cuerpo, además con estos cambios se da el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de espermatozoides en los varones, y en ambos la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias (Papalia, 1992).

Sin embargo la adolescencia también es un proceso social y emocional. Se ha dicho que “la adolescencia comienza con la biología y termina en cultura (Canger, & Peterson 1984, p. 92).

También existe un período llamado de gordura en el adolescente, que se da en un 50% de la población; con la maduración hormonal se corrige en la mayoría de los casos. Hay un crecimiento desmesurado de la cara en el prepuber, con respecto a la cabeza. La mandíbula es la última en crecer. Las piernas crecen con mucha rapidez (cuatro veces más la longitud del cuerpo en el nacimiento) ; esto genera ansiedades por temor a quedar desproporcionado. Esto se debe a que el tronco crece con menor rapidez. En el tronco del varón, crece más el diámetro torácico, y en la mujer, las caderas. En lo que corresponde a los brazos, pies y manos estos crecen desmesuradamente (Palladino, 1998).

Los cambios puberales desde el punto de vista físico son realmente notables. Estos cambios de manera vertiginosa; a mayor rapidez de cambio, mayor inseguridad. Esto es lo que Bühler denominó fase negativa, por el hecho de que son tan rápidos que no les dan tiempo para elaborar las situaciones de transformación. Esta situación de crisis produce sentimiento de

inseguridad, problemas en el manejo del cuerpo, timidez, introversión, encierro en su mundo de fantasías, cambios de humor (Palladino, 1998).

La pubertad comienza cuando, en indeterminado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento, al parecer, está determinado por la interacción y puede estar relacionado con el nivel crítico de peso. Entonces, la pubertad se presenta como una respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, el cual se dispara mediante una señal psicológica. En las niñas, los ovarios inician con precisión la producción del estrógeno, la hormona femenina, mientras que en los muchachos los testículos aumentan la producción de andrógenos, en particular la testosterona. Tanto los muchachos como las chicas tienen ambos tipos de hormonas, pero ellas tienen mayores niveles de estrógenos y ellos de andrógenos. A una edad temprana, como a los siete años, los niveles de estas hormonas sexuales aumentan y ponen en movimiento los sucesos de la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que los andrógenos estimula el crecimiento de los genitales masculinos y del vello del cuerpo (Papalia, 1992).

El impacto psicológico de los cambios físicos

Influencia de los cambios de personalidad. Al llegar a la adolescencia, la vida del individuo se proyecta hacia todo su medio social y nuevas experiencias se acumulan para enriquecer su personalidad. Pues en esta etapa de desarrollo humano, los patrones de conducta tienen que reajustarse para hacer compatible lo asimilado hasta entonces con las nuevas necesidades que su desarrollo orgánico trae como consecuencia (Jones, 1958; Peskín, 1973).

Una de las paradojas más grandes de la adolescencia es el conflicto entre el deseo del adolescente de encontrar una identidad individual –para afirmar un yo único- y el deseo de ser como sus amigos o amigas. Es por ello, que cualquier cosa que coloque al adolescente fuera de los patrones del grupo puede inquietarlo, ya sea que madure sexualmente mucho antes o después que sus amigos (Jones, 1958; Peskín, 1973).

De acuerdo con Aguirre (1996) dos son las principales explicativas de este fenómeno transicional adolescente : la psicoanalítica y la sociopsicológica. La primera centrada en el desarrollo psicosexual del individuo, ha tenido particularmente en cuenta factores psicológicos por los que el adolescente se aparta del comportamiento y de modos emocionales infantiles que se unían a los padres desde la infancia. Considera que el brote pulsional de la pubertad altera el equilibrio psíquico alcanzado a finales de la infancia, ocasionando una conmoción interna, que unida al despertar de la sexualidad, le lleva a buscar objetos amorosos fuera del medio familiar, rompiendo así los lazos familiares. Sería un segundo proceso de individuación en el que, mediante la desvinculación, pasaría de la dependencia del niño a la independencia del adulto (Bloss, 1981). La corriente sociopsicológica, por el contrario, piensa que la crisis tiene su causa en la sociedad y en los acontecimientos que están fuera del individuo. El adolescente se encuentra sometido a presiones conflictivas del exterior y a las expectativas que sobre él tienen las personas de su entorno inmediato. Tiene que aceptar el mundo tal como es, y no como le gustaría que fuera. Y si desde niño ha ido aprendiendo los diversos papeles sociales que la sociedad le ha adjudicado, ahora, en cambio, tiene la oportunidad de elegirlos y escoger el modo de interpretarlos. Pero esta adopción de papeles resulta más problemática que en cualquier otro período de vida. La independencia propia de esta edad y los cambios a los que se ve sometido en razón de ocupar un puesto de trabajo, los conflictos entre papeles... es una fuente de dificultad, y hacen de la adolescencia una vida generadora de tensión.

En algunos estudios (Jones, 1958; Peskín, 1973) se encontró que las adolescentes que maduran más temprano son menos sociables, expresivas, equilibradas y más introvertidas y tímidas que las que maduran más tarde.

Sentimiento acerca de la apariencia física

El interés por el cuerpo y la apariencia física han estado presentes siempre en la historia de la humanidad. Los valores estéticos, como es lógico, han ido cambiando con el tiempo pero no ha disminuido la preocupación de los individuos para ajustarse a los modelos culturales y a los estereotipos estéticos vigentes en su época. Hoy en día, los chicos, a través del deporte, se esfuerzan por moldear sus cuerpos y ajustarse así a los cánones estético-

corporales establecidos, pero la “lucha” por conseguir una apariencia física adecuada ha sido y sigue siendo prácticamente exclusiva de la mujer, rayando no en raras ocasiones la obsesión. El modelo cultural al que aspiran las mujeres y muchachas de nuestra sociedad occidental es la delgadez, y quien más susceptible se muestra a esta presión social es la adolescente. Prueba de ello es que más del 50% de las jóvenes, en respuesta a la coacción publicitaria, han empezado en alguna ocasión un tipo de dieta para adelgazar. Se sienten, por lo general acomplejadas y con manías respecto a sus dimensiones y formas corporales, y preocupadas por la apariencia poco agraciada en el momento del cambio. La sensibilidad de elogios o críticas que dispensan los demás sobre su cuerpo es tal, que la actitud que muestren las personas significativas del entorno determinará directamente la imagen corporal de los adolescentes, es decir, la valoración o desvaloración de su persona (Aguirre, 1996).

Siguiendo a Aguirre (1996) en esta etapa de la adolescencia se tiene la sensación de estar deformado físicamente, carencia que no tiene por qué corresponder con la realidad, ya que se trata de falsas percepciones de la imagen de sí mismo. Ajuriaguerra (citado en Aguirre, 1996) propone para definir estos estados de ánimo el término dismorfestesia (sentimiento de deformidad) frente al de dismorfofobia, utilizado por primera vez por Morselli en 1986, al considerar que se trata más de una obsesión por el cuerpo que de una auténtica fobia. No obstante, sí que existe un temor para Ajuriaguerra el temor al rechazo social), y es el temor a un cierto número de fuerzas pulsionales que se manifiestan a través de un cuerpo erotizado; el temor a la pérdida del cuerpo infantil; el temor a la pérdida de los padres de la infancia, el temor a la evidencia de una identidad sexual. Aspectos todos ellos desvelados y representados por las transformaciones corporales.

Existe, pues, señala Aguirre (1996, p.66) una dosis elevada de angustia ante el reajuste intrapsíquico que subyace a dichos cambios. Reajuste que puede concentrarse en tres duelos fundamentales:

- 1.- Duelo por el cuerpo infantil. Ante la definición de la identidad genital, el niño y la niña púberes se ven obligados a renunciar a las fantasías de su bisexualidad, omnipresentes en el pensamiento infantil, para dejar paso a su masculinidad y feminidad respectivamente.

2.- Duelo por la dependencia infantil. Al asumir un cuerpo genital, adulto, el adolescente revive el abandono y la pérdida de la relación dual y simbiótica con la madre, gracias a la cual el niño vivía en un estado de bienestar y placer.

3.- Duelo de los objetos edípicos. El desarrollo corporal hace tomar conciencia a la adolescente del cuerpo sexuado de sus padres, y del posible “entrenamiento” en su relación. Por ello debe producirse necesariamente (imperativo del tabú del incesto) y de forma paulatina la remoción de la líbico de los objetos edípicos y orientarse hacia nuevos objetos exogámicos. La rebeldía, inversión de los afectos... son mecanismos de defensa que encontramos en el proceso más normal del desarrollo adolescente, como formas de desvinculación de las figuras parentales. Sólo si las experiencias tempranas han sido fundamentalmente positivas, el Yo adolescente encuentra la fuerza y base necesaria para afrontar el sentimiento de vacío que acompaña a la ruptura de éstas primeras identificaciones (pérdida de las partes infantiles del Self).

En esta fase del desarrollo de la existencia humana, el adolescente, no solo se encuentra sujeto a las leyes del crecimiento y evolución corporal, sino también a una renovación en la estructura y dinámica de sus sentimientos y percepciones y a un nuevo despertar del amor, de los impulsos y las pasiones (Fernández, 1991).

Mucho antes de la adolescencia los niños se percatan de la existencia de diferentes somatotipos ideales, teniendo una imagen bastante clara de su constitución corporal, de sus habilidades y proporciones. En las sociedades modernas, los adolescentes se someten a intensas dietas, mientras que en otros se someten a rigurosos regímenes para lograr una buena condición física: levantamiento de pesas, baile, atletismo, aerobiscs, etc. En general, las mujeres se preocupan por su peso; ya que para ellas es importante tener un cuerpo hermoso y delgado, pues de ésta manera podrán sentirse alabadas por los demás. También a casi todos los adolescentes les preocupa tener espinillas y barros. La mayoría de los adolescentes se preocupan más por la apariencia física, pues la influencia que tienen con las mismas amigas por los medios de comunicación, les incita a poseer ciertas características físicas socialmente

aceptadas y que implica la belleza corporal. Es por ello que se siente inquieta por su apariencia más que por otro aspecto, y algunos no están satisfechos con lo que ven en el espejo. Los chicos quieren ser adultos y de hombros anchos; mientras que las mujeres quieren ser delgadas pero bien formadas, desean tener un cuerpo ideal que les propone la sociedad misma a través de cuerpos estéticos que ven en televisión, o en revistas. Por esto mismo los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y sus rasgos faciales. Las mujeres tienden a sentirse más insatisfechas que los hombres de su misma edad, esto se debe, como se menciono con anterioridad, a que culturalmente se pone más atención hacia los atributos físicos de la mujer lo que implica reacciones de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal provocando efectos duraderos en los sentimientos que se forma hacia si mismos (Siegel, 1982).

Los adultos que se consideran atractivos durante la adolescencia tiene una autoestima más alta y son más felices que los que no se consideraron así. Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptibles en relación con su aspecto físico y la de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que deben poseer, pueden construir una fuente de ansiedad (Berscheid, Walster & Boahrstedt, 1973).

Desarrollo Cognoscitivo

De acuerdo con Aguirre (1996) en la adolescencia la inteligencia desarrolla provocando una exaltación en el juicio, la comprensión y el deseo de ahondar en aspectos de conocimiento que antes llamaba la atención. Aparecen, en esta etapa, las inclinaciones hacia aspectos específicos como la música, la danza, la pintura, la ciencia, el deporte, la naturaleza, la convivencia, y otras.

(Aguirre, 1996) cognición humana es la capacidad de entender los datos que, a través de nuestro sistema sensorial, nos llegan del medio. El ser humano tiene la capacidad de captar, interpretar, ordenar, relacionar, memorizar, ... y usar los datos proporcionados por los sentidos a través del sistema nervioso.

La adolescencia es la etapa en la que se alcanza el más alto desarrollo intelectual, el de las operaciones formales. En la adolescencia con el aumento de la capacidad y el estilo de pensamiento enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio etc. Este perfeccionamiento de las capacidades también produce una rápida acumulación de conocimientos que abre una gama de cuestiones y problemas capaces de complicar y enriquecer su vida (Piaget & Inhelder, 1969).

Al alcanzar el estadio de las operaciones formales la habilidad para pensar en abstracto facilita el análisis de teorías políticas y filosóficas de otros y construir las suyas propias. El adolescente ha desarrollado un nuevo modo de vida: lo posible y lo ideal cautivan tanto a la mente como a los sentimientos (Craig, 1994), pues ahora los adolescentes muestran una creciente capacidad de planear y prever las cosas. Además, examinan y modifican intencionalmente su pensamiento, se vuelven extremadamente introspectivos y empiezan a poner todo en tela de juicio, a rechazar los viejos límites y categorías, al hacerlo constantemente excluyen las actitudes tradicionales y se convierten en pensadores más creativos.

El pensamiento de las operaciones formales puede ser caracterizado como un proceso de “segundo orden”, el cual consiste en reflexionar sobre los propios pensamientos, buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad (Piaget & Inhelder, 1969) las características del pensamiento del adolescente son:

- 1) la capacidad de combinar todas las variables y encontrar una solución al problema
- 2) la capacidad de hacer conjeturas sobre el efecto que una variable tiene en otra
- 3) la facilidad de combinar y distinguir las variables de modo hipotético-deductivo SI X está presente , Y ocurrirá (p.136).

El mejoramiento de las habilidades cognoscitivas y el descubrimiento del pensamiento abstracto, el adolescente adquiere un alcance mucho más vasto y una complejidad más rica en el contenido de sus pensamientos. Lo

anterior no sólo influye en el estudio de la ciencia y las matemáticas, sino también en cómo los adolescentes examinan e interpretan el mundo social. Hay un deseo de estructurar el comportamiento, los pensamientos y las actitudes en el sentido de una mayor congruencia consigo mismo o de mayor conformismo con las normas del grupo, o bien en el sentido de una imagen nueva e individualizada o algún otro modelo cognoscitivo. El perfeccionamiento de las habilidades cognoscitivas puede ayudar al adolescente a tomar decisiones de tipo vocacional, ya que, puede analizar opciones, tanto reales como hipotéticas, y también sus talentos y capacidades (Craig, 1994).

Desarrollo social

La familia y las relaciones familiares es la principal socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es la principal transmisor de los conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente. Por medio de la palabra y el ejemplo la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales pero lo que los adolescentes aprenden de los padres depende en parte del tipo de persona que sean los padres (Mckenry, Kotch & Browne, 1991).

La naturaleza de las relaciones familiares antes de la pubertad influye mucho en que el niño experimenta la adolescencia. Cuanto mejor es la comunicación entre padres e hijos, más positiva será la imagen que éstos tengan de sí mismos (Offer, Ostrov y Howard, 1982).

La buena comunicación parece reflejar un armonioso funcionamiento del sistema familiar, en el que los progenitores son capaces de comunicar sus valores, creencias y sentimientos a sus hijos. Este tipo de familia suele caracterizarse por estilos peculiares de educación (Hoffman, Paris & Hall, 1996).

La sociedad tiene interés en que el adolescente no pierda el tiempo en una vida de beneficio, pero esta justa preocupación lleva también al exceso de

celo que consiste en estimular demasiado a un niño de once años a no ser un niño prolongado. Si bien, no hay que dormirse, tampoco hay que precipitar las cosas ... En el lenguaje popular se dice, con frecuencia “siempre te portas como un niño, pero ya no eres un niño” (Dolto, 1992).

Una de las quejas más comunes de los adolescentes es que sus padres los tratan como niños (Kodak, Cole, Ferenz-Guillies & Fleming, 1993). La mayoría de los adolescentes presiona tan duro como sea posible para obtener los privilegios y la libertad de que disfrutaban los adultos (Fasick, 1984). Desean sentir que pueden tomar sus propias decisiones y vivir sus propias vidas sin que sus padres le digan siempre lo que deben hacer (Pardeck, 1990). Sin embargo, los adolescentes necesitan que sus padres les vayan concediendo autonomía de manera gradual según vayan aprendiendo a usarla en forma responsable (Dornbusch, Ritter, Mont-Reynaud y Chen, 1990; Gavazzi, Anderson y Sabatelli, 1993; Gavazzi y Sabatelli, 1990).

Asimismo al llegar la adolescencia, el descubrimiento de un mundo interior incrementa en él sus antiguos deseos de autoafirmación. Este deseo de autoafirmación e independencia presenta con un todo ahora características diferenciales en primer lugar es un deseo más consciente. Los chicos de 11-12 años no saben aún lo que quieren. Los adolescentes por el contrario, a punto de encontrarse consigo mismos, de descubrir sus valores, rechazan de forma plenamente consciente la imposición de cualquier influencia extraña a ellos. Una segunda característica diferencial es que sus deseos se encuentran más orientados a la realización de sus propios valores y a la conquista del status del adulto (deseo de ser mayor) que a la oposición al medio. Esto supone una orientación más positiva, en la adolescencia los chicos y las chicas se comparan con los adultos y quieren igualarlos. Incluso en las formas exteriores. Mientras que el chico empieza de repente a lavarse bien, cosa que no se había conseguido de él hasta ahora, la chica dirige su atención a los vestidos y adornos de moda. Una tercera característica diferencial, por fin, es la espontaneidad de todo este comportamiento. El chico de 15-16 años fuma y bebe, a la vista de todos y en actitud arrogante, para mostrar que es mayor y que a él nadie tiene que decirle nada; el de 13, por el contrario, lo hace en secreto, al darse cuenta de que obra incorrectamente y contra lo prohibido. Del mismo modo las muchachas se enorgullecen de ir por la calle ataviada a la moda, a ser posible, como mujercitas ya, en plena conciencia de su recién alcanzada feminidad (Moralera, 1995).

Todos los adolescentes desean agradar a sus padres, recibir su aprobación y ser aceptados a pesar de sus fallas. No desean sentir que tiene que ser perfectos para poder recibir la aceptación de sus padres. Ningún adolescente puede prosperar en una atmósfera de crítica y desaprobación constante (Vangelisti, 1992).

Muchos de los problemas entre los adolescentes con sus padres pueden resolverse si ambas partes son capaces de comunicarse (Masselam, Marcus y Stunkard, 1990; Papini, Farmer, Clark, Micka y Barnett, 1990). Los padres se quejan de que sus hijos adolescentes jamás los escuchan, mientras que los adolescentes afirman que sus padres les dan sermones sobre algunos temas en lugar de discutirlos con ellos. Cuando los padres muestran respeto por las opiniones de los adolescentes el conflicto disminuye y la atmósfera familiar mejora.

Los adolescentes desean que sus padres se interesen en las cosas que hacen y que les brinden apoyo moral y emocional cuando lo necesitan (Northman, 1985; Windle, y Miller-Tutzeuer, 1992). Los adolescentes se resisten especialmente con los padres que están ocupados con sus propios asuntos que nunca tienen tiempo para sus hijos o no están cerca cuando los necesitan (Jensen y Borges, 1986). Las relaciones entre hermanos y hermanas tienen una influencia considerable en el desarrollo social del adolescente (Buhrmester y Furman, 1990).

Durante la adolescencia la amistad tiene una función estratégica. La amistad es un factor relevante en la socialización de los adolescentes puede ser un medio para aprender habilidades sociales y juega un papel central en la búsqueda del adolescente del conocimiento y la definición de él mismo. Así, también, es importante para lograr la emancipación de los padres, el establecimiento de relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad. Más aún, carecer de amigos o tener con éstos relaciones conflictivas permite predecir posteriores problemas psicológicos (Claes, 1992). Además son una fuente importante los amigos de compañía y recreación, comparten consejo y posesiones valiosas, fungen como confidentes y críticos confiables,

actúan como aliados leales y proporcionan estabilidad en tiempos de estrés y transición (Lempers y Clark-Lempers, 1993).

Implicaciones en la salud de los adolescentes

La higiene es la práctica para preservar la salud y la apariencia agradable, los hábitos de higiene en la adolescencia, exigen más tiempo y atención que las practicadas en la niñez; ya que la aceptación en un grupo social, depende fundamentalmente de la presentación personal y de la conducta (Blanco, 1994).

Un adolescente activo y sano tiene que comer ahora mucho más de lo que comerá más adelante por lo que en esta etapa es importante la alimentación de los jóvenes. El sueño es tan importante como la alimentación, los jóvenes se fatigan más fácilmente mientras están creciendo, descuidar la salud, la higiene y el buen desarrollo del organismo, daña particularmente el cuerpo y repercute gravemente en el desarrollo de la personalidad, alterando la conducta con acciones que cada vez se alejan más del ambiente normal de la existencia (Blanco, 1994).

El adolescente sano por lo general dobla su peso durante la pubertad y la adolescencia, pero no necesariamente con una tasa constante. Los muchachos tienden a tener un aumento temporal de las mediciones de grasa al principio de la pubertad; y luego se vuelven más delgados. Las mujeres por el contrario tienden a presentar un aumento persistente del tejido adiposo durante la adolescencia; este aumento de peso o la presencia de sobrepeso o de obesidad durante esta etapa puede afectar su duración psicológica y social. Esto puede interferir con la progresión normal de la dependencia a la independencia, con la participación en los deportes y en otras actividades, así como en las relaciones sociales (Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998).

Adolescentes varones

Púber masculino

Los chicos al alcanzar la pubertad, empiezan a tener un apresurado crecimiento en su cuerpo que parece desproporcionado; tienen las piernas más alargadas, grandes brazos, tórax corto y cuello delgado. Asimismo empiezan a crecerles el vello axilar y púbico, en algunos se ha iniciado el cambio de voz, su apariencia es descuidada en su arreglo personal y de higiene, en algunas ocasiones usan dijes o amuletos, pueden tener su pelo largo o en ocasiones raparse. Es por ello que el crecimiento y desarrollo de la pubertad a la adolescencia es parecido a la de la oruga que sufre el proceso de metamorfosis para convertirse en mariposa multicolor. Por todo esto, la etapa de la adolescencia es de requerirse tiempo y paciencia, tanto para el individuo que lo experimenta como el medio que lo soporta (Guido, 2000).

Después de la pubertad, la masa celular total del organismo aumenta en forma significativa, predominantemente en el sexo masculino, en el que se observa una notoria multiplicación del tejido muscular, que trae como consecuencia mayor fuerza y resistencia, y paralelamente producen modificaciones en el metabolismo basal (Roche, 1971; citado en Contreras, 1985). Asimismo, se produce un mayor nivel de hemoglobina y un aumento de los glóbulos rojos (Contreras, 1985).

Los varones inician el brote de crecimiento a una edad media de 12 años y alcanzan el máximo a los 14 años. Durante el período de crecimiento rápido aumentan aproximadamente un 15% de la estatura adulta y casi a la mitad del peso adulto. Este aumento se refiere tanto a la masa corporal con y sin grasa (Falke, 1998). Otro cambio que se da en los varones es la voz (incluso se hace más evidente, muy a pesar del joven varón, es la pérdida ocasional del control de la voz que provoca los típicos gallitos o cambios repentinos de voz acentuándose más grave) (Berger & Thompson, 1997).

Capítulo 2. Introducción de imagen corporal

La imagen que presenta el cuerpo humano ha sido objeto de interés desde los tiempos de Hipócrates. Se ha creído desde hace mucho que el temperamento y carácter –integrantes principales de la imagen corporal– estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información somática general. Se creía, asimismo, que las personas que propendían a poseer buena cantidad de adiposidad subcutánea y tendían a ser rechonchas (gordas), tenían que ser lentas, pasivas y desidiosas, glotonas y dejadas, además de ser cariñosas y de buen corazón. Los hombres de músculos bien desarrollados y de 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. Respecto a las características específicas se creía que el cabello rojo significaba temperamento fiero; el bigote denotaba maldad y villanía; el cabello rubio, carácter seductor; el cabello corto, intereses heroicos y reaccionarios, y el cabello largo, inclinación hacia el martirio y los intentos revolucionarios (Grinder, 1987).

En las Ciencias Sociales, la imagen corporal se considera hoy que surge en general de la interacción social. Parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas que proviene en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros hacen a los atributos físicos y de la percatación cada vez mayor de las expectativas culturales (Schonfeld, 1963).

Las modas cambian, en la década de los 60, principalmente durante los últimos cinco años, parecía que los jóvenes querían aparecer mayormente desarreglados de lo que les era posible. La ropa no sólo era casual, sino casi informal. Parecían estar vistiéndose como los fundadores de una época muy antigua, con sus pantalones de tela resistente, camisetas decoloradas y pantalones acampanados. Estos atuendos casuales frecuentemente eran más caros, a pesar de que parecían ser muy usados. Ya en los 70, todavía se veían jóvenes que deseaban reducir la importancia de la apariencia física y algunos adultos se quedaron con este marco de referencia. Así por ejemplo si un “hippie” que toque a una puerta para discutir de política, a menudo verá que se cierra la puerta en su cara. Si se rasura la barba, y lleva relativamente corto el

cabello, y si se viste pulcramente, descubrirá que se le admitirá y hasta se le escuchará, por consiguiente un joven pulcramente vestido y bien arreglado todavía recibe una respuesta más favorable de los adultos, que un joven desalineado (Marvin, 1992).

En la cultura occidental es de fundamental importancia la imagen corporal dado el consumo de dedicación y esfuerzo que implica transformar la apariencia del cuerpo. Personas de todas las edades buscan, frecuentemente, por medio de ropas, tintes, mascarillas para la cara, cosméticos, tatuajes y aún, cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda, y esta preocupación se hace evidente, de modo más particular, en los adolescentes. Estos desarrollan un conjunto de sentimientos y actitudes hacia sus propios cuerpos, lo que contribuye, de manera significativa, a la evolución de su sentido de identidad personal. Estas impresiones subjetivas, (a las que llama imagen corporal) se construyen, en gran parte, con base en las actitudes que el joven imagina que otros tienen hacia su propio cuerpo y sus partes. El concepto corporal resultante puede ser satisfactorio y placentero o puede conducir de forma negativa del cuerpo como desagradable, sucio o vergonzoso. De manera clara, esto tiene un efecto adverso sobre la autoestima del individuo (Berryman, 1994).

Por otra parte, en la época actual la imagen que tiene de su cuerpo el adolescente, es producto de su aprecio respecto del propio desarrollo físico, de la estima en que sus camaradas tienen de sus cualidades físicas y de su percepción de los estándares de la sociedad. Pese a todo esto, es difícil para el adolescente aceptar cualquier desviación que se aparte del ideal del cuerpo establecido, entonces su ansiedad sobrevalorará, un cuerpo hermoso y de músculos marcados. La propaganda, las revistas ilustradas, el cine, la televisión y el culto al héroe que ocurren con los atletas contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal y al menosprecio del que se aparta de lo establecido. También afecta la imagen corporal que de sí tenga el adolescente que entre temprano o con demora en el estirón. El muchacho muscular que madura tempranamente puede sobresalir en el atletismo y se le otorgarán los privilegios correspondientes a los muchachos mayores; mientras que el muchacho de desarrollo lento es dejado atrás por muchachos más jóvenes y recibe el trato de niño (Grinder, 1987).

Imagen Corporal

Cuando se habla de imagen corporal, la mayoría de las personas, de inmediato, la relaciona con apariencia física, atractivo y belleza. Sin embargo, es mucho más que eso. Es una fotografía mental que cada individuo tiene sobre la apariencia del cuerpo unida a actitudes y sentimientos con respecto a esa imagen. Además desempeña un papel importante en el concepto de sí mismo que, a su vez, se forma por una compleja estructura que comprende papeles sociales (roles), relaciones interpersonales y posesiones materiales, etc. (Dulanto, 2000).

Por otra parte, las evaluaciones que hacen los adolescentes de su propio atractivo físico están determinados parcialmente por la comparación que hacen de su persona con quienes los rodean (Rice, 1997). La mayoría de los adolescentes preferiría ser de talla media, esto con relación a su altura y peso (Ogundari, 1985), los adolescentes que son altos y flacos se sienten tan mal como los que son bajos y gordos.

El atractivo físico es importante de varias formas, ya que afecta la autoestima positiva y la aceptación social del adolescente (Koff, Rierdan y Stubbs, 1990; Thornton y Ryckman, 1991). Influyen en la personalidad, la atracción interpersonal y las relaciones sociales (Shea y Adams, 1984). Los adolescentes atractivos son considerados en términos positivos, inteligentes, deseables, exitosos, amistosos y cálidos (Lener, Delaney, Jovanovic & Von-Eye, 1990). Debido en parte al tratamiento diferencial que reciben, los adolescentes atractivos parecen poseer una amplia variedad de habilidades interpersonales, tener un mejor ajuste social, autopercepciones más elevadas y atributos de personalidad saludable (Cash y Janda, 1984).

Por otro lado, en lo que respecta a los chicos, a pesar de la presión social no es tan importante como en las chicas que tengan un cuerpo esbelto, la sociedad les exige tener un determinado físico. Los hombres han de ser altos, fuertes, con hombros anchos, un pecho musculoso y bíceps desarrollados; rasgos faciales bien definidos entre otros. Es por ello que en algunas ocasiones tener algún modelo estético causa problemas, principalmente en contra de la misma salud, al abusar de esteroides o realizar

ejercicio físico excesivo. Sin embargo, pese a todo esto actualmente hay cada vez más hombres que buscan remedios de belleza a fin de mejorar su aspecto, confiando que este les aportará éxito en sus relaciones de trabajo (Raich, 2000).

Desde nuestra sociedad occidental se potencia en el varón el deporte, actividad competitiva a través de la cual demostrará su virilidad, gracias a su forma física y a que se arriesgue para lograr su triunfo, resultado de esto en la práctica deportiva la admiración de los demás y de convertirse en el líder de los otros chicos; y si fracasa en este ámbito y no se acomoda a los estereotipos de apariencia física, se le desvalorizará, además de que se tendrá mayores dificultades en las relaciones afectivas (Aguirre, 1996).

Así pues, debido a las actividades típicas de cada sexo que están presentes en la sociedad, los chicos tienen ventajas en lograr con mayor frecuencia una madurez física avanzada. Por consiguiente ser más alto, más fuerte y más grande proporciona a los niños una superioridad física en el recreo o en los deportes. Esta ventaja sirve para realzar aún más su estatus dentro del grupo de compañeros que valoran con mucha frecuencia las habilidades atléticas. Sin embargo, al haber ligeros atrasos en el desarrollo físico de la altura por debajo del promedio de estatura, normalmente suelen representar problemas para los chicos. Ya que los términos que se emplean en la infancia como “enano” entre otros son buenos indicadores del tipo de reacciones sociales de los compañeros, con los que deben luchar los niños físicamente subdesarrollados (Alexander, Roodin y Gorman, 1988).

Concepto de Imagen Corporal

A la imagen corporal se le ha definido de varias formas como son: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, “yo” corporal, límites del cuerpo etc. Una definición clásica de la imagen corporal la describe como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Raich, 2000).

Existen diferentes tipos de autoimagen: imagen del cuerpo, la autoimagen psicológica (formada por los rasgos de personalidad) y autoimagen ideal (se refiere a lo que la persona desea ser en el área física y en la psicológica, aspiraciones) (Ramírez, 1996).

De acuerdo con Rosen (1992), imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto de su propio cuerpo. O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad) y aspectos conductuales.

Thompson (1990) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

a) Un componente perceptual. Precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobrestimación (percepción del cuerpo en sus dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño inferior al que realmente corresponde).

b) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (por ejemplo, satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.).

c) Un componente conductual. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

Para Cash y Pruzinsky (1990) la imagen corporal implica:

Perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.

- a) Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia laboral.
- b) Emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la experiencia externa.

Es decir, la imagen corporal es una constitución compleja que incluye percepción que se tiene de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportamiento derivado de cogniciones y de sentimientos que se experimentan (Raich, 2000).

Por otro lado de acuerdo con Carretero y León (1990), la estructura de la imagen corporal esta determinada por los siguientes factores:

- 1) la percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional. Ordinariamente la imagen corporal cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia, al venir la adolescencia el ritmo del cambio se acelera enormemente. Curran y Frosh (1970), llaman la atención sobre la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal durante la adolescencia normal debido a los cambios que tiene lugar en la pubescencia en cuanto al tamaño y las proporciones y las características sexuales primarias y secundarias. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anormalidades que ya estaban presentes en la niñez asumen una nueva significancia. Los adolescentes piensan que ser diferentes equivalen a ser inferiores. Un desarrollo sexual inapropiado durante la adolescencia suscita perturbaciones en la imagen corporal, no obstante, no todos los adolescentes que tienen deficiencias reales de maduración tienen perturbaciones en su imagen corporal.

- 2) Factores psicológicos internalizados. Los adolescentes que crecieron de una relativa estabilidad cuando niños como resultados de perturbaciones de la relación con sus padres, y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tienen dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares, etc., cuanto más ineficaces fueron sus inadaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia, y con mayor razón aún, a las desviaciones reales o imaginarias en su maduración o configuración corporal. Se dice, que las experiencias afectivas anteriores influyen sobre las observaciones y las interpretaciones que hace el sujeto, pues la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias.

- 3) Factores sociológicos. En el curso de su desarrollo el individuo se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su ambiente y aprende a adaptarse a ellos. Tanto las presiones como la adaptación tiene lugar en un medio social, de manera que la persona es objeto a la vez de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones sobre cuya base puede alterar su conducta o reafirmarlo.

Los adolescentes aceptados por sus familias habitualmente no sobrestiman ni subestiman sus cuerpos. En cambio, cuando el adolescente siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes los rodean con frecuencia llegan a menospreciarse. A su vez, las familias que tienen a enfatizar la significación del aspecto y el funcionamiento físico les inculcan a menudo una sobre valoración de la seguridad que ofrece la belleza física.

A menudo los padres suscitan la ansiedad inicial del adolescente a raíz de su aspecto y adecuación sexual con una mirada, una frase o un persistente interés por desarrollo genital o la estatura del hijo, o por la demora en la menarca o el peso excesivo de la hija.

En esta etapa de la adolescencia se muestran extraordinariamente sensibles a propósito de su concepto del yo. Reaccionan instantáneamente ante lo que piensan de si mismo y lo que los demás piensan de ellos. Dado que su imagen de la propia persona se halla en constante cambio, ya que son especialmente vulnerables ante los juicios de los demás con la aprobación o la desaprobación de los demás. Asimismo, durante este período cuando el adolescente depende del grupo de pares en los que le toca su prestigio social tiende a aceptar como verdadero el valor que el grupo le atribuye.

- 4) Ideal de imagen corporal. El adolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas reales como imaginarias. Los medios de comunicación de masas contribuyen a esto con un énfasis excesivo en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando el que se aparta de él. En esta fase en la que el ideal del yo es tan inestable, el adolescente puede sentirse muy ansioso, volviéndose hacia el grupo de sus pares. La pandilla o grupo es uno de los muchos ejemplos del esfuerzo que realizan los adolescentes por hallar una imagen satisfactoria de sí mismo a través del intercambio con otros que luchan por conseguir el mismo objetivo ...

Imagen Corporal y Atribución

Berger y Thompson (1997) señalan que algunas características del atractivo físico son las características faciales que pueden ser eliminados o aliviados en gran medida, gracias a los conocimientos de la medicina y la odontología y a la mayor conciencia de los efectos de los cosméticos. Las orejas salientes pueden ser “prendidas hacia atrás”, la nariz larga puede acortarse, los mentones metidos pueden ser reconstruidos, etc. La preocupación por tener que usar anteojos puede aliviarse en muchos casos mediante los lentes de contacto. Aunque los frenos en los dientes pueden causar algunas dificultades temporales de tipo físico, éstas son menos perturbadoras que tener dientes permanentemente irregulares o chuecos.

Siguiendo con Berger y Thompson (1997) , antes de desaprobarnos la preocupación que tienen los adolescentes por su aspecto considerándola narcisista, se debe reconocer que, en parte, la obsesión de los jóvenes por su apariencia física es una respuesta a las reacciones de las demás personas. Por ejemplo, los padres y los hermanos a veces hacen comentarios memorables y mortificadores sobre el aspecto del niño que ésta creciendo: “pareces una vaca”, “estas más plana que una tabla de planchar”, “tienes unos pies de submarinistas”, observaciones que no se atreverían a hacer ante nadie más que a los miembros de la familia. También los extraños ofrecen comentarios (normalmente indeseados y desconcertantes) sobre los cuerpos de los adolescentes que están creciendo: las chicas pubescentes de repente oyen silbidos, sonidos provocativos y piropos obscenos; los chicos, según su nivel de madurez, muchas veces reciben la etiquetas de sementales o inútiles. Los adolescentes pueden recibir mensajes sutiles sobre su aspecto físico incluso procedentes de los maestros: como mínimo éstos suelen juzgar a los alumnos nuevos de doce años o trece años que son físicamente atractivos como académicamente más competentes que sus compañeros de clase menos atractivos (Lerner, Delaney, Hess, Jovanic & Von-eye, 1990).

Por otra parte, en lugar de ignorar o minimizar la preocupación del adolescente por sí mismo, los adultos deberían proporcionar cualquier ayuda práctica que pueda necesitar, como propuestas en el vestir ánimos para hacer ejercicios físicos, tratamiento médico para el acné, etc. La comprensión y los cumplidos, en lugar de la crítica y la burla, pueden tener beneficios de largo alcance, no sólo en la imagen corporal del adolescente sino también en su autoestima, aceptación social y disfrute en general de la vida (Berger y Thompson, 1997).

Alteración de la Imagen Corporal

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen una variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, niegan su delgadez, así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como una forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este caso aún se sienten gordas, lo que les

lleva a restringir su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que les resulta difícil salir (Raich, 1994; Toro y Viardell, 1987; Hsu 1990^a, citados en Mateos y Solano, 1997).

Así, también la alteración del componente perceptual de la imagen corporal y al satisfacción con la misma, son resultado de varios factores (Gómez Pérez-Mitré, 1997) :

- a) Condiciones sociales. Como la presión que ejercen algunos agentes socioalizadores, entre ellos los medios de comunicación, quienes promueven símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles, género, valores, etc.
- b) Variables individuales más objetivas, como peso y forma real del cuerpo.
- c) Variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño corporal, figura ideal, autoatribución, autoconcepto y autoestima entre otras.
- d) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

Por otra parte, la distorsión de la imagen corporal. Es la distorsión perceptual de la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y es usualmente medida usando tareas visuales de estimación del tamaño tales como distorsión del video o de rayos (Murrieta, 1997 citado en Poblano y Trigueros 2000).

Casper, Davis, Ecker, Halmi y Goldberg, (1979) muestran que las diferencias en percepción no se atribuyen a factores sensoriales, sino que son respuestas alteradas e influidas por variables actitudinales, motivacionales y de personalidad, además estos encontraron que los sujetos, además de evaluar el tamaño de su cuerpo o parte del mismo, también evalúan objetos y que con relación a eso no se presentaban distorsión; sin embargo, proponen que el problema de distorsión de la imagen corporal se limita a regiones del cuerpo y

que no abarca objetos físicos, concluyendo que, la distorsión es un desorden perceptual general.

En otras investigaciones, se han demostrado que los desórdenes y problemas asociados a la distorsión de la imagen corporal son producto de condiciones socio-ambientales y culturales (Furnham y Baguma, 1994; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La cultura en que se desarrolla el individuo le ha enseñado el concepto de lo que es bello y feo. A lo largo de la historia, estos conceptos son diferentes e incluso contradictorios. En la cultura actual, uno de los factores de más influencia ha sido la presión cultural hacia la esbeltez y la obesidad mal vista (Raich, 2000).

Hay pocas personas que no encajan en el ideal cultural de la imagen corporal. Ya que en muchos grupos étnicos dónde están genéticamente dotados de una estatura baja, o de caderas más anchas, o de cuerpos rollizos, así como de otras características distintas a las que reclama este ideal cultural. A menudo estas diferencias genéticas no son muy evidentes en la infancia, antes de que las hormonas evoquen el tipo corporal adulto en la que la persona está destinada a tener. Esto significa que la pubertad exige de repente a muchos adolescentes jóvenes a aceptar un cuerpo con una forma heredada de sus antepasados, que no se parece a la de los modelos y estrellas de cine que idolatran (Berger & Thompson, 1997).

Por otra parte, la distorsión y satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal puede considerarse como factor central y común de los desordenes alimentarios y que se 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 profundidad por el cuerpo- su forma y tamaño- y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Los adolescentes se preocupan mucho por su tamaño, constitución flaca o gorda y su forma, la mayoría de los muchachos quiere tener masculinidad,

mientras que las muchachas buscan perder peso. La mayoría de los jóvenes y de los adultos consideran el sobrepeso como perjudicial tanto para la salud como para la apariencia. El acné es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y casi todos lo adquieren en mayor grado o menor grado. Como la sociedad da tanta importancia a la piel limpia, la presencia del acné de ordinario deja más al descubierto lo que el adolescente siente de sí, acentuando la crítica propia (Grinder, 1987).

Como resultado del profundo interés por la apariencia física, muchos adolescentes se pasan horas mirándose al espejo, preocupados por su complexión, por como su estilo de peinado afecta al aspecto de la cara, por como les queda la ropa: si les hace parecer modernos o anticuados. Algunos hacen gimnasia o dietas con una intensidad obsesiva (por ejemplo, levantamiento de pesas para desarrollar músculos específicos o pesándose los alimentos con una exactitud de un gramo para calcular mejor las calorías). Por lo tanto la lucha por conseguir el cuerpo ideal se puede convertir en una mala salud física y mental (Berger y Thompson, 1997).

Como ya se mencionó anteriormente algunos adolescentes distorsionan las imágenes de sí mismos y se ven menos atractivos de lo que realmente son. Esto puede ocurrir como resultado de establecerse modelos excesivamente altos. A la vez los jóvenes “se centran” en algún “defecto” pequeño o imaginario (por ejemplo, orejas grandes, dientes separados o demasiadas pecas), que prácticamente pasa desapercibido a los demás pero que cambia por completo la percepción de sí mismo (Pope, McHale & Craighead, 1996).

Asimismo, cuando existe el problema de la nariz demasiado grande o poco atractiva, por lo general es más grave entre las muchachas que entre los muchachos, puesto que la cara atractiva es más importante para las mujeres, además en lo que se refiere a las marcas de nacimiento, lunares y cicatrices – el grado en que estas características, causen daño emocional varía, dependiendo su tamaño y localización. En cambio si una mancha es grande o esta en un lugar obvio, puede ser fuente de muchas preocupaciones (Berryman, 1994).

La preocupación de los adolescentes por su imagen corporal no debe ser tomada a la ligera. Para la mayoría de los adolescentes, el pensar que tienen mal aspecto puede sentirse mal. Especialmente en la fase de adolescencia, los sentimientos de depresión, tanto en chicos como en chicas, están muy correlacionados con una imagen corporal negativa (Rierdan, Koff & Stubb, 1988).

Imagen Corporal y Adolescencia

En la adolescencia como se es sabido, es una etapa del desarrollo de cualquier ser humano, que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales; tanto para los hombres como para mujeres. 1) Físicos porque el cuerpo empieza a desarrollarse y aparecen los caracteres sexuales secundarios, los cuales se refieren a la madurez física reproductiva ; 2) Sociales porque los jóvenes aprenden una nueva forma de relacionarse con los demás, con base a lo que han aprendido en sus primeros años de la familia y ; 3) Psicológicos ya que las principales consecuencias psicológicas de estos cambios físicos y sociales se dan en la autoimagen corporal, en la reevaluación de uno mismo y en la búsqueda de la individuación (Tercero, 1998).

Cortes y Gatti (1966), por ejemplo, informaron que los muchachos adolescentes con físicos admirables sentían fuerte necesidad de hacer algo que llamara la atención se preocupaban por lo que lograban, necesitaban quedar bien y estaban dispuestos a tomar riesgos.

Gunderson (1965), extrajo datos de informes de jóvenes alistados en la Marina a quienes les pidió que calificaran el grado en que estaban conformes con su estatura y peso. La mayoría deseaba tener 1.82, como cinco centímetros más de estatura real de 1.77 . La cantidad que deseaban pesar era de 76 a 81 kilos mientras que su promedio era de 72; lo anterior muestra que los sujetos estaban en descontento con éstos aspectos de su imagen corporal.

Las ideas de los jóvenes sobre su aspecto físico muestran tremendos cambios que experimentan durante la infancia y adolescencia; también parece cambiar evolutivamente la relación entre el concepto corporal y la autoestima. Y por otro lado, para los chicos, la popularidad entre sus semejantes está asociada a la habilidad atlética y, en menor medida a la apariencia física. Así pues, el crecimiento físico y las características sexuales secundarias que se desarrollan durante la pubertad pueden ser, factores significativos en la aceptación del grupo y en la forma de establecerse en él (Pope, McHale, Craighead, 1996).

Los cambios físicos durante la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. Es mucho más importante, en esta época de cambios dramáticos, tener “buen tipo”. Ya que por consiguiente los chicos que tardan en crecer más que sus compañeros suelen quedar marcados severamente por la preocupación de ser “bajitos”, de no tener las cualidades de fortaleza y altura que definen al hombre, remarcando su masculinidad (Raich, 2000).

Cavior & Doeckki (1973) los adolescentes físicamente atractivos eran más populares entre su grupo de amigos. Existiendo numerosas ventajas para el desarrollo de la identidad en este tipo de adolescentes, y las consiguientes desventajas para aquellos cuyo aspecto físico no se ajusta a los estereotipos culturales. Los muchachos que maduran tarde sufren en términos de autoconcepto y relaciones sociales, y estos problemas persisten en la edad adulta (Ames, 1957 ; Jones 1965; Weatherly, 1964).

Mientras Gunderson (1965) menciona el término “descontento” de imagen corporal, Gómez Pérez –Mitré (1993), lo utiliza como “insatisfacción” de imagen corporal, ya que el origen de la insatisfacción es, por un lado de carácter psicológico-social y de naturaleza de otros procesos –percepción, aprendizaje y pensamiento-, por otro, es actitudinal en tanto que, además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal.

Por otro lado algunos investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas:

- a) Distorsión perceptual siendo una inhabilidad de percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y se expresa ya sea sobre estimándolo o subestimándolo. Así, también la distorsión de la imagen corporal se entiende como el mayor alejamiento, específico concreto, del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y peso imaginario, se le conoce como distorsión de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).
- b) Satisfacción e insatisfacción corporal es el grado con el cual a la persona le gusta o le disgusta y en consecuencia acepta o rechaza el tamaño y la forma de su propio cuerpo (Cash y Brow, 1987; Thompson, 1990; citados en Schund y Bell, 1993).

Para Bruchon-Schweizer (1992), la insatisfacción corporal influye de manera importante en la adaptación individual y social, y esta íntimamente ligada con autoestima favorable así como el equilibrio emocional.

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 percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

Con relación a la percepción de la imagen deseable, los hombres están más satisfechos con lo que perciben, en comparación con las mujeres. Por lo general una mayoría importante de mujeres desean ser más delgadas de cómo se perciben y más delgadas de lo que a los hombres realmente les gustan, esto es más mujeres que hombres sobrestiman su peso cuando realmente pequeños porcentajes de hombres y mujeres son obesos o tiene sobrepeso de acuerdo con sus índices de masa corporal (Tienboon, Rutishauser, Wahlquist, 1994; Phelps, Johnston, Jiménez, Wilczenki, 1993; citados en Gómez Pérez-Mitré, 1993 b).

3. Autoestima

Cuando se es niño, los adultos pueden nutrir o minar la confianza y respeto por uno mismo, según el respeto, el amor, se valore y se aliente a tener fe en uno mismo, o no. Pero aún en los primeros años de vida las propias elecciones y decisiones cumplen un papel crucial en el nivel de autoestima que finalmente se desarrolle. Se está lejos de ser receptáculo pasivo de opiniones que los demás tengan en uno. Y de cualquier forma, cualquiera que haya sido la educación, como adulto el asunto está en nuestras manos. Nadie puede respirar por nosotros, nadie puede pensar por nosotros, nadie puede imponer la fe y el amor por uno mismo. Se puede ser amado por la familia, la pareja, y los amigos, y aún así no amarse uno mismo (Branden, 1995).

Por otro lado, la autoestima ha sido constantemente valorada por las personas que trabajan con niños. Es difícil mantener un estrecho contacto con los niños y evitar interesarse por sus sentimientos acerca de ellos mismos como individuos. Actualmente, parece ser que la autoestima es un tema cada vez más popular ; libros para padres, maestros, consejeros y para los mismos niños insisten en un “autoestima positiva” (Pope, McHale & Craighead, 1996).

Así pues, la autoestima saludable es el resultado de una autoevaluación válida que no cae en la sobrevaloración ni en la infravaloración. Las personas que se sienten adecuadas y valoradas no necesitan alardear sobre su importancia de la confirmación social de su valía (Twersi, 1996).

Por otra parte se considera que tener una autoestima alta es tener una visión “saludable” de si mismo (Pope, McHale & Craighead, 1996 p.14) , alguien que acepta de modo realista sus defectos pero sin tomar una postura excesivamente critica. Una persona con un autoestima positiva se evalúa de forma positiva y está satisfecho de sus aptitudes. Sentirse satisfecho de sí mismo no quiere decir que no se desee ser diferente en algunos aspectos; al contrario, una persona con confianza en sí misma mejora sus áreas insatisfactorias según sea el caso, incluso cuando se siente benévolo consigo mismo al no conseguir determinado objetivo. Por el contrario una persona con baja autoestima muestra a menudo una actitud positiva ficticia, en un

intento desesperado de demostrar a los demás- y a ella misma- que es una persona adecuada. O bien puede retraerse, por miedo a relacionarse con los demás, porque teme a la larga lo rechacen, también es una persona que no sabe hallar aspectos de sí misma de los que sentirse orgullosa.

Cada persona valora diferentes aspectos de sí misma. William James (1980) expreso perfectamente esta idea: cuando me esforzaba en ser un psicólogo, me mortificaba si otros sabían más que yo. Sin embargo, estoy contento en la mayor ignorancia del griego. Mis defectos no me crean en absoluto un sentimiento de humillación personal. Si tuviera “pretensiones” de ser un lingüista, sería justo lo contrario (p. 309).

Es indudable que todos, en alguna época u otra, vivimos situaciones difíciles. Creemos que son más los problemas que tenemos que las soluciones que podemos dar. La persona con autoestima alta toma todos los incidentes de la vida como crisis pasajeras. No se deja abrumar. Sabe que logrará lo que se propone y se sobrepondrá a la mayoría de los obstáculos. Así, también la autoestima es la valoración que tenemos de nosotros: la opinión y el sentimiento que cada uno tiene acerca de sí mismo de los propios actos, los propios valores y las propias conductas (Pick, 1990).

Autoestima, adolescencia y familia

La forma y las funciones de la familia evolucionan con la cultura y están al servicio de las necesidades de la sociedad. La familia es el primer sistema social que conoce el niño y dentro del cual se desarrolla. De ella consigue familiarizarse con los roles básicos tal como existen en la sociedad en que vive. Además aunque los roles puedan considerarse como unidades de un sistema social, también pasan a formar parte de la personalidad en cuanto dirigen la conducta y proporcionan cohesión para el mejor funcionamiento de la personalidad. Los individuos no aprenden los patrones de vida partiendo de cero, sino que, en muchas situaciones aprenden roles que luego modifican según sus necesidades individuales (Lidz, 1985).

Las familias pueden clasificarse en dos tipos generales de organización: la familia amplia y familia nuclear. La familia amplia se caracteriza por tener fuertes lazos de unión entre los parientes y la familia nuclear se caracteriza por ser más limitada, está constituida por padres e hijos. Así, también la familia amplia es de interés para nosotros porque persiste en las poblaciones urbanas contemporáneas. Esta tiende a dar seguridad a sus miembros al ofrecerles patrones definidos de conducta en la vida y de relación con los demás. En cambio en la familia nuclear esta sujeta a más tensiones exteriores pues conduce a una exigencia de formas de vida que ya no son inherentes a las costumbres y valores de la familia pues lo que se daba por hecho en la familia de origen puede dejar de serlo en este tipo de familias (Parson, 1964).

Son tantos y tan variados los cambios que se experimentan durante la adolescencia, que se podría decir que es como si de pronto se nos dieran unos anteojos y a través de ellos se viera la vida de otra forma. La lenta separación de las ligas emocionales con la familia, la entrada temerosa o alborozada a una nueva vida que llama, son de las más profundas experiencias de la existencia humana. Así pues, uno de los aspectos que más afecta es una forma de relacionarse con los adultos, a quienes hasta entonces tal vez se les admiraba, temía, obedecía, pero de quienes se había dependido. Además se quiere ser comprendido y respetado por ellos, lo que hasta entonces habían dicho ya no es siempre válido. Así, también se empieza a sentir rechazo, rebeldía o a cuestionar lo relativo a la imagen de autoridad y valores mayores. La dependencia en el apoyo paterno se ve reemplazada progresivamente por un sentido de autovaloración derivados de logros. Se quiere dar opinión de las cosas y que los mayores escuchen, que dejen de tener ideas preconcebidas sobre la adolescencia y respeten las decisiones y valores. A causa del tumulto emocional, en esta etapa se ofrece una oportunidad para rectificar exigencias infantiles y adoptar nuevas identificaciones (De la Rosa, 1996).

Siguiendo a De la Rosa (1996) en la adolescencia el contacto más cercano con la autoridad es con los padres, la relación con ellos empieza a sufrir cambios importantes. Aunque los sentimientos hacia ellos sigan siendo profundos, no siempre son positivos. Ambas partes están diciendo adiós al tipo de relación que antes tuvieron y tratan de encontrar una nueva forma de comunicarse. En esos momentos termina la dependencia completa con los padres y empieza la identificación de uno mismo y los coetáneos. Sin embargo, no es fácil establecer las nuevas reglas del juego, según las cuales

ambas partes se sienten a gusto. Además si se cree que el adolescente es el único que atraviesa por cambios brutales, se está en un error. Ya que las personas cuando se convierten en padres, no significa que dejen de cambiar y de crecer en otros aspectos; a lo largo de los años pasan cambios y etapas al igual que los hijos, se sabe que las personas no se vuelven adultos sólo porque pasan de los 20 años, y no pierden sus temores e inseguridades sólo porque van acumulando canas y arrugas.

Por otra parte los problemas se presentan cuando los padres se enfrentan al dilema de jalar o soltar las riendas; cada una de las partes está en un extremo de la cuerda y cada quien jala más fuerte en reacción a la fuerza contraria. Así también la mayor parte de las desviaciones que ocurren, tienen alguna relación con el choque que se produce entre lo que el adolescente quiere hacer y lo que los padres quieren que haga. En el adolescente la rebeldía, se torna en contra de los padres, ante lo que se puede entender y manejar y la disciplina que los padres imponen a los hijos se ve con frecuencia limitado por el creciente deseo de libertad. Hay actividades en que se tiene libertad de acción y decisión, pero existen otras en que se sigue dependiendo del control de los padres; la disciplina ya no es igual a la que se acataba de pequeño. Ahora es probable que se ejerza perdiendo privilegios si no se cumple con las normas del hogar. Otra situación que desquicia al adolescente es que los padres se entrometan en la vida social, pues tienen sus propias ideas sobre lo que esta bien y con quien se conviva (De la Rosa, 1996).

Se ha encontrado que la aceptación, interés, calidez, respeto y cercanía de los padres se asocian con la autoestima del adolescente (Bachman, 1970; Rosenberg, 1965; Greenberg, 1983; & Buchan, 1991 ; citados en McCurdy & Scherman, 1996).

Algunos autores sugieren que el divorcio de los padres debilitan los lazos con el progenitor que no tiene la custodia de los hijos y que el contacto con ese progenitor tiene mucho que ver con el bienestar de los adolescentes después del divorcio (White, 1985; Brody & Forehand, 1990; citados en McCurdy y Scherman, 1996).

Pett (1982; citados en McCurdy & Scherman, 1996) sugiere que la mayor contribución al ajuste del chico después del divorcio es de quien tiene la custodia. Se observó que la autoestima depende de los lazos del padre como apoyo afectivo, más que la relación de la madre. También se dice que la autoestima se asocia con la independencia de ambos padres.

Es posible que una buena relación con la madre no logre contrarrestar el afecto negativo que ejerce sobre la autoestima una relación afectiva de mala calidad con el padre (McCurdy & Scherman, 1996).

La idea del autoconcepto está determinada en parte por la intervención de otros, sin embargo no todas las personas con las que interactúa son igualmente significativas. El término “otros significativos” se refiere a las personas que ocupan un alto grado de importancia y que sus opiniones son consideradas como significativas.

El adolescente se vuelve menos dependiente de los padres a medida que crece y por lo tanto la evaluación de los padres se vuelve menos importante en cuanto a la autoestima se refiere. De una relación asimétrica se vuelve simétrica es una forma recíproca en donde se comparten valores, actitudes y mayor intimidad, en relación se vuelve sumamente importante para los adolescentes. Así también para mujeres como para hombres la evaluación de la figura materna es importante. Para las mujeres el impacto de sus amigos se vuelve más importante, así como la opinión de los maestros ya que los adolescentes se identifican más con el rol de estudiantes. Para los muchachos la opinión del padre se vuelve mayormente significativo ya que la relación padre-hijo, aumenta. A pesar de las pequeñas variaciones que existe, se ha encontrado que la opinión y evaluación de “otros significativos” es importante para ambos sexos durante la adolescencia y determina la autoestima (Gerson, 1998).

Raphael, Cubis, Dunne, Lewin & Kelly (1990) en su estudio, afirman que los adolescentes de familias incompletas tienen más problemas emocionales que los adolescentes de hogar intactos. Algunos de éstos problemas son: autoestima baja, percepción sobre su rendimiento académico y otros problemas que requieren de consulta psicológica. En éste estudio se

puede observar que los rasgos de personalidad de introversión y neurosis se ven más claros en el grupo de adolescentes de hogares incompletos.

En lo que respecta a la estructura familiar y su impacto en el adolescente, Lawler y Lennings (1992), encontraron que el tipo de conflicto dentro de una familia es variable de mayor importancia que la estructura familiar en sí (familia intacta, padre o madre soltera, familia combinada). La estructura familiar no contribuye, en la mayoría de los casos estudiados a un aumento de conflictos. El grado de conflicto en una familia es un factor que tiende a disminuir la autoestima del adolescente, ya que le produce un grado de incertidumbre y estrés emocional que rompe con su desarrollo emocional y apoyo familiar.

La adolescencia es un período difícil para los padres y los mismos adolescentes (Montemayor, 1982 citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996) así como una etapa en el cual se reorganizan los vínculos familiares (Hill, 1980 citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996).

Buchanan, (1990; citado en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996) sugiere que los padres perciben la adolescencia como difícil, pero también creen que los adultos pueden tener un impacto sobre ella. Para los padres de adolescentes, las creencias acerca de ésta etapa son sumamente importantes dado que son producto de un estereotipo que incluye al adolescente en etapa de confusión y conflicto y bajo la influencia del cambio hormonal (Offer, 1981 citado en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996).

Las creencias de los padres acerca de la adolescencia puede influir en la manera en como interactúan con sus hijos. Los padres que conciben la adolescencia como difícil pueden esperar comportamientos específicos por parte de sus hijos y acatarlos (Dix y Grusec, 1985; Parson, 1982 citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996) o interpretar las conductas ambiguas como evidencia de sus creencias y justificaciones de sus actos (Eccles, 1992; Miller, 1987; citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrihtman, 1996).

El apoyo de la autonomía es muy importante en la medida que estos adolescentes se desarrollen, ya que los mismos desean tener un papel más activo en la familia (Steinberg, 1990 citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie , & Wrightman, 1996). La manera en como los padres se relacionan con dicha necesidad de autonomía es de gran importancia. La autonomía psicológica proporcionada por los padres esta relacionada con las calificaciones escolares (Steinber, 1989; citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996) y la participación y toma de decisiones esta asociada por la motivación intrínseca y autoestima (Eccles, 1992; Flanagan, 1989; citados en Grolnick, Weiss, Mckenzie & Wrightman, 1996).

Autoestima en la relación de pareja

Roger & Rosenberg (1977 citados en Mendoza, 1995) las transformaciones graduales que vive la sociedad moderna están inevitablemente asociadas a nuevas formas de establecer y conceptualizar la relación conyugal.

Así pues, el concepto de relación de pareja los autores arriba señalados tiene la virtud de permitir todas las características de una relación auténtica, definiéndola como “buena” psicológicamente mientras apoye o mejore el grado de crecimiento y en su defecto “mala” en tanto obstruya el proceso de crecimiento.

Quien quiere protegerse con armaduras impenetrables se aparta. Puede ganar respeto pero no amor.... el que ambos deban abandonar las fachadas, blindajes, es un factor importante para el crecimiento de la pareja. Las máscaras son interpretaciones erróneas de uno mismo ante el temor de la no aceptación del otro o lo que es lo mismo, los miembros experimentan miedo de manifestar lo que son porque se consideran demasiado vulnerables como para mostrarse como son y temen a la desaprobación y se ocultan en una fachada (Mendoza, 1995).

Otro factor importante en la relación de pareja es la autonomía. El individuo autónomo comprende y acepta el hecho que al existir amor entre dos personas cada uno es responsable de sí mismo (Branden, 1983) ; esto significa que cada persona elige paulatinamente las metas que desea alcanzar. Esta

tendencia hacia la auto-orientación, implica la propia responsabilidad de uno mismo, al decidir cuales son las actividades y maneras, de comportamiento significativos o no.

La experiencia de convertirse en un individuo definido conlleva a convertirse en un proceso rico y complejo de sentimientos positivos o negativos incluso contradictorios. Esto significa que el o ella tratan incesantemente de estar en contacto con sus sentimientos íntimos y exploran cada vez más su propio “organismo” para descubrir que existe dentro de sí, sus reacciones más locas y brutales, hasta las que son socialmente aceptadas. Se trata pues, de un deseo de ser un todo uno mismo en un momento determinado, toda la riqueza y complejidad sin elementos temidos u ocultos, en este sentido, es posible “experimentar” toda una gama de emociones como van surgiendo: dolor, pena celos, furia, amor, deseo. Mayor confianza en sí mismo. Este proceso tiene como momento importante la posibilidad que los miembros valoricen su propio proceso como son, y confíen en sí mismo cada vez. Experimentar con fuerza los propios sentimientos, la vivencia, de sus valores internos, influyen en la vida de pareja en la manera como se expresan de manera personal, tan creativamente como sus miembros así lo permitan. Al confiar en sus propias impresiones, en su propio “organismo” , es el centro de la experiencia, habrá de encontrarse la conducta más satisfactoria en cada situación existencial y en cada problema que haya que enfrentar (Mendoza, 1995).

El dar y recibir amor tiene mucho que ver con la autoestima de la persona. Si esta alta, no tendrá problemas para recibir, porque una persona que valora bien merece recibir, y no como la autoestima baja, que niega la posibilidad que le den. Esto es válido en todos los niveles, desde recibir una caricia psicológica sobre el aspecto físico (eres guapo/ a) o capacidad intelectual (eres inteligente) hasta sentirse merecedor de la felicidad. De acuerdo a los estilos de amar planteados por (Lee, 1976), el amor romántico y apasionado se da en personas de alta autoestima, porque implica una mayor proximidad.

En las relaciones de amor la autoestima es una condición sin precedencia. Como afirma (Maslow, 1985 ; citado en Mendoza, 1995) es tal vez concebir una persona de sólida autoestima sin una correspondiente relación de amor, pero una relación de amor sin autoestima es impensable. El amor puede reforzar la propia autoestima, pero no crearla (Branden 1981;

citado en Mendoza, 1995), es más, la propia carencia de autoestima lleva una serie de falacias en lo que el amor concierne.

Autoestima, adolescencia e imagen corporal

La autoestima es una necesidad humana vital (Greenberg & Stone, 1992) , es el valor que los individuos ponen en el yo que perciben. En diversos momentos los adolescentes hacen una evaluación cuidadosa de ellos mismos, comparando no sólo las partes de sus cuerpo, sino también sus habilidades motoras, sus capacidades intelectuales, talentos y habilidades sociales con las de sus compañeros y sus ideales o héroes.

La adolescencia va acompañada de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión, de estar convencido que nadie los entiende y que se tiene muchos defectos, aunado a la desesperación de no saber exactamente por qué., se experimenta estados emocionales exaltados y una hipersensibilidad particularmente en relación con un abrumador anhelo de amor y una ansiedad vaga sobre la vida, además es un proceso por el que se atraviesa implicando una reestructuración de la personalidad, en el cual las transformaciones intelectuales van paralelas y se complementan con las transformaciones afectivas (De la Rosa, 1996).

Siguiendo a De la Rosa (1996) esta etapa es un proceso de descontrol de las emociones, lento y con frecuencia dolorosa, en el que poco a poco se van descubriendo cualidades únicas y creando la propia personalidad y valores. Surgen además estados afectivos que proveen una gama de intensas experiencias y que afloran las ligas de la infancia. De vez en cuando se experimentan sentimientos que desagradan y se tiende a sentir miedo de lo que no se comprende, tanto dentro de sí como en lo que rodea. Así también en los sentimientos negativos y confusos hay una mezcla de emociones, puede ser que a la vez se odie y se ame a los padres, hermanos, la escuela, y a los amigos, o tal vez se aleje de las personas y se procure estar solo pues, en ocasiones no se puede controlar las emociones; por momentos se es cerrado y en otros extrovertido. Además como adolescente se es principiante en muchos aspectos y se enfrenta a muchas situaciones por primera vez, en estos años se va a ser y a conocer muchas cosas nuevas y a medida que se enfrenta al

“mundo real”, se cometerá muchos errores y no todas las experiencias son gratas.

Una de las metas para el adolescente es ser autónomo, no para hacer su voluntad, sino para ejercer un discernimiento de libertad de acción y pensamiento, tomando en cuenta los derechos y la libertad de los demás, ser libre de ser uno mismo es un derecho natural, quizá se anhele a ser igual a los demás y si se sufre por ser distinto; en esta etapa se debe ser bastante inteligente y humilde para aceptar que todavía se está aprendiendo muchas cosas, abrir los sentidos y la mente para sopesar, desechar y absorber. No se debe aceptar sin cuestionar todo lo que digan, pero tampoco se debe de invalidar de antemano; al tener confianza en uno mismo, en las capacidades y potencialidades, en el instinto para seguir lo que muy adentro se sabe que es lo mejor para uno. No se debe tener miedo de equivocarse, más bien fijarse en lo que se hace y decide lo más cómodo es dejarse llevar por los demás, por las circunstancias para al hacerlo se deja uno robar la individualidad, asimismo en esta fase, nadie tiene el derecho de prohibir elegir por uno mismo, ya se dejó la edad en que se funcionaba con base en premio o castigo, en adelante las cosas se hacen porque se sabe lo que conviene, además es más difícil que se sea dirigido desde afuera porque se empieza a plantear cuestiones desde el fuero interno, se debe tomar en serio el asunto de libertad que van encausados, ya que es un arma de doble filo, la vida es con frecuencia complicada y compleja; se debe acostumbrar a tratar a los demás como se quiere que se sea tratado, también a reflexionar sobre lo que se siente, fijándose si lo que se hace es de veras lo que se quiere, cada vez más se va construyendo, como definiendo y transformándose. Hay que ponerse de acuerdo con la vida por negativas que sean las circunstancias, la responsabilidad de salir de ellas es solamente de uno (De la Rosa, 1996).

La autoestima es un sentimiento de la propia dignidad, de los valores que se relacionan con uno mismo y con el sentido de un mundo particular. Cada día es un nuevo comienzo, una pequeña vida en sí mismo (De la Rosa, 1996).

En un estudio transversal acerca de autoestima en adolescentes, (Simmons, Rosenberg & Rosenberg, 1990; citados en Chubb, Fertman & Ross, 1997) hallaron que la autoestima disminuye durante la adolescencia temprana

para llegar a su mínimo a los 12 años. De ese punto en adelante, aumenta gradualmente y alcanza su clímax a los 16 años.

La mayor parte de los estudios que han evaluado las diferencias de género en autoestima, han encontrado que las adolescentes mujeres presentan niveles de autoestima menores que los hombres (Cairns, 1990; Eccles, 1989; Labouvie, 1990; Nottelman, 1987; Wigfield, 1991; citados en Chubb, Fertman y Ross, 1997).

Por otra parte a pesar de que se viva en una misma cultura, las personas no se ven afectados de la misma forma, ni en el mismo grado. Algunos individuos demuestran que no se ven afectados, ni por la presión cultural, ni por las burlas que pueden haber sufrido, ni por tener pecas o acné. Incluso por tener algún defecto desfigurador. Estas son personas que tienen una sólida autoestima, además tienen seguridad de sí mismas y se creen merecedoras de ser amadas, competentes y se enfrentan a los problemas de la vida. Por el contrario las personas que no poseen una buena autoestima, tienden a sentirse inadecuadas y pueden sucumbir fácilmente a las presiones sociales (Raich, 2000).

La imagen corporal de los adolescentes esta centrada en cómo se ven a sí mismos, en cómo son tratados por los demás, en cómo se relacionan más con los otros. Sin embargo, es más importante para los mismos, lo que piensan de su cuerpo. Así pues, la influencia en la actuación física es destacable para los chicos en su autoestima (especialmente cuando se trata de popularidad entre compañeros) y aumente a medida que se acerca la adolescencia (Pope, McHale & Craighead, 1996).

Concepto de Autoestima

Fajardo (1999 citado en Caso, 1999) identifica 6 componentes utilizados en un número importante de definiciones de autoestima propuestas en 1967- y 1996 por diversos autores. Dichos componentes: evaluativo, afectivo, cognitivo, conductual, social y contextual. El componente evaluativo hace referencia al conjunto de juicios valorativos con respecto, así mismo, el afectivo a los sentimientos y emociones derivadas de dichas

evaluaciones, el cognitivo a las operaciones y procesos psicológicos involucrados, el conductual a las competencias y habilidades percibidas, el social a la retroalimentación recibidas por las personas significativas de su entorno inmediato y el contextual, al conjunto de creencias, normas y valores prevalecientes en el entorno social del individuo.

La autoestima se debe de distinguir del autoconcepto, ya que el autoconcepto se refiere a cómo la persona se percibe a sí misma en un aspecto global. El concepto se va desarrollando desde la infancia hasta la adultez a medida que el individuo interactúa con sus amigos, padres, maestros; y sobre todo el cumplimiento de varias tareas o responsabilidades (Baumeister, 1993). Hamacheck (1981) indica que el autoconcepto es la parte cognoscitiva del yo, mientras que la autoestima forma la dimensión afectiva. Es decir, que el autoconcepto se describe en términos de su contenido y estructura cognoscitiva, mientras que la autoestima se relaciona con el autoconcepto solamente por los contenidos positivos o negativos.

William James (1980, citado en Oñate, 1989) define al sí mismo como la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo James afirmó que las imágenes que otros tienen se reflejan en la persona y dichas imágenes se incorporan formando el autoconcepto; además consideró que el sí mismo se conforma de tres componentes. El yo-social o las opiniones que los demás tienen de su persona; el yo-material o cuerpo; y el yo-espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el propio yo. Mientras que Ausubel (1952; citado en Oñate, 1989) define el autoconcepto como la combinación de tres elementos: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales. Por otra parte (Pope, Mchale & Craighead, 1988), menciona que la autoestima es una evaluación – positiva y negativa- de la información contenida en el autoconcepto; y que es una combinación de información objetiva, que tiene el individuo, acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esa información.

Para Coopermish (1967) la autoestima es una abstracción en la que el individuo desarrolla sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue, esta abstracción se encuentra representada por el símbolo de “mi” que es la idea que la persona tiene de sí misma. Dicho concepto se forma a través de la experiencia personal. Para llevar a cabo dicha abstracción, el individuo considera las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que los individuos responden a sus actitudes, apariencia y eficacia.

Es por ello, que el niño en sus primeros años, desarrolla un concepto de que las partes de su cuerpo, las respuestas de otros hacia él y los objetos que recibe tienen un punto de referencia común.

En la formación de sí mismo se debe tomar en cuenta la sociabilización, ya que una de las consecuencias indirectas de este proceso es el desarrollo de la autoestima en el sujeto. (Sheriff 1966; citado en Ahumada, 1987) menciona que la autoestima se forma como resultado de la internalización de las normas y valores del grupo social. Las relaciones sociales están determinadas por los valores sociales en los diferentes papeles o roles que adquiere el individuo en su sociedad. Es decir, que ese sentimiento de valor propio se aprende desde la infancia. Los niños al interactuar con otras personas se sienten apoyados en menor o mayor grado, reciben palabras de aliento o desaliento, directa o indirectamente de sus padres y de otras personas; y de esta manera empiezan a formarse una imagen de ellos mismos. Al transcurrir el tiempo, el niño asimila el concepto que otros le transmiten y le asigna una calificación de dicho concepto y es precisamente lo que forma la autoestima (Pick, 1990).

Áreas evaluativas en la autoestima

Pope, (1988 citado en Barajas, pp. 41-42), menciona que la autoestima puede evaluarse en diferentes áreas del individuo: global, académica, imagen corporal, social y familiar. Es decir, que la autoestima dependerá de la importancia que la persona le asigne a cada uno de los componentes, esencialmente si los valores de las áreas son positivos, la autoestima tenderá a ser positiva, pero si hay una devaluación en alguna de las áreas, se estará refiriendo a sentimientos negativos que la persona tiene sobre sí misma. A continuación se describe cada una de estas áreas:

- La autoestima global es la evaluación general del yo, se basa en la evaluación de todas las características que forman parte del individuo.
- El área académica : es la evaluación del individuo como estudiante, que incluye todas aquellas habilidades y competencias en el ámbito escolar, su desempeño en las distintas materias.

- El área de la imagen corporal: es la combinación de la apariencia física y las capacidades. La autoestima del individuo se basa en la satisfacción de cómo se percibe a sí mismo, en cuanto se ve la forma de su cuerpo.
- El área social: comprende los sentimientos de la persona, acerca de ella misma como amigo de otros, y que éstos evalúen sus ideas, sus actividades. Se muestran los sentimientos de satisfacción con la interacción en las relaciones sociales.
- En el área familiar: se reflejan los sentimientos que el individuo tiene acerca de él mismo como miembro de la familia. El sujeto puede evaluar, dentro de la familia, si él hace contribución, o está seguro con el amor que recibe por parte de sus padres y hermanos.

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

-La imagen del propio cuerpo: se constata que el adolescente se siente más interesado por el aspecto físico y la apariencia corporal que por sus cualidades intelectuales y morales (Coleman, 1984; & Fierro, 1985). La satisfacción con el propio cuerpo se halla correlacionada positivamente hacia sí mismo, mientras que la insatisfacción respecto a la estatura y peso ejerce influencia negativa respecto a la autoestima (Gunderson, 1965; Juorard y Secord, 1955).

-El ambiente o el contexto sociocultural: los factores sociales determinan, en gran medida, el concepto o la imagen de sí mismo, puesto que la evaluación que uno hace de sí mismo no lo hace en abstracto, sino en conformidad con los criterios y las condiciones de una sociedad particular. Por lo mismo, no se puede dudar que el concepto de sí mismo tiene el adolescente y éste condicionado por una serie de factores sociales y culturales, como el ambiente social, el status socioeconómico, la pertenencia a un grupo.... La falta de organización y estructuración social en que se encuentra inserto modelan y determinan, en cierta medida, la imagen que de sí mismo tiene el adolescente (Aguirre, 1996).

-El ambiente familiar: igualmente, recientes investigaciones han constatado que los adolescentes manifiestan tendencias a una autoestima más alta ya a un autoimagen más estable cuando sienten cerca la atención de sus

padres; y que esta aumente el nivel de autoestima en la medida en que son objetos de una atención equilibrada y madura por parte de los padres (Rosenberg, 1973; citado en Aguirre, 1996).

Formación de la autoestima

Las experiencias vividas en la interacción con los otros, los roles y los comportamientos premiados o castigos van conformando la autoimagen e internalizan el significado de sus elementos o atributos percibidos y el valor que tiene para el individuo. Por ejemplo, el impacto de cómo los padres califican a sus hijos (bueno, descuidado, listo, distraído, etc.) sus actitudes y sentimientos conforman la autopercepción de dichos atributos esto se encontró en estudios del sí mismo (Secord y Jourard, 1953; Mans, 1955; citados en Tovar, 1996). Por medio de una lista de adjetivos positivos y negativos se puede obtener la autodescripción de la imagen que el individuo tiene de sí mismo.

Rosenberg (1973) considera que los seres humanos, al vivir en sociedad, sufren la presión de proteger la autoestima del sí mismo ajeno; es decir, que se debe evitar insinuar que alguien es estúpido, inmoral o desagradable, ya que ello sería una ofensa. Es así que puede considerarse como una norma social el proteger la autoestima de todos.

Para Branden , (1995 citado en Barajas, 1988) la autoestima tiene dos componentes: un conocimiento de capacidad personal y otro de valor personal. Es decir, que la autoestima es una experiencia íntima, es lo que cada uno piensa y siente sobre sí mismo y no lo que otros piensan o sienten sobre uno. Siendo precisamente la suma de la confianza y el respeto de sí mismo, lo que refleja el juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los acontecimientos y desafíos que se presentan en su vida (para comprender y superar problemas), y respetar y defender sus necesidades. Cuando se tiene una baja autoestima existen sentimientos de ineptitud, inseguridad, dudas sobre sí mismo, culpa y miedo a desarrollarse plenamente en la vida (teniendo una sensación de que soy no es suficiente, o por la forma en que me veo, creyendo no ser atractivo (a) para los demás), por lo que impide el crecimiento psicológico en cuanto a las aspiraciones y logros que

pueda tener el individuo. Si hay una alta autoestima el individuo tiene la posibilidad de ser más creativo en su casa, la escuela, el trabajo, lo que significa lograr mayor éxito, buscando ser más ambicioso en lo emocional y espiritual; asimismo, el individuo busca mantener relaciones interpersonales enriquecedoras. Es por ello que si la autoestima es alta actúa como un sistema inmunológico de la conciencia, dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración.

La autoestima es un medio del autoconcepto, por medio del cual el individuo reconoce sus limitaciones, sus expectativas de desarrollo y percibe los niveles de autoeficacia. Cuando una persona tiene una baja autoestima, siente un auto-rechazo, auto-insatisfacción, auto-desprecio. Teniendo de esta manera, una auto-representación desagradable deseando ser de otra manera. La autoimagen se deriva de un grupo de normas internalizadas individualmente que llegan a formar parte del yo-ideal (Rosenberg, 1973).

Autoestima y trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación, en particular el acto de comer compulsivamente y la bulimia son, droga ya que no tienen una finalidad nutritiva. Las personas con una autoestima baja no confían en relacionarse con los demás. “ si la persona que me gusta llega jamás a conocerme no le voy a gustar”, la comida se convierte en sustituto de la relación porque se puede depender de su ingestión: nunca más rechaza (Twerski, 1996).

El temor que experimentan aquellas personas que sufren de una baja autoestima, la cual es frecuente así mismo en los casos de trastornos de la alimentación y que probablemente explica el fenómeno intermitente de pérdida y adquisición de peso. Para algunas personas el hecho de mantener peso estable después de adelgazar supone un éxito inadmisibles. Así también, los problemas causados por la alimentación crean círculos viciosos, pueden llegar a disipar la energía personal hasta el punto de que no nos queden fuerzas para seguir adelante. Dichos problemas, poco saludables desde un punto de vista físico (Twerski, 1996).

Asertividad y autoestima

El concepto de asertividad tiene muchas acepciones existen diversas creencias en lo que este término implica, por ejemplo, en Bower y Bower (1980, p.5), señala que una de las creencias típicas es pensar que el comportamiento asertivo debe cambiarnos a hacer “buenas personas” aunque por dentro se tenga sentimientos de ira, de queja o rebeldía, o peor aún, menciona que el comportamiento asertivo nos ayuda a convertirnos en calculadores y manipuladores.

Dee Galassi (1977, p.7), dice que “una conducta asertiva envuelve en forma directa la expresión de nuestros sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones de la manera en que nosotros nos dirigimos a otras personas, sin forzarlas ni menospreciarlas, ni usarlas como medios”.

Alder (1977, p.6), define asertividad como “la habilidad de comunicarse y expresar los sentimientos y emociones en confianza y con máxima capacidad”. En el análisis de la definición, el autor reconoce dos elementos: la habilidad para expresarse así mismo, lo que significa que se puede escoger la manera apropiada para actuar en situaciones, que en lugar de estar limitado a una sola forma o nivel total del mensaje, esto desecha la problemática común a la que algunas veces se hace frente, el poder ser asertivos en algunas situaciones y con algunas personas, mientras que en otras situaciones y con otras personas no.

Asertividad es la habilidad de expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir como reaccionar y hablar por los derechos cuando es apropiado. Esto con el fin de elevar la autoestima, y de ayudar a desarrollar la autoconfianza para expresar el acuerdo o desacuerdo cuando se cree que es importante, e incluso para pedir a otros un cambio en su comportamiento ofensivo (Elizondo, 1997).

Asertividad, la palabra proviene del latín *asserere*, *asertum* que significa afirmar. Así pues, asertividad significa afirmación de la propia personalidad, confianza en sí mismo, autoestima, aplomo, fe gozosa en el

triunfo de la justicia y la verdad, vitalidad pujante, comunicación segura y eficiente (Rodríguez & Serralde, 1991).

Asertividad es el manejo positivo de la agresividad, entendiéndose ésta como fuerza, valor, empuje, intención, que impulsa a obtener lo que se desea, necesita, anhela, sueña, sin agredirse o lastimarse a sí mismo o a los demás. Asimismo este manejo de la asertividad en la persona es mediante un autoestima alta, autoperdón y el uso de la razón. Ser asertivo es ser conciente de sí mismo, de la realidad, de los sentimientos y conducta. Además las personas asertivas canalizan su agresividad negativa u hostil a través de los deportes, ejercicios físicos o de relajación, o por actividades que permitan la salida de esa energía acumulada (Rodríguez, 1988).

Ser asertivo significa actuar asertivamente, tener habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene, como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario. Esto significa ganarle al otro: es triunfar en el respeto mutuo, en la continuidad de los acercamientos satisfactorios y en la dignidad humana, no importando que a veces no se logre un resultado práctico o personalmente beneficioso o inclusive que se requiera ceder. Implica no doblegarse, sin embargo, ante cualquier acción que intente violar el respeto a lo propio y al mismo tiempo se somete a la firme exigencia individual de respetar profundamente en las acciones personales, los derechos humanos de los demás (Aguilar, 1999).

Los componentes de la asertividad son respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto, y oportuno, control emocional, saber decir y escuchar, ser positivo y la expresión no-verbal dice mensajes. La conducta asertiva requiere el manejo armonioso de estos elementos con el fin de lograr una comunicación satisfactoria permanente (Aguilar, 1999).

Así también, el ser asertivo significa poner en práctica las habilidades respetando tanto los propios derechos y de los otros; significa tener valor de usar la percepción y comunicación, ya que lo que cuenta más en un mensaje no es el “que”, sino el “como” se dice. La asertividad sin una buena

percepción y sin saber cómo comunicarla, puede llevar al desastre. Por ejemplo: si se dice a una persona que su trabajo está mal hecho, se está siendo asertivo, pero falta usar la percepción para cuenta de qué, es lo que se dice en realidad y cómo se está diciendo, ya que su trabajo y consecuencia, podría estar siendo una comunicación destructiva. La no asertividad a agresión hostil es el manejo negativo de la agresividad; es decir, satisfacer las propias necesidades y derechos sin importar las de los demás. La no asertividad se maneja de una manera pobre y baja, con autodevaluación, tristeza y depresión, con sentimientos de culpa y remordimientos que llevan a explicaciones y disculpas, provocando enfermedades y autodestrucción. Las personas no asertivas canalizan su agresión destruyendo objetos, golpeando física, moral y económicamente a otras personas, levantando falsos y sobreprotegiendo a los demás. Todavía existen personas que son asertivas; éstas son pasivas, no dan a conocer a los demás sus opiniones y necesidades legítimas, se dejan manipular por otros; ante los demás sus necesidades no importan; escuchan a los demás, pero nunca hacen o piden que los demás los escuchen; dejan que pasen por encima de ellas; ejemplo: si una mesera se le olvida traer la crema para el café, y se queda sentada esperando a que ella lo note y la traiga, se está siendo pasivo y no asertivo, si grita y dice que es una estúpida por no traerla, se está siendo asertivo, agresivo y hostil; si uno llama y le pide lo que necesita, se es asertivo (Rodríguez, 1988)

4. Introducción al concepto de alimentación

“La alimentación se define como el proceso mediante el cual el organismo obtiene sustancia para la vida (nutrimentos). Y a su vez, estos nutrimentos son agua, hidratos de carbono (carbohidratos) , proteínas, lípidos (grasa), vitaminas y minerales “ (Pick, 1990, p.168).

Probablemente el ser humano se alimentó en un principio recolectando hojas, frutas, raíces, nueces y cortezas. La cacería se desarrolló después, como medio para obtener pieles de animales para cubrirse, así como de alimentos, y la agricultura tal vez se inició en las regiones del Medio Oriente 9000 años Antes de Cristo (McLaren & Meguid, 1993).

La mayoría de los seres vivos humanos, son omnívoros, pero gran cantidad de personas son casi de hecho vegetarianas por necesidad y otras muchas por elección. Para que una dieta estrictamente vegetariana sea adecuada desde el punto de vista nutricional, se deben variar las fuentes de alimento. Algunos vegetarianos, como los Adventistas del Séptimo Día, tienen una longevidad pero esto puede deberse, por lo menos en parte, a la abstinencia de alcohol y tabaco así como la realización de actividades saludables. Así también una extrema de vegetarianismo se excluyen todas las carnes y productos animales (por ejemplo, leche, productos lácteos y huevos). Esta dieta carece de vitamina B 12. En las sociedades opulentas, y en el Tercer Mundo, así como en países con desarrollo tecnológico, la importancia de la información en la alimentación ha ganado popularidad en años recientes. Gran parte de los consejos sobre lo que supone es una dieta sana se proporcionan por medio de radio, televisión y revistas, por personas sin entrenamiento ni comprensión de la ciencia nutricional. En ésta como en otras áreas, el público es crédulo, preparado en general a gastar grandes cantidades de dinero o a padecer extremos de incomodidad con la esperanza de lograr una vida larga y sana con alguna “píldora mágica” en exceso simplificada, con frecuencia peligrosa, como solución a sus problemas. Las modas alimentarias varían, como los sistemas de macrobiosis, el budismo Zen o algunas dietas líquidas, hasta la adquisición de alimentos casi exclusivamente en almacenes de “alimentos sanos” para evitar todo contacto con fertilizantes químicos, plaguicidas, etcétera (McLaren & Meguid, 1993 p.9).

Desafortunadamente, con frecuencia las normas de higiene en estas circunstancias son deficientes y pueden ser altas las concentraciones de contaminantes naturales. El rápido ascenso del interés y la preocupación del público por la comida sana ha sido bienvenido y los médicos así, como otros profesionales interesados en el problema, deben de estar bien informados y ser moralmente responsables para asegurar que el consejo proporcionado estará basado en un conocimiento científico actual. Asimismo ninguna persona o grupo de personas consume todo el material comestible del que se dispone. La clasificación de los productos comestibles en alimento y no alimento ha surgido como resultado de muchos factores complejos, sociales, religiosos y económicos. Incluye una arraigada faceta de cada modelo cultural, que se aprende por la imitación en la niñez temprana y es muy resistente al cambio. Esta clasificación no tiene relación con el valor nutritivo. La mayoría de las personas no reconocen la relación que existe entre la enfermedad por deficiencia nutricional y la confianza excesiva en un alimento que no es nutritivo. Desfavorablemente, el mejoramiento de la dieta toma largo tiempo antes de que los efectos sean evidentes . es muy difícil alterar los hábitos nocivos de alimentación por medios educativos (McLaren & Meguid, 1993).

Alimentación y cultura

Todas las culturas tienen uno o varios alimentos que con frecuencia constituyen el producto básico y la fuente principal de energía. Por ejemplo si es un grano, suele ser blanco y molido en extremo (harina de trigo, o maíz, arroz). Los alimentos básicos tienen un valor emocional especialmente atribuido a menudo a una condición semidivina. Los hijos de personas que consumen un alimento básico relativamente rico en proteínas (trigo, migo) tendrán más protección contra la desnutrición. Además existen alimentos de lujo. Estas se reservan para fiestas y ceremonias, son costosos y ricos en proteínas; algunos ejemplos son: la joroba de camello entre los árabes beduninos, el cerdo de Nueva Guinea (McLaren & Meguid, 1993).

Por otra parte, el maíz se ha usado en América como alimento principal desde los tiempos más remotos. Los pueblos de Anáhuac adoraban a Centeotl diosa de la tierra y del maíz. Además México aportó al mundo el maíz como

recurso alimentario para su aprovechamiento y cuatrocientos años más tarde ha utilizado las técnicas indígenas para su aprovechamiento en la alimentación, ya sea en tamales, masa para hacer tortillas y otras muchas formas que son usados en diferentes regiones del país (Quintín, 1990).

Por otro lado, el maíz es un cereal de origen americano que se cultiva actualmente en todos los continentes. Pertenece a la familia de las gramíneas y la planta se caracteriza por un tallo grueso (caña) de 1 a 3 metros de altura, con hojas largas, planas y puntiagudas, donde después florecerá y posteriormente crecerá la mazorca (Quintín, 1990).

Abstinencia en la alimentación

Desde un principio ha existido en las diferentes sociedades la supresión de alimento en colectividad. La mayoría, han sido de carácter religioso. Asimismo los hindúes tiene prohibido comer carne de vaca y cuajada; los judíos, carne de cerdo y mariscos; los budistas sólo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal. Además las distintas religiones obligan a ayunos totales o selectivos (abstinencias) y en determinadas épocas del calendario religioso: el Ramadán musulmán, la pascua cristiana, etc. Así pues, el comer un pescado; la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber faltado a una norma sagrada, y al cual se da un significado espiritual. Sin embargo en el año 2000 las cosas son diferentes por los cambios que se van generando en la sociedad actual en que los ayunos y abstinencias en nombre de Dios van siendo relegados al olvido con acelerada rapidez y ha surgido en la actualidad lo que se como trastornos del comportamiento alimentario. Es en este mundo actual donde la anorexia nervosa, la bulimia nervosa y otros trastornos alimentarios no específicos se han extendido y se extienden como una epidemia de moda, originando con esto una auténtica alarma social (se trata de unos trastornos, de auténticas enfermedades, que justamente guardan una estrecha relación con los ayunos y abstinencias que practican sus “fieles” y seguidores”); asimismo el ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, así como de muchas personas que tienden a pertenecer a este grupo de trastornos alimentarios, los mismos lo practican en función de la belleza corporal. Dios y los sacrificios por él, impuestos, han sido sustituidos por la apariencia del cuerpo, por la silueta. Ayuno y abstinencia estaban asociados a la salvación, penitencia, ascetismo y

culpa; hoy en día la restricción alimentaria, practicada extensamente, por lo general, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma (Toro, 1996).

Nutrición y adolescencia

Es natural que en esta etapa los adolescentes establezcan un contacto más cercano con sus amigos y se alejen de sus padres. Muchos de los principios, ideas, costumbres, y hábitos son cuestionados por los jóvenes, confrontándolos por el tipo de ideas propio de su edad, buscando así una propia identidad. Además los hábitos de alimentación sufren algunas modificaciones. Ya que en esta fase surge el cuestionamiento, de rompimiento con lo establecido, es común que los adolescentes rechacen los alimentos que han sido considerados como buenos por la familia, sólo por el hecho de sentir que pueden decidir lo que comen. También en esta edad se adquiere mayor independencia y pueden hacerse algunas comidas en la calle, lo que facilita más la propia elección de que comer. Asimismo dado que en esta etapa se acelera el crecimiento y tiene lugar cambios físicos decisivos, el organismo demanda un mayor aporte de energía, como resultado de esto los jóvenes pueden responder en forma adecuada a esa demanda incrementada de energía, a través de una dieta equilibrada y suficiente o por el contrario, desviarse hacia la obesidad la otra forma de mala nutrición, a causa de patrones de alimentación inadecuados (Castro, 1988).

En la etapa de la adolescencia aumenta las necesidades de vitamina D, de ácido ascórbico, de ácido fólico, y de calcio, además la importancia de hierro es necesario para que no se presente anemia. Ya que en este periodo las necesidades de hierro se incrementan a causa del aumento de la masa corporal y los cambios en el funcionamiento de los aparatos circulatorio y respiratorio, también la anemia en las mujeres aparece debido a la pérdida de sangre durante la menstruación. Y en el embarazo de la adolescente se modifica notablemente por las necesidades nutricionales de la madre, pues además de los requerimientos propios en esta etapa, se precisa un aporte extra de elementos para el crecimiento del feto y la preparación de la lactancia (Casillas y Vargas, 1985).

Conducta alimentaria

El comportamiento alimentario tiende a mantener el peso del cuerpo muy estable durante la edad adulta. Si bien pueden presentarse fluctuaciones del peso de forma normal, éstas mantienen un patrón equilibrado entre reservas energéticas, ingestas y gastos. Así, las reservas energéticas pueden reducirse según las circunstancias externas o ambientales, o la voluntad del sujeto. En tales casos, la disminución en la concentración plasmática de los metabolitos necesarios para el buen funcionamiento celular traduce en estímulos específicos sobre los centros nerviosos que regulan el hambre y la saciedad mediante mecanismos metabólicos, con la finalidad de recuperar la ingesta. A su vez, se produce un elentecimiento del metabolismo basal en el intento de conservar al máximo las reservas energéticas (Turón, 1997).

La conducta alimentaria no es un fenómeno aislado o independiente, sino más bien un fenómeno resultado de la interacción del estado fisiológico del organismo y de las condiciones ambientales (Blunden y Hill, 1987; citados en Turón, 1997) de acuerdo con este concepto, la capacidad para controlar la ingesta de nutrientes con el fin de equilibrar las necesidades corporales requiere mecanismos que armonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo.

En el recién nacido, el comer se va convirtiendo en un acto de relación social, ya que aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Y esta sociabilidad del comer se mantiene a lo largo de la vida. Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer suele ser una práctica incómoda, ligeramente desasogante, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre, cabe asegurar que la comida, tiene significados, que se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional (Toro, 1996).

Por otra parte, el buen comportamiento de un niño es recompensado por una golosina, un caramelo, un pastelillo, o cualquier otro alimento que se asemeje, en contraste con esto hay niños que se han quedado sin postre, o se han ido a la cama sin cenar a consecuencia de su mala conducta. Por todo esto se trata en ocasiones en que la comida deje de ser simplemente alimento para

desdoblarse en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, en algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa. Es imposible que un niño premiado o castigado sistemáticamente con caramelos tan sólo los perciba como un simple placer para su paladar (Toro, 1996).

Así también, los alimentos llegan a dar identidad al joven. A veces determinado tipo de alimentación le permite formar parte de un grupo, lo que lleva a adoptar con facilidad dietas vegetarianas, naturistas, macrobióticas y otras de otras de actualidad (Casillas y Vargas, 1985).

Asimismo la adolescente promedio necesita cerca de 2,200 calorías por día; mientras que el varón requiere de 2,800. Las proteínas son importantes para permitir el crecimiento, tanto para los jóvenes como el cualquier otra persona, deberán de evitar el consumo de “comida chatarra” como papas fritas, bebidas gaseosas, helados, galletas etc., ya que tienen un alto contenido de grasa, y calorías, además de bajos nutrientes. Otros de los minerales que deben de consumir los adolescentes son el hierro, calcio y zinc, el primero lo requieren los jóvenes ya que es indispensable para el crecimiento de los huesos y es obtenido mediante el consumo de cantidades suficientes de leche; sin embargo, quienes sufren de intolerancia a la lactosa (la incapacidad para digerir la leche), pueden ser sustituidos por otros alimentos como son: salmón y brócoli. Muchas jóvenes evitan tomar leche la leche por el temor a aumentar de peso, siendo que la pueden suplir por la leche descremada que contiene más calcio que la leche entera (Papalia,1998).

Por otro lado, las jóvenes necesitan una fuente continua de pan enriquecido con hierro, frutas secas, y vegetales de hoja verde. En la dieta diaria además deben de incluirse alimentos de zinc como carnes, huevos, comida extra y cereales de grano entero, ya que una deficiencia leve de estas sustancias pueden ocasionar un retraso en la madurez sexual (Williams y Caliendo, 1984).

Trastornos alimentarios e imagen corporal

Algunas mujeres llevan su dieta a extremos peligrosos, sobre todo en la edad adolescente, una de estas historias que explican su gravedad es de la famosa cantante Carpenter quien era una anoréxica clandestina y que murió a los treinta años por la falla cardiaca originada por la extrema dieta a la cual se sometía sin un control médico (Ojeda, 1997).

Turner (1984) ha subrayado la existencia práctica de dos tipos de dietas alimentarias restrictivas: la dieta médica y la dieta del consumidor. La primera destinada al cuidado y mantenimiento en estado satisfactorio del cuerpo interior. La segunda estaría al servicio de la superficie corporal, del cuerpo exterior y por lo tanto la dieta médica se basaría en el conocimiento científico, mientras la dieta del consumidor seguiría normas culturales.

Por otra parte, el atractivo físico, está constituido para cualquier persona; por el rostro, el cabello, los ojos, las manos, la forma de moverse y caminar, el color de piel etc., además de otros tantos factores que, conjuntamente, y también por separado, constituyen el atractivo físico de cualquier persona. La valoración preferente de una u otra de estas características depende del momento histórico de cada sociedad o grupo social. Pero es evidente que el volumen corporal constituye el sujeto esencial de atracción física- y por tanto personal- en nuestro aquí y ahora (Toro, 1996 p. 167).

En nuestra sociedad que valora la esbeltez y juzga a las personas por la apariencia física, el sobre peso puede convertirse en un problema psicológico grave (Papalia, 1992) lo que puede generar desórdenes del comer. Sin embargo, lo más importante con relación a los desórdenes alimentarios, es el significado incremento que han sufrido en poblaciones normales, esto es, que no ameritan un diagnóstico clínico. La presencia de algunos de los síntomas en forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señalan a los individuos con mayor riesgo de adquirirla. Son personas que tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y bulimia, y bulimia y obesidad (Unikel y Gómez Pérez-Mitré , 1996).

De acuerdo con los criterios del DSM-IV los síndromes no definidos son:

- Para las mujeres, se cumplen todos los criterios para la anorexia nervosa excepto la irregularidad en la menstruación.
- Se cumple con todos los criterios para la anorexia nervosa excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales a pesar de la pérdida significativa del mismo.
- Se cumple con todos los criterios para la bulimia nervosa excepto que los accesos bulímicos y los mecanismos compensatorios inadecuados ocurren en una frecuencia menor a dos veces a la semana o durante un periodo menor a tres meses.
- Uso de conductas compensatorias anómalas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento.
- Masticar y escupir sin tragar repetidamente, grandes cantidades de alimento

Los problemas más frecuentes que se presentan durante la adolescencia son entre otros – drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados, etc.-, los desórdenes alimentarios (anorexia nervosa, bulimia y obesidad hay otros autores que manejan también la sobreingesta, por ejemplo Saldaña,1994), abuso de drogas y enfermedades sexualmente transmisibles. Estos problemas pueden atribuirse a muchos factores entre ellos se encuentran: la personalidad, factores sociales y culturales, o por el estilo de vida.

Generalmente la presencia de los trastornos alimentarios tienen su origen multicausal, en el cual juegan un importante papel la interacción de los

factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales. Entre estos se encuentran:

- La presión cultural sobre la mujer más delgada.
- El deseo de alcanzar una imagen idealizada de cuerpo perfecto, para compensar la baja autoestima y el miedo de no ser rechazada.
- Estados anímicos negativos, con presencia generalmente de depresión.
- Estrés interpersonal con el desarrollo de pocas habilidades asertivas y de resolución de problemas, así como, escasa habilidad para afrontar una situación estresante.

- Hábitos alimentarios y control de peso pobres, potenciados por el intento de seguir una dieta rígida irreal y drásticamente restrictiva.
- Y pensamientos desadaptados sobre nutrición; peso y apariencia física (Saldaña, 1994).

Por otra parte, algunos investigadores han mencionado que la alta incidencia de trastornos de la alimentación, como la bulimia y la anorexia, en las adolescentes de la cultura actual aparecen cuando, durante la pubertad, las chicas expresan sentimientos negativos ante un cuerpo rollizo y ante los cambios físicos asociados con el desarrollo sexual normal (Dornbusch, Carlsmith, Duncan, Gross, Marto, Ritter & Siegel-Gorelick, 1984).

(Schonfel, 1963; citado en Grinder, 1987) menciona que cuando las adolescentes están insatisfechas con su imagen corporal se incrementa la probabilidad de emitir respuestas a modificarla, p. ej., seguimientos de dietas o conductas alimentarias restrictivas. Esta insatisfacción de los adolescentes que tienen respecto a su imagen corporal se encuentra principalmente, en el género femenino, originando así un modelo ideal (muy delgada).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, granados, Jáuregui, Tafuya & Unikel (2000) los trastornos de la alimentación en el género masculino se tiene carencias teóricas, son escasos los estudios empíricos y no se cuenta con información completa relacionada con estadísticas epidemiológicas. Toda esta situación se traduce en desconocimiento y confusión con respecto a la

especificidad dada por el género masculino, es decir, desconocimiento en torno a lo que sucede entre hombres, confusión en relación con lo que comparten hombres y mujeres como género humano, destacándose de manera muy especial, el papel de tal desconocimiento juega en el mantenimiento de prototipos del rol tradicional atribuido a estereotipos femeninos, de tal forma que sí estar preocupado por el peso o por la comida, o bien estar insatisfecho con la imagen corporal, se ha etiquetado como conductas, problemas o desórdenes femeninos, entonces, puede esperarse que los hombres “eliminen” “no vean” estas conductas y/o actitudes como parte de sus respuestas y así es como se puede entender, entre otras cosas . A) que sujetos del sexo masculino diagnosticados finalmente con algún trastorno de la alimentación hayan ingresado a la clínica por otros problemas de salud, por ejemplo, endocrinos o gastrointestinales y b) que se resistan a buscar tratamiento.

Siguiendo con Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafora & Unikel (2000) investigaron lo sucedido entre hombres adolescentes y adultos respecto a los factores de riesgo asociados con imagen corporal. Utilizaron una muestra de 1646 estudiantes de bachillerato y de los primeros semestres de estudios profesionales, en escuelas públicas dentro de un rango de edad de 14 a 24 años. Se les aplicó un instrumento de lápiz y papel que investiga la imagen corporal (II C) en una versión para adolescentes y adultos (II C A), se realizó una medición de peso corporal y talla. Los resultados mostraron que el género masculino no quiere una figura ideal delgada, ni más delgada que la actual, sino más gruesa. Por otra parte, se encontró un 15% de prevalencia de dieta restrictiva y un 12% de disturbios alimentarios.

Obesidad

Parece que hay tres épocas vulnerables para que se presente la predisposición a la obesidad las cuales son: entre los tres y cuatro primeros años de vida, la adolescencia y el último trimestre del embarazo (Murray 1979; citado en Dennis & Hassol, 1985).

También a menudo los obesos están más adelantados que los de peso normal en algunas características de crecimiento físico y de madurez sexual, y son algo más altos al entrar en la adolescencia; con frecuencia, las adolescentes obesas no comen tanto como sus compañeras más delgadas, incluso pueden comer más rápido y algunas veces casi no sentir hambre, existe también una predisposición genética a la obesidad. En la obesidad que aparece temprano, 60% de los padres de criaturas obesas y 40% de sus hermanas, además han sido obesas (Smith, 1978 citado en Dennis & Hassol, 1985).

Ser obeso constituye en nuestros días un auténtico estigma social. Múltiples usos y costumbres, opiniones e informaciones, conforman un escasamente sutil complot del que todos participamos, el mismo, que supone el rechazo más o menos manifiesto de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente. La presión contra la obesidad es tan clara, que alrededor de los seis años de edad los niños ya han interiorizado perfectamente características positivas como “bueno”, “muchos amigos”, “feliz”, “educado”, etc., refiriéndose a una figura delgada, mientras formulan atribuciones negativas tales como “peleas”, “trampa”, “perezoso”, “sucio”, etc., representada en la figura humana o gruesa (Kirpatrick & Sanders, 1978).

Asimismo, desde la infancia la autoestima puede estar lastimada por el volumen corporal. Las familias, los padres, desconocen la importancia de sus comentarios y observaciones acerca del cuerpo de sus hijos. En un estudio con niños de 9 a 11 años de edad ha puesto de manifiesto la existencia de una autoestima significativamente baja en los niños que percibían las opiniones negativas de sus padres acerca de sus cuerpos (Pierce y Wardle, 1993) es importante destacar que los niños varones empeoraban su autoestima especialmente cuando se sentían considerados excesivamente delgados, en cuanto a las niñas la autoestima se resentía notablemente cuando percibían que eran consideradas gorditas

Por otra parte, la obesidad en la adolescencia representan un problema teniendo su origen principalmente en problemas psicológicos y sociales, entre los cuales se encuentra la sensación de la soledad, de angustia, de ansiedad, de rechazo, de poca autoestima y otros. Algunos adolescentes además de los problemas ya mencionados tienden poca actividad física y pasan el día

sentados o acostados, escuchando música o viendo televisión, además de que va comiendo más y se vuelva más obeso, creando con todo esto un círculo vicioso. Y por tanto los trastornos alimentarios requieren de un tratamiento integral (Casillas y Vargas, 1985).

Así pues, existen varios problemas nutricionales asociados con la adolescencia. Uno de estos es el de la imagen corporal y la obesidad. En la joven adolescente resulta muy dañina por el desarrollo social y psicológico. Ya que las imágenes de mujeres delgadas que ve en las revista de moda, provoca en la chica pasada de peso, el que se sienta rechazada por sus compañeras, sea tímida y se deprima, estos sentimientos de rechazo, aislamiento y depresión pueden ocasionar comer en exceso, agrandando el problema (Dennis & Hassol, 1985).

La predisposición a la obesidad. Es por tanto la tendencia a la obesidad en el adulto se inicia entre el nacimiento y los cinco años de edad (Heald, 1976 citado en Dennis & Hassol, 1985) los niños obesos tienden a tener mayor número de células de grasa (obesidad hiperplástica).

Es un exceso de grasa corporal, teniendo un sobrepeso del 20% sobre el peso ideal. Se considera que una persona es obesa cuando la masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo. Se presume que la obesidad es generalmente el resultado de comer más de lo necesario, y que es debido a la falta de control. Pero se han encontrado factores de riesgo que pueden más propensa a unas personas que a otras. Estos factores pueden ser por la regulación genética del metabolismo del cuerpo, historia del desarrollo (algunos niños desarrollan anormalmente un gran número de células de grasa durante la infancia), inactividad física, estrés emocional y lesión cerebral (Papalia, 1992). En la adolescencia la obesidad es un riesgo para la salud, pues puede provocar enfermedades degenerativas del sistema circulatorio y propensión a enfermedades del corazón, hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y renales, riesgos en intervenciones quirúrgicas, complicaciones durante el embarazo, problemas en las articulaciones como artritis, dolor de espalda; dificultades en las caderas, rodillas y tobillos.

En general las personas con obesidad o sobrepeso se convierten en dietantes crónicos y suelen exhibir conductas reactivas y recurrentes: periodos de dietas altamente restrictivas, que llevan a accesos bulímicos con o sin prácticas de expulsión. Estas conductas reactivas recurrentes traen consigo costos psicológicos, entre los que se encuentran sentimientos de culpas, lucha desgastante que la persona sostiene con ella misma y que pone a prueba su control, temores asociados con la pérdida de control, inseguridad y autoevaluación o baja autoestima. Por lo cual, el seguimiento de dietas reductoras es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Los estados emocionales positivos o negativos afectan el comportamiento alimentario del individuo. Las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento por las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés (Saldaña, 1994; Thompson, 1996).

De acuerdo con los estereotipos sociales, en ciertas situaciones las personas toman actitudes de rechazo y desprecio hacia las personas obesas. Se ha visto que hay una disminución de la autoestima en niños obesos (12 años en los niños y 14 años en las niñas), propiciándose una insatisfacción constante (Mendelson y White, 1985; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992), pues a las personas obesas se les considera desviados de las normas socialmente aceptadas y tienen menos éxitos con el sexo opuesto.

Anorexia nervosa

En la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen. Una pubertad precoz surge como un accidente desfigurador de las críticas y mofas referidas del cuerpo, los fracasos amorosos, el temor a acabar teniendo un cuerpo como el padre o la madre

(obesos), y mil cosas más, pueden poner en marcha la decisión de adelgazar y, a partir de ésta, el proceso anoréxico (Toro, 1996).

El término anorexia significa inapetencia. Sin embargo, la anorexia nervosa es un trastorno psicológico en el cual la persona tiene un temor intenso a volverse gorda y de manera literal se mata de hambre, aún cuando tiene una apariencia esquelética, estos pacientes niegan la gravedad de su condición (Sue, Sue, y Sue, 1994).

Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), siendo una decisión voluntaria por adelgazar. En este adelgazamiento se consigue suprimir el consumo de alimentos, especialmente “los que engordan”, y con cierta frecuencia mediante vómitos inducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico en exceso, consumo de laxantes y diuréticos, etc., además de presentarse una desnutrición, que produce alteraciones, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en las mujeres y la pérdida de interés y potencia sexual en los varones; asimismo pueden dar lugar a otros síntomas como: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, caída de cabello, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales.

Siguiendo a Toro (1996) este trastorno empieza entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos la edad de inicio empieza antes de los 14 años. Así también, datos epidemiológicos indican actualmente que el mundo occidental, sufre de anorexia nervosa del 0.2 al 0.8% de la población general y entre 1 y el 2% de las muchachas adolescentes. La proporción entre varones y mujeres es, aproximadamente, de 1 a 10. Los estudios de evolución que transcurridos unos cinco años del diagnóstico, un 25% de los pacientes siguen siendo anoréxicos, un 40% presenta síntomas depresivos y un 25% obsesivos.

La clasificación del diagnóstico para la Anorexia nervosa de acuerdo con el DSM-IV es la siguiente:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- b) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- c) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- d) En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo purgatorio: durante el episodio de anorexia nervosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Las complicaciones médicas que pueden presentarse en la anorexia son: problemas metabólicos, hipoglucemia, gastrointestinales como dilatación

gástrica, dolores abdominales y estreñimiento, cardiovasculares como hipertensión, arritmias y bradicardia, renales como hiperazotemia y formación de cálculos, hematológicas como también accesos bulímicos y técnicas de purga. También afirman que la bulimia, anorexia y obesidad, comparten aspectos cognoscitivos y conductuales (forma de comer, insatisfacción con la imagen corporal, considerar la delgadez como imagen ideal y seguimiento periódicos de dietas restringidas). la conducta alimentaria podría verse dentro de un continuo bipolar, en donde el obseso sin accesos bulímicos puntuaría bajo en la escala, el obeso con acceso bulímicos, más alto; el bulímico más alto que el anterior y el anoréxico en el otro extremo (Saldaña, 1994).

Por consiguiente las personas que trabajan con enfermos con anorexia nervosa saben la dramática importancia que para muchos de estos pacientes han tenido comentarios que aparentemente son intrascendentes, incluso formulados en plan de broma amistosa, vividos durante la infancia y la pubertad. Pero sin embargo, con relativa frecuencia el recuerdo intrusivo y humillante de unas palabras inapropiadas hirientes tiene peso suficiente para poner en marcha y mantener el trastorno anoréxico (Toro, 1996).

Bulimia nervosa

La bulimia nervosa es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz (el consumo rápido de grandes cantidades de alimento en un período discreto de tiempo) , al menos dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses, el paciente siente una pérdida de control, sobre la ingestión de alimentos y usa medios inapropiados para controlar el peso, tales como vomitar, tomar laxantes y diuréticos y hacer ejercicios desmedidos. Los episodios de comida pueden ser detenidos cuando aparece el dolor abdominal o por vómito autoinducido (Sue, Sue y Sue, 1994).

Por otro lado, datos epidemiológicos se estima que la frecuencia de que lo padezcan los sujetos, se sitúa alrededor 2-3 % de la población femenina adolescentes y juvenil. La proporción entre sexos es similar a la de la anorexia nervosa. Asimismo la evolución de este trastorno alimentario, es más óptima que la de la anorexia nervosa (Toro, 1996).

Diagnóstico para la Bulimia nervosa de acuerdo con el DSM-IV es la siguiente:

a).- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1).- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

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

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 ú otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

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

d).- La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

e).- la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Consecuencias

La persona bulímica puede llegar a extremos peligrosos, ya que al vomitar, se impide la digestión o absorción de nutrientes, de modo que los bulímicos padecen deficiencias y desequilibrios dietéticos. Asimismo transcurriendo un tiempo, la eliminación forzada puede provocar la pérdida de minerales importantes, deshidratación, indigestión crónica, daños permanentes en la dentadura, glándulas salivales hinchadas e infectadas, sangrados de garganta, síndrome premenstrual y, en casos de extrema gravedad, ruptura del esófago o el estómago, además de fallas cardíacas y renales. Así también, los bulímicos suelen apoyar sus prácticas de laxantes y diuréticos. El abuso de estos medicamentos trae consigo problemas adicionales cardíacas, disfunciones renales y debilidad muscular (Ojeda, 1997).

La bulimia puede producir deshidratación y complicaciones renales; problemas gastrointestinales, como dilatación gástrica, afecciones en las glándulas parótidas y pancreatitis; anormalidades electrolíticas como alcalosis, acidosis; complicaciones por el uso de laxantes como hiperuremia, hipocalcemia, retención de líquidos, pigmentación de la piel, síndrome de mala absorción; además de problemas hematológicos, alteraciones en el electroencefalograma y anormalidades endocrinas; y problemas dentales (Saldaña, 1994).

Comedores compulsivos

La compulsión es la pérdida de control y la continuación de la conducta a pesar de las consecuencias perjudiciales. En otras palabras, si no se puede controlar el comienzo o el fin de su actividad, se tiene problemas (Arenson, 1991).

Bradshaw (1988), define la compulsión como “la alteración del estado de ánimo por un acontecimiento, experiencia o cosa que provoca los mayores problemas de la vida”.

Asimismo dentro de los desórdenes alimentarios se encuentra la glotonería compulsiva, en la que la mayoría de las personas que comen con exceso están gordas porque no se purgan, además los glotones compulsivos son tanto hombres como mujeres, de todas las edades y clases sociales; algunos son glotones periódicos y otros se antiborran de comida diariamente. Muchos glotones compulsivos no tienen ataques de de glotonería pero comen continuamente (Arenson, 1991).

Por otro lado los glotones compulsivos comparten muchas características con la bulimia los cuales son:

- Episodios recurrentes de atracones; comer cantidades de comida en cortos períodos de tiempo.
 - Comer comida rica en calorías.
 - Comer algunas veces a escondidas.
 - Repetidos intentos de perder peso.
 - Fluctuaciones de peso frecuentes debido a la alternancia de atracones de ayunos y dietas.
 - Sentimientos depresivos y pensamientos repulsivos de sí mismo
- (Arenson, 1991 p. 36).

Por tanto las bulímicas temen engordar, mientras que las glotonas compulsivas temen adelgazar (cosa que no siempre saben). Algunas glotonas

obesas ingieren grandes cantidades de comida como una manera de enfrentarse a sentimientos incómodos, para suavizar el estrés y aliviar la ansiedad (Arenson, 1991).

Los comedores compulsivos, al igual que los bulímicos, comen continuamente, pero no se libran de la comida de inmediato por medio del vómito, además sufren emocionalmente, castigándose por ser un fracaso al dominar sus impulsos (Ojeda, 1997).

Así también, comer mucho en ocasiones es normal, la mayoría de personas lo hacemos en navidad, en fiestas familiares o cuando no tenemos nada mejor qué hacer; esto quiere decir que seamos inestables, anormales o malos. La diferencia entre quienes comen de más ocasionalmente y los que lo hacen varias veces por semana, es que los miembros del primer grupo no lo toman de manera personal, porque se quitan la culpa, si es que se llega a sentir, se puede sentir lleno, pero el asunto no pasa de ahí, no representa mayor importancia y mañana se comerá menos, por el contrario los comedores compulsivos ven este exceso como una falla de su personalidad. Además de que sienten que son “malos” por no poder controlar su manera de comer (Ojeda, 1997).

Evaluación del estado nutricional

El estado de salud del individuo depende en gran medida de su estado de nutrición y el conocimiento del mismo requiere de una evaluación. El estado de nutrición es una condición primordial que, al involucrar la obtención de los nutrimentos así como la producción de la energía necesaria y su utilización orgánica, determina la salud e influye sobre la enfermedad, de ahí que resulte trascendente conocerlo para variados propósitos clínico-epidemiológicos (CONAL; 1989).

La evaluación nutricional cuyo objetivo general es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad, puede

definirse como la medición y evaluación del estado de nutrición de un individuo o de una comunidad con la finalidad inmediata de conocer hasta que punto están cubiertas sus necesidades fisiológicas, de nutrimentos y de energía. Para realizar esta evaluación en la práctica se utilizan principalmente cuatro indicadores: encuestas dietéticas, exploración y medición de variables bioquímicas y funcionales así como pruebas antropométricas

Las mediciones antropométricas relacionadas con la nutrición son medidas lineales (longitudinales, perímetros y calibres) de masa (peso) a partir de las cuales se puede construir índices que estiman las características corporales de los individuos (OMS, 1986). Las mediciones antropométricas elegidas deben reunir al menos las siguientes características:

- 1.- No requerir equipos costosos, complicados, de fácil deterioro o difícil transporte.
- 2.- No necesitar de habilidad extraordinaria para la obtención de mediciones con un margen de exactitud y precisión confiables.
- 3.- Correlacionarse sensible y específicamente con el estado de nutrición.
- 4.- Correlacionarse con el conjunto de información del sujeto, de tal forma que resulte redundantes o insuficientes (Gibson, 1990).

Dos de las mediciones que dada la calidad de información que aportan como indicadores y factibilidad de su levantamiento, son considerados como las más adecuadas: el peso y la talla, los que, referidos a la edad y sexo, permiten establecer las adecuaciones respecto a la norma de peso para la talla (nutrición actual); talla para la edad (nutrición histórica); peso para la edad (nutrición actual e histórica) ; índice de masa corporal o segmento antropométrico, para la edad; además partiendo de estos indicadores, se han establecido algunos índices y se han construido gráficas que permiten evaluar fácilmente la situación nutritiva simplemente con el conocimiento de la talla, peso y edad. Los más utilizados en el área de salud son: peso relativo, se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, talla y el sexo del sujeto (Briend, Hasen, Azis, Hoque & Henry, 1989), su fórmula es:

Peso relativo = $\frac{\text{Peso actual en kg} \times 100}{\text{Peso medio para la talla}}$

Peso medio para la talla

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

Inferior a 90% : mal nutrición o bajo peso.

Entre 90% y 119% : normalidad.

De 120% a 129.9 % : sobrepeso grado 1

Entre 130% y 139.9 % : sobre peso u obesidad.

(Vargas y Casillas , 1993).

Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) : este indicador se conoce también como segmento antropométrico, además fue propuesto por el antropólogo belga Adolph Quetelet; es un buen indicador de la masa corporal del individuo (Casanueva, 1992). AL relacionarse con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo ya que incorpora simultáneamente el peso, la talla y la edad, como variables, en función de las cuales se establece el crecimiento somático. Se calcula dividiendo el peso, (kg) entre la talla (m) elevada al cuadrado (Garrow & Webster, 1985) , siendo su fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{\text{(talla en m)}^2}$$

En el adulto (Vargas y Casillas, 1992) se han establecido estándares de normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los pacientes, considerándose un valor de 24.9 la frontera de la normalidad.

Siguiendo con Vargas y Casillas (1992) han categorizado en el (IMC) (puntos de corte) que se describen en la forma siguiente:

Categoría	Índice de Quetelet
Emaciación	menor de 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	mayor de 40

Saucedo y Gómez, Pérez-Mitré (1997), han estandarizado la normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los sujetos, los mismos han categorizado en el (IMC) (puntos de corte) describiéndose de la manera siguiente:

Categoría	Índice de masa corporal
Bajo peso	17.6-19.9
Normal	20-22.9
Sobrepeso	23-27
Obesidad	mayor de 27

Capítulo 5

Plan de Investigación y Método

OBJETIVO: Determinar la relación entre la variable satisfacción/insatisfacción, conducta alimentaria de riesgo y autoestima en adolescentes mexicanos del sexo masculino.

Planteamiento del problema

1).- ¿ Existe relación entre los niveles de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes ?

2).- ¿ Existe relación entre las variables satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal y la variable autoestima en adolescentes ?

HIPÓTESIS

1).- Los adolescentes insatisfechos con su imagen corporal presentan mayor conducta alimentaria de riesgo.

2).- Los adolescentes satisfechos presentarán mayor autoestima.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: SATISFACCIÓN /
INSATISFACCION CON LA IMAGEN CORPORAL

Definición Conceptual

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

Insatisfacción corporal: Es el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny & Gleaves, 1989).

Definición operacional

La satisfacción y la insatisfacción de la imagen corporal fueron medidos a través de dos escalas visuales con nueve siluetas, las cuales miden figura actual y figura ideal. En ambas escalas se dio la siguiente instrucción : “observa con cuidado las siguientes siluetas se crearon a partir de una figura humana, y por medio de la computadora se realizaron aumento y disminuciones en las zonas corporales”, en las que por lo general se acumula más grasa en el hombre.

Las siluetas se distribuyen dentro de un rango desde demasiado delgado hasta demasiado obeso. Las siluetas están de frente, se presentan en tres columnas con tres renglones, cada una tiene una letra que va de la A a la I (ver anexo 2).

VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Definición conceptual: Conducta alimentaria de riesgo se define a los desórdenes del comer, debido entre otros a la preocupación por la apariencia física y, por tener un sobre peso (Papalia , 1992).

Definición operacional: el puntaje que el adolescente obtendrá con sus respuestas en dos escalas que miden conducta alimenta normal y anómala en sus respectivas secciones E y F (ver anexo 3 y 4 respectivamente), que consta de 47 reactivos en la primera sección y 24 en la segunda sección.

VARIABLE DEPENDIENTE: AUTOESTIMA

Definición conceptual: Pope (1988) menciona que la autoestima es una evaluación-positiva y negativa- de la información objetiva, que tiene el individuo, acerca de sí mismo y una evaluación subjetiva de esa información.

Definición operacional: El test de Autoestima de Alice Pope quedo constituido por 21 reactivos, dividido en 3 escalas, la de evaluación negativa que consta de 8 reactivos, la de evaluación positiva que consta de 6 reactivos y el del nivel de competencia con 7 reactivos (ver anexo 5). El valor que se asigna a cada opción de respuesta depende del reactivo, si es positivo o negativo. Los reactivos negativos se califican 0 = casi siempre, 1= algunas veces, 2= casi nunca; los reactivos positivos se califican 2= casi siempre, 1= algunas veces y 0= casi nunca. Cuando se obtiene un puntaje elevado significa que la persona posee un nivel alto de autoestima.

Además este instrumento contiene cuatro factores.

Factor 1.- Percepción de sí mismo (con respuestas basadas en autopercepciones).

Factor 2.- Percepción de competencia (agrupa reactivos que exploran la percepción global del individuo y el entorno familiar con respecto a sus competencias).

Factor 3.- Relación familiar (incluye reactivos que valoran la relación familiar).

Factor 4.- Emocional (agrupa reactivos concernientes al manejo y control de emociones del individuo en los entornos familiar y social).

Método

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. La investigación que se realizó fue de carácter confirmatorio, transversal, de campo y correlacional. Correspondió a un diseño de grupos con observaciones independientes.

MUESTRA

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional que se extrajo de una población formada por estudiantes adolescentes hombres que acuden a bachillerato. El tamaño de la muestra fue de $N = 204$ con una edad que fluctuó de 15 a 26 años. La muestra se subdividió en **n1 = 45** hombres satisfechos con su imagen corporal, **n2 = 63** hombres insatisfechos positivos con su imagen corporal y **n3 = 96** hombres insatisfechos negativos con su imagen corporal.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No formaran parte de la muestra hombres con problemas visibles, y que se encuentren laborando.

INSTRUMENTOS

Se aplico un instrumento llamado “Estudio sobre alimentación y salud” Gómez Pérez-Mitré. (1998). Cuestionario en su versión XY para hombres, éste instrumento explora las siguientes áreas:

1.- Sociodemográfica sección A con 13 reactivos que preguntan estudios que se están cursando, personas con quien se vive, lugar que ocupas entre los hermanos, ingreso mensual familiar etc. (ver anexo1).

2.- Satisfacción/ Insatisfacción de la imagen corporal sección C y H (ver anexo 2), en dichos anexos se midió la satisfacción y la insatisfacción a través de dos escalas visuales con nueve siluetas , figura actual y figura ideal. Estas siluetas se distribuyen dentro de un rango que va desde demasiado delgado hasta demasiado obeso, además la siluetas están de frente y se presentan en tres columnas con tres renglones cada una que va desde la letra A a la I a cada una de las siluetas se les asigna un valor, las figuras más delgadas tienen el valor más bajo (igual a 1) y las figuras de más obesidad tienen un valor más grande (igual a 9).

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

Diferencias negativas = insatisfacción

Diferencias nulas = satisfacción

Diferencias positivas = insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

3.- Conducta alimentaria normal y anómala sección E y F (anexo 3 y 4 respectivamente), con 47 reactivos en la sección E y 24 en la sección F, que preguntan en la sección E, cuido que mi dieta sea nutritiva , siento que la comida me tranquiliza, evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. Esta escala contiene adjetivos calificativos positivos o negativos, se califican de la siguiente manera: a los adjetivos positivos y negativos, se califican de la siguiente manera : a los adjetivos positivos se les asigna un puntaje que va de 1= Nunca hasta 5= Siempre. Un puntaje alto significa mayor problema, es decir, un puntaje alto señala una conducta alimentaria más negativa y un puntaje bajo en una conducta alimentaria positiva.

En la sección F, preguntan poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito, las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto, creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que “genio y figura hasta la sepultura”. Se califican de la siguiente manera 1= Muy de acuerdo hasta 5 = muy en desacuerdo.

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

- Por otra parte se aplico una escala que mide autoestima en adolescentes con 21 reactivos, que preguntan como soy, resiento bien cuando estoy con mi familia, me siento fracasado etc. (ver anexo 5). Esta escala contiene adjetivos calificativos , positivos y negativos , se califican de la siguiente manera : a los adjetivos negativos se les asigna un puntaje que va de 1 = Siempre hasta nunca, y para los adjetivos positivos la calificación es inversa, es decir 1= nunca hasta 5= siempre. Calificación de la escala: un puntaje alto significa mayor problema, es decir , un puntaje alto señala una autoestima negativa y un puntaje bajo es una autoestima más positiva.

APARATOS

Por otra parte, se utilizó para medir la estatura un estadímetro de madera de 2 metros de altura. Asimismo para el peso se usó una báscula electrónica de la marca Excell.

Procedimiento

Se solicitó el permiso de las autoridades donde se realizaron las aplicaciones de los instrumentos, una vez autorizado se aplicó el instrumento colectivamente en el salón de clases a los alumnos que quisieron cooperar voluntariamente en el estudio. Y se les dio las siguientes indicaciones “el propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (físico y psicológico), de la comunidad estudiantil y poder fomentar al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad, además ha haberles dicho se les tomaron a un 20% medidas antropométricas . Para el logro de nuestro propósito en el presente trabajo, fue necesario la ayuda incondicional de los jóvenes y la información que nos proporcionaron fue confidencial y totalmente anónima.

Análisis de los datos (Resultados)

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de las distribuciones de las variables de estudio. Los resultados se expusieron a través de tablas y gráficas para mayor facilidad en la explicación y comprensión de los datos.

Por otra parte se utilizaron las estadísticas inferencial o paramétrica para confirmar o rechazar las hipótesis de trabajo . Por consiguiente se aplicó un ANOVA (One way) para saber si hubo o no diferencias significativas entre hombres con relación a la satisfacción/ insatisfacción con la imagen corporal, conducta alimentaria de riesgo y autoestima.

Capítulo 6 Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal, autoestima y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes del sexo masculino.

Para confirmar estadísticamente la relación entre satisfacción con la imagen corporal y la autoestima; así como también, la relación de conducta alimentaria de riesgo y satisfacción, se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando el programa para computadoras SPSS v 11.0 (Statistical Program for Social Science) y se realizó en tres fases que se describen a continuación:

La primera parte correspondió a la descripción de la muestra señalando las características generales de la misma, dicho proceso se realizó a través del análisis de frecuencias; posteriormente se elaboró un perfil descriptivo de la distribución de las variables en estudio: imagen corporal, autoestima y conducta alimentaria de riesgo. Por último para dar respuesta a las hipótesis de trabajo se realizó el análisis de correlación de Pearson para determinar la relación entre la satisfacción con la imagen corporal y la autoestima, así como la asociación entre la satisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo. Finalizando con los análisis estadísticos se aplicó un ANOVA (One Way) para hallar una posible presencia de diferencias estadísticas.

6.1 Descripción de la muestra

Con respecto a la descripción de la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados:

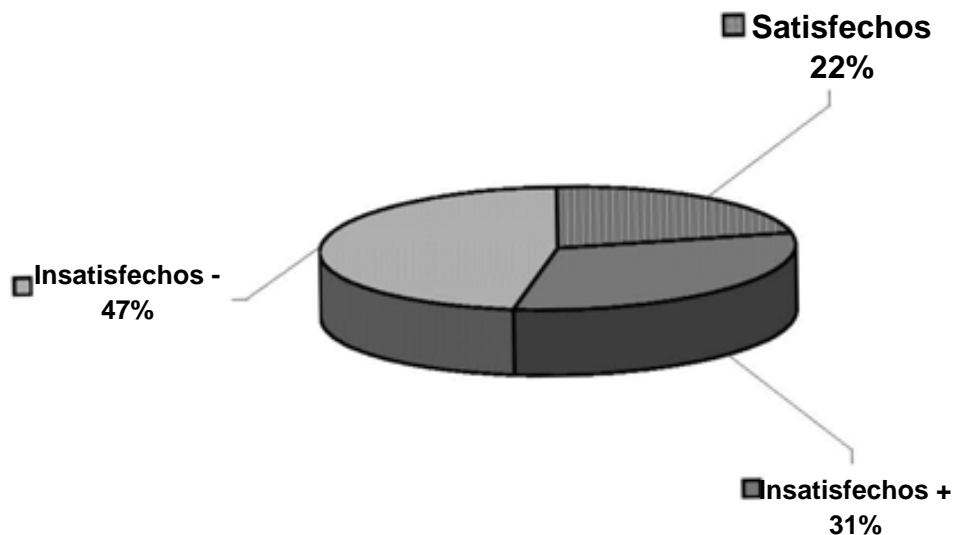
La muestra quedó formada por 204 participantes hombres de nivel bachillerato que asisten a una escuela pública. Al respecto de la edad, se observó un rango de edad de 14 a 26 años con \bar{x} una $= 17.46$ y $s = 1.87$

Debido a que el énfasis de la investigación se centró en el estudio de la satisfacción con la imagen corporal, se elaboró inicialmente el perfil correspondiente a satisfacción/insatisfacción, y de éste se procedió a dividir a la población en los tres grupos correspondientes, que se señalan a continuación:

- a. **Satisfechos**
- b. **Insatisfechos** que quieren ser más gruesos (*insatisfechos negativos*)
- c. **Insatisfechos** que quieren ser más delgados (*insatisfechos positivos*)

Los resultados de los diversos análisis estadísticos se basan en la comparación entre dichos grupos, de tal manera que permita presentar con claridad la influencia que tiene la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, con el resto de las variables evaluadas (autoestima y la conducta alimentaria)

Figura 1
Distribución de la muestra por grupo de satisfacción / insatisfacción.



Con relación a la ocupación es importante mencionar que todos los participantes estudian, la variable considerada como ocupación hace referencia a “*trabajan*” refiriendo a los adolescentes que estudian y trabajan y como “*no trabajan*” a aquellos que solo estudian. Al respecto se pudo observar que sólo una minoría trabaja y estudia, distribuyéndose el resto de la población de manera similar en el resto de los valores observados, tal y como se presenta a continuación.

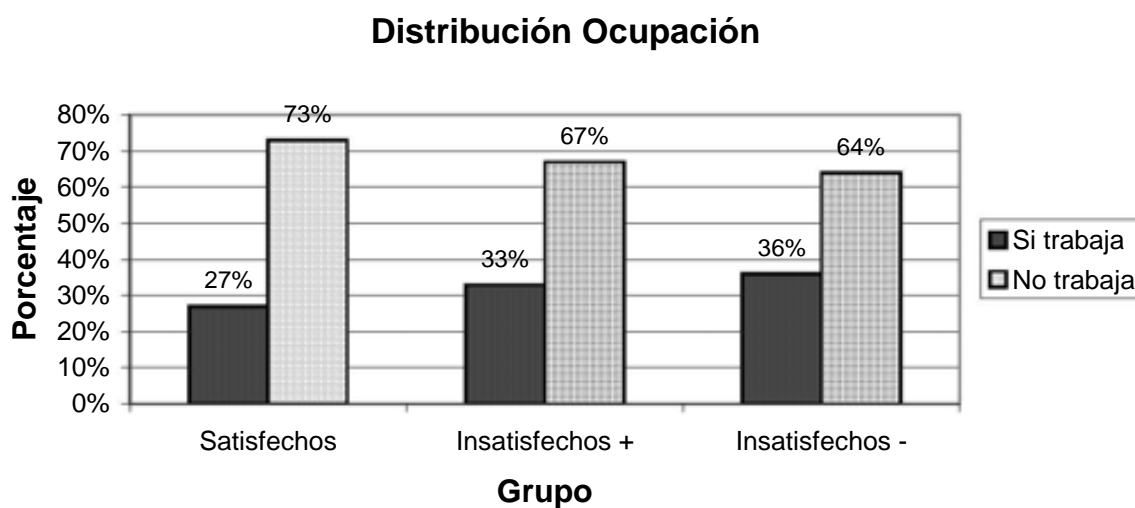
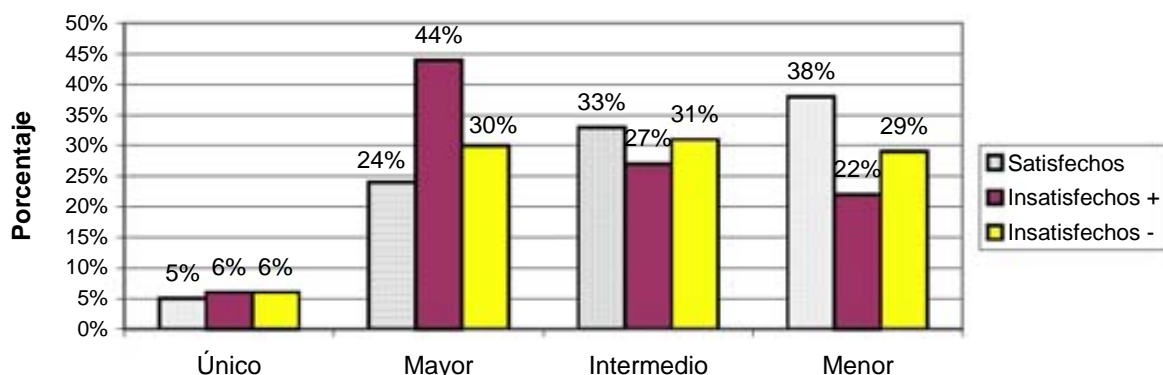


Figura 2

Referente al lugar que los adolescentes ocupan entre los hermanos, se observó que la mayor proporción en el caso de los participantes reportados como satisfechos, corresponde al hijo menor (38%), en los participantes identificados como insatisfechos negativos, la mayor proporción correspondió al hijo intermedio (33%) y, finalmente el grupo de los participantes insatisfechos positivos, mostró una mayor proporción en los hijos mayores (44%). Mientras que por el contrario la menor proporción en todos los grupos corresponde al hijo único.

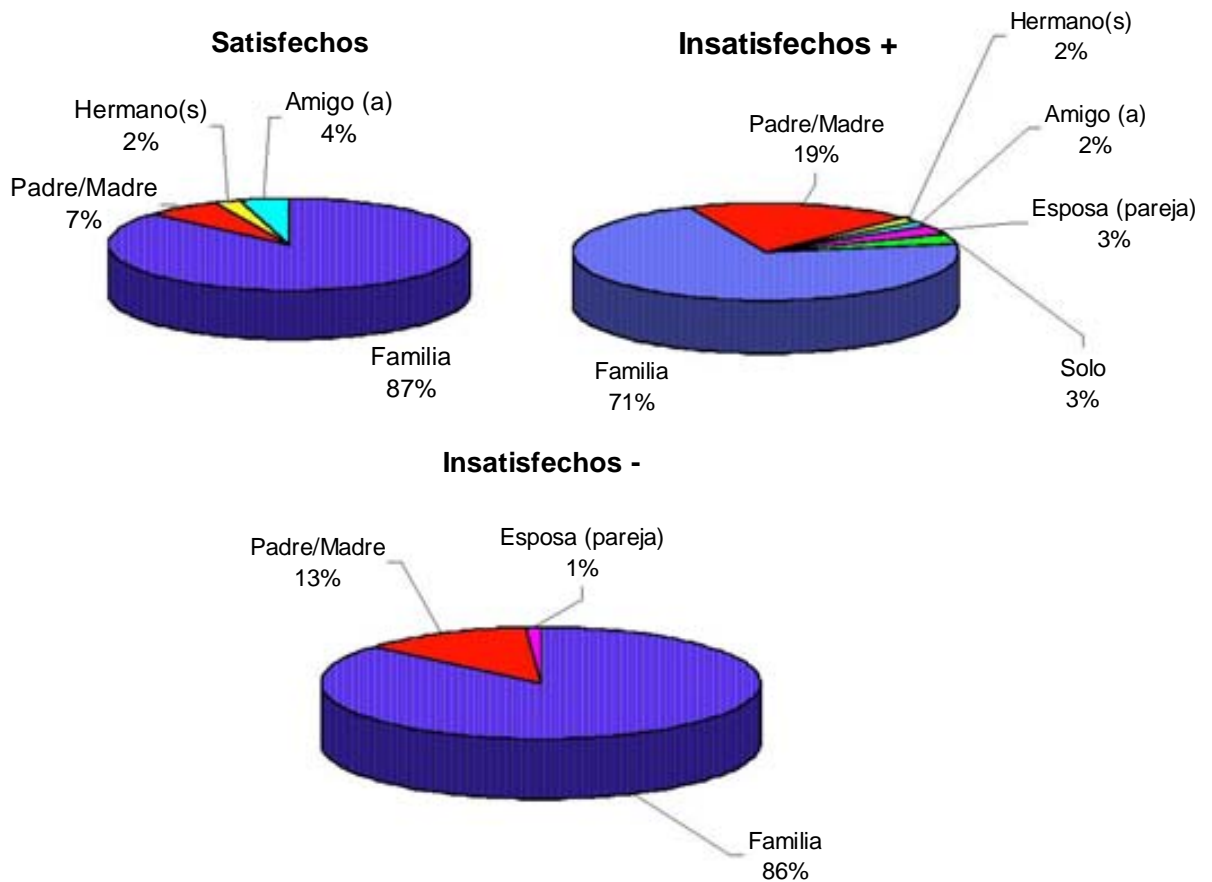
Figura 3

Posición entre los hermanos



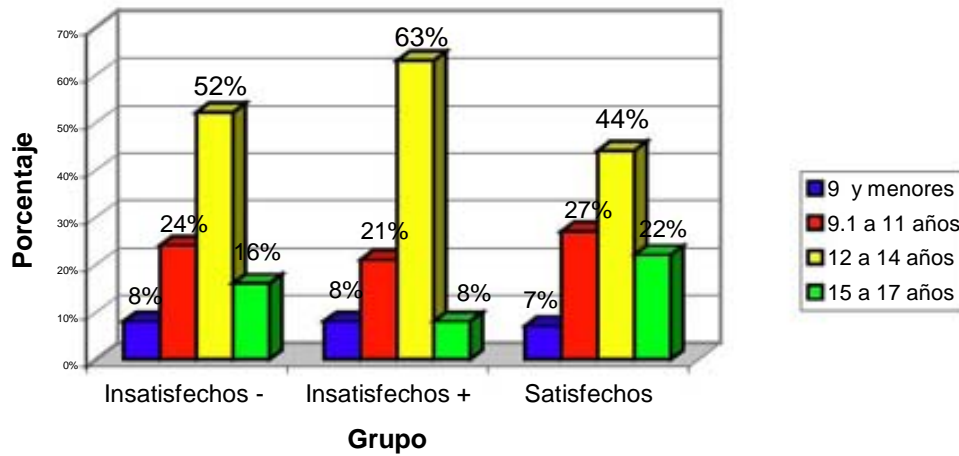
Como parte del análisis sociodemográfico, se evaluó la variable correspondiente a las personas con las que vive el adolescente, encontrando que la mayoría de los estudiantes en los tres grupos, vive con la familia, al respecto es importante resaltar que una mayor proporción de los adolescentes que quieren bajar de peso (19%) viven solo con su madre o padre, en comparación con el grupo de satisfechos (7%) y aquellos que quieren ser más gruesos (13%).

Figura 4
¿Actualmente vives con?



Otro de los factores evaluados fue la edad en que los adolescentes presentaron su primera emisión nocturna (relacionado con el proceso de madurez sexual), al respecto se observó dentro de los tres grupos, que la mayor proporción correspondió de manera similar al rango de edad comprendido entre los 12 y los 14 años.

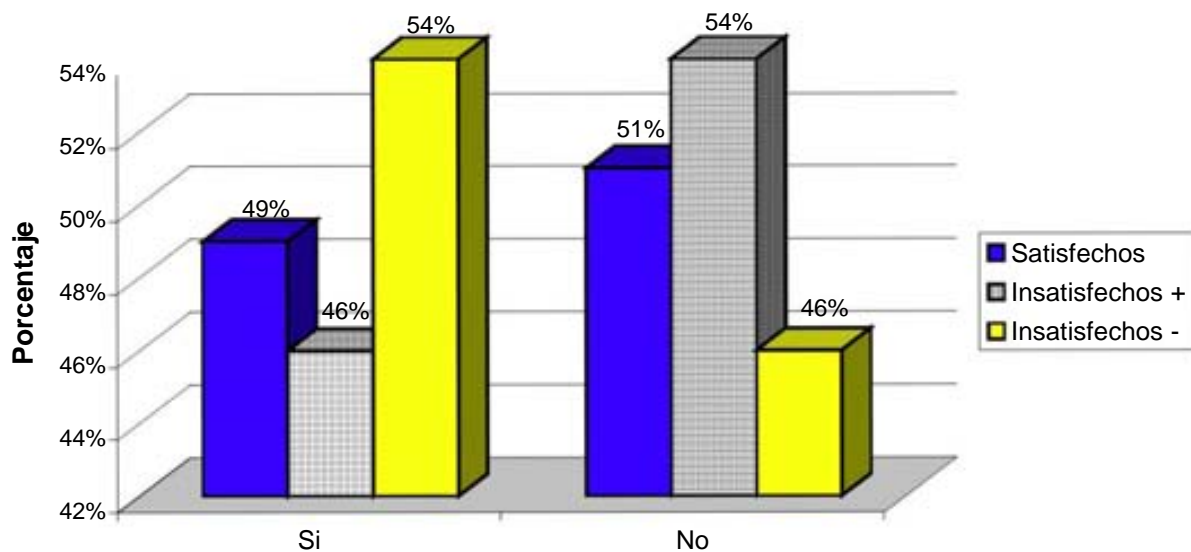
Figura 5
Distribución por edad



En otro de los rubros de este apartado se evaluó el aspecto relacionado con el inicio de la vida sexual activa, observando que en general para todos los grupos aproximadamente el 50% de cada grupo, ya comenzó su vida sexual, haciendo notar que una mayor proporción de adolescentes que quieren ser más delgados, no ha comenzado su vida sexual, mientras que la mayoría de los que quieren subir de peso, ya iniciaron su vida sexual, tal y como se presenta a continuación.

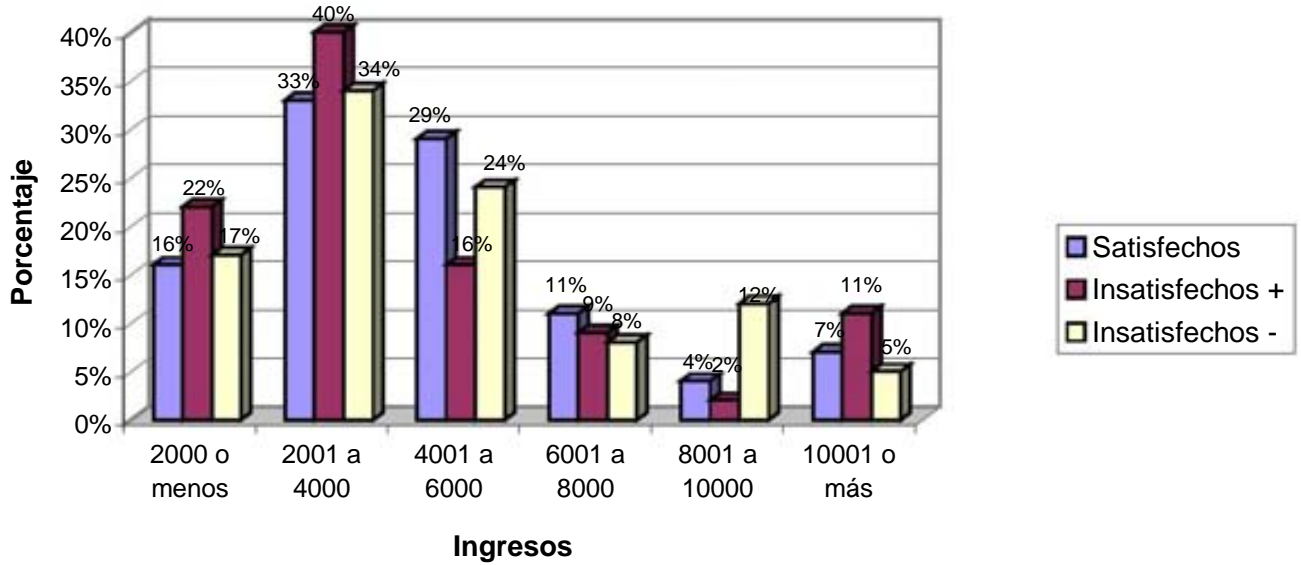
Figura 6

Inicio de la vida sexual activa



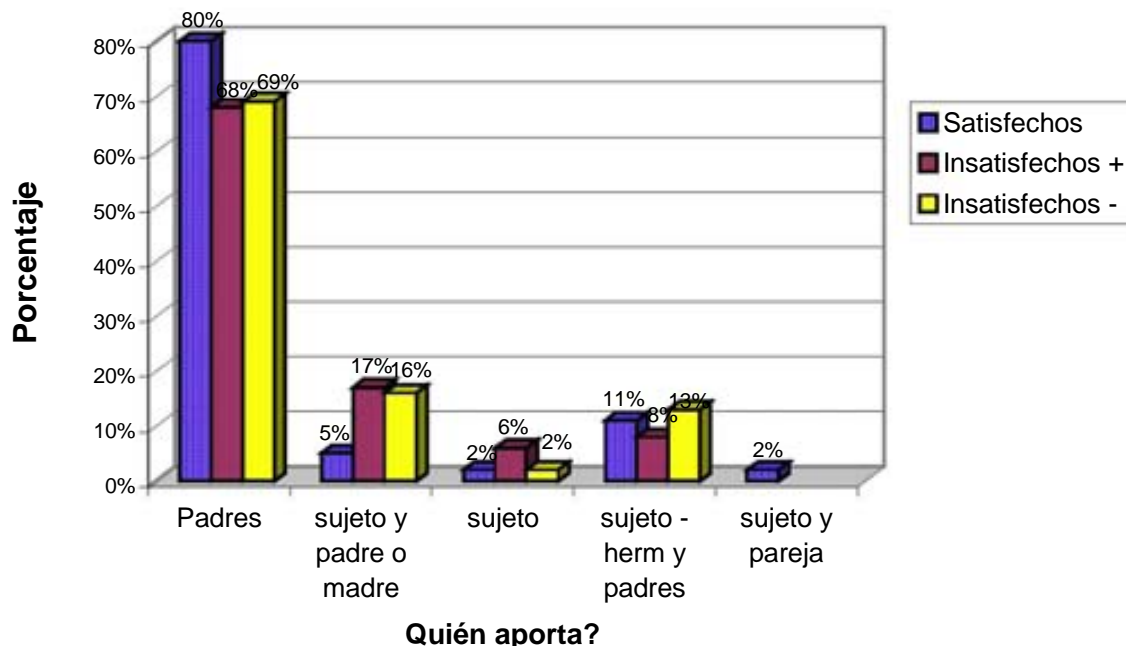
En lo referente al ingreso familiar se observó una tendencia similar en todos los grupos, en donde la mayor proporción alrededor del 50% correspondió a aquellos cuyo ingreso fluctúa entre los \$2,001.00 y los \$4,000.00.

Figura 7
Distribución por ingreso



Dentro de este rubro se valoró el número de miembros en la familia que aportan al ingreso, se observó que la mayor proporción para los 3 grupos, fluctuó alrededor del 60% aportado por los padres, mientras que la menor proporción si presentó variabilidad entre grupos. En general se observó que la menor distribución correspondió a las aportaciones hechas por el alumno, y en algunos casos por él y su pareja.

Figura 8 Aportaciones al ingreso familiar



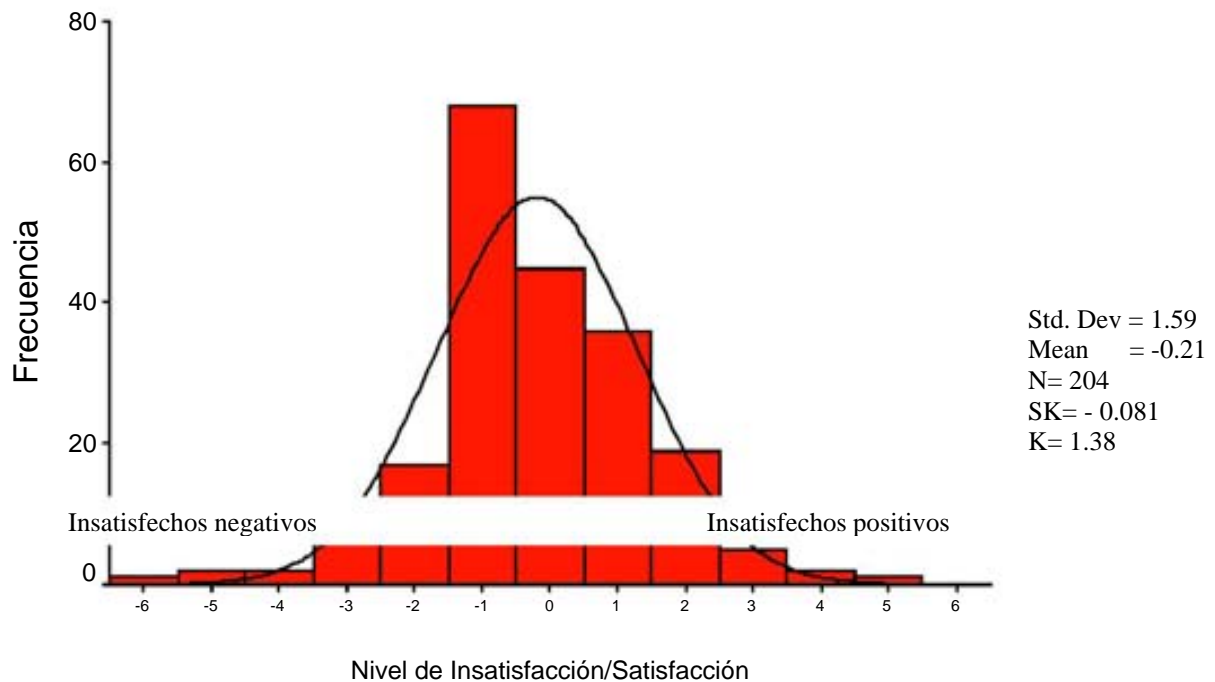
Descripción de las variables de estudio

Una vez que se dio conclusión al análisis descriptivo referente a las características generales socio-demográficas de la muestra, en función de los grupos determinados por la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se procedió a realizar el análisis estadístico correspondiente a las variables en estudio (satisfacción-insatisfacción, autoestima, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo).

En primer término se presenta la distribución obtenida con respecto a la satisfacción-insatisfacción (de la cual se derivaron los grupos presentados para el análisis descriptivo), en donde cabe hacer notar que (22%) de la muestra se reporta como satisfecho con su imagen corporal, también destacan los grupos insatisfechos, particularmente con una mayor distribución, para aquellos insatisfechos que desean ser más gruesos (47%).

Figura 9

**Satisfacción/Insatisfacción
con la Imagen Corporal**



Una vez que se pudo observar que existe una tendencia a mostrarse insatisfecho con la imagen corporal, con mayor incidencia de aquellos que desean una figura más gruesa, se procedió a obtener los resultados de la evaluación de la figura actual y la figura ideal.

Para evaluar estos aspectos se presentó al participante un conjunto de nueve siluetas para elegir la que más se les pareciera en el caso de la figura actual y la que desearían tener, en el caso de la figura ideal. Cada una de estas nueve siluetas se ordenó para el presente análisis estadístico, de la silueta que representaba a la persona más delgada, hasta aquella que representó a la persona más robusta, no obstante, a los estudiantes las siluetas les fueron presentadas en orden aleatorio.

Con respecto a la planilla “figura actual”, se solicitó al estudiante que observara la planilla con las nueve figuras y eligiera aquella que considerara parecida o próxima a su figura corporal.

En el caso de la planilla de “figura ideal”, se solicitó al participante que observa la planilla con las nueve figuras y eligiera aquella que representara la figura que idealmente le gustaría tener.

Con respecto a los datos derivados de la elección de figuras en ambas planillas, se observaron los siguientes resultados:

En el caso de la figura actual, los estudiantes se describen a sí mismos con una mayor proporción de elección de la figura de sobrepeso (39.7%) fig. C, 18.1% fig. D y 21.1 % fig. E. Así, también se pudo observar , que cuando los adolescentes se les pidió que eligieran la figura ideal, hubo pequeñas variaciones en frecuencia, ya que aunque la posición en cuanto a la figura ideal , no vario mucho, por lo menos hubo una tendencia hacia las figuras de sobrepeso destacando con un (49%) la figura D; (2%) figuras By F.

Figura 10
Escala Visual con siluetas ordenadas al azar, se pide al participante que elija la figura más parecida a él (Figura Actual)

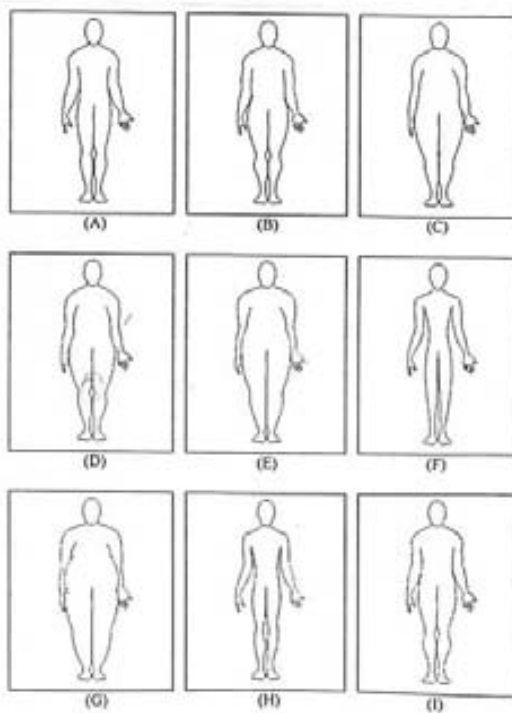
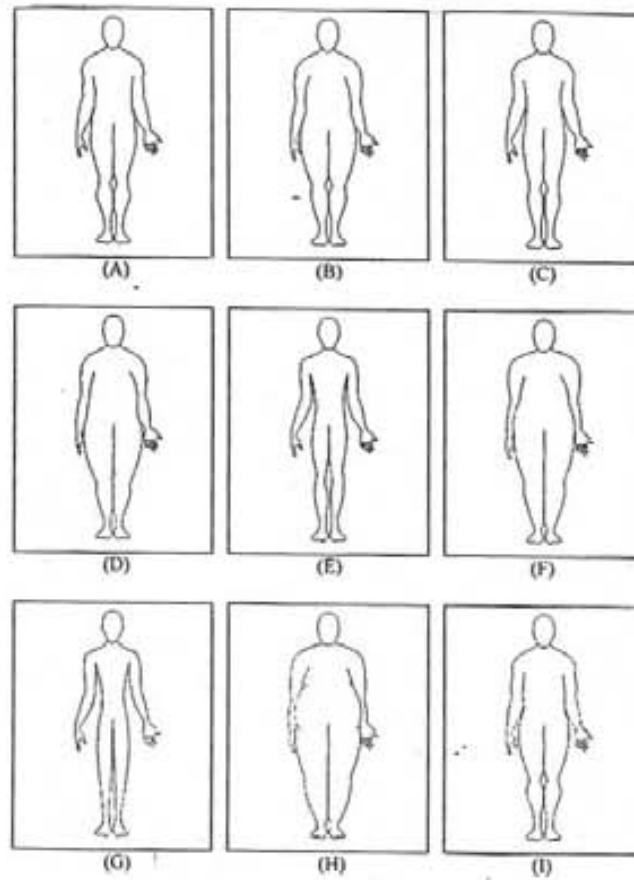


Figura 11
Escala Visual con siluetas ordenadas al azar se pide al participante que elija la figura que más le gustaría tener (Figura Ideal)



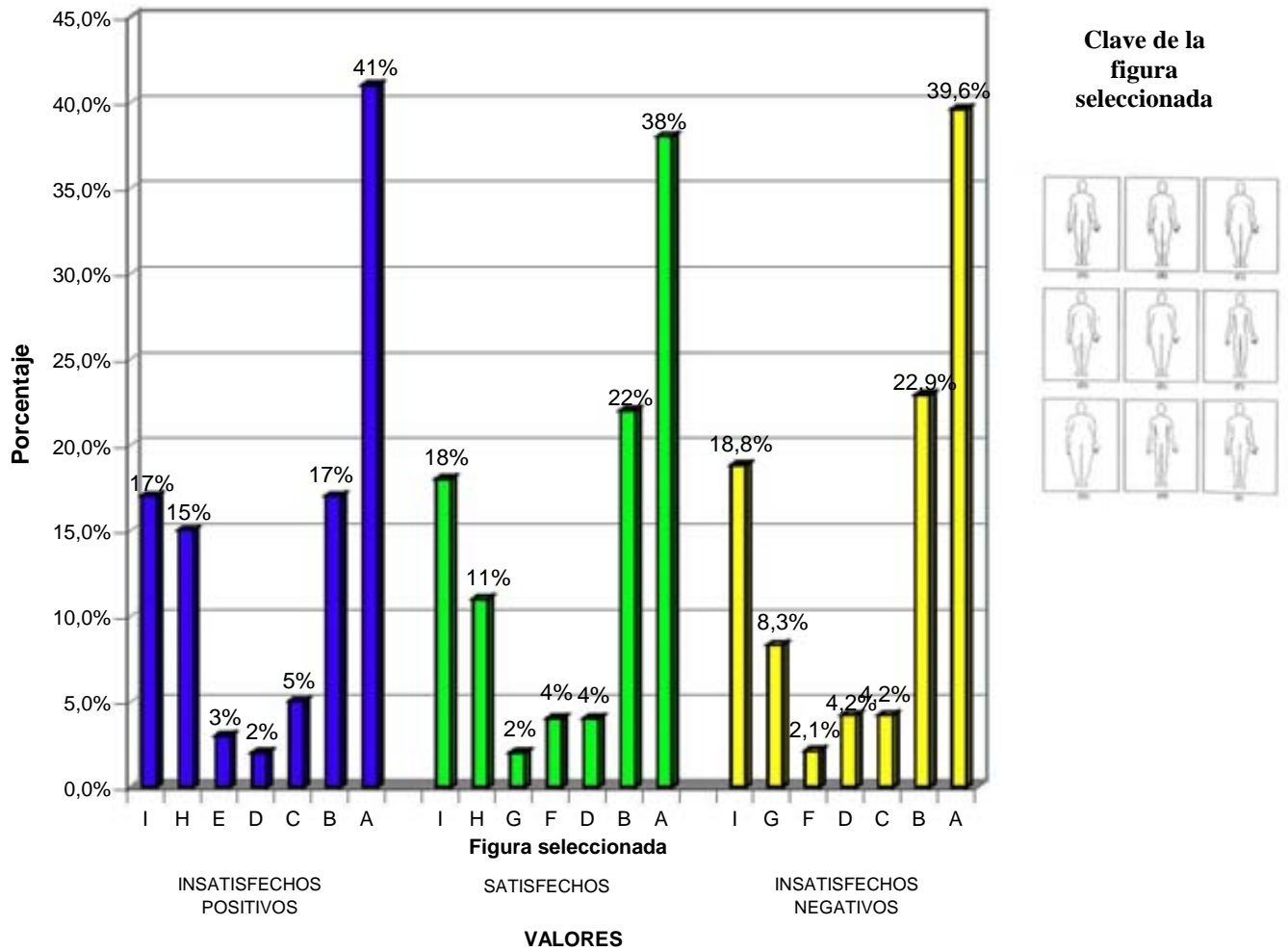
Una vez realizado el análisis correspondiente a la elección de manera individual de la figura actual e ideal, se procedió al análisis por adolescente para la comparación entre ambas figuras para determinar con ello, el patrón de elección que siguen los participantes, para lo cual se tomó en cuenta el peso y estatura estimados, con la finalidad de dar contexto a la elección del estudiante.

A este respecto se observó que los adolescentes que seleccionaron ambas figuras y no cambiaron de orden, como en las figuras con

correspondencias D-D, C-C y E-E, se mostraron satisfechos con su imagen corporal en un 27% de 100 participantes. Por lo contrario los que no eligieron las figuras en el mismo orden, que fue en la gran mayoría de los casos (73%) resultaron insatisfechos con su imagen corporal. En términos generales, se puede describir una tendencia en donde se perciben en una figura más gruesa y desproporcionada; mientras que otros quieren ser más delgados. En el caso particular de los adolescentes que seleccionaron una figura normal se presentaron tanto aquellos que eligieron una figura más delgada, como aquellos que escogieron una más gruesa, solo la minoría de estos participantes eligieron (las figuras actual e ideal) normales; y los que seleccionaron figuras delgados, variaron en tener una figura ideal de normales a obesos.

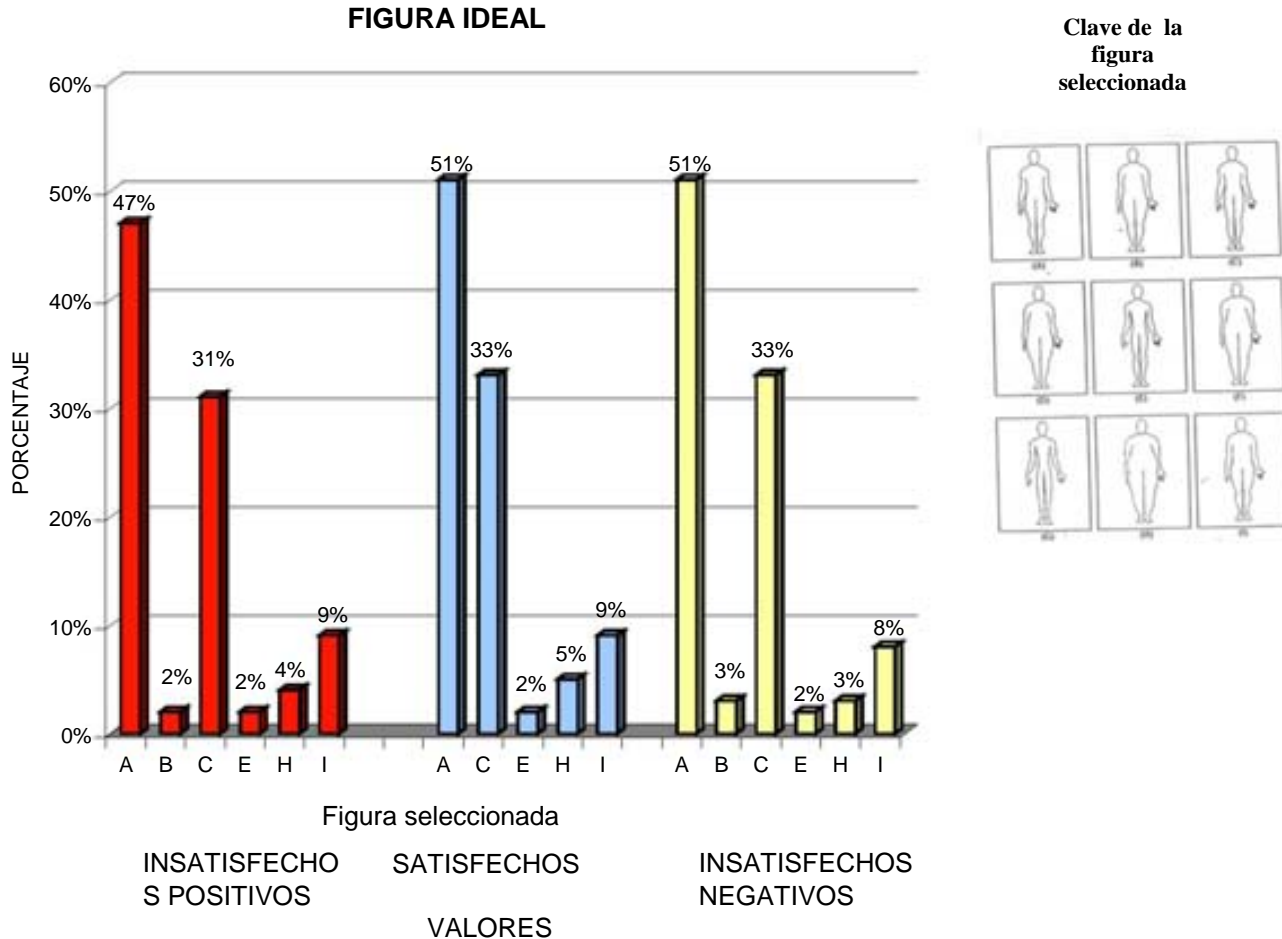
En los resultados de la elección de la figura actual, se pudo observar , que la mayor proporción en el caso de los tres grupos son similares, en la elección de las figura normales grupo de insatisfechos negativos (40%) fig. A y (23%) fig. B; grupo de satisfechos (38%) fig. A y (17%) fig. B; grupo de insatisfechos positivos (41%) fig. A y (17%) fig. B. El resto de la distribución se presenta tal y como se aprecia a continuación.

FIGURA 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL LA ELECCIÓN DE FIGURA ACTUAL



En el caso de la figura ideal ,se pudo observar, que la mayor proporción son de figuras normal a una normal más llena. En estos tres grupos fueron parecidos no cambiando mucho la posición en cuanto a la figura ideal ; la elección de la figura ideal en el caso de los estudiantes identificados como insatisfechos negativos es con un (47%) fig. A y (31%) fig. C; en el grupo tanto de satisfechos e insatisfechos positivos correspondió con un (51%) fig. A y (33%) fig. C, el resto de la población se distribuye tal y como se presenta a continuación.

FIGURA 13
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ELECCIÓN DE
FIGURA IDEAL



Dado que uno de los planteamientos de la presente investigación fue determinar la posible relación entre la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima, se procedió a realizar los análisis pertinentes que permitieron obtener los siguientes resultados:

Para determinar la autoestima, se utilizó el test de Autoestima de Alice Pope conformado por 21 reactivos, divididos en 3 escalas (evaluación negativa, evaluación positiva y nivel de competencia).

Para obtener un total de autoestima que permitiera determinar la posible relación con los factores de satisfacción / insatisfacción, se generó una variable producto de sumar los 21 reactivos en donde para su calificación se invirtieron las puntuaciones según fuera positivo o negativo, obteniendo un valor total, en donde un puntaje elevado significa que el sujeto posee un nivel alto de autoestima, mientras que por el contrario, un puntaje bajo significa que el sujeto posee un nivel bajo de autoestima.

Para tal efecto primero se sumo la puntuación más alta (5) del total de los reactivos de tal manera que siendo 21 reactivos por lo que se obtuvo una puntuación de 105 que sería la más alta y 21 la más baja

Para comenzar con el análisis correspondiente a la autoestima, se procedió a realizar un perfil de la muestra total, en el que se pudo observar que el puntaje más bajo fue de 28 puntos y el más alto de 84 puntos, encontrándose que la mayoría puntuó entre los 65 y los 70 puntos.

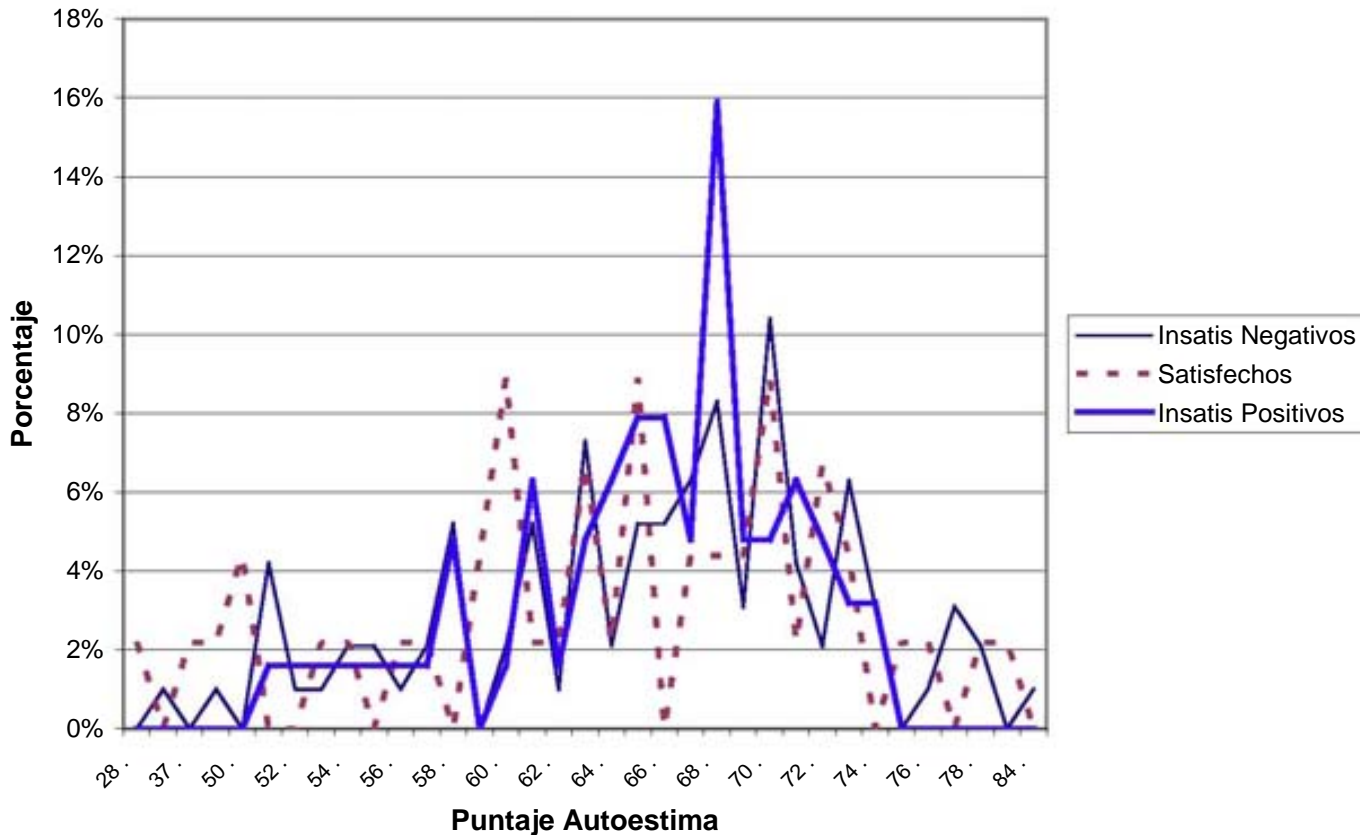
Con respecto a la autoestima del grupo de insatisfechos negativos se pudo observar que la mayor proporción es de una puntuación de 70 con un 10% es decir se encuentra alrededor de una autoestima promedio.

En el caso de autoestima del grupo de satisfechos la mayor proporción cayó con puntuaciones 60, 65 y 70 con un (9%) encontrándose en una autoestima promedio.

Con lo correspondiente a la autoestima en el grupo de insatisfechos positivos, se pudo observar que la mayor proporción es de una puntuación de 69 con un (16%) esto significa alrededor de una autoestima promedio. Estos resultados se presentan a continuación.

Figura 14

Comparación puntaje de Autoestima



Una vez determinado el perfil general de cada con respecto a la autoestima, se aplicó la correlación de Person, para determinar la posible relación entre las variables de imagen corporal y la autoestima.

Así también, para dar respuesta a la pregunta sobre la posible relación entre la imagen corporal y la conducta alimentaria de riesgo; se procedió a realizar los análisis de correlación respectivos, encontrándose que al igual que en la interacción anteriormente expuesta, los índices de correlación resultaron muy bajos y no significativos.

Se realizó además otro tipo de análisis estadístico con el propósito de determinar la presencia de diferencias estadísticas entre los grupos insatisfacción positiva y negativa. Para tal efecto se dividió a la autoestima en

4 diferentes factores las cuales son: F1 (**percepción de sí mismo**) involucra reactivos basados en autopercepciones; F2 (**percepción de competencia**) agrupa reactivos que exploran la percepción global del individuo y el entorno familiar con respecto a sus competencias; F3 **relación familiar**, incluye reactivos que valoran su relación familiar y F4 **emocional**, agrupa reactivos concernientes al manejo y control de emociones del individuo en los entornos **familiar y social** posteriormente se aplicó un ANOVA (One, Way).

En el caso de los factores EFRATA se aplicó el mismo análisis estadístico a continuación se mencionan las hipótesis de trabajo.

H= Existen diferencias estadísticamente significativa entre :
satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria

- 1) compulsiva
- 2) preocupación por el peso y la comida
- 3) normal
- 4) dieta crónica y restrictiva
- 5) control de atribución externo
- 6) compensatoria
- 7) control de atribución interno

Tabla 1
Resultados ANOVA (one way) la conducta alimentaria y la
satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

		Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Significancia	Grupos	Media	Desviación estandar
FR1 Cond. A. compulsiva	Entre Grupos	41.949	2	20.974	.505	.604	Insatis (-)	13.6354..	6.36292
	Dentro de los grupos	8341.090	201	41.498			Satisfechos	14.1333	6.46529
	Total	8383.039	203				Insatis (+)	14.6825	6.54470
FR2 Preocup. peso comida	Entre Grupos	23.932	2	11.966	.470	.626	Insatis (-)	11.9063	5.69409
	Dentro de los grupos	5116.671	201	25.456			Satisfechos	11.1778	4.87707
	Total	5140.603	203				Insatis (+)	11.2540	3.99584
FR3 Cond. alimentaria normal	Entre grupos	142.321	2	71.161	3.250	.041	Insatis (-)	13.9063	4.43450
	Dentro de los grupos	4400.385	201	21.892			Satisfechos	13.2667	4.95617
	Total	4542.706	203				Insatis (+)	15.4286	4.83840
FR4 Dieta crónica y restrictiva	Entre grupos	3.561	2	1.780	.180	.835	Insatis (-)	6.7083	3.08789
	Dentro de los grupos	1988.792	201	9.894			Satisfechos	6.4889	3.13791
	Total	1992.353	203				Insatis (+)	6.8571	3.23717
FR5 Control externo	Entre grupos	6.901	2	3.451	.221	.802	Insatis (-)	15.5313	4.10379
	Dentro de los grupos	3131.976	201	15.582			Satisfechos	15.0667	4.16915
	Total	3138.877	203				Insatis (+)	15.3016	3.51786
FR6 Cond. alim. Compensatoria	Entre grupos	13.205	2	6.602	.840	.433	Insatis (-)	5.9583	2.67510
	Dentro de los grupos	1579.129	201	7.856			Satisfechos	6.0889	2.89845
	Total	1592.333	203				Insatis (+)	6.5397	2.92280
FR7 Control interno	Entre grupos	2.233	2	1.117	.042	.959	Insatis (-)	18.0208	5.07622

		Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Significancia	Grupos	Media	Desviación estandar
	Dentro de los grupos	5337.806	201	26.556			Satisfechos	18.2889	5.46735
	Total	5340.039	203				Insatis (+)	18.0794	5.03953

Como se observa en la **tabla 1** solamente en la variable **conducta alimentaria normal** se encontraron diferencias significativas ($F(2,201) = 3.250$, $p = .041$)

De acuerdo con las medias, fueron los **varones con insatisfacción positiva** ($\bar{X} = 15.42$ D. E. = 4.83) fueron los que mostraron tener menor conducta alimentaria normal. Estos resultados permiten aceptar la hipótesis 3 de trabajo.

Asimismo, los resultados coinciden que el resto de las hipótesis de trabajo fueron rechazadas por lo que se aceptaron las hipótesis estadísticas de trabajo que señalan no diferencias entre los grupos de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal con respecto a la conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta crónica y restrictiva, atribución de control externo e interno y conducta alimentaria compensatoria.

Continuando con las hipótesis de trabajo se conformaron las siguientes entre la variable de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima y quedo de la siguiente manera.

H = Existen diferencias estadísticamente significativa entre satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y la autoestima:

- 1) Sí mismo
- 2) Competencia
- 3) Familiar y
- 4) Emocional

Se aplicó un ANOVA (one way) obteniéndose los resultados que aparecen en la Tabla 2

Resultados ANOVA (One way) Autoestima por Satisfacción/Insatisfacción con la imagen corporal

ANOVA									
		+ de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Significan- cia	Grupo	Media	Desv. E.
SIMISMO	Entre grupos	6.408	2	3.204	.560	.572	Insatis (-)	15.3542	2.37965
	De grupos	1150.587	201	5.724			Satisfechos	15.4667	2.75186
	Total	1156.995	203				Insatis (+)	15.7619	2.12295
COMPETENCIA	Entre grupos	30.207	2	15.103	.829	.438	Insatis (-)	26.9583	4.16986
	De grupos	3662.970	201	18.224			Satisfechos	26.2000	5.40454
	Total	3693.176	203				Insatis (+)	27.2540	3.42179
FAMILIAR	Entre grupos	1.438	2	.719	.246	.782	Insatis (-)	7.4896	1.65431
	De grupos	588.307	201	2.927			Satisfechos	7.6667	1.83402
	Total	589.745	203				Insatis (+)	7.6508	1.70539
EMOCIONAL	Entre grupos	70.872	2	35.436	3.638	.028	Insatis (-)	13.8229	3.16226
	De grupos	1957.951	201	9.741			Satisfechos	12.4222	3.68960
	Total	2028.824	203				Insatis (+)	13.8730	2.56837

Conforme los resultados de la tabla 2 puede verse que sólo el factor emocional de autoestima resultó estadísticamente significativo cuando se compararon los grupos de satisfacción/insatisfacción ($F((2,201) = 3.638, p = .028$

De acuerdo con el valor de las medias fue el grupo de insatisfacción positiva con ($\bar{x} = 3.87$ D. E. = 2.56) , el que menor manejo tiene de las emociones . De acuerdo con estos resultados se acepta la hipótesis 4 de trabajo y se rechazan las otras de trabajo de los otros factores en donde señalan que no existen diferencias de los grupos con el resto de los factores y la autoestima los cuales son: factor de sí mismo, competencia y familiar.

Capítulo 7 Discusión y Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, autoestima y conducta alimentaria de riesgo en adolescentes del sexo masculino. La muestra quedó integrada por N=204 participantes de nivel bachillerato que asisten a escuelas públicas, con un rango de edad de 14 a 26 años.

Los cambios físicos durante la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. Es mucho más importante en esta época de cambios dramáticos tener “**buen tipo**”, ya que las cualidades de fortaleza y altura definen al hombre, remarcando su masculinidad (Raich, 2000).

Aunque para los chicos, la presión social no es tan importante han de tener un determinado físico, deben de ser altos, fuertes, con hombros anchos, un pecho musculoso y bíceps desarrollados; rasgos faciales bien definidos entre otros (Raich, 2000).

Como bien se sabe, la insatisfacción con la propia imagen constituye un elemento de inadaptación social y un factor de riesgo asociado a los trastornos de la conducta alimentaria (Cash y Deagle, 1995; Thompson, 1990). Al respecto Gómez Pérez-Mitré, Granados, Saucedo y Unikel (2000) señalan que tanto hombres como mujeres se encuentran en una cultura en la que la silueta femenina tiene que ser delgada para ser bella y exitosa, a diferencia de los hombres que tienen que estar musculosos para ser atractivos; dando como consecuencia una preocupación constante por el peso y la apariencia, y una insatisfacción con el cuerpo.

Para obtener los resultados de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se hizo una resta entre figura actual menos figura ideal, las diferencias pueden ser positivas o negativas según la preferencia de los participantes a desear ser más delgados o más gruesos, cuando la diferencia es cero, nos indica que están satisfechos con su propia imagen. Es importante mencionar como un antecedente que tanto en la elección de la figura actual como la figura ideal existió una tendencia a elegir de una figura normo-peso

hasta una con sobrepeso, a diferencia de las mujeres que tienden a elegir una figura delgada “figura actual” a una figura más delgada “figura ideal” (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Suguey & Pineda, 2001).

Cuando se exploró la distribución de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se encontró que sólo el 22% de la muestra total reporta estar satisfecho con su propia imagen y que el resto (78%) están insatisfechos; el 31% insatisfechos positivos y el 47% insatisfechos negativos. Resultados muy similares a los encontrados en un estudio realizado por Gómez Pérez Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya & Unikel (2000) en donde se reporta que del total de su muestra (N= 1646 hombres entre 14 y 27 años), sólo el 27.2% menciona estar satisfecho con su imagen corporal, el 30.9% insatisfechos positivos y 41.9% insatisfechos negativos. Como se puede observar, en ambos estudios se reportan porcentajes mayores de la variable satisfacción/insatisfacción siguiendo la dirección de insatisfacción negativa, es decir, la tendencia de los hombres es el deseo de una silueta más gruesa lo cual confirma el supuesto de que el estereotipo de los hombres es diferente al de las mujeres, los hombres prefieren una silueta musculosa no tan delgada como lo prefieren las mujeres.

De igual forma se puede concluir que casi la mitad de los participantes reporta estar insatisfecho con su propia imagen observándose una tendencia al deseo de tener una figura más gruesa (47%). Estos resultados concuerdan con lo reportado en la literatura internacional referida a estudios realizados en población de sexo masculino (Bruchon-Schweitzer, 1992) en donde se afirma que los hombres quieren una figura mesomorfa sin que esto implique aumentar grasa. Y en la literatura nacional solamente en hombres púberes y adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Suguey & Pineda 2001).

A pesar de que se viva en una misma cultura, las personas no se ven afectadas de la misma forma, ni el mismo grado. Algunos individuos demuestran que no se ven afectados, ni por la presión cultural, ni por burlas que pueden haber sufrido, ni por tener pecas o acné. Incluso por tener algún defecto. Estas son personas que tienen una sólida autoestima y se creen merecedoras de ser amadas, competentes y se enfrentan a los problemas de la vida. Por el contrario las personas que no poseen una buena autoestima, tienden a sentirse inadecuadas, y pueden sucumbir fácilmente a las presiones sociales (Raich, 2000).

Explorando la relación entre las variables satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y autoestima se encontraron diferencias entre el grupo de insatisfechos positivos y el grupo de insatisfechos negativos en el factor emocional de autoestima. Es decir, los hombres que quieren estar más delgados (insatisfechos positivos) reportaron tener menos control de sus emociones cuando se compararon con el grupo de hombres que quieren estar más gruesos (insatisfechos negativos). Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en México (González, 2003) con una muestra más pequeña (N=111 hombres estudiantes de bachillerato) en donde se reportó una relación entre insatisfacción positiva y la pregunta Hago enojar a mis padres?, la cual forma parte del factor emocional de la escala de Autoestima utilizada en ambos estudios (Alice Pope, Mchale & Craighed, 1988).

Esta misma relación se confirma en estudios internacionales previos en donde se ha encontrado que sólo los grupos de hombres insatisfechos reportan una relación con autoestima (Aguilar, 1984; Mestre y Frias, 1996; Delval, 1996). Esto pudiera encontrar una explicación en que el manejo de las emociones nos hace menos vulnerables a las presiones sociales, por eso las personas impulsivas tiene mayor posibilidad de introyectar un ideal delgado y seguir el estereotipo derivado de éste, lo que los lleva a estar insatisfechos con su propia imagen y querer estar más delgados.

El temor que experimentan aquellas personas que sufren de una baja autoestima, la cual es frecuente así mismo en los casos de trastornos de la alimentación y que probablemente explica el fenómeno intermitente de pérdida y adquisición de peso. Para algunos individuos el hecho de mantener peso estable supone un éxito inadmisibles. Así también, los problemas causados por la alimentación crean círculos viciosos, pueden llegar a disipar la energía personal hasta el punto de que no nos queden fuerzas para seguir adelante. Dichos problemas, son poco saludables desde un punto de vista físico (Twerki, 1996).

La relación entre insatisfacción con imagen corporal y conductas alimentarias anómalas ha sido ampliamente documentada. En una investigación realizada en nuestro país por (Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000) con una muestra de N=1646 hombres con

edad promedio de 17.63 años y D. S. = 2.10, se encontró que los problemas asociados con imagen corporal se acompañan de problemas de conducta alimentaria en una muestra de género masculino.

Los resultados arrojados en la presente investigación, señalan que la relación entre las variables satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y conducta alimentaria se presenta de la siguiente manera, los hombres insatisfechos negativos (quieren estar más gruesos) presentan mayor conducta normal cuando se les compara con el grupo de hombres insatisfechos positivos quienes presentan conducta alimentaria anormal. Este resultado confirma la relación ampliamente documentada entre insatisfacción positiva (deseo de una figura delgada) y el seguimiento de conductas alimentarias anormales (Cash y Pruzinzky, 1990).

Esta misma relación se ha documentado tanto en hombres como en mujeres. En un estudio realizado en México por San Germán (2000), se encontró que los preadolescentes satisfechos con su imagen corporal (ambos sexos) no realizan conducta alimentarias de riesgo como seguimiento de dieta restrictiva, sin embargo los preadolescentes insatisfechos si realizan conductas alimentarias anómalas.

(Schonfel,1963; citado en Griner, 1987) menciona que cuando las adolescentes están insatisfechas con su imagen corporal se incrementa la probabilidad de emitir respuestas dirigidas a modificarla, p.ej., seguimiento de dietas o conductas alimentarias restrictivas. Esta insatisfacción que los adolescentes tienen con respecto a su imagen corporal se encuentra principalmente, originando así un modelo de figura ideal (muy delgada).

La elaboración de este proyecto me ha permitido, conocer más a fondo la problemática de los adolescentes varones en el tema de los trastornos alimentarios, además de su aplicación en el ámbito laboral, y del interés por que se siga investigando en el género masculino.

Sugerencias y Limitaciones

Con base en los resultados arrojados se sugiere:

- ❖ Realizar estudios en muestras de género masculino, ya que la evidencia nos permite observar que los factores de riesgo asociados con imagen corporal se comportan de distinta manera al compararlos con población femenina.
- ❖ Realizar estudios en donde se continúe explorando la relación entre las variables insatisfacción con la imagen corporal y autoestima, para confirmar los resultados arrojados en la presente investigación.
- ❖ Se sugiere trabajar con muestras de varones en edad adulta. Debido a que la imagen corporal se modifica a lo largo de la vida (Gómez Pérez-Mitré, 1995) , el comportamiento de las variables estudiadas en esta investigación puede ser distinto.
- ❖ Se sugiere trabajar con muestras probabilísticas para poder generalizar los resultados de la investigación, así como realizar estudios con distintos estratos socioeconómicos, ya que estas son algunas de las limitaciones del presente estudio.

REFERENCIAS

Adler, R. B. (1977). Confidence in communication: A guide to assertive and social skills. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Aguilar, K. E. (1984). Veinte formas de amargarse la vida y cómo evitarlo. México : Pax.

Aguilar, K. E. (1999). Cómo ser tu mismo sin culpas. México : Pax.

Aguirre, B. A. (1996). Psicología de la Adolescencia. México: Alfa-Omega.

Agras, W. S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. Nueva York: Plenum Press.

Ahumada, M. (1987). La autoestima rol social y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Alexander, T., Roodin, P., & Gorman, B. (1988) Psicología Evolutiva. Madrid: Pirámide.

Alvarez, R. G., Mancilla, D. J., Martínez, M. M., y López, A. X., (1988). Aspectos psicosociales de la alimentación. Revista de Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 50-58.

Ames, R. (1957). Physical maturing among boys as related to adult social behavior. A longitudinal study. California Journal of Educational Research, 8, 69-75.

Ampudia, R. A. (1996). Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.

Andersen, A., E. (1990). Males with Eating Disorders. New York: Bruner Mazel.

Arenson, G. (1991). Una sustancia llamada comida: Cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida. España: McGraw-Hill.

Barajas, M. O. (1988). Trastornos Alimentarios: su relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

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

Berger, K. S., & Thompson, R. A. (1997). El desarrollo de la persona, desde la niñez a la adolescencia. Madrid: Universidad Barcelona.

Berryman, C. J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual moderno.

Berscheid, E., Waister E., & Bouhmstedt, G. (1973). Body Image. The happy American Body: survey report. Psychology Today, 7, 119-131.

Blanco, G. Y. (1994). Orientación educativa.México: Ediciones Castillo.

Bloss, P. (1981). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Motiz.

Boskind-White, M., & White, W. C. (1986). Bulimarexia: A historical-sociocultural perspective. En k. Brownell & J. Foreyt (eds.). Handbook of eating disorders. (p.p. 353-366). Nueva York: Basic Books.

Bower, S., & Bower, G. (1980) Asserting yourself. Washington: Addison- wesley.

Bradshaw, J. (1988). Healing the Shame that Bids You: Health Communications. Florida: Deerfield Beach.

Branden , N. (1983).El respeto hacia uno mismo. España: Kairós.

Branden, N. (1995). Cómo mejorar su autoestima. México: Piados.

Briend, A., Hasen, Z. , Azis, K., Hoque, B., & Henry, F. (1989). Measuring change in nutriotional status: A comparison of different anthropometric indices and the samples sizes required. Eur J Clin Nutr , 43, 769-778.

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

Buhrmester, D., & Furman, W. (1990). Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence.Child Development,61, 1387-1398.

Bums, R. B. (1979). The self concep. Theory measurement, developmente and behavior. London: Longman.

Canger, J. J., & Peterson, A. C. (1984). Adolescence and youth. Nueva York : Harper & Row.

Carretero, M., & León, C. (1990). Psicología evolutiva, adolescencia, madurez y senectud volumen (3). Madrid: Alianza.

Casanueva, E. (1992). Lambert Adolphe Jacques Quetelet. Vidas que trascienden. Cuadernos de nutrición, 15 (2), 42-45.

Cash, T. F., & Janda, L.H. (1984). The eye of the beholder. Psychology today, 18, 46-52.

Cash, T. F., & Pruzinski, T. (1990). Development, deviance and change. New York: The Guilford Press.

Cash, T. F., Counts, B., & Huffine, C.E. (1990). Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image, and eating behaviors. Journal of Psychopatology and Behavioral assessment, 12 (2), 157-167.

Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1995). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis . Manuscript submitted for publication.

Casillas, C. L. E., & Vargas, L. A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de nutrición, 3, 17-32.

Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Casper, Davis, Ecker, Halmi y Goldberg (1979). Disturbance in body image estimation as related anorexia nervosa. Journal of psychiatry, 14, 60-66.

Castro, G. F. (1988). Cuando empieza la obesidad. Cuadernos de nutrición, 11 (3), 1-48.

Cavior, N., & Dokecki, R. P. (1973). Physical attractiveness, perceived attitude similarity, and academic achievement as contributors to interpersonal attraction among adolescents. Developmental Psychology, 9, 44-54.

Chubb, N., Fertman, C., & Ross, J. (1979). Adolescent self- esteem and locus de control. A longitudinal study of gender and age differences. Adolescence, 32 (125), 113- 129.

Claes, M. E. (1992). Friendship and personal adjustment during adolescence. Journal of Adolescence, 15, 39-55.

Coleman, J. C. (1984). Psicología de la adolescencia. Madrid: Aborata.

CONAL (1998). Comisión Nacional de alimentación. Glosario de términos. México- CONAL.

Contreras, H. M. E. (1985). Crecimiento y desarrollo físico del adolescente. Cuadernos de nutrición , 5, 47-53.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-estem. San Francisco: Freeman.

Cortes, J. & Gatti, F. (1966). Psysique and motivation. Journal of Consulting Psychology, 30, 408- 414.

Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice- Hall.

Curran, F. J. , & Frosch, J. (1970). The body image in adolescent boys. Journal of genetic psychology. 60 (37).

Darley, J. M., Glucksberg, S., y Kinchla, R. A. (1990). Psicología. México: Prentice Hall.

De la Rosa, M. E. (1996). Yo soy. México: Planeta.

Dee Galasi, R. (1977). Assert yourself ¡How to be you own person. Nueva York : The human sciences Press.

Delval, J. (1996).El desarrollo humano.Madrid: Siglo XXI.

Dennis, L. B., & Hassol , J. (1985). Psicología evolutiva. México: Interamericana.

Dolto, F. (1992).La causa de los adolescentes. Argentina Seix-Barral.

Dornbusch , S. M., Ritter, P. L., Mont-Reynaud, R., & Chen, Z. (1990). Family decision making and academic performance in a diverse high school population. Journal of Adolescent Research, 5, 143-160.

Dornbusch, S., Carlsmith, J., Duncan, P., Gross, R., Marto, J., Ritter P., Siegel-Gorelick, B. (1984). Sexual maturation, social class, and the desire to be thin among adolescent females. Developmental and Behavioral Pediatrics, 5, 308-314.

Dulanto, G.E. (2000). El adolescente. México: McGraw-Hill.

Elizondo, T. M. (1997). Asertividad y escucha activa en el ámbito académico. México: Trillas.

Estrada, R. D. L., & Zúñiga, F. T. (1997). Autopercepción de la imagen corporal en adolescentes. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Fajardo, V.(1999 en preparación). la autoestima en adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura. UNAM.

Fasick, F. A. (1984). Parents, peers, Youth culture and automy in adolescence. Adolescence, 19, 143-157.

Fernández. E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narcea.

Fierro, A. (1985). Desarrollo social y la personalidad en la adolescencia. Madrid: Alianza.

Garber, J. , Robinson, N., & Valentiner, D. (1997).The relation between parenting and adolescent depression : Self-worth as a mediator. Journal of adolescent research, 12 (1), 12-23.

Gallagher, J., Heald F., Garell, D. (1976). Medical Care of the Adolescent. Nueva York: Appleton- Cetury-Crofts.

Garrow, J. S., & Webster, J. (1985). Quetel' s Index (W/ H 2) as a measure of fatness. International Journal of obesity, 9, 147-153.

Gavazzi, S.M. , Anderson, S. A., & Sabatelli, R. M. (1993). Family differentiation, peer differentiation, and adolescence adjustment in a clinical sample. Journal of Adolescent Research, 8, 205-225.

Gavazzi, S. M., & Sabatelli, R. M. (1990). Family system dynamics, the individuation process, and psy chosocial development. Journal of Adolescent Research, 5, 500-519.

Gerson, C. D. (1998). Autoestima y adolescencia. Tesis de Licenciatura. Escuela de Psicología. Universidad Anhuác.

Gibson, R. S. (1990). Principles of nutritional assessment. Londres: Oxford University Press.

Gómez Pérez- Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.

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

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Proyecto de investigación una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desórdenes del comer para la promoción de la salud. (Mimneo).

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185- 198.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31- 40.

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

Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A. M., Jáuregui, J., Tafoya, S.A., & Unikel, S. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista Psicología Contemporánea, 7 (1), 4-15.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo, M., y Unikel, C. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. Psicología Social: Investigación y Aplicación en México. México: Fondo de cultura económica, 267-315.

Gómez Pérez-Mitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Suguey, S. G., & Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (13), 313-324.

Greenberg, M. A., & Stone, A. A. (1992). Emotional disclosure about traumas and its relation to help; effects of previous disclosure and trauma and severity. Journal of personality and social psychology, 63, 75-84.

Grinder, R. (1987). Adolescencia. México: Limusa.

Grolnick, W. S., Weiss, L., Mckenzie, L., & Wrightman, J. (1996). Contextual, cognitive and adolescent factors associated with parenting in adolescence. Journal of youth and adolescence, 25 (1), 33-53.

Guido, M. V. T. (2000) Ser adolescente. México: Trillas.

González, M. R. (2003). Autoestima e imagen corporal en una muestra de adolescentes del género masculino. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gunderson, E. K. (1965). Body size, self- evaluation and military effectiveness. Journal of Personality and Social Psychology, 2, 902-906.

Hamachek, D. E. (1981).Encuentros con el yo. México: Interamericana.

Halmi, K., Casper, R. C., Eckert, E. D., & Davis, J. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. Psychiatric Research, 1, 209-215.

Hoffman, L., Paris, S.,& Hall, E. (1996).Psicología del desarrollo hoy (Vol 2). Madrid: McGraw-Hill.

Jensen, L.,& Borges, M. (1996). The effect of maternal employment on adolescent daughters. Adolescence, 21, 659-666.

Jones, M. C. (1958). The study of socialization patterns at the high school level. Journal of genetic psychology, 93, 87-111.

Jones, M. (1965). Psychological correlates of somatic development. Child Development, 36, 899- 911.

Jurich, A., & Collins, O. (1996). 4H Night at the movies: A program for adolescents and their families. Adolescence, 31 (124), 863-874.

Jourard, F. M., & Secorde, P. F. (1955). Body cathexis and the ideal female figure. Journal of abnormal and social psychology, 50, 243- 246.

Kirkpatrick, S. W., & Sanders, D. M. (1978). Body images stereotypes: A deviant comparison. The Journal of Genetic Psychology, 132, 87-95.

Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Guilles, R., & Fleming, W. S. (1993). Attachment solving. A controlled theory analysis. Child Development, 64, 231-245.

Koff, E., Rierdan, J., & Stubbs, M. L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. Journal of early adolescence, 10, 56-68.

Lawler, J., & Lennings, Ch. (1992). Adolescent self concept, family type and conflict: An empirical investigation. Australian journal of marriage and family, 13, 70- 77.

Lee, J. A. (1976). The colors of love. Nueva York : Prentice –Hall.

Lempers, J. D., & Clark-Lempers, D. S. (1993). A functional comparison of same-sex and opposite-sex friends' hips during adolescence. Journal of Adolescent Research, 8, 89-108.

León, C. S., & Vázquez, G. J. E. (2003). Preadolescentes varones: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en relación al peso corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Lerner, R., Delaney, M., Hess, L. E., Jovanovic, J., & Von-eye, A. (1990). Early adolescent psysical attractiveness and academic competence. Journal of early adolescence, 10, 4- 20.

Lidz, T. (1985). La persona. Barcelona : Herder.

Margo, J. L. (1987). Anorexia Nervosa in males. A comparison with female patients. British Journal Psychiatry, 152 (9), 1279- 1284.

Marvin, P. (1992). La Psicología de la adolescencia. México: Fondo de cultura económica.

Masselam, V. S., Marcus, R. F., & Stunkard, C. L. (1990). Parent-adolescent communication, family fanctionning, and school performance. Adolescence, 25, 958-976.

Mateos, P. A., & Solano, P. N. (1997). Trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia nervosa. Revista electrónica de Psicología, 1, (1), 1-27.
<http://www.psiquiatria.com/vol1num1artic-4.htm>

McCurdy, S., & Scherman, A. (1996). Effects of family structure on the adolescent separation- individuation process. Adolescence, 31 (122), 307-319.

McKenry, P.C., Kotch, J. B., & browne, D. H. (1991). Correlates of dysfunctional parenting attitudes among low-income adolescent mothers. Journal Adolescent research, 6, 212-234.

McLaren, S. D., & Meguid, M. M. (1993). La nutrición y sus trastornos. México: Manual moderno.

Mendoza, F. E. (1995). La autoestima individual como un factor determinante de la relación de pareja. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Mestre, V., y Frías, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula, aplicación e un programa en edad escolar(11-14).Revista de Psicología general y aplicada, 49, (2), 279-290.

Moraleda, M. (1995).Psicología del desarrollo. Infancia, adolescencia, madurez y senectud. México: Boixareud/ Universitaria.

Morris, C. G. (1987). Psicología : Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall.

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

Nelson, W. E. (1980). Tratado de Pediatría. Barcelona: Salvat.

Northman, J. E. (1985). The emergence of appreciation for help during childhood and adolescence. Adolescence, 20, 775-781.

Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. I. (1982). Values and self-conceptions held by normal and delinquent males. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation, 4, 503-509.

Ogundari, J. T. (1985). Somatic deviations in adolescence.reactions and adjustments.Adolescence, 20, 179-183.

Ojeda, L. (1997). Dietas para adolescentes. México : Selector.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin of the World Health Organization, 64 (6), 929-941.

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

Ortiz J. G. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nervosa y bulimia nervosa. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Palladino, E. (1998). Psicología evolutiva. Argentina: Lumen/HVMANITAS.

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

Papalia, D. (1998). Psicología del desarrollo. México: McGraw- Hill.

Papini, D. R., Farmer, F. F., Clark, S. M., Micka, J. C., & Barnett, J. W. (1990). Adolescence, 25, 958-976.

Pardeck, J. T. (1990). Family factors related to adolescent autonomy. Adolescence, 25, 311-320.

Parsons, T. (1964). The incest taboo in relation to social structure and the socialization of the child. Washington: Free press.

Peskín, H. (1973). Influence of the developmental schedule of puberty on learning and ego functioning. Journal of youth and adolescence, 2 273-290.

Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). La Psicología del niño. Madrid: Paidós.

Pichot, P. (1995). DSM IV . Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Masson.

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

Pierce, J. W., & Warde, J. (1993). Self-esteem, parental appraisal and body size in children. Journal of child Psychology and Psychiatry, 32 (7), 1125- 1136.

Pineda, G. P. (1999). Imagen corporal asociado a la edad menarca en muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

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

Pope, A., Mchale, S. M., & Craighed, W. E. (1988). Self- esteem enhancement with children and adolescents. Washington : Allyn and bacon.

Pope, A., Mchale, S. M., & Craighed, W. E. (1996). Mejora de la autoestima. Técnicas para niños y adolescentes. Barcelona : Martínez Roca.

Quintín, O. J. (1990). Bromatología de los alimentos industrializados. México: Mendez editores.

Raich, R. M. (2000). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid : Pirámide.

Ramírez, M. E. (1996). Diferencias en autoestima y locus de control en fumadores crónicos, incipientes y no fumadores. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Raphael, B., Cubis, J., Dunne, M., Lewin, T., & Kelly, B. (1990). The impact of parental loss on adolescents' psychological characteristics. Adolescence, 25, 688-700.

Rice, P. F. (1997). Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital. México: Hispanoamericana.

Rierdan, J., Koff, E., & Stubb, M. (1988). Gender, depresión, and body image in early adolescents. Journal of early adolescence, 8, 109-117.

Rodríguez, E. M. (1988). Autoestima clave del éxito personal. México: El manual moderno.

Rodríguez, E. M., & Serralde, M. (1991).Asertividad para negociar. México: McGraw-Hill.

Romero, F. (1994). Adolescent boys and anorexia nervosa. Adolescence, 29 (115), 643-647.

Rosen, J. C. (1992). Body Image disorder: Definition, development and contribution to eating disorders. En J. H. Growcer, S. E. Hobfoll, & M. A. P. Stephens (eds.). The etiology of bulimia : The individual and familial contex. Washington : Hemisphere publishing corporation.

Rosenberg, M. (1973). Society and adolescent self- image. Princeton: N. J. University Press.

Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. México: Pianos.

Saldaña, C., & Rosell. (1988). Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.

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

San Germán, J. L. (2000) Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria de riesgo : Obesidad en preadolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología . UNAM.

Saucedo, M. , & Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Validez diagnóstica del IMC (Índice de masa corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediatrica de México, 18 (1), 19- 27.

Schonfeld, W. (1963). Body-image in adolescents. A Psychiatric concep for the pediatrician. Pediatrics, 31, 845- 855.

Schulnd, D. G., & Bell, C. (1993). Body image testing system: A microcomputer program for assesing body image. Journal of psychopatholy and behavioral assessment, 15, (3), 267-285.

Shea, J. A., & Adams, G. R. (1984) Correlates of romantic attachment. A path analysis study. Journal of youth and adolescence, 13, 27-44.

Secord, P., & Jourard, S. (1953). The appraisal of Body cathexis and self. Journal of consulting psychology, 17, 343- 347.

Siegel, O. (1982). Personality development in adolescence. In wolman, B. (Ed.). Handbook of de velopmental psychology. Englewood: Prentice-Hall.

Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1994). Comportamiento anormal. México:McGraw- hill.

Tercero, Q. G. (1998). La imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino. <http://www.mipediatra.commx/adolescente-fem.htm>

Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance. Assessment and treatment. Nueva York: Pergamon Press.

Thompson, K. (1996). Body image, eating disorders, and obesity: an integrative guide for assessment and treatment. Washington: American Psychological/ Association.

Thornton, B., & Ryckman, R. M. (1991). Relation ships between psysical attractiveness, psysical effectiveness, and self- esteem. A cross-sectional analysis among adolescents. Journal of adolescence, 14, 85-98.

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

Tovar, R. (1996). La autoestima en la mujer económicamente activa y la mujer no económicamente activa. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Turner, B. S. (1984). The body and society : Explorations in social theory. Oxford : Blackwell.

Turón, G. V. J. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia nervosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson.

Twerski, A. J. (1996). Sé positivo: Acaba con tu actitud derrotista y descubre el poder de la autoestima. México: Pax.

Unikel, S. C., y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16 (4), 121-126.

Vangelisti, A. L. (1992). Older adolescent's perceptions of communication problems with their parents. Journal of Adolescent Research, 7, 382-402.

Vargas, L. A., & Casillas, L. E. (1992). Curso taller introductorio sobre indicadores antropométricos para evaluar el estado de nutrición en adultos. Memorias VII Reunión Anual. México: AMMFEN.

Vargas, L. A., & Casillas, L. E. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. Cuadernos de nutrición, 16 (5), 34- 46.

Windle, M., & Miller-Tutzeuer, C. (1992). Confirmatory factor analysis and concurrent validity of the perceived social support-family measure among adolescents. Journal of Marriage and the family, 54, 777-787.

Weatherly, D. (1964). Self-perceived rate of physical maturation and personality in late adolescence. Child Development, 35, 1197-1210.

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

William, J. (1980). Principles of psychology. Nueva York : Holt.

Williams, E. R., & Caliendo, M. A. (1984). Nutrition: Principles, issues, and applications. Nueva York: McGraw-Hill.

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

ANEXOS

ANEXO 1

SECCIÓN A

1.- ¿ Qué estas estudiando

- A).- Secundaria
- B).- Carrera Técnica
- C).- Carrera Comercial
- D).- Preparatoria, Bachillerato, Vocacional
- E).- Licenciatura
- F).- Posgrado

2.- ¿Trabajas

- A).- Si
- B).- No

3.- ¿ Actualmente vives con:

- A).- Familia
- B).- Padre o madre
- C).- Hermano (s)
- D).- Esposa o pareja
- E).- Solo
- F).- Amigo (a)

4.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A).- Soy hijo único
- B).- Soy el mayor
- C).- Ocupo un lugar intermedio
- D).- Soy el más chico

5.- Edad de tu primera emisión nocturna

- A).- Menos de 9 años
- B).- 9 a 11 años
- C).- 12 a 14 años
- D).- 15 a 17 años
- E).- 18 a 20 años
- F).- 21 o más

6.- ¿Tienes o has tenido vida sexual activa

- A).- No. Pasar a la pregunta 8
- B).- Si. Pasar a la siguiente pregunta

7.- ¿Tienes hijos

- A).- Si
- B).- No

8.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A).- \$2,000 o menos
- B).- \$2,001 a 4,000
- C).- \$4,001 a 6,000
- D).- \$6,001 a 8,000
- E).- \$8,001 a 10,000
- F).- \$10,001 o más

9.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar

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

10.- Años de estudio de tu padre

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

11.- Años de estudio de tu madre

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

12.- ¿Cuál es la ocupación de tu padre

- A).- Obrero
- B).- Comerciante
- C).- Empleado
- D).- Profesionista
- E).- Empresario

13.- ¿Cuál es la ocupación de tu madre

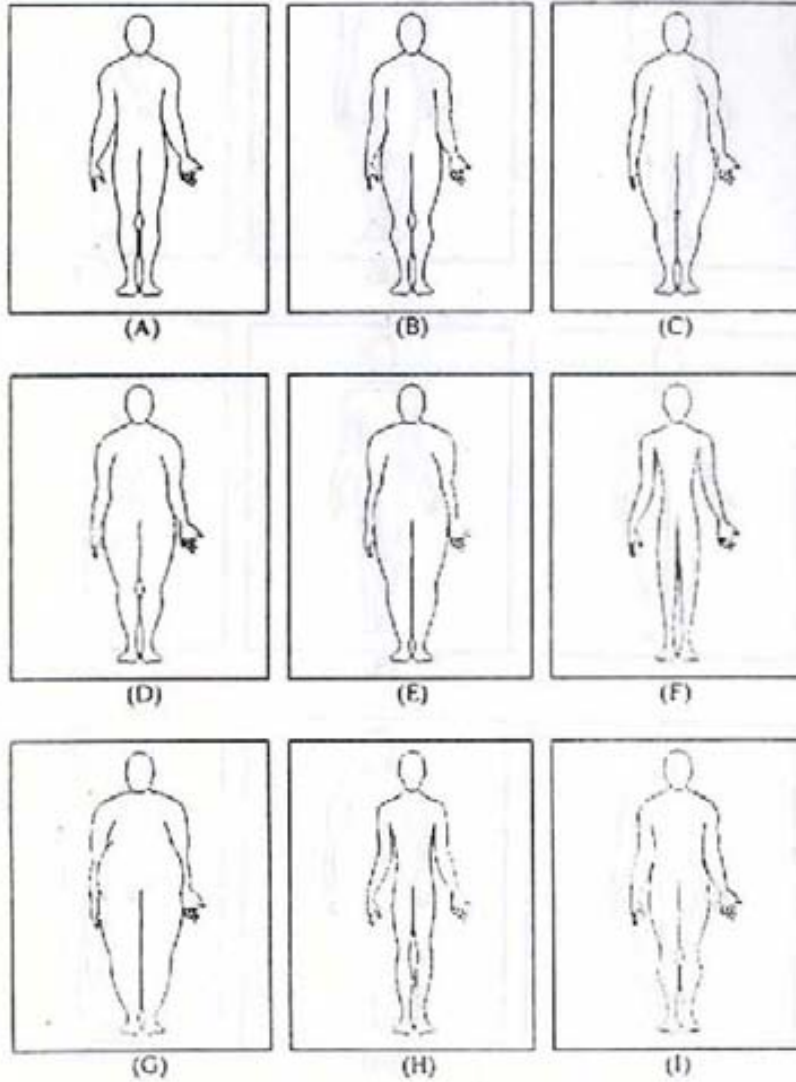
- A).- Ama de casa
- B).- Empleado doméstica
- C).- Obrera
- D).- Comerciante
- E).- Profesionista

ANEXO 2

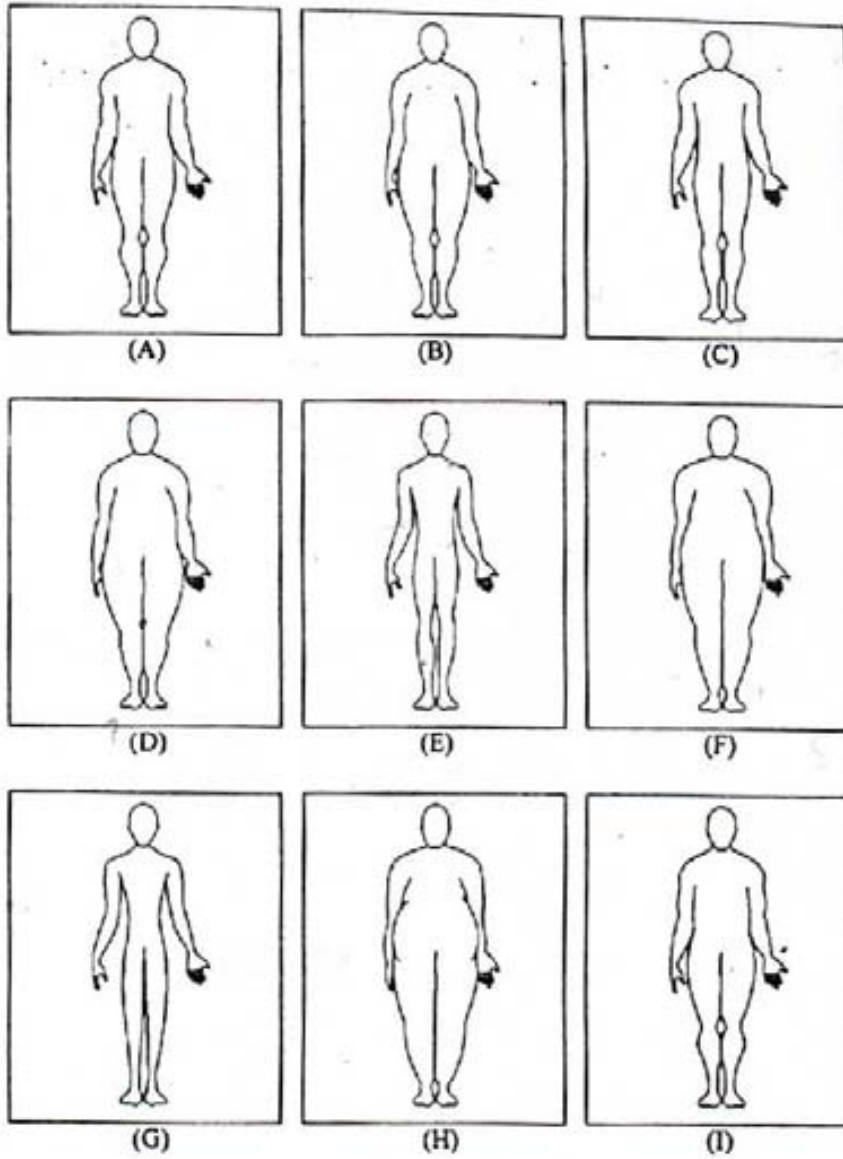
ANEXO 2

10- SECCIÓN C

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



ANEXO 3 SECCIÓN E

1.- ¿ En el último año

- A).- Subí de peso
- B).- Baje de peso
- C).- No hubo cambios en mi peso corporal

2.- ¿ Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que Actualmente tienes

- A).- Menos de un año
- B).- De uno a menos de tres años
- C).- De tres a menos de cinco años
- D).- De cinco y más de cinco años

3.- Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso

- A).- No (pasa a la pregunta 6)
- B).- Si (pasa a la siguiente pregunta)

4.- ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta

- A).- Menos de 9 años
- B).- 9 a 11 años
- C).- 12 a 14 años
- D).- 15 a 17 años
- E).- 18 a 20 años
- F).- 21 o más

5.- ¿ En los últimos 6 meses has hecho dieta

- A).- No
- B).- Si

6.- ¿ Tienes o has tenido en los 6 meses problemas con tu forma de comer

- A).- No (pasar a la siguiente sección)
- B).- Si (pasar a la siguiente pregunta)

7.- El problema consiste en que:

- A).- Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de la misma edad
- B).- Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil
- C).- Comes tanto que te duele el estómago
- D).- Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
- E).- Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

SECCIÓN E

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (Aprox. La mitad de las veces)	D Muy Frecuentemente	E Siempre
-------------------	---------------------	--	--------------------------------	---------------------

- 1.- Cuido que mi dieta sea nutritiva (A) (B) (C) (D) (E)
- 2.- Siento que la comida me tranquiliza (A) (B) (C) (D) (E)
- 3.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso (A) (B) (C) (D) (E)
- 4.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión (A) (B) (C) (D) (E)
- 5.- Procuo comer verduras (A) (B) (C) (D) (E)
- 6.- Me la paso “muriéndome de hambre” ya que constantemente hago dietas (A) (B) (C) (D) (E)
- 7.- Comer más me provoca sentimientos de culpa (A) (B) (C) (D) (E)
- 8.- Soy de los que se hartan (se llenan de comida) (A) (B) (C) (D) (E)
- 9.- Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso (A) (B) (C) (D) (E)
- 10.- Me avergüenza comer tanto (A) (B) (C) (D) (E)
- 11.- Como lo que es bueno para mi salud (A) (B) (C) (D) (E)
- 12.- Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío

- (A) (B) (C) (D) (E)
- 13.- Cuido que mis comidas contengan alimentos de fibra (A) (B) (C) (D) (E)
- 14.- Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme (A) (B) (C) (D) (E)
- 15.- Procuro mejorar mis hábitos alimentarios (A) (B) (C) (D) (E)
- 16.- Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
- 17.- “Pertenezco al Club “ de los que para controlar su peso se saltan las comidas (A) (B) (C) (D) (E)
- 18.- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene (A) (B) (C) (D) (E)
- 19.- Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos (A) (B) (C) (D) (E)
- 20.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.- No me gusta comer con otras personas (A) (B) (C) (D) (E)
- 22.- Soy de las personas que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar (A) (B) (C) (D) (E)
- 23.- No como aunque tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
- 24.- Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos “engordadores” (A) (B) (C) (D) (E)
- 25.- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada (A) (B) (C) (D) (E)
- 26.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
- 27.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come (A) (B) (C) (D) (E)
- 28.- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como (A) (B) (C) (D) (E)
- 29.- Siento que no puedo para de comer (A) (B) (C) (D) (E)
- 30.- Como sin medida (A) (B) (C) (D) (E)
- 31.- Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer (A) (B) (C) (D) (E)
- 32.- Me deprimó cuando como de más (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN E

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (Aprox. La mitad de las veces	D Muy Frecuentemente	E Siempre
-------------------	---------------------	---	-----------------------------------	---------------------

- 33.- Siento que los problemas lejos de quitarme el
apetito me lo incrementan (A) (B) (C) (D) (E)
- 34.- Siento que mi forma de comer se sale
de mi control (A) (B) (C) (D) (E)
- 35.- Prefiero la sensación de estómago vacío que
la de estómago lleno (A) (B) (C) (D) (E)
- 36.- Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo
a empezar (A) (B) (C) (D) (E)
- 37.- Me sorprendo pensando en la comida (A) (B) (C) (D) (E)
- 38.- Suelo comer masivamente (por ejemplo,
no desayuno, pero ceno mucho) (A) (B) (C) (D) (E)
- 39.- Como a escondidas (A) (B) (C) (D) (E)
- 40.- Disfruto cuando como con otras personas
(A) (B) (C) (D) (E)
- 41.- Como hasta sentirme inconfortablemente
lleno (A) (B) (C) (D) (E)
- 42.- No tengo horarios fijos para las comidas
(A) (B) (C) (D) (E)
- 43.- Siento que como más que la mayoría
de la gente (A) (B) (C) (D) (E)
- 44.- Si me despierto tengo que comer algo para
conciliar el sueño (A) (B) (C) (D) (E)
- 45.- Como rápidamente y en corto tiempo grandes
cantidades de alimento (A) (B) (C) (D) (E)

ANEXO 4 SECCIÓN F

Ahora puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas).

A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C Indeciso	D En desacuerdo	E Muy en desacuerdo
---	-------------------------------	-----------------------------	--	--

- 1.- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito (A) (B) (C) (D) (E)
- 2.- Las personas que comen con medida (con medida) son dignas de respeto (A) (B) (C) (D) (E)
- 3.- Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no debería preocuparse ya que “genio y figura hasta la sepultura” (A) (B) (C) (D) (E)
- 4.- Admiro a las personas que pueden comer con Medida (A) (B) (C) (D) (E)
- 5.- Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema “ todo con exceso nada con medida (A) (B) (C) (D) (E)
- 6.- No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria (A) (B) (C) (D) (E)
- 7.- Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida (A) (B) (C) (D) (E)
- 8.- Es muy difícil mantener el control sobre su ingesta (A) (B) (C) (D) (E)
- 9.- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo (A) (B) (C) (D) (E)
- 10.- Creo que “comer y rascar el trabajo es comenzar (A) (B) (C) (D) (E)
- 11.- Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas (A) (B) (C) (D) (E)
- 12.- Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera de control racional (A) (B) (C) (D) (E)
- 13.- Creo que son inseguros (A) (B) (C) (D) (E)
- 14.- Me considero una persona agradable (A) (B) (C) (D) (E)
- 15.- Me llevo bien con los demás (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN F

A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C Indeciso	D En desacuerdo	E Muy en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	--

- 16.- Creo que me pongo metas muy altas (A) (B) (C) (D) (E)
- 17.- Me cuesta trabajo hacer amigos (as) (A) (B) (C) (D) (E)
- 18.- Mi familia me exige demasiado (A) (B) (C) (D) (E)
- 19.- Me considero una persona agradable (A) (B) (C) (D) (E)
- 20.- No tengo confianza en los demás (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.- Creo que en lugar de controlar mis alimentos ellos me controlan (A) (B) (C) (D) (E)
- 22.- Sólo se debe competir para ganar (A) (B) (C) (D) (E)
- 23.- No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser mejor (A) (B) (C) (D) (E)
- 24.- Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter (A) (B) (C) (D) (E)

ANEXO 5

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y no como otros piensan que deberías sentir. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas. Además, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A SIEMPRE	B USUALMENTE	C LA MITAD DE LAS VECES	D RARA VEZ	E NUNCA
--------------	-----------------	----------------------------------	---------------	------------

- 1.- Me gusta como soy (A) (B) (C) (D) (E)
- 2.- Me siento bien cuando estoy con mi familia (A) (B) (C) (D) (E)
- 3.- Estoy orgulloso (a) del trabajo que hago en la escuela (A) (B) (C) (D) (E)
- 4.- Estoy feliz de ser como soy (A) (B) (C) (D) (E)
- 5.- Tengo una de las mejores familias de todo el mundo (A) (B) (C) (D) (E)
- 6.- Estoy orgulloso (a) de mi (A) (B) (C) (D) (E)
- 7.- Soy un buen (a) amigo (a) (A) (B) (C) (D) (E)
- 8.- Me gusta la forma como me veo (A) (B) (C) (D) (E)
- 9.- Hago enojar a mis padres (A) (B) (C) (D) (E)
- 10.- Si me enojo con un amigo (a) lo (a) insulto (A) (B) (C) (D) (E)
- 11.- Soy muy lento para realizar mi trabajo escolar (A) (B) (C) (D) (E)
- 12.- Soy muy tonto (a) para hacer los trabajos de la escuela (A) (B) (C) (D) (E)
- 13.- Soy malo (a) para muchas cosas (A) (B) (C) (D) (E)
- 14.- Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que yo quiero (A) (B) (C) (D) (E)
- 15.- Le hecho la culpa de cosas que yo hago mal (A) (B) (C) (D) (E)
- 16.- Me gustaría ser otra persona (A) (B) (C) (D) (E)
- 17.- Siento ganas de irme de mi casa (A) (B) (C) (D) (E)
- 18.- Tengo una mala opinión de mi mismo (a) (A) (B) (C) (D) (E)
- 19.- Mi familia esta decepcionado (a) de mi (A) (B) (C) (D) (E)
- 20.- Me siento fracasado (a) (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.- Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente (A) (B) (C) (D) (E)