

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL COMO FACTOR DE
RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN
ADOLESCENTES HOMBRES Y MUJERES”.**

T E S I S

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

MARÍA ANTONIA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE

REVISORA DE TESIS: DRA. LUCY MARÍA RENDL MARTÍNEZ

MÉXICO, D.F. 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JURADO:

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
PRESIDENTA

DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRÉ
VOCAL

MTRA. OLGA LIVIER BUSTOS ROMERO
SECRETARIA

DRA. CORINA CUEVAS RENAUD
SUPLENTE

MTRO. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOZA
SUPLENTE

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico a todas las personas que me han impulsado a llegar a la meta, a mi familia por su confianza, a mis amigos y compañeros por su amistad e impulso, a mis profesores por su enseñanza, y muy especialmente a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por el tiempo dedicado, por su paciencia y apoyo.

A mi madre, que me sigue siendo un gran apoyo en mi vida, por todo el cariño y comprensión, gracias, te quiero

A quien me dio las mejores lecciones de mi vida, muy especialmente a la memoria de mi padre, que sigue presente en mí, con gran cariño y donde quiera que te encuentres.

Por que eres muy importante en mi vida y juntos crecemos, gracias por ser mi compañero te amo, Santiago.

A mi hijo, Adrián que llegó a impulsar, iluminar y motivar mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I	Antecedentes Históricos.....	6
	Antecedentes psicológicos.....	7
	Descripción médica.....	8
	Características de los trastornos.....	9
	Definiciones de trastornos de alimentación.....	12
	Diagnostico.....	13
CAPITULO II		
	Conducta Alimentaria de Riesgo.....	16
	Trastornos de la alimentación y factores de riesgo.....	16
	Efectos de los trastornos de la conducta alimentaria.....	20
	Factores psicosociales.....	21
	Cultura de la delgadez.....	23
	Imagen corporal.....	24
	Satisfacción-Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal.....	25
CAPITULO III		
	Adolescencia.....	27
	Desarrollo físico y mental.....	29
	Desarrollo social.....	33
	Identidad.....	36
	Sexualidad.....	38
CAPITULO IV		
	Autoestima e imagen corporal.....	41
	Etapas de la autoestima.....	48
	Imagen corporal en los adolescentes.....	50

Teorías socioculturales.....	51
------------------------------	----

CAPITULO V

Metodología y Plan de Investigación.....	59
Propósito de estudio.....	59
Problemas de investigación.....	59
Hipótesis de trabajo.....	59
Definición de variables.....	60
Tipo y diseño.....	62
Método.....	63
Muestra.....	63
Instrumento.....	63
Procedimiento.....	65

CAPITULO VI

Resultados.....	66
------------------------	-----------

CAPITULO VII

Discusión y conclusiones.....	77
--------------------------------------	-----------

REFERENCIAS

ANEXOS

- A) Formato mixto sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) en sus dos versiones XX y XY.

Instrumento estandarizado de autoestima por Caso (1999) que tiene 21 reactivos

RESUMEN

La presente investigación forma parte de una investigación mayor*, y tiene como **propósito** conocer como afecta la imagen corporal en la autoestima de los adolescentes. Se trabajo con una muestra no probabilística, con **diseño**, factorial de 2X2 con un tamaño total de la **muestra**, N=100 con dos submuestras n=50 mujeres y n=50 hombres que fue extraída de una población de estudiantes de enfermería. Se aplicó un instrumento de formato mixto sobre alimentación y salud, que explora las áreas; sociodemográfica, imagen corporal (satisfacción/insatisfacción), así como un cuestionario que mide autoestima. Los datos se analizaron con estadísticas: descriptiva e inferencial, la primera para analizar la distribución de variables de Interés y detectar la prevalencia de los factores de riesgo y la segunda se aplicó para la comparación de grupos, debe por otra parte señalarse que no se encontraron diferencias significativas en la variable autoestima.

Entre los resultados de mayor relevancia se encontró que los adolescentes tanto hombres como mujeres se encuentran insatisfechos con su la imagen corporal, y alteran su imagen corporal sobreestimándola.

*El presente estudio forma parte de una investigación titulada "Maltrato Infantil como Factor de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria". Proyecto No. 40597-S aprobado por CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología)

INTRODUCCIÓN

Es cada vez más frecuente encontrarnos con un mayor número de personas con trastornos alimentarios, sin embargo en México hay relativamente poca información en lo que respecta a la prevención de problemas de trastornos de la conducta alimentaria, se cuenta con investigaciones que corresponden a las características de poblaciones extranjeras. Por ese motivo en la presente investigación se pretende profundizar sobre el estudio de los factores de riesgo de la conducta alimentaria relacionando imagen corporal y autoestima de adolescentes mexicanos hombres y mujeres, con el propósito de desarrollar medidas preventivas que aborden dicho trastorno; asimismo se busca que una de las aportaciones de este trabajo sea la recopilación, integración y generación de información a cerca del adolescente, tema principal de estudio, ya que representa una etapa de desarrollo en la que se manifiestan cambios físicos y psicológicos, además de que el adolescente se encuentra en una constante búsqueda de identidad que lo hace vulnerable y puede adoptar conductas de riesgo que afecten su salud, como por ejemplo los problemas de desórdenes de la alimentación.

Se consideró teórica y empíricamente importante conocer la percepción que tienen adolescentes que estudian la carrera de enfermería y que tienen conocimiento sobre el tema de la salud sobre los problemas referentes a los trastornos de la alimentación.

Brevemente se menciona el contenido de cada capítulo que integra este trabajo de investigación.

El primer capítulo se refiere a los antecedentes históricos, así como antecedentes psicológicos, descripción médica, características y definiciones de los trastornos de alimentación, así como al diagnóstico de los mismos.

En el segundo capítulo, se abordan los temas sobre la conducta alimentaria de riesgo, los efectos de los trastornos de la conducta alimentaria, factores psicosociales, cultura de la delgadez, imagen corporal, satisfacción-insatisfacción y distorsión de la imagen corporal.

El tercer capítulo trata sobre adolescencia, desarrollo físico y mental, desarrollo social, identidad y sexualidad. En el capítulo cuarto se aborda a la autoestima y sus diversas etapas. El capítulo quinto se refiere a la Imagen Corporal y a la teoría sociocultural. En el capítulo sexto se describe el plan de investigación y la metodología.

Los resultados se abordan en el capítulo séptimo resultados y por último en el capítulo octavo se expone la discusión y conclusiones de la presente investigación.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

La anorexia nervosa y bulimia nervosa son trastornos, cuyo origen se remonta siglos atrás. En los antecedentes históricos sobre los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia), se han encontrado datos relevantes en diferentes épocas, donde se conocían estos trastornos con diferentes nombres. Encontramos, por ejemplo, que en algunas culturas la religión juega un papel importante en la práctica de sus celebraciones al someter a los fieles a ayunos totales o selectivos (abstinencia). Incluso en las Sagradas Escrituras se hace referencia al ayuno como forma de purificación, tanto para hombres como para mujeres aunque son éstas quienes más lo llevan a cabo se consideraba que entre menos alimento fuera ingerido más posibilidades tenía de lograr la purificación y por lo tanto la penitencia autoimpuesta era llevada a cabo de forma rigurosa y cuando se rompe con la regla sagrada surge un sentimiento de culpa, que genera ansiedad y otros sentimientos que quedan interiorizados, retomando nuevamente estas prácticas por tiempo cada vez más prolongado hasta mantener una inanición permanente que en muchas ocasiones las llevaba a perder la vida dando origen a las doncellas milagrosas y las muchachas ayunadoras que en el intento de lograr ser perfectas adquirían estas prácticas, al mismo tiempo que se ganaban respeto y admiración de la sociedad. Así también los datos que nos describen a los Romanos y sus grandiosos banquetes, donde se reconoce que el acto de vomitar es una práctica totalmente aceptada llevada a cabo como método correctivo de sus comidas excesivas. En la Edad Media el vómito constituye una práctica penitencial, el pecador mediante la emesis, arrojaba sus pecados y podían dominar sus apetitos sexuales. Pierre Janet describió dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica de la anorexia nervosa, en la forma obsesiva se mantendría la sensación de hambre y en la forma histérica implicaría una pérdida real de apetito, siendo la anorexia nerviosa de origen emocional. Posteriormente Freud la clasificó como una neurosis nutricional sosteniendo que se relacionaba con la melancolía e histeria y que se presentaba principalmente entre mujeres jóvenes manifestado generalmente una pérdida de apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido (Toro, 1996).

Antecedentes Psicológicos

La descripción de la anorexia mental de las mujeres jóvenes relativamente reciente, alrededor de un siglo; en el cual se han encontrado 250 casos descritos hasta 1950; más de 5000 observaciones realizadas en 1981; incrementándose de manera significativa casos de anorexia en todos los países industrializados. Al mencionar la historia de los conceptos referidos a la anorexia mental significaría describir la evolución de la psiquiatría y del psicoanálisis, de las ciencias biológicas y sociales, de sus interacciones a lo largo de los siglos XIX y XX, es decir, de la difícil comprensión del paso de lo fisiológico a lo psíquico, y viceversa. Un estudio pormenorizado del cuadro tiene su origen en Francia a partir de Charles Lasegue en 1873 y en Inglaterra por William Gull en el año 1874. describen casi simultáneamente esta enfermedad por lo que Ingleses y franceses polemizan por atribuirle anterioridad de la descripción de ambos. El primero de ellos denomina "anorexia histérica" mientras que el segundo acuña el término, que se hará más popular de "anorexia nerviosa" considerándola como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Gull y Lasegue, emplean el método inductivo, pero el primero procede del aspecto orgánico a lo psíquico el segundo parte ya desde el aspecto histórico, para dar una explicación a sus hallazgos. Con este último la anorexia deja de ser asunto divino o demoníaco, entrado en la ciencia médica desde el ámbito de la psique. Ambos describen los síntomas de la enfermedad siendo Lasegue quien se coloca a sí mismo como terapeuta (Riambaulf y Eliacheff, 1991).

Hilde Bruch (1973) plantea que los trastornos de la conducta alimentaria deben ser entendidos en términos del desarrollo de la personalidad total en el contexto familiar, oponiéndose así a una visión limitada en términos del desarrollo psicosexual, manifestando que la edad adolescente es crítica para la aparición de la anorexia ya que se está en busca de la autonomía e individualización, siendo este argumento un parteaguas, crea el concepto de anorexia nerviosa atípica para significar la anorexia secundaria a un trastorno depresivo, afirma junto con otros autores que la imagen corporal es una perturbación evidente, que una verdadera percepción delirante ésta unida a un trastorno profundo del sí mismo, la alteración de la imagen corporal puede llevar a trastornos alimentarios. A principios del siglo XIX, se empieza a dar origen a la base de las concepciones actuales de la anorexia, con los datos dispersos se trata de hacer una recopilación para realizar la tarea integradora haciendo notar que la anorexia se cubre a la sombra del cuadro de moda, bien sea melancolía, psicosis, histeria. Tal vez falte el modelo que permita situarla dentro de los límites de lo natural, confrontada con esquemas más dinámicos: la

fisiología y la psicopatología. La psiquiatría francesa del siglo XVIII describe a la boulimie como la ingesta excesiva de comida. Sólo a finales del siglo XIX comienza a prestársele un poco más de atención (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Descripción Médica

La primera aproximación propiamente médica al trastorno la hace Richard Morton, en 1694 refiriéndose a una perturbación del sistema nervoso considerándola como una “consunción nervosa”, describiendo el síntoma principal de la anorexia nervosa como “falta de apetito” y pérdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza, Morton es el primer autor que se refiere con precisión al cuadro diferenciándolo de otras alteraciones, hace mención de la consunción nervosa, atrofia o ptisis nervosa, como: “consunción del cuerpo sin fiebre, tos o disnea”, acompañada de pérdida del apetito y de malas digestiones, de ella se deriva languidez corporal y un adelgazamiento que día a día es mayor, siendo el primer exponente clínico de la actual anorexia. A mediados del siglo XVII se hace una descripción de la anorexia nervosa llamándola clorosis de las vírgenes, con la presencia de; amenorrea, trastornos mentales y disminución del apetito. En el siglo XVIII se registra la obra de Francois Boissier de Suavages, (1736) Nosología Metódica en ella la anorexia recibe el nombre de *anepithymiae*, con características novedosas; aborda el cuadro entre aquellos en los que se extingue total o parcial el deseo: sexual y alimentario, describe trece diferentes formas de anorexia, algunas relacionadas con problemas gástricos, otras con la melancolía y lo que llama “la anorexia mirabilis” donde señala un concepto de gran interés: el aspecto puramente psicógeno y el orgánico mostrando un campo de investigación meramente médico. Desde 1980 los epidemiólogos han observado un aumento llamativo de este trastorno. La bulimia unida a la anorexia se suele presentar en un 40 a 50 por 100 de los casos y se afirma que esta combinación ensombrece el pronóstico, sobre la anorexia bulímica. (Caparrós y Sanfeliú, 1997).

Los efectos médicos de la anorexia incluyen hipotermia, edema, hipotensión, bradicardia (lentitud en los latidos cardíacos), lanugo, infertilidad y muerte; los de la bulimia incluyen deshidratación, desequilibrio electrolítico, ataques epilépticos, ritmo cardíaco anormal y muerte. Cuando las dos enfermedades se combinan pueden dar origen a erosión dental, hernia de hiato, abrasiones de esófago, insuficiencia renal, osteoporosis y muerte. La literatura médica comienza a informar que los bebés y niños hipoalimentados por madres demasiado conscientes de su peso sufren retrasos en el crecimiento, tardía aparición de la pubertad y poca energía. Es una enfermedad

mortal, de 5% al 15% de las anoréxicas hospitalizadas mueren durante el tratamiento, lo que da a la enfermedad una de las tasas de mortalidad más alta entre las enfermedades mentales (Wolf, 1991).

Características de los Trastornos

El hombre necesita nutrientes para sobrevivir y la ingesta de alimento es una necesidad fisiológica que satisface el gusto y el placer de comer. En una sociedad que valora la esbeltez y juzga a las personas por su apariencia física, el sobre peso puede convertirse en un problema psicológico grave, llegando a producir desórdenes del comer. La alimentación del ser humano se ve afectada por sus valores sociales, culturales psicológicos y biológicos, (culto a la delgadez, familia, medios de comunicación, estética corporal, deportes, etc.), Estos han tenido un lugar importante en el origen de la bulimia y anorexia nervosa presentando situaciones complejas y multicausadas. El crecimiento acelerado en los adolescentes está acompañado por un gran aumento del apetito, en especial entre los hombres. Como ellos crecen más durante la adolescencia, necesitan más calorías que las niñas. En promedio, una niña necesita cerca de 2,200 calorías y un hombre alrededor de 2,800. Las proteínas son importantes para responder las necesidades de crecimiento. La mayoría de los adolescentes se concentran especialmente en su peso y algunos, en especial las niñas emprenden una lucha por reducirlo. En años recientes se han incrementado los desórdenes de la alimentación: la anorexia y la bulimia, ambos reflejan los drásticos estándares de la sociedad sobre la belleza femenina, al exaltar la esbeltez por encima de todo, y las patologías individuales de las personas que tratan de satisfacer esos estándares con patrones de alimentación desproporcionados. (Papalia y Wendkos, 1997).

Se considera que entre los hombres los trastornos de la alimentación se presentan con muy baja frecuencia, por ejemplo se señala una incidencia anual de anorexia nervosa del .02% y una prevalencia de bulimia del .1% al .5% según los autores que refiere Gómez Pérez-Mitré, 2000. (Olivardia, Harrison, Mmangeth y Hudson, 1995). En relación con las mujeres se reporta un hombre por diez casos femeninos (1:10) (Gross y Rosen, 1988); (Rastam, Gilberg, Garton, 1989) o de uno por dieciséis (1:16) (Vandereycken y Van Den Brouche, 1984 citados en Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Clasificar al fenómeno es por lo general como tratar de distinguir entre enfermedad física y acción deliberada, ya que ambas generan respuestas muy distintas en las personas. Por lo regular, no se considera que uno tenga la misma opinión tratándose de enfermedades físicas que si se trata de las cosas que hace. Por lo tanto, cuando se piensa que algo es consecuencia de algún acto de la persona, tiende a haber ideas relativas a responsabilidad personal, y en ocasiones culpa, lo que sale sobrando si se guzga a una enfermedad física. La dificultad en aceptar como enfermedad a la Anorexia Nervosa y Bulimia Nervosa es que no encajan propiamente en ninguna de las categorías anteriores, mas bien son una combinación de ambas. En este sentido son semejantes al alcoholismo y fármacodependencia, parecieran una tercera categoría en la cuál los actos de la persona han sido en cierto modo restringidos, y cada vez lo están más como consecuencia de cambios psicológicos autoinducidos. La bulimia parece entrar más en este dominio, ya que los accesos de glotonería son similares a las borracheras y por otro lado la anorexia nerviosa es un enredo complicado en que puede entrar la gente si su conducta trastorna las condiciones en que suele funcionar su cuerpo y su cerebro. La mayoría de progenitores o familiares que encaran este problema se sienten atrapados constantemente entre el enojo y la ansiedad, en una confusión por no saber que actitud tomar lo que los deja desconcertados y no saben como proceder (Durker y Slade, 1995).

Para Crispo, Figueroa y Guelar (1998), los trastornos alimentarios no especificados, son trastornos del comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los desordenes del comer (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa), pero pueden ser igualmente graves. Es posible que:

- Se encuentren todos los criterios para una anorexia nerviosa, salvo que la persona menstrua regular.
- Se encuentran todos los criterios para una anorexia nerviosa, salvo que a pesar de una perdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre dentro del rango normal.
- Se encuentren todos los criterios para bulimia nerviosa, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana desde menos de 3 meses;
- Un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas);
- Un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida;

-Exista un desorden compulsivo: episodio recurrente de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, características de la bulimia nerviosa (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado del 5% al 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos. Es importante mencionar que al igual que en las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen: 1) Historias de obesidad, 2) La fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos, o 3) La obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. Un evento estresante en una determinada etapa de ciclo vital como lo es la adolescencia en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura, que tiende a precipitar el problema (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Hay una enfermedad que se propaga, eligiendo a hijos relativamente jóvenes, brillantes, los primeros síntomas son; apartarse del alimento sus huesos sobresalen de sus cuerpos, las sombras invaden sus rostros, comen despacio, con el esfuerzo de un anciano, en sus labios se forma una saliva blanquecina, pueden tragar solo migas de pan y leche. Primero fueron decenas, luego miles hasta que hoy un hijo de cada cinco cae enfermo de este mal, algunos son hospitalizados, algunos mueren. La enfermedad americana se propaga y ataca a los jóvenes (de las universidades) que adelgazan cada vez más y más; cuando corren o andan su aspecto es increíble; nalgas caídas, caderas puntiagudas, rodillas torcidas hacia dentro, costillas que se transparentan (Wolf, 1991).

Definiciones de Trastornos de Alimentación

Dentro del campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran tres principales entidades: obesidad, bulimia y anorexia nervosa, Son fenómenos complejos,

íntimamente relacionados que en realidad difícilmente se encuentran en forma pura. –En el orden de lo biológico el común denominador que subyace a las tres, es el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y en el manejo de dicho balance en donde puede encontrarse la interrelación de diferentes factores, pues, aunque los del orden biológico influyen en la habilidad individual para mantener un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La anorexia nervosa, "falta nervosa de apetito" y la bulimia nervosa, ambos trastornos se caracterizan por una pérdida de peso deliberada, inducida y mantenida, ocurre de manera más común en niñas adolescentes y mujeres jóvenes, pero los varones jóvenes también pueden verse afectados, así como los niños que se aproximan a la pubertad. Se asocia con una percepción de estar demasiado gordo, un temor prolongado a la gordura y a la flacidez del cuerpo, en general existe desnutrición en diversos grados, que se produce por las elecciones dietéticas restrictivas, ejercicio excesivo; inducción de vómito y purgas (uso de laxantes) y uso de inhibidores del apetito y de diuréticos, también son comunes los trastornos endocrinos, que implican al sistema hipotalámico, que en las mujeres adquiere la forma de amenorrea y en el hombre la pérdida del interés y potencia sexual. Bulimia nervosa (de bous, que quiere decir "buey", y limos, que quiere decir "hambre") se ve a sí misma gorda y tiene un profundo temor a la gordura. Lo que la diferencia de la anorexia son los episodios recurrentes de ingesta exagerada de alimentos al menos dos veces por semana a lo largo de un periodo de tres meses en los que consume grandes cantidades de comida en periodos cortos, que siguen uno o más de los siguientes eventos: vómito autoinducido, purgas autoinducidas, periodos alternados de inanición, uso de inhibidores del apetito o diuréticos, Cooper, (1995 citado en Gross 1998) con frecuencia el vómito conduce a erosión del esmalte de los dientes y puede conducir a daño del esfínter esofágico, inflamación de glándulas parótidas (las más grandes de las glándulas salivales) y el abuso de laxantes que puede causar fuerte estreñimiento cuando se les dejan (Gross, 1998).

La anorexia nervosa comienza casi siempre bajo el aspecto del régimen para adelgazar a través de dietas, ayunos y el vómito autoinducido de la bulimia, casi siempre empieza a practicarse después de que la persona ha violado las prescripciones del régimen y se ha dado un hartazgo después de un considerable lapso de inanición, cabe mencionar que la norma cultural es cada vez más severa, exige a la mujer un cuerpo delgado o extremadamente delgado, que lo podemos ver resaltado en las modelos que saturan las revistas de moda y que alteran la percepción de la mujer común siendo más vulnerables a sufrir de trastornos alimentarios, en el

caso de los varones, este fenómeno es menos frecuente y por lo tanto es menor el índice de afectados por trastornos alimentarios (Myers, 1988).

Diagnostico

Para la Asociación Psicología Americana (APA, 2000), la anorexia se caracteriza de acuerdo con lo señalado en el DSM-IV-TR, como pérdida de peso excesivo o mantenimiento de un peso en un nivel significativamente inferior al normal.

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla. (peso inferior al 85% del peso esperable).

Temor intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Amenorrea en las mujeres pospuberales.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (pp 255).

La bulimia de acuerdo a lo señalado en el DSM-IV-TR (2000), tiene las características siguientes:

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1.- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar. 2.- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

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

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

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

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso (pp 256, 257).

La Definición dada por el **CIE-10** (OMS, 1992), sobre los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa es la siguiente:

-Anorexia nerviosa

Pérdida de peso, de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente.

La pérdida de peso es autoinducida mediante la evitación de alimentos “que engordan”.

Distorsión específica de la imagen corporal psicológica, en forma de idea sobrevalorada e intrusa de miedo intenso y persistente a la obesidad.

Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, puesto de manifiesto en la mujer por su amenorrea y en el varón por pérdida de interés por la sexualidad e impotencia (una excepción aparente es la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas bajo terapia de sustitución hormonal, la forma más frecuente de la cual es la toma de píldoras contraceptivas).

-Bulimia nerviosa

Episodios frecuentes de hiperfagia (al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses) en los que el paciente consume grandes cantidades de alimentos en periodos grandes de tiempo.

Preocupación persistente por la comida junto a un deseo intenso o un sentimiento de compulsión al comer.

El enfermo intenta contrarrestar la repercusión de los atracones en el peso mediante uno o más de los síntomas siguientes:

Vómito auto-provocado, abuso de laxantes, períodos de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito.

Autopercepción de estar demasiado obeso junto a ideas de obesidad (a menudo conduciendo a un déficit de peso). (pp 145, 146).

**CONDUCTA ALIMENTARIA
DE RIESGO**

Trastornos de la alimentación y factores de riesgo

La característica esencial de la anorexia nervosa es la actitud distorsionada que se tiene hacia subir de peso y que se caracteriza por la pérdida de éste cuando se inicia una prolongada inanición, mientras que la bulimia nervosa se distingue por episodios de sobrealimentación compulsiva, seguidos por vómitos autoinducidos u otros medios. Striegel-Moore, Silberstein y Rodin (1986) como Garfinkel, Garner y Goldbloom (1987) han especificado tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio o en la etapa crónica de los desórdenes del comer: Factores socioculturales (en los que la delgadez es altamente estimada), factores individuales (desórdenes psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes), factores familiares (estructura familiar estricta, sobre protectora, psicopatología familiar). Un gran número de estudios epidemiológicos confirma estas relaciones. La adolescencia uno de los periodos de la vida más significativos en el crecimiento y la maduración del ser humano, la transición y el enlace entre la infancia y edad adulta, la proximidad que tiene respecto de una madurez biológica donde toman parte todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo, lo que se refleja en talla, peso y superficie corporal, aún no se le ha dado la debida atención desde el punto de vista antropométrico de tal manera que no se ha establecido aplicaciones e interpretaciones antropométricas directamente vinculadas con los factores de riesgo para la salud.

Existen factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios, uno de ellos y que es el más ampliamente reconocido como tal es el seguimiento de dietas restrictivas, para controlar el peso. Diferentes investigadores han encontrado que el uso de las dietas lleva a la desinhibición en el comer o a la sobrealimentación y que hacer dieta conduce al desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (Herman y Polivy; 1980, Polivy y Herman, 1985; Striegel-Moore, Silverstein y Rodin, 1986).

El acto de comer representa algo más que solo la ingestión de alimento. De acuerdo con Blundell (1991) a través del alimento los factores biológicos y culturales del mundo entero se encuentran con los factores biológicos y psicológicos del mundo interno de la persona. La conducta alimentaría se ve influida por factores que rebasan el valor nutricional de alimento y las necesidades diarias del individuo, de los aspectos socioeconómicos hasta los ideales de la forma corporal impuestos culturalmente, así como otros sucesos de la vida que abarcan aprendizajes de atributos, estados de ánimo, etc. Este mismo autor afirma que aunque el apetito es esencial para la vida, también representa un fenómeno biopsicosocial, que surge como aspecto final de las interacciones complejas entre los procesos fisiológicos del individuo y su medio ambiente. Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, entre otras) relacionadas con el estado salud – enfermedad. En la población femenina joven estadounidense, el consumo de alimentos dietéticos o *light* y el seguimiento de dietas para el control de peso son conductas derivadas de una situación considerada normativa: la insatisfacción con la imagen corporal que tienen que ver con la apropiación de una imagen corporal ideal tan delgada que en la práctica pudiera calificarse como una imagen anoréxica (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Los desórdenes de la alimentación generalmente reflejan problemas en el núcleo familiar, aunque no se sabe con exactitud cual es la causa de la anorexia, algunos terapeutas han descrito a la persona afectada por el trastorno alimenticio como; perfeccionista, compulsivo, excelente alumno, excelente hijo, etc. Los padres generalmente los describen como buenos hijos por lo que tal vez los hijos busquen modos drásticos de atraer la atención de los padres. La anorexia es un modo muy eficaz de afirmar el control del cuerpo del individuo de su ambiente y su familia. En el caso de la bulimia que de igual manera no se sabe con precisión en qué momento inicia, pero el adolescente no se vuelve de un día para otro bulímico, también se considera que los problemas en el núcleo familiar le afectan las cuestiones relacionadas con autoestima y autoimagen son particularmente vulnerables a la presión social, después de un tiempo la bulimia se convierte en un hábito arraigado (Kolondy, Bratter y Deep, 1989).

La dieta significa ponerse a régimen o adelgazar como términos para describir lo que en realidad es inflingirse voluntariamente a un estado de semiinanición. Las privaciones dietéticas para tener un cuerpo aceptable disipan el interés sexual en las mujeres y los hombres pierden la libido y se vuelven impotentes. En países pobres del mundo, las mujeres más pobres consumen 1400 calorías diarias, es decir, 600 más que la mujer occidental que sigue la dieta Hilton Head. La

privación sostenida de alimento parece significar un severo shock para el cuerpo, que lo registra con consecuencias destructivas. Los problemas de alimentación parecen surgir de su lucha por tener un cuerpo ultradelgado, para lo cual está llevando a cabo alguna dieta. La belleza de la delgadez estriba no sólo en sus efectos sobre el cuerpo, si no además en los que tiene sobre la mente, ya que lo que se aprecia no es la delgadez en sí, sino el hambre en el que la delgadez es algo puramente somática, el hambre impone una atractiva limitación al foco de interés de una mente que se ha descuidado (Wolf, 1991).

Los adolescentes, son los más afectados en los trastornos de la conducta alimentaria, al atravesar por el período de cambios físicos, fisiológicos reflejados en su peso. Después de que su crecimiento físico se ha estabilizado, la mayoría de los adolescentes pueden regularlo mediante algunos ajustes en su dieta, aunque algunos no pueden hacerlo. Comerán mucho o muy poco, o continuamente pasarán del exceso en la comida a las dietas rigurosas, Nuestra sociedad concede mucha importancia a la esbeltez, algunos adolescentes tal vez coman menos de lo que necesitan, en un intento por parecerse más al modelo de belleza física que está de moda, como en el caso de una estrella de cine o televisión. Aunque el resultado apenas es deseable, en muchos casos no hay una verdadera razón para que los padres se preocupen. Sin embargo existe una condición de sub-alimentación severa a la que se le da el nombre de "anorexia nervosa" en la cual los adolescentes y principalmente las muchachas, comen muy poco durante períodos de tiempo prolongados quedando desnutridas y amenazando su vida. A menudo, la anorexia comienza como una dieta razonable que los jóvenes siguen para quitarse algunos kilos que consideran de más, pero que una vez alcanzado el nivel ideal o incluso uno ligeramente inferior, no es tan fácil abandonar, incluso llegan a percibir una imagen distorsionada de su cuerpo; muchas jóvenes anoréxicas, quienes para la gente común no son más que huesos y pellejo, siguen mostrándose preocupadas por el exceso de peso. Así mismo la mayoría de los adolescentes obesos lo están por comer demasiado, algunos deben su talla a diversos factores genéticos o de constitución física, mientras que otros pueden desarrollar una predisposición física a aumentar de peso como resultado de una sobrealimentación en los primeros meses de vida, las razones psicológicas de la obesidad son múltiples y variadas, entre las cuales se encuentran las sensaciones de vacío o soledad; la ansiedad, sensaciones de inadaptación, muchos adolescentes obesos se sienten incapaces de controlar su propio cuerpo, carecen del sentido de independencia (Conger, 1980).

Los acentuados cambios físicos que tienen origen en la pubertad y la consiguiente preocupación sobre sí mismo y la imagen corporal, muchos jóvenes les preocupan los problemas de peso corporal y adoptan las dietas. El peso de un individuo está determinado por múltiples factores y ha de ser juzgado en relación con su estatura, con el peso del resto de la familia, etc. Cabe señalar que en la adolescencia se acentúan variaciones de peso al ajustarse el individuo a los cambios hormonales que tienen lugar en su organismo. Las presiones sociales desempeñan un papel importante en el adolescente, donde es más común que la mujer tenga momentos de intensificación sobre el peso y la figura, durante los cuales vigila la ingestión de alimentos. Otros adolescentes, por el contrario presentan brotes de excesiva ingestión de alimentos, tanto en las comidas principales como entre horas. Estas variaciones de dietas, bastante normales hacen a veces extremadamente difícil para los padres determinar qué es lo que supone un aumento o bien una pérdida grave de peso. Los factores psicológicos de los trastornos de la alimentación, constituyen un problema complejo, es poco probable que tenga lugar estando el individuo en soledad y corrientemente va asociado a una serie de otras dificultades. Un motivo que hay que considerar para comer en exceso puede tener relación con su defecto sobre la imagen corporal del individuo. Estar con sobre peso y no tener por tanto un aspecto físico estético, a caso constituya una defensa contra el atractivo sexual o la popularidad, así mismo puede ser un modo útil de resistencia a las aspiraciones parentales, como éxito social para las muchachas o logros en la actividad deportiva para los jóvenes, éxito y logros que el adolescente desea rechazar sin necesidad de confrontación directa y aunque el adolescente es sensitivo puede suponer un procedimiento para asegurar el rechazo que temen, y que sin embargo buscan como una confirmación de una imagen negativa acerca de sí mismo y una escasa autoestima. Algunas condiciones en la pérdida de peso en el adolescente es lograr una silueta esbelta, tal como lo impone la moda en la sociedad actual, comiendo muy poco durante breves periodos de tiempo en los cuales no necesariamente a parece la afección conocida como anorexia y otros desordenes de la alimentación (Coleman, 1985).

Efectos de los trastornos de la conducta alimentaria

Los efectos de la semiinanición voluntaria e involuntaria son idénticos de acuerdo con investigaciones donde se reconocen las graves consecuencias psíquicas y físicas de la sujeción crónica a las dietas, entre las que se incluían: irritabilidad, falta de concentración, ansiedad, depresión, apatía, cambios bruscos de estado de ánimo, fatiga y aislamiento social, Mangnus Pyke en su descripción de la hambruna, afirma que el hambre afecta la mente y que las

personas que la padecen se vuelven indiferentes, apáticos y constantemente obsesivos con la idea de la comida, otras personas manifiestan sentimientos de culpa, la privación de alimento provoca obsesión en torno a la comida, la desnutrición provoca depresión e irritabilidad, disminuye el metabolismo y una serie de consecuencias y complicaciones que pueden llegar a causar daños irreparables. De los deportistas en especial, las mujeres que hacen ejercicio el 20 % tienen irregularidades menstruales y una menor fertilidad, el cuerpo de la modelo es del 22% al 39% más delgado que el promedio de las mujeres. La mujer media desea ser tan delgada como la modelo. La esterilidad y el desequilibrio hormonal son comunes entre las mujeres cuya relación grasa-músculo cae por debajo del 22%. Los desequilibrios hormonales crean condiciones favorables para el cáncer ovárico, la endometriosis osteoporosis y otros problemas de salud (Wolf, 1991).

Lo que en ocasiones comienza con una disminución de calorías para disminuir peso, puede descontrolarse y convertirse en una obsesión, sin embargo resulta difícil determinar en que momento sobreviene esa transición. Un desorden de la alimentación que comienza con una dieta compulsiva y avanza a través de diferentes etapas, con formas de conductas cada vez más obsesivas, hasta llegar a un estado de agotamiento excesivo. La anorexia puede llevar a la muerte e incluso en casos no fatales es un riesgo grave para la salud física y psicológica, Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen un factor grave en la destrucción de la armonía familiar (Kolondy, Bratter y Deep, 1989).

En los desórdenes de la alimentación, las jovencitas principalmente preocupadas por su peso reaccionan embarcándose en una batalla de toda la vida para adelgazar en áreas de su salud y de belleza. Algunos luchan contra una obesidad real, pero en los años recientes los problemas relacionados a los desórdenes de la alimentación se han vuelto cada vez más comunes, ambos reflejan los estándares sociales para la belleza femenina, que exaltan la delgadez por encima de todo, al igual que condiciones patológicas de personas que tratan de satisfacer esos estándares mediante patrones de alimentación absurdos. El sobrepeso que incluye un aumento en el grosor del cuerpo, es el desorden de alimentación más común en los adolescentes estadounidenses que tienden a convertirse en adultos obesos, sujetos a riesgos sociales, psicológicos y físicos. La anorexia y la bulimia nervosa, tienden a reflejar problemas de la sociedad al igual que de las familias y de los individuos ya que ellos surgen en gran parte del ideal actual de la belleza femenina con una idealización irreal de la delgadez. Esta influencia cultural interactúa con factores familiares y personales para hacer que muchas adolescentes se obsesionen con su peso, encontrando la solución en la dieta (Papalia y Wendkos, 1998).

Factores Psicosociales

La comida es un símbolo primario de valor social, y de gran importancia en el contexto familiar donde se llevan a cabo sucesos importantes de educación, valores, lenguaje, etc., en el aspecto público, se podría considerar como de estatus y honor, aunque a últimas fechas nos encontramos con que la comida de las mujeres ha pasado a ser una cuestión pública ya que la porción de comida que ingiere la mujer por lo general es menor a la que ingiere un hombre, la mujer pareciera que se sienta en la mesa con una mentalidad de autoprivación. Aunque tal vez la dieta de la mujer de occidente es heredera de una historia en la cuál casi siempre tuvieron que comer una porción menor de alimento en relación con los hombres, se ha encontrado que cuando hay hambre las mujeres la sufren primero, esto es reportado por la ONU. La auto privación que se encuentra hoy en día ha sido reforzada por un gran número de mujeres de todo el mundo, por lo que la dieta puesta de moda en los diversos medios de comunicación con un constante bombardeo en el que se vende la idea de la belleza del cuerpo femenino como un cuerpo esquelético que enmarcan como el "cuerpo atractivo", ideal, a seguir principalmente por los adolescentes; La dieta que ofrece adelgazar pareciera inofensiva en su inicio hasta que llega a infligirse voluntariamente en un estado de semiinanición. Las mujeres en los países más pobres del mundo normalmente consumen más calorías que la mujer occidental, quien se somete a un régimen alimentario reaccionando de forma similar que las víctimas de una hambruna, ya que al parecer la inanición aún cuando es autoimpuesta produce los mismos efectos. Así nos encontramos con que la gordura femenina es tema de debate público, y las mujeres se sienten culpables, porque reconocen implícitamente que, bajo el dominio del mito de la belleza, el cuerpo no les pertenece a ellas sino a la sociedad y que la delgadez no responde a una estética personal, sino que el hambre es una concesión social reclamada por la comunidad, una fijación cultural por la delgadez femenina, no es tanto como una obsesión por la belleza de la mujer sino una obsesión por su obediencia. Las dietas se han convertido en lo que Judith Rocín llama "obsesión normativa" con una publicidad internacional desproporcionada, sobre los riesgos de salud que comporta la obesidad (Wolf, 1991).

Los trastornos de la alimentación desde la perspectiva de la psicología social de la salud, la conducta psicosocial, ocupa un primer plano para su estudio, ya que sostiene una acción fundamental con relación a los factores psicosociales y el estado salud-enfermedad de la persona individual y colectivo. La conducta psicosocial implica contextos (por ejemplo;

económicos, políticos, ambientales y ecológicos entre otros) de interacción en los que intervienen procesos de influencia recíproca entre dos o más elementos de tales contextos. La conducta alimentaria, es una conducta de tipo psicosocial, es en el núcleo familiar donde se aprenden gustos, aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios en la relación madre – hijo. La conducta alimentaria puede ser influenciada más tarde por el medio ambiente a través de los valores sociales que los medios de comunicación se encargan de difundir (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La cualidad llamada “belleza” tiene una existencia universal y objetiva, implica un cuerpo delgado o extremadamente delgado como sinónimo de belleza, las mujeres deben aspirar a personificar y los hombres deben aspirar a conquistar mujeres con esas características. Los hombres fuertes y musculosos luchan por poseer mujeres bellas “delgadas” que son las que la sociedad señala como las de mayor probabilidad de éxito (Wolf, 1991).

Los libros y revistas especializados en dietas tienen gran demanda por la sociedad, las motivaciones que inducen a las personas son variadas van desde prevención del exceso de grasa, hasta la búsqueda de un cuerpo perfecto, los adolescentes a su vez se someten a dietas cuando realizan algún deporte en el cual deben ajustarse a determinadas categorías de peso para competir, por ejemplo; los luchadores y atletas, aunque no existe un peso perfecto para una persona de determinada estatura. Las tablas de peso y estatura no son más que estadísticas no metas absolutas. Durante la adolescencia, la configuración del cuerpo y la distribución de grasa corporal sufren muchos cambios y por eso mismo es difícil evaluar los problemas relacionados con el peso (Kolondy, Bratter y Deep, 1989).

Cultura de la delgadez

El culto a la pérdida de peso busca reclutas a una edad precoz y las enfermedades relacionadas con la alimentación son la herencia que han dejado. Con relación a los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) son enfermedades que se pueden considerar femeninas aunque también se presentan casos en varones, aproximadamente del 90% al 95% de los anoréxicos y bulímicos son mujeres en los Estados Unidos donde cada año mueren 150,000 mujeres. Según especialistas en desórdenes de la alimentación, del 5 al 10% de la población femenina estadounidense padecen de trastornos de la alimentación, de las estudiantes universitarias un 20% son anoréxicas y otro porcentaje igual come en exceso y se purga con

regularidad. Por lo menos un 50% de las estudiantes universitarias del país sufre de algún trastorno de la alimentación (bulimia y/o anorexia). El número de personas afectadas por este trastorno sigue aumentando en forma dramática en la población occidental (Wolf, 1991).

En los países occidentales, la sociedad contemporánea ha adoptado el cuerpo delgado y muy delgado, como un atractivo sexual femenino, resultado de una figura que se volvió cada vez más delgada y se fue idealizando a partir de la década de los años 30'. Las mujeres mexicanas también han ido adquiriendo el ideal de una imagen corporal delgada, contrario a lo que se planteaba en un principio que los problemas asociados con la imagen corporal y los trastornos de alimentación eran comunes en las sociedades altamente desarrolladas; se ha observado que ya no es así y que cada vez este trastorno se incrementa y se extiende interculturalmente con gran rapidez manifestándose en menor o mayor medida en sociedades modernas sin importar el nivel de desarrollo económico y cultural de los países llámense del primer mundo o tercermundistas (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Imagen Corporal

El concepto de la imagen corporal no ha logrado una definición precisa, a pesar del gran interés que se ha generado y de los estudios que se han realizado, una vez que se empezó a relacionarse como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación. Se debe tomar en cuenta que la mujer, adolescente, o aún la niña es la más afectada que sus congéneres hombres por la presión social y como consecuencia se ha encontrado que las mujeres más que los hombres son quienes se someten más a dieta, desarrollando desórdenes del comer. En un estudio realizado entre escolares mexicanas adolescentes, y aun en niñas preadolescentes (con rango de edad de 9 a 13 años) se detectaron problemas con imagen corporal (insatisfacción y distorsión) y la variable asociada a conducta alimentaria (seguimiento de dietas para el control de peso), se encontró que casi la mitad de las preadolescentes estaban insatisfechas con su imagen corporal, y más de la mitad ($n= 519$ niñas = 54%) presentaron el efecto de alteración de la misma (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

Los factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras de poblaciones mexicanas consideradas de alto riesgo, los factores de tipo ambiental, así como la participación en actividades deportivas y artísticas en que se requiere un cuerpo delgado como es el caso de bailarinas, gimnastas y otros atletas, que buscan tener una figura esbelta como un

factor importante de éxito profesional y que puede influir de manera definitiva en la incidencia de desórdenes alimentarios, aunados a las características de la anorexia que poseen generalmente estos deportistas u artistas como son: perfeccionismo, expectativas de logro, miedo a la gordura, preocupación por el cuerpo, seguimiento de dietas y alto nivel de actividad (Bruch, 1978; Vicent 1989), que los pueden colocar en mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades. El grado de competencia exigido en estas actividades es una variable a considerar, pues en escenarios competitivos el esfuerzo se puede elevar en comparación con otros menos estrictos, pueden ser estos factores los que desarrollen la enfermedad. Los estudios realizados en México con muestras de estudiantes de danza y bailarinas profesionales (Unikel y Gómez-Peresmitré, 1996) confirman datos reportados en la literatura internacional en cuanto a la presencia de estas poblaciones de un peso corporal significativamente bajo, mayores porcentajes de conductas inapropiadas del comer, preocupación por la figura y el peso, distorsión de la imagen corporal e incluso la presencia de desórdenes alimentarios. Las estudiantes de danza y las bailarinas profesionales constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar desórdenes alimentarios, existen otras poblaciones en las cuales es recomendable la tarea preventiva, pues las conductas características de los desórdenes alimentarios se presentan de manera generalizada en mujeres adolescentes y adultas mexicanas, sin importar su actividad vocacional o profesional. Entre las características comunes a todos los grupos se encuentran la percepción de un peso corporal mayor al ideal y el deseo de pesar menos, la preocupación e insatisfacción con la propia figura y peso corporal, así como el uso de métodos para bajar de peso (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

De acuerdo con Toro (2004), La insatisfacción corporal es una característica prácticamente universal de los pacientes con anorexia nerviosa, Está considerada como un importante factor de riesgo para decidir prácticas adelgazantes, por lo mismo tiene un valor pronóstico para los trastornos del comportamiento alimenticio. La insatisfacción corporal individual, la evaluación estética del propio cuerpo guarda estrecha relación, aunque no sea sinónimo con el malestar subjetivo determinado por los juicios recibidos de los demás.

Satisfacción-Insatisfacción y Distorsión de la Imagen Corporal

Entre las variables catalogadas como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y que cuentan con mayor documentación en la literatura internacional y nacional, se deben señalar, la distorsión de la imagen corporal -sobrestimación y subestimación- y

satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal –nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal-. Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente preceptuales, evaluativas y prácticamente auto-actitudinales. Es el resultado de la interacción de: a) condiciones sexuales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen los estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito de papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas; con b) variables individuales más o menos objetivas –peso o tamaño y forma real-; con c) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social; y con d) variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepciones de los otros respecto al peso o el tamaño corporal, y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima entre otras (Gómez Pérez-Mitré, 2000).

De los estudios sobre factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación que se han llevado a cabo y de los más documentados es el de grado de satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal así como el de distorsión de la imagen corporal. Las investigaciones muestran que muchas mujeres están insatisfechas con sus cuerpos, la mujer con bulimia evidencia mayor insatisfacción que las mujeres sin bulimia (Williamson et al., 1989). La insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como la población en general y se ha mostrado que las mujeres están más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres, y que el peso corporal es la causa de la insatisfacción. Algunos signos de los trastornos de la alimentación aparecen durante la adolescencia, temprana desde los 8 años, con una imagen corporal y un autoconcepto distorsionado (Gómez-Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La insatisfacción corporal es fruto de la discrepancia existente entre el cuerpo considerado ideal, ya interiorizado y aceptado como tal, y el propio percibido. Actualmente en el mundo occidental desarrollado cuenta con un modelo estético corporal sumamente delgado (Toro, 2004).

En México hay pocos estudios sobre trastornos de la alimentación, aunque cabe señalar que en los últimos años se han venido realizando trabajos de investigación de suma importancia que nos permiten una visualización de cuales son los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios que afectan principalmente a las mujeres para poder llevar a cabo métodos preventivos.

CAPITULO III

LA ADOLESCENCIA EN HOMBRES Y MUJERES

La adolescencia se extiende desde comienzos de la madurez sexual hasta la consecución del estatus de adulto independiente. La metamorfosis 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 físicos o ritos que marquen la transición (Myers, 1988).

Para Stanley Hall, "La adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ella más completos; las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas, el desenvolvimiento es menos gradual y más violento. El crecimiento proporcional de cada año aumenta, siendo muchas veces doble de las que correspondería y aun más; surgen funciones importantes hasta ayer inexistentes" (Carneiro, 1982 p. 25).

La adolescencia puede ser una época de alegría irreprimible, así como de una tristeza y una pérdida aparentemente inconsolable de una inclinación por los grupos y por la sociedad; de altruismo y egoísmo, de curiosidad insaciable y aburrimiento; de confianza y duda en uno mismo. Pero sobre todo, la adolescencia es un período de cambios rápidos: físicos, sexuales e intelectuales dentro del adolescente; y de cambios ambientales que la sociedad impone (Conger, 1980).

Fuentes (1989) señala los periodos dentro de la adolescencia en función de promedios estadísticos, como sigue y se clasifican en forma aproximada:

Preadolescencia	10 a 12	años
Adolescencia (período inicial)	13 a 16	años
Adolescencia (período final)	16 a 20	años

Así mismo, considera que la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolecere*, cuyo sentido es "crecer", "madurar", ese crecimiento involucra no solo los aspectos físicos sino

también el desarrollo intelectual, emocional, etc., del individuo. En lo que concierne a lo somático ello implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades de raciocinio, que serán definitivas para el individuo, alcanzando la masa encefálica, por ejemplo en volumen y peso, su máximo desarrollo. Durante mucho tiempo se consideró que la adolescencia se reducía únicamente al proceso de maduración sexual a la capacidad reproductiva. Sin embargo, hoy se observa que el período de la adolescencia se prolonga más allá de dicha maduración, abarcando también otros factores. En consecuencia, intentando obtener una visión más integral, se hace una distinción entre adolescencia y pubertad. Esta última es la fase de la preadolescencia y principios de la misma, durante la cual se produce la maduración sexual. Pero que esta haya ocurrido, no equivale a que la persona madure emocionalmente o esté preparada para aceptar las responsabilidades de la vida adulta (Fuentes, 1989).

De acuerdo con Santrock (2004) una de las principales preocupaciones sobre las adolescentes más que los hombres, es su motivación por estar muy delgadas, y por el hecho de que muchas de ellas nunca creen que estar lo suficientemente delgadas. Esta obsesión se ha visto potenciada por la tendencia a identificar la delgadez extrema con la belleza en los medios de comunicación.

Toda la sociedad humana reconoce el cambio físico y otorga a la persona una nueva posición en relación con los demás individuos, En la adolescencia se deja de tratar al niño para tratar al adulto en que se está convirtiendo. La adolescencia es una metamorfosis que ocurre lenta y paulatinamente con cambios que van desde los físicos, psicológicos y sociales, la juventud actual llega a la edad adulta en un mundo cargado de problemas que trae consigo el rápido cambio social. Dentro de la angustia de su propia transición personal de la infancia hacia la edad adulta, la juventud también se enfrenta a un mundo en transformación. Entre los problemas que este mundo en constante cambio presenta se incluye un conflicto de valores, abundan los prejuicios entre los seres humanos que pertenecen a diferentes grupos étnicos, raciales y nacionales. Se dan las promesas limitadas para el futuro, hay prácticas discriminatorias que dejan pocas posibilidades de lograr conquistas futuras, estas circunstancias en el mundo tan cambiante son el marco de la buena y mala conducta de su juventud (Sherif y Sherif, 1970).

Desarrollo Físico y Mental

El término “pubertad” proviene de la palabra latina *pubertas*, que significa la “edad de la hombría”. Se refiere a la primera fase de la adolescencia durante la cual la maduración sexual se manifiesta. El principio de la pubertad se hace rápidamente evidente con la aparición del vello púbico, en las jóvenes los primeros indicios de crecimiento del busto, aumento en el tamaño de los testículos y ovarios respectivamente. Las hormonas que intervienen en el crecimiento físico y desarrollo sexual son entre otras: la tiroxina (de la glándula tiroidea) el cortisol (de la glándula suprarrenal) y las hormonas sexuales que incluyen a los andrógenos (hormonas masculinizantes, como la testosterona), estrógenos (hormonas femenizantes). A través de los complejos mecanismos de retroalimentación, estas y otras hormonas estimulan el desarrollo físico y fisiológico que se lleva a cabo durante la pubertad y la adolescencia. Los cambios más significativos en la maduración sexual en el hombre son cuando los testículos y el escroto empiezan a aumentar de tamaño aparece el vello púbico, el pene comienza a agrandarse, la voz se hace más grave a medida que la laringe crece, aparece vello en axilas y labio superior, aumenta la producción de esperma, el vello púbico y la próstata se agranda, y en la mujer hay crecimiento de busto, redondeamiento de las caderas; aparición de vello púbico, aumento del tamaño del útero y la vagina, de los labios y el clítoris, vello axilar, pigmentación de los pezones, aumento en el tamaño de la areola y menarquía, así como también los cambios en la piel; brotes de barros y espinillas que anteceden a la aparición del acné, producido por la actividad aumentada de las glándulas sebáceas que hacen la piel más grasosa (Conger, 1980).

Para Lutte (1991), en la teoría de Piaget, la adolescencia culmina con el pensamiento formal, los adolescentes pueden expresar sus valores sus ideas en términos abstractos como: libertad, igualdad, justicia, lealtad, usan símbolos, comprenden las demostraciones matemáticas, álgebra, analizan textos, planifican actividades, entienden el razonamiento de otros. Además representa el desarrollo de la inteligencia como la construcción de una estructura lógica elaborada por el individuo en relación con su medio. Describe cuatro etapas de la evolución cognoscitiva:

	Inteligencia sensomotriz	Desde el nacimiento a los 18 – 24 meses
ETAPAS DE LA	Pensamiento Preoperativo	De los 2 a los 5 o 6 años
<u>EVOLUCIÓN</u>	Pensamiento Preoperatorio o lógico	De los 6 a los 11 o 12 años
<u>COGNOSCITIVA</u>	Pensamiento Formal o Hipotético – Deductivo	A partir de los 12 años

Piaget, considera el pensamiento formal como el último estadio del desarrollo cognoscitivo, el estado del equilibrio final. Una característica fundamental de este pensamiento es la subordinación de lo real a lo imposible. La estrategia cognoscitiva que resulta de él es de tipo hipotético – deductivo. En el ámbito intelectual, la persona madura tiene una inteligencia bien cimentada, objetiva, observadora con gran poder de concentración, atención y perseverancia (Lutte,1991).

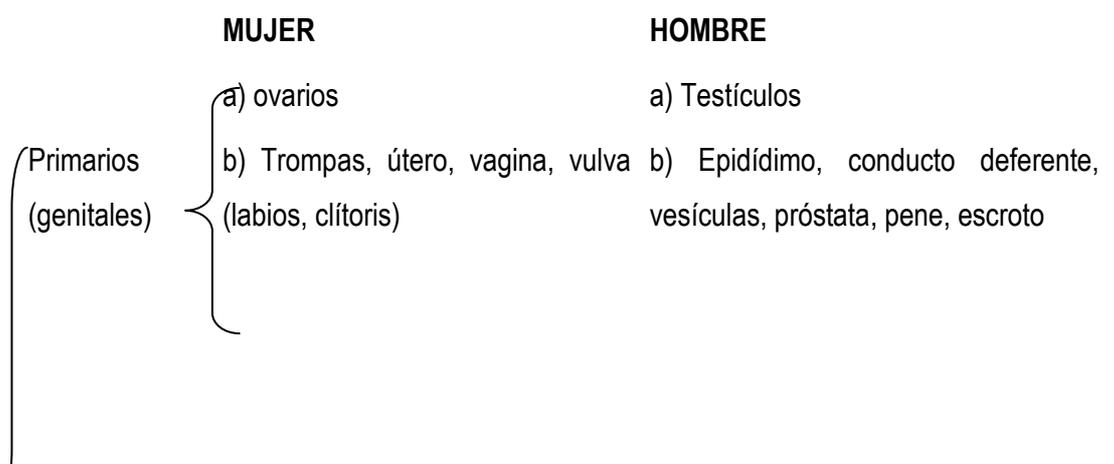
De acuerdo con Papalia y Wendkos (1992b) Piaget describe las consecuencias de esta nueva actividad: En primer lugar, el pensamiento ya no va de lo real a lo teórico sino que parte de la teoría a fin de establecer o verificar las relaciones reales entre las cosas. En lugar de sólo coordinar hechos sobre el mundo real, el razonamiento hipotético – deductivo saca las implicaciones de posibles definiciones y por lo tanto da lugar a una síntesis única de lo posible y necesario. Este mismo autor encuentra represiones del pensamiento formal en varios campos de la vida adolescente aunque sus observaciones se aplican más específicamente a las culturas europeas que a las norteamericanas. En la esfera intelectual el adolescente tiene una tendencia a sumirse en cuestiones abstractas y teóricas. Elabora detalladas teorías políticas o inventa complejas doctrinas filosóficas. Puede desarrollar planes para la reorganización total de la sociedad o profundizar en especulaciones metafísicas. Puesto que apenas acaba de descubrir su capacidad para el pensamiento abstracto, se dedica entonces a ejercerlas sin limitación. De hecho, en el proceso de explorar estas nuevas capacidades, el adolescente puede a veces llegar a perder contacto con la realidad y a creer que puede lograrlo todo sólo con el pensamiento. Ahora en la esfera emocional el adolescente es capaz de dirigir sus emociones hacia ideales abstractos y no simplemente hacia las personas; mientras que antes podía sentir amor por su madre y odio por un igual, ahora puede sentir amor por la libertad u odio por la explotación. El adolescente desarrolla una nueva forma de vida que va de lo posible a lo ideal y actúan tanto la mente como los sentimientos. La madurez cognitiva se alcanza cuando la persona es capaz de dominar el pensamiento abstracto o lo que Piaget denominó "operaciones formales". Puede decirse que ha llegado a la edad adulta psicológica, cuando la persona toma decisiones significativas en su vida.

Se da el nombre de adolescencia (del verbo latino *adoleceré*, crecer) al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los 13 y 20 años. El período se cierra en realidad al entrar el individuo a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, pero no debe suponerse que este hecho baste para caracterizar a la

adolescencia. Otros diversos cambios físicos, mentales y morales se producen simultáneamente, y sus correlaciones son importantes para una comprensión adecuada a este período. Los problemas de nutrición y el régimen alimentario durante la adolescencia, son esencialmente los mismos de los años precedentes. Los alimentos que constituyen la dieta para el niño de 8 a 10 años son los convenientes para el adolescente. Las necesidades alimenticias diarias son mayores en los comienzos de la adolescencia alcanzando su máximo al rededor de los 14 años en las niñas y 16 en los varones, siendo el adolescente activo quien consume mayor cantidad de calorías que los poco activos (Brooks, 1959).

La adolescencia presenta un aspecto universal: los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, que señalan su inicio, así como la necesidad que los jóvenes tienen de encontrar alguna manera de adaptarse a dichos cambios y de dominarlos, No existe ningún otro acontecimiento en el desarrollo que sea más dramático ni más desafiante. En efecto en los pocos y breves años de la adolescencia la persona se enfrenta a una revolución biológica que ocurre en sí misma: el rápido aumento de peso y estatura, las dimensiones corporales variables, los cambios hormonales que producen un fuerte apetito sexual, el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias así como el mayor desarrollo de la capacidad mental. Un individuo necesita desarrollar un sentido de la identidad personal, entre otras cosas como una sensación de coherencia y estabilidad de sí mismo –no solamente en determinado momento, sino a través del tiempo. Necesita sentir que la persona que es hoy es semejante a la de ayer o en el mejor de los casos desarrollo de aquella. Esta sensación de coherencia intrínseca está amenazada por la multitud de rápidos cambios internos que ocurren en la pubertad a diferencia del niño pequeño, cuyo crecimiento es gradual y ordenador, el adolescente encontrará a corto plazo que se siente un extraño con sí mismo, El proceso de los cambios físicos por el nuevo sentido de una identidad es similar interpersonal estable y confiada en sí misma, puede ser prolongado y difícil (Conger, 1980).

Diferencias entre los caracteres anatómicos del hombre y mujer.



		c) mamas desarrolladas	c) mamas rudimentarias
Caracteres anatómicos	secundarias (sexuales)	a) Predominio del desarrollo pelviano sobre el escapular	a) Predominio del desarrollo escapular sobre el pelviano
		b) Menor desarrollo del sistema locomotor	b) Desarrollo enérgico del sistema locomotor
		c) Menor desarrollo y distribución típica de la grasa subcutánea	c) Tejido adiposo cutáneo distribuido típicamente
		d) Sistema piloso de alcance limitado	d) Sistema piloso desarrollado y abundante vello distribuidos por todo el cuerpo
		e) Laringe de menor desarrollo	e) Laringe de mayor desarrollo

Fuente: Fuentes, 1989 (p. 54).

Diferencias entre los caracteres funcionales del hombre y de la mujer.

	MUJER	HOMBRE
Caracteres funcionales	Primarios (genitales) <ul style="list-style-type: none"> a) Libido hacia el hombre b) Orgasmo sexual lento y no preciso para la fecundación c) Aptitud de concepción, menstruación, embarazo parto, lactancia 	<ul style="list-style-type: none"> a) Libido hacia la mujer b) Orgasmo sexual rápido e imprescindible para la fecundación c) Aptitud fecundante
	<ul style="list-style-type: none"> a) Menor aptitud para la impulsión motora activa y la resistencia pasiva b) Sensibilidad culturalmente concentrada en los estímulos ante los estímulos afectivos. Alta sensitivos y emocionales; poca valoración social de la función mental, abstracta y creadora 	<ul style="list-style-type: none"> a) Mayor aptitud para el impulso motor y la resistencia activa b) Sensibilidad culturalmente menor concentrada en los estímulos ante los estímulos afectivos. Alta sensitivos y emocionales; poca valoración social de la función mental, abstracta y creadora

secundarias
(sexuales)

c) Instinto de la maternidad.

d) Voz de timbre agudo

c) Instinto de la actuación social,
defensa y auge del hogar

d) Voz de timbre grave

Fuente: Fuentes, 1989 (p. 55).

Desarrollo Social

La importancia que tiene la socialización durante la niñez media continúa en la adolescencia, pero poco a poco el estilo y las funciones de las interacciones con los compañeros van cambiando. Por ejemplo, se verifican cambios en los criterios para la aceptación social y popularidad social.

El prestigio dentro del grupo con compañeros corresponde a la jerarquía de estrato social que se ocupe en la comunidad. El prestigio social de la propia familia y tales recursos como el dinero y vestido, con frecuencia se convierten en criterios para la aceptación en tales reuniones, y de esta manera se empiezan a poner en vigor las distinciones sociales (Ferguson, 1979).

El papel que desempeñan los factores hereditarios en la determinación de los patrones de personalidad en los grupos sociales servirá para mostrar que tales factores son inadecuados para explicar diferencias observadas. La alternativa única es admitir que tales diferencias son atribuibles al medio ambiente en que crecen los miembros de las diversas sociedades; esto es que el desenvolvimiento de la personalidad del individuo está condicionado por la cultura, y que la influencia que la cultura ejerce sobre la personalidad son de dos tipos totalmente diferentes, aquellas que se derivan de la conducta en relación con el niño y el adolescente -conducta pautada por la cultura actuando desde el nacimiento- y aquellas que proceden de la observación y de la instrucción que el individuo obtiene de los comportamientos característicos de su medio, siendo la estructura o el sistema de organización de una sociedad un asunto de orden cultural (Carneiro, 1982).

En la época primitiva, o en las culturas de carácter tribal que aún sobreviven, la adolescencia y específicamente la pubertad, era producto -tales son las creencias más generalizadas- de la influencia del poder de alguna divinidad o de fenómenos de índole casi sobre natural, específicamente la menstruación era recibida con una mezcla de reverencia, fascinación y pavor. En algunas ocasiones, las ceremonias rituales alcanzaban niveles de gran relevancia, y en todos

los casos culminaban con un elaborado simbolismo que representaba la admisión del adolescente como un nuevo adulto miembro de la comunidad (Fuentes, 1989).

En la adolescencia, los cambios fisiológicos de la pubertad incluyen también cambios de tamaño, musculatura, y las características sexuales secundarias. Estos factores pueden colocar al adolescente en desventaja en las sociedades en que se presta mucha atención a la apariencia física. En el caso de las niñas hay un factor adicional: la menstruación, este factor es manejado con precaución por algunas sociedades ya que las mujeres pueden ser segregadas y su libertad limitada por un número de tabúes, que sirven para subrayar el rol especializado de la mujer en esas sociedades. Sin embargo, más importante que el desarrollo sexual es el status social del adolescente, este presenta dos aspectos: el joven se halla en el umbral de esa parte de la cultura que es responsabilidad de su presentación, y está siendo recibido como un recién llegado por los adultos que ya lo poseen. En muchas sociedades simples, una ceremonia de iniciación marca el pasaje de un status a otro. La conveniencia de esto es que se establecen roles bastante bien definidos antes y después. Las ceremonias difieren mucho; algunas de ellas simbolizan el renacimiento, otras implican pruebas de resistencia, y otras incluyen oportunidades tan sorprendentes de crueldad por parte de los iniciadores. La posición social es obviamente dificultosa. En el campo, la juventud no parece ser un problema; los jóvenes saben lo que deben hacer. No se da el mismo caso en la ciudad. En primer lugar los jóvenes no son tan diestros como los adultos, y en segundo lugar, se enfrentan con oportunidades de goce que les es difícil manejar con restricciones. La regañada frustración de su independencia tiende a exacerbar su deseo de mostrar su edad. Luego de haber pasado por las experiencias claves de la infancia, niñez y adolescencia, emerge una personalidad con al menos tres características: 1) Un equipo de técnicas para satisfacer las necesidades básicas. Este equipo incluye técnicas para manejar las otras personas, por ejemplo mediante la obediencia, fastidiando, intimidando, etc. y también actitudes de dependencia, exigencia suposición de servicios futuros, etc. 2) Un equipo de controles que prescribe ciertas acciones y proscribire otras en términos de vergüenza, temor y/o pecado. 3) Un equipo de actitudes hacia las demás personas, que resulta del trato que haya recibido la necesidad de aceptación social. En el momento en que son capaces de advertir a las personas que están a su alrededor y de comprender lo que se dice como alabanza o como crítica, han estado formándose estereotipos de los status con los cuales se han puesto en contacto directo o indirectamente a través de la conversación, de la lectura, o de las películas, saben qué es lo que se espera de un hombre y de una mujer en su cultura, y también lo que se espera de un marido, de una esposa, de un padre o de una madre, no sólo saben lo que estos

roles implican para quien los desempeña, sino que también conocen las respuestas esperadas hacia quien los desempeña, Además de los roles “descritos”, existen otros: Roles ocupacionales, roles de dignidad, roles deportivos, etc. (Sport, 1989).

El ambiente del adolescente incluye personas, objetos y conceptos, y el impacto de los demás; “socialización” es una fuerza importante que da forma al desarrollo individual. El producto final de esta evaluación personal será en forma ideal un concepto de sí mismo que no es estático, sino que cambia y se vuelve a evaluar a medida que van encontrando una congruencia armónica, sin embargo el adolescente es un típico idealista que busca la congruencia armónica difícil. En el área de relaciones personales encuentra el campo adecuado para el tipo de persona que él piensa ser, con fácil adaptación a las situaciones y circunstancias más diversas (Sherif y Sherif, 1970).

Identidad

De acuerdo con Conger, (1980) el concepto de identidad es fundamental para comprender el desarrollo del individuo adolescente o adulto, que posee un fuerte sentido de identidad se considera así mismo diferente. En efecto la palabra misma “individuo”, implica la necesidad universal de percibirse a uno mismo en cierta forma independiente de los demás, sin importar en que medida se comportan con ellos determinados motivos, valores e intereses. Al hablar de la identidad interna del sí mismo, nos referimos tanto a la independencia de los demás como al mantenimiento de una unidad del propio yo: una variable integración de necesidades motivos y patrones de respuesta. Por último un claro sentido de identidad del propio sí mismo percibido por el individuo a través del tiempo; es decir, la necesidad que una persona tiene de percibir que es similar, y que además se mantiene abiertamente ligado con la persona que fue el día de ayer y que será el día de mañana.

El sentido de identidad del individuo tampoco se desarrolla por completo en la adolescencia. Por desgracia, el intento de los jóvenes por llegar a tener una identidad rica, plena y única muy a menudo se ve interrumpido “prematuramente”. El propio Erikson, dijo; tan pronto sale de la escuela y comienza a trabajar se casa, en vez de encontrarse a sí mismo, se vuelven como las demás personas. El proceso de la identidad puede ser relativamente sencillo o complejo, breve o prolongado, satisfactorio o doloroso y puede constituir un éxito o fracaso dependiendo de muchos factores. En la sociedad contemporánea hay amplias posibilidades, así como muchas

oportunidades, para que una persona crezca y se desarrolle. Sin embargo, la misma diversidad de las posibles elecciones puede causar confusión, además de que en nuestra sociedad hay poca unanimidad en relación con los valores y estilos de vida.

Los padres pueden desempeñar un papel importante al ayudar o frenar el desarrollo de fuerte sentido de identidad. Los que tienen una identidad bien definida, así como los que pueden ser modelo a seguir por sus hijos, facilitarán el objetivo del adolescente. La identidad sexual es un elemento importante en el individuo, es el reconocimiento y aceptación de sus cambios biológicos del hombre o la mujer, como el sexo de cada persona es un hecho biológico inalterable, los conflictos de identidad sexual pueden crear problemas significativos en el desarrollo de una identidad total confiable y segura (Conger, 1980).

Para Erikson, (1971) la búsqueda de identidad es un viaje de toda la vida, que empieza en la adolescencia, y como ocurre en algunas culturas se transforma en el estilo de vida entre la infancia y la adultez. De esta manera, durante los últimos años los jóvenes, agobiados por la revolución fisiológica de la maduración genital y la incertidumbre a cerca de los roles adultos que deberán asumir parecen estar muy interesados en establecer una identidad.

El desarrollo del adolescente incluye un nuevo conjunto de procesos de identificación, tanto con personas significativas como con fuerzas ideológicas, que confieran importancia a la vida individual relacionándola con una comunidad viva y en proceso histórico a la vez que contraponiendo la identidad individual recién adquirida a una sociedad comunal. Por lo tanto en la juventud, la historia personal intersecta con la historia: aquí los individuos confirman su identidad y las sociedades regeneran su estilo de vida. Este proceso implica también una inevitable supervivencia de los modos adolescentes de pensamiento en las percepciones históricas e ideológicas del hombre. Para entrar en la historia cada generación de adolescentes debe hallar una identidad con su propia niñez y con cierta promesa ideológica en el proceso histórico perceptible. Pero en la adolescencia las bases de dependencia infantil comienzan a invertirse lentamente, ya no son los viejos quienes pueden enseñar a los jóvenes el sentido de la vida sea esta individual o colectiva. Son los adolescentes quienes con sus actos dicen a los viejos si la vida, según la representan y la exponen a la juventud, tiene sentido, son los jóvenes quienes llevan en sí el poder de confirmar, tienen el poder de renovar y de regenerar o de reformar y revelarse (Erikson, 1969).

La crisis de identidad es psicosocial, parcialmente consciente y parcialmente inconsciente, es escasamente perceptible y en ocasiones lo es muy marcadamente, en algunos jóvenes la crisis se presenta sin ningún problema; en otros es muy marcada como una especie de "segundo nacimiento". Enlista ocho etapas de identidad y son: 1) logro de la confianza, 2) logro de la autonomía, 3) logro de iniciativa, 4) logro de laboriosidad, 5) logro de identidad, 6) logro de intimidad, 7) logro de creatividad y 8) logro de integridad. Las primeras tres etapas representan la infancia y la niñez; la cuarta la latencia; la quinta la pubertad y adolescencia; la sexta la edad del joven adulto; y las dos restantes, la edad adulta y los últimos años. Estos estadios se articulan al medio social que influye en una forma peculiar para cada sociedad (Erikson, 1972).

Los problemas por definir la propia identidad con relación a las demás, se agudiza en la adolescencia debido a los cambios físicos y bioquímicos de la etapa, el adolescente sabe por su propio físico que está cambiando, estos cambios asociados a una maduración sexual, se reflejan en nuevas experiencias psicológicas. El adolescente que lo rodea desde que nace está en proceso de formar un concepto de sí mismo, un concepto que se encuentra en gestación durante la segunda década de la vida, aunque más complejo en su estructura y que empieza a mostrar aspectos de inflexibilidad, Esta es una de las áreas problemáticas propia de la adolescencia mientras que el adolescente controla el mando y capta una impresión de él. Debe relacionarlo consigo mismo, y viceversa, de tal forma que lo encuentre compatible con el concepto de sí mismo que ha venido formándose desde su nacimiento. Cuando el adolescente percibe incompatibilidad, tiene la difícil tarea de explicarse a sí mismo esta incompatibilidad (Sherif y Sherif, 1970).

Sexualidad

La sexualidad, fenómeno dominante en la adolescencia. El desarrollo de la sexualidad es el rasgo distintivo y fundamental de la adolescencia, este desarrollo es el motor de todos los otros progresos, no sólo en aspecto físico, sino también en el psicoafectivo. El mismo ocurre enmarcado en una serie de ambivalencias, tensiones, modelos contradictorios, acciones permitidas o prohibidas, que es origen de problemas sociales y psicológicos, esto en nuestra cultura y especialmente en las ciudades. Los avances en la maduración biológica del adolescente, con la adquisición de la capacidad sexual así como la maduración e integración del "yo" que, por un lado, se conforma como una nueva personalidad y por el otro necesita interiorizar todas las reglas, normas, costumbres, etc. que la sociedad marca a partir de la escala

de valores que reconoce. Cuando se menciona la importancia de los intereses sexuales durante la adolescencia, se hace hincapié en un cambio fundamental que afecta a todo el comportamiento, en función de la personalidad que cada persona va adquiriendo a cerca de la necesidad de orientar sus intereses, emociones y a las actividades señaladas para cada sexo. La maduración sexual del adolescente conforma un espectro muy complejo de necesidades, adaptaciones, problemas, un conjunto que interesa la vida intelectual junto con la socialización, las motivaciones morales y la efectividad en ese proceso, lo más normal es que el adolescente reaccione frente al sexo de acuerdo en la forma en que los fenómenos sexuales sean considerados y tratados en los ambientes de su experiencia, empezando por su familia (Fuentes, 1989).

Señala Papalia y Wendkos (1992a) que al pasar de relaciones estrechas con gente del mismo sexo a compromisos románticos con gente de otro sexo es uno de los cambios mas profundos en la identidad del adolescente. Verse a sí mismo como un ser sexual, ponerse de acuerdo con los propios sentimientos sexuales y desarrollar una relación íntima, romántica son aspectos importantes del logro de la identidad sexual. La etapa final de la adolescencia es un período interesante para el estudio de la autoimagen, porque se trata de una época de la vida en que el individuo cambia en forma manifiesta porque en esta etapa aumenta el grado de conciencia e interés por la autoimagen y porque ésta se halla en ese momento implicada en importantes decisiones referentes a la propia vida del joven. Además, es un período de gran ambigüedad en lo que respecta al estatus. La sociedad no ofrece al adolescente un conjunto definido de expectativas. En ciertos aspectos se le trata como a una criatura, en otras como un adulto. De ahí su confusión e inseguridad acerca de sus deberes y responsabilidades sociales e igualmente respecto de sus derechos y privilegios. Esta ambigüedad se acentúa porque tanto los restos del pasado como los atisbos del futuro influyen sobre la autoimagen.

El adolescente es sensible a las estimulaciones sexuales y marca el comienzo de una nueva fase en el desarrollo psicosexual, los jóvenes generalmente comienzan con una actividad sexual, sobre todo con la masturbación. La construcción de la identidad sexual es un proceso complejo y largo que depende de factores como son los biológicos y los sociales, sobre todo de la educación diferencial que se imparte con relación a los niños y niñas. El conjunto de las transformaciones somáticas de la pubertad que permiten una identificación con los adultos del propio sexo y por que suscitan en los otros reacciones diferentes según el sexo del adolescente, lo que va a permitir llevarlo a la construcción de su identidad sexual, es decir la definición de sí

mismo como mujer o como hombre. Frecuentemente la pubertad pone fin a unas identificaciones anteriores con el sexo opuesto, pero también puede provocar problemas de identidad, ansiedad y temores a este respecto. Problemas que se observan más en las niñas que en los chicos, que la sociedad se muestra más tolerante con las niñas que se comportan como niños que los niños afeminados quienes son ridiculizados empujándolos a rechazar sus problemas de identidad. Investigaciones han mostrado que las identificaciones con una persona del otro sexo son más frecuentes en las niñas (Lutte, 1991).

Cuando los adolescentes comienzan a interesarse por el sexo opuesto y comienzan a salir juntos, los muchachos y muchachas tienden a encontrar muchos intereses en común. Sin embargo, las diferencias sexuales existentes pueden originar problemas ya que las mujeres maduran más rápido que los hombres. La cultura le asigna a cada sexo lo que considera como el papel sexual adecuado y tiende a sancionar las desviaciones. Algunos intereses son asignados a los hombres y excluyen a la mujer y viceversa. Conforme cambian los tiempos, las diferencias sexuales conductuales cambian con las nuevas normas y costumbres (Horrocks, 1986).

CAPITULO IV

AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES

La autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al si mismo, se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados. En este sentido, se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social (Gómez Pérez-Mitré, 1981).

Fromm establece que existen cinco necesidades básicas en el hombre, una de ellas se relaciona con la capacidad de amor y en medida que es capaz de amar a los demás se ama así mismo, otra esta relacionada con la capacidad de crecer (ser productivo), como también la de pertenecer a un clan no siendo necesariamente de su raíz natural, otra es que el hombre tiende a intelectualizar, pero no solo esto, sino también los elementos sensoriales y sentimentales que se manifiestan en la relación con un objeto de devoción o vínculo afectivo, finalizando con el concepto de sí mismo, necesita decir y sentir Yo soy Yo a causa de que no es vivido, sino que vive, siendo capaz de sentirse así como sujeto de sus acciones, como un hombre con amor, miedo, comunicación y dudas así es como la autoestima se va desarrollando (Tovar, 1996).

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

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

En la adolescencia principalmente la figura corporal toma gran importancia ya que es la expresión externa de cómo somos, y de cómo nos ven los demás, y por lo tanto la figura corporal mediatiza todas las relaciones y todas las consideraciones que hacemos sobre nosotros mismos, siendo un aspecto esencial de la autoestima (Morris, 1973).

La autoestima es una necesidad humana fundamental, su efecto no requiere de comprensión ni del consentimiento de las personas, funciona de una manera particular en el interior con o sin el consentimiento de éstas. La autoestima es más que ese sentido innato del valor personal así como la experiencia de ser aptos para la vida y para cumplir sus exigencias, encontramos que son fundamentales los siguientes aspectos: La confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos básicos de la vida.

La confianza en nuestro derecho a ser felices, el sentimiento de ser dignos, de merecer, de tener derecho a firmar nuestras necesidades y a gozar de los resultados a nuestros actos.

Es de gran importancia comprender que la autoestima tiene un significado específico, en cada una de las personas va adquiriendo un aspecto importante en el transcurso de la vida. Aunque reconocemos que así como un ser humano no puede esperar realizarse en torno a su potencial sin una sana autoestima, tampoco pueden hacerlo una sociedad cuyos miembros no se valoran a sí mismos y no confían en su mente. La autoestima ha sido definida por un sin fin de autores, teniendo como primer intento en la definición al "padre" de la psicología norteamericana William James, quien en su publicación *Principles of Psychology*, se encuentra lo que será uno de los primeros intentos por definir la autoestima; menciona que de acuerdo a lo que sentimos con respecto a nosotros mismos en este mundo depende primordialmente de lo que apostamos ser y hacer, mismo que se determina por la proporción entre nuestra realidad y nuestras potencialidades; una fracción en la cual el denominador son nuestras pretensiones y el numerador, nuestro éxito. Para resumir su teoría plantea la fórmula siguiente:

$$\text{Autoestima} = \frac{\text{Exito}}{\text{-----}}$$

Si un individuo logra sus aspiraciones o pretensiones, se considerará una persona capaz y valiosa ya que sus logros son medidos en relación con sus aspiraciones. Lo que James nos dice sobre sí mismo es como basa su autoestima, se compara con los demás en cualquier tema que elige. Si nadie más puede estar a la par de su pericia, su autoestima queda satisfecha. Si alguien lo supera su autoestima disminuye, lo que nos dice que la autoestima esta a merced de los demás. Atar la autoestima a cualquier factor fuera de control volitivo, tal como las elecciones o acciones ajena, provocan angustia. Si autoestima equivale a "éxito dividido por pretensiones" y puede protegerla aumentando el propio éxito o bajando las propias pretensiones. Lo bien que vivamos de acuerdo con nuestros estándares personales "pretensiones". Literalmente, no es tanto una definición de la autoestima como una afirmación en cuando a cómo cree que se determina el nivel de ésta, no en algunos individuos, sino en todos. Asimismo indica que existen tres posibles influencias en la formación del sí mismo que son; 1) Valores y aspiraciones del individuo, 2) Valor que el sujeto y los demás dan a su persona y todo lo referente a él, y 3) Empleo de estándares de éxito y estatus comunes dentro de una sociedad. Para Coopersmith la autoestima es la evaluación que efectúa y generalmente mantiene el individuo con respecto a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica en que medida el individuo se cree capaz, importante, digno y con éxito. Concluyendo que la autoestima es un juicio personal de dignidad, que se expresa en las actitudes del individuo hacía sí mismo (Branden, 1993).

Se define la autoestima como un sentido subjetivo de autoaprobación realista, refleja como el individuo ve y valora al uno mismo en los niveles fundamentales de la experiencia psicológica. Entonces, la autoestima es fundamentalmente un sentido perdurable y afectivo del valor personal basado en una autopercepción exacta. Históricamente este es un fenómeno actual. En el mundo en el que vivimos hay más elecciones y opciones que nunca y en el que nos enfrentamos con posibilidades ilimitadas en cualquier dirección hacia donde miremos, necesitamos un nivel mas elevado de autonomía. Esto implica una mayor necesidad de ejercer un juicio independiente, de trabajar nuestros propios recursos y de asumir responsabilidades sobre las elecciones, valores y acciones que dan forma a nuestras vidas, una mayor necesidad de confiar, de creer en nosotros mismos desde un punto de vista objetivo. Cuantas más elecciones y decisiones necesitamos tomar conscientemente, más urgente será nuestra necesidad de autoestima. Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor equipados estaremos para enfrentarnos a la diversidad en los

ámbitos donde se desenvuelva; cuanto mas pronto nos levantemos de alguna caída más energía tenderemos de para comenzar de nuevo y hasta con una mayor ambición a obtener mejores resultados en nuestra vida en general. Cuanto más baja es la autoestima menos aspiraciones y logro se obtendrán. Los dos caminos tienden a perdurarse y a perpetuarse. Un principio en las relaciones humanas es sentirnos cómodos con las personas cuyo nivel de autoestima es similar al nuestro. Los individuos con autoestima determinada se van atraer con otros de igual autoestima. (Branden, 1993).

La autoestima tiene implícito dos aspectos fundamentales: 1. Un sentido de eficacia personal (autoeficacia). 2. Un sentido de mérito personal (autodignidad).

Autoeficacia Significa confianza en el funcionamiento de mi mente y en la capacidad de pensar, de comprender los intereses y necesidades así como confianza cognoscitiva en sí mismo.

Autodignidad Percepción del logro, éxito, respeto, amistad y amor apropiados que quiere decir seguridad en el valor una actitud afirmativa hacia el derecho de vivir y de ser feliz; comodidad al expresar apropiadamente los pensamientos y sentir que la alegría es un derecho natural.

Encontramos que la autoestima es la predisposición a experimentarse como competente para afrontar los desafíos de la vida y como merecedor de felicidad. No podemos actuar directamente sobre la autoestima, ni la propia ni la de ninguna otra persona, ya que ésta es una consecuencia, un producto de prácticas generadas internamente, tales como vivir conscientemente, con responsabilidad e integridad. Si comprendemos cuáles son estas prácticas, podemos comprometernos a iniciarlas en nosotros mismos fomentando la autoestima en los demás. En los años ochenta la autoestima empieza a ser reconocida en los libros que hacen referencia a la palabra, sin embargo aún hoy no hay consenso en cuanto al significado del término. Comprender que la autoestima tiene un significado específico tiene gran importancia, en virtud de que su ausencia (relativa) traba la capacidad para funcionar, por eso se considera como un valor de supervivencia. La autoestima es una necesidad muy importante para todo ser humano. Es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es necesaria para el desarrollo individual normal y sano teniendo un valor de supervivencia. El tener una autoestima baja impide el crecimiento psicológico, disminuye las probabilidades de éxito frente a los problemas, cuando se presenta una autoestima positiva actúa como el sistema inmunológico de la conciencia dándole resistencia fortaleza y capacidad creadora. La autoestima influye tanto en la vida que día a día nos enfrentamos a problemas que se presentan y que en un sentido positivo

se podrían resolver, algunos poseemos la capacidad, el talento y el impulso para lograr los objetivos propuestos, a pesar de poseer una autoestima pobre, sí tiene una confianza objetiva en sí mismo en lo que pueda lograr es probable que se crea que el mundo es cordial y ofrece opciones de llevar los retos, se responderá adecuadamente a los desafíos y oportunidades. La autoestima da fuerza motiva, da energía impulsa a alcanzar el logro y permite complacernos y sentirnos orgullosos de los logros obtenidos experimentar satisfacción. El ser humano tiene un sin número de necesidades y no hay una solución a todos los problemas que se presentan a lo largo de la vida, el sentido bien desarrollado del sí mismo es una condición necesaria pero no suficiente para sentir bienestar. Su presencia no garantiza satisfacción, pero su falta produce un grado de ansiedad, La necesidad de autoestima es el resultado de dos hechos básicos, ambos inherentes a nuestra especie, la supervivencia y el dominio del medio ambiente dependen del uso de la conciencia, la vida y el bienestar que dependen de la capacidad de razonar, El segundo, es que el uso correcto de nuestra conciencia no es automático, no lo controla la naturaleza existe un elemento crucial de elección en la regulación de su actividad y, por lo tanto, de responsabilidad (Branden, 1993).

La autoestima se forma del sentimiento y del valor propio que aprendemos desde la infancia. Desde niños interactuamos con otras personas: nos sentimos apoyados en menor o mayor grado, recibimos palabras de aliento o desaliento, directa o indirectamente de los padres o de otras personas de esas experiencias y comunicaciones comenzamos a formarnos una imagen de nosotros mismos adquiriendo una especie de balanza en la que comparamos nuestro propio valer contra el que nos ha dado el mundo adulto. A través de estas primeras comunicaciones recibimos: ideas de lo que otros sienten hacia nosotros, diversas opiniones sobre qué tan capaces somos para hacer o no las cosas, qué tan agradables o desagradables somos, qué tanta confianza nos tienen, qué tan independientes o dependientes quieren que seamos. Al transcurrir el tiempo, vamos asimilando el concepto que los otros nos transmiten y le vamos asignando una calificación a este concepto. Esta calificación es la autoestima que representa que tanto nos queremos a nosotros mismos (Pick de Weiss y Vargas, 1995).

La autoestima es un rasgo hasta donde se sabe exclusivo del ser humano, que tiene capacidad de juicio, y de todos, el más importante es el que se hace consigo mismo, todo los días, a todas horas, desde que tiene uso de razón. Según Branden, la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar y enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida; es la confianza en nuestro derecho a triunfar y ser felices, el sentimiento de ser respetados, dignos, y de tener derecho a

afirmar nuestras necesidades y creencias, alcanzar nuestros principios morales y gozar del futuro de nuestros esfuerzos, para Rob Saomon, la autoestima es la visión sin alteraciones de nosotros mismos, de nuestro valor, de nuestra importancia señalando que "no hay nadie en el mundo que no tenga autoestima; a todo ser humano le sería imposible sobrevivir sin ella": La autoestima efectivamente es vital para todo ser humano; consiste básicamente en la confianza en nosotros mismos y en la capacidad de acción, en una visión sincera de lo que somos (Alvarez, 1998).

Confianza en sí mismos	significa que nos vemos como seres humanos completos, sin limitaciones, o impedimentos; es la tranquilidad de vernos interiormente sin temor.
Confianza en el derecho a triunfar	significa que, sabiendo qué metas nos hemos propuesto, tenemos tanto derecho como todos los seres humanos a lograrlas.
Confianza en el derecho a ser felices	constituye un hecho que surge de los otros dos, ya que si creemos en nosotros, y sabemos que podemos triunfar –sean las metas que fueren-, podemos ser felices.

(Alvarez, 1998).

El interés por la autoestima es cada vez mayor, por ejemplo se han organizado reuniones internacionales sobre dicho tema; a partir de la primera, realizada en Oslo, Noruega en 1990, muchos expertos disertan sobre ella. La autoestima se va formando en cada persona desde los primeros años de vida que son de gran importancia ya que día con día como va surgiendo con las experiencias que se tienen, la manera en como se ven las personas que nos rodean, cómo se cree que las personas nos ven, que calificación nos damos a nosotros mismos. En esta etapa es cuando mas necesitamos a nuestros padres y de la relación amorosa y sana que exista con ellos dependerá mucho la creación de una autoestima sólida y firme, que nos permite enfrentarnos a la vida de la mejor manera. El proceso de formación de la autoestima continúa en los años siguientes en casi todos los sitios en que se encuentre el niño va ir conformando y poniendo a prueba la naciente autoestima del niño. Al crecer el joven se relaciona con sus compañeros, amigos, continua así su desarrollo físico y emocional y ahí también se pone a prueba la autoestima. Ya para ese momento, sobre todo la adolescencia y poco después, hay momentos importantes de reflexión en el que se mira al espejo y no sólo analizan los cambios de su cuerpo, sino de toda su persona, cada adolescente se pregunta quien es, para que esta aquí, que le espera en el futuro, etc. La autoestima sólida le permite sentirse seguro de sí mismo, y

desarrollar plenamente todas sus facultades físicas y mentales. El joven al encontrar su pareja acrecienta su autoestima y vive, trabaja seguro de sí mismo. Así se va fortaleciendo la autoestima en hombres y mujeres a lo largo de su existencia, y de cada logro afectivo, económico y social que les permite vivir en paz consigo mismo, y al enfrentarse a los problemas inherentes a la vida: económicos, enfermedad, aún la muerte de un ser querido, etc. cuando se ha desarrollado una autoestima adecuada, fuerte, las personas son capaces de enfrentar la situaciones y seguir adelante. Como es evidente, todos los actos de nuestra vida, personales y sociales, la actividad física, la intelectual, contribuyen de una u otra forma a consolidar o deteriorar la autoestima (Alvarez, 1998).

Desde la perspectiva de la autoestima, entre los conflictos más hondos y frecuentes que impactan la parte afectiva del adolescente se encuentran el de ser admirados o descalificados, el de la dependencia o independencia afectivas, y el de querer o ser queridos. Se sienten vulnerables a no ser aceptados, tanto por sus compañeros como por sus padres y la gente en general, el reconocimiento social les agiganta, la descalificación les empequeñece (Palaino-Lorente, 2004).

Etapas de la autoestima

De acuerdo con Alvarez, (1998 pp11-13) el proceso de la autoestima en cualquier etapa de la vida, se lleva a cabo en forma constante y de acuerdo con cinco pasos que son los siguientes: conocimiento, comprensión, aceptación, respeto y amor.

Conocimiento. Es necesario para cualquier proceso mental, desde los primeros meses de vida, como vamos conociendo y dándonos cuenta de lo que sucede a nuestro alrededor y al ir conociendo nuestro entorno conocemos nuestras cualidades, habilidades y destrezas; así como nuestras necesidades pasando por las fisiológicas hasta las de instrucción, educación y recreación.

Comprensión. Al conocimiento sigue, la comprensión, lo que ocurre dentro de cada persona y lo que ocurre alrededor. En la medida que se comprende y entiende lo que pasa hay una mejor relación con el mundo exterior e interior.

Aceptación. La madurez es la aceptación de la condición humana y reconocimiento de que así somos. Aceptación de las características físicas, del lugar donde se vive ya que de esta aceptación dependen: la actitud de los individuos hacia sí mismos y el aprecio de su propia valía, son fundamentales para su crecimiento y pleno desarrollo, reconociendo lo que somos y la forma

de ser de uno mismo lo que ayudara a tomar decisiones importantes. La aceptación no es resignación, sino conciencia clara de lo que somos.

Respeto. El respeto a sí mismo es necesario para lograr una autoestima fuerte, ya que además de conocernos, entendernos y aceptarnos, el respeto hacia uno mismo es indispensable, para poder expresar nuestros sentimientos y emociones sin lastimarse ni sufrir sentimientos de culpa; así como el autorespeto nos hará buscar aquello que nos haga sentirnos orgullosos, satisfechos y en paz.

Amor. La consecuencia lógica de todo este proceso será el amor a nosotros mismos, como seres humanos importantes y valiosos. Este amor, como complemento de lo anterior, surgirá espontáneamente originando una autoestima sólida y fuerte, el ser humano se ama en la medida en que se descubre, se conoce, se acepta y se respeta. Además, en este proceso continuo de autoestima, al descubrir todas las potencialidades se puede elegir medios necesarios para expresarlas, al descubrir las cualidades cada ser humano logrará que tenga éxito y que se sienta bien consigo mismo.

Lo importante para tener una autoestima favorable es tener en cuenta que estos pasos llevan un proceso constante y que los pasos se dan todos los días en todos los ámbitos

Un adolescente con autoestima alta aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia:

productiva y satisfactoria.
Un adolescente con autoestima alta
actuará independientemente
asumirá sus responsabilidades
afrontará nuevos retos con entusiasmo
estará orgulloso de sus logros
demostrará amplitud de emociones y sentimientos
tolerará bien la frustración
se sentirá capaz de influir en otros

(Marsellach, 1998 s/p).

La adolescencia de acuerdo con esta misma autora es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que el joven necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. Es una época en la que se ponen de manifiesto cuestiones básicas; la vocación, planes para ganarse la vida, formar un matrimonio, los principios básicos de la existencia, la independencia de la familia y la capacidad para relacionarse con el sexo opuesto. A estos aspectos hay que sumar todos aquellos conflictos de la niñez que no se hayan resuelto y que surjan de nuevo, conflictos que habrá que afrontar también.

En la adolescencia la "crisis de identidad" hace que se cuestione todo, incluyendo la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Puede rebelarse y rechazar cualquier valoración que le ofrezca otra persona, o puede encontrarse tan confuso e inseguro de sí mismo que no haga más que pedir a los demás aprobación y consejos de todo tipo. Sea cual fuere su aproximación a su nueva identidad, el adolescente pasará inevitablemente por una reorganización crítica de su manera de apreciarse con el consiguiente cambio en su autoestima.

La influencia positiva de la autoestima sobre el adolescente

Saber con claridad con qué fuerzas, recursos, intereses y objetivos se cuenta.

Relaciones personales efectivas y satisfactorias.

Claridad de objetivos.

Productividad personal: en casa, en el colegio y en el trabajo.

Al incrementar su autoestima se pueden inducir situaciones beneficiosas y reforzar así los recursos del adolescente para la vida adulta. Para él es una auténtica necesidad fraguar su identidad y sentirse bien consigo mismo. Si puede satisfacer tal necesidad a su debido tiempo podrá seguir adelante y estar listo para asumir la responsabilidad de satisfacer sus necesidades en la vida adulta. Modelos o pautas que proporcionan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios (Marsellach, 1998 s/p).

La Imagen Corporal en los adolescentes

Los comienzos de la conciencia del cuerpo se hace de forma paulatina desde temprana edad donde la sensibilidad del niño llega poco a poco a adquirir conciencia de su cuerpo como realidad una y dinámica, distinta de los demás seres humanos, desde el punto de vista de

Wallon, el niño al principio sólo conoce y vive su cuerpo como cuerpo en relación y no como una forma abstracta o una masa abstracta considerada en sí misma. Ese cuerpo en relación está integrado por medio del cuerpo de otra persona en la medida en que el propio cuerpo se proyecta a ese cuerpo otro y lo asimila. En el proceso de la conciencia del propio cuerpo, es decir el proceso por el cuál el niño reconoce el cuerpo como el suyo, diferente de los demás y al mismo tiempo semejante al de los demás, regido por la experiencia del "fenómeno del espejo", verse reflejarse en los demás implica que pueda verse y reflejarse en un espejo reconociéndose a sí mismo, que pueda identificar su imagen visual con lo que vive kinestésicamente. De manera que en el niño la imagen del cuerpo está modelada por las condiciones de vida y de pensamiento en las que lo colocan las técnicas, creencias, conocimientos, etc. propios del medio social al que pertenecen. De esta manera Wallon resalta la importancia de las condiciones psicobiológicas resultantes de la maduración orgánica del cuerpo infantil y además el papel prominente que desempeñan las condiciones psicosociales en la formación de la conciencia del propio cuerpo (Bernard, 1985).

Como parte de la imagen corporal encontramos que las dimensiones anatómicas se han relacionado con la conducta, han sido consideradas desde varios puntos de vista incluyendo características anatómicas tales como el tamaño y configuración de la cabeza, la forma de la cara, manos y el tamaño general del cuerpo, relacionando las características físicas y fisiológicas. El tamaño y la configuración de la cabeza. Para obtener el coeficiente intelectual de una persona se medía el tamaño de la cabeza; anchura de la cabeza por cien entre longitud de la cabeza. Se llevaron a cabo estudios donde los resultados fueron los siguientes: en Dolicocefalos (de cabeza alargada) se encontró un IC por debajo del término medio, en los Mesocéfalos (proporciones medias) se encontró un término medio y en los Branquicefalos (cabeza ancha) estos se encontraron por encima del término medio. y así encontramos numerosas características relativas a la configuración de cara y manos desde la formación facial, forma de la mano, tejido epidérmico, color de ojos, cabello, tamaño del cuerpo y otros rasgos que han sido organizadas en sistemas de fisiognomía para análisis de personalidad (Anastasi, 1973).

Teorías socioculturales

Las teorías socioculturales defienden que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad, y transmitido por los medios de comunicación es interiorizado debido a la elevada dependencia

existente entre la autoestima y atractivo físico especialmente en mujeres. El ideal estético corporal imperante en la actualidad cae dentro del peso muy bajo; "ser bella es igual a ser delgada" y biogenéticamente difícil de conseguir. cuanto más se piensa que lo gordo es feo, lo delgado bello y lo bello bueno, más buscara adelgazar, preocupándose por lo poco que llegue a engordar. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivando en insatisfacción corporal. En la sociedad occidental existe preferencia por la esbeltez, Ser obeso/a o simplemente presentar sobre peso es sinónimo de ser una persona dejada, descuidada, poco saludable y poco atractiva (Raich, 2000).

El hombre incondicionalmente a dividido el cuerpo en una postura dualista, el individuo no sólo es pensamiento y razón, también es cuerpo. Hablar de la percepción que los individuos tienen de su cuerpo nos permite mencionar la influencia que tiene la sociedad, el tiempo y la zona geográfica que influyen en la percepción. Los conceptos culturales del cuerpo, están mezclados con la realidad de cómo se percibe y como experimenta esta realidad. El hombre propietario de su cuerpo expresa el personaje que quiere ser, su carácter, pero la forma en que hombres y sociedades hacen uso de su cuerpo facilitan que éste adquiera para cada uno de los sentidos y consecuencias precisas, que son acentuados y valorados por la cultura que cada sociedad tiene; sus costumbres y tradiciones las cuales se transmiten por diferentes medios como; t.v., cine, etc., de ahí que cada uno de los movimientos y posiciones constituye una idiosincrasia social y no sólo como resultado de actos individuales, ya que forma de la educación, las reglas de urbanidad y la moda (Aguilera, Alcaraz, Avila, Herrera, López, López y Rivera, 1998).

La relación entre los rasgos físicos y psicológicos se ha considerado también desde el punto de vista de los tipos constitucionales y se han clasificado ciertos grupos considerados tipos de humanos básicos. Estos tipos constituyen una caracterización del individuo considerado en conjunto, con todos sus rasgos físicos, intelectuales y emocionales. Todas las tipologías abarcan dos conceptos. Uno se refiere al sistema tipológico en contraste con el dimensional (o de rasgos) para la descripción de diferencias individuales. El otro concepto se refiere a la relación existente entre las características físicas y psicológicas. Todas las tipologías constitucionales, como las de Kretschmer y Sheldon, proponen asociaciones entre la constitución corporal y la personalidad. De acuerdo a las tipologías Kretschmer, quien sugiere una gran variedad de medidas físicas para establecer diferencias entre diversos tipos corporales, clasifica la constitución corporal en cuatro tipos: pícnico, atlético, leptosomático y displástico. El tipo *pícnico*.- es bajo y grueso y manos y pies cortos. El *atlético*.- tiene un desarrollo más proporcionado en el tronco y piernas,

músculos bien desarrollados hombros anchos y manos y pies largos. El *leptosomático*.- se caracteriza generalmente por el pequeño volumen del cuerpo en relación con la estatura, es alto y delgado con pecho estrecho, piernas largas, cara alargada y manos y pies estrechos y largos. En la categoría del *displástico*.- se colocan todos los individuos que presentan una muestra incompatible de características tipológicas en su desarrollo físico. En la tipología de Sheldon y sus colaboradores, valoran en cada una los tres principales componentes físicos: *Endomorfia*.- predominio de una suave redondez del cuerpo. *Mesomorfia*.- Predominio de los músculos, huesos y tejido conjuntivo. *Ectomorfia*.- Predominio a la delgadez y fragilidad, cerebro más desarrollado. Así como en cada una de los tres principales componentes temperamentales: *Viscerotonía*.- Tendencia a la tranquilidad, rasgos de complacencia amorosa, sociabilidad. *Somatotonía*.- Predominio de vigor, actividad enérgica, gusto por el poder y deseo de dominar. *Cerebrotonía*.-Tendencia al retraimiento, introversión (Tyler, 1984).

La imagen que el adolescente tiene de su cuerpo es producto de su aprecio respecto del propio desarrollo físico, de la estima en que sus camaradas tienen sus cualidades físicas y de su percepción de los estándares de la sociedad, será difícil para el adolescente aceptar cualquier desviación de la configuración ideal del cuerpo si su ansiedad sobrevalora el cuerpo hermoso y los músculos marcados considera que la imagen corporal surge de la interacción social (Grinder, 1987).

Entre las variables catalogadas como factores de riesgo de los desórdenes del comer asociados con la imagen corporal son las siguientes: Sobreestimación-Subestimación y Satisfacción – Insatisfacción con la imagen corporal -nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal- Las variables que agrupan ambos factores son fundamentalmente preceptuales, evaluativas y prácticamente autoactitudinales. La satisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. La autopercepción sobrevalorada del peso corporal es más clara en el caso de la anorexia. Las personas que sufren este trastorno afirman que se “encuentran obesos” o que algunas partes de su cuerpo son “desproporcionadas”, cuando en realidad están por debajo de su peso corporal normal. El problema es tal, que el temor intenso que el anoréxico tiene al subir de peso no disminuye aún frente a la notoria y progresiva pérdida del mismo. (Gómez Peresmitré, 1993)

La figura corporal toma una importancia relevante en la adolescencia, convirtiéndose para muchos jóvenes una de sus máximas preocupaciones. En el campo de las relaciones interpersonales, íntimas especialmente en las sexuales, la figura corporal tiene aun mayor importancia porque mediatiza la aceptación, el deseo, la atracción y hasta el enamoramiento. Los adolescentes a menudo están pendientes de sus cuerpos y de los cambios físicos que están experimentando y a menudo dudan si son atractivos o "normales". La imagen que los jóvenes tienen de sí mismos y sus ideas sobre la belleza y el atractivo físico, a menudo vienen de los medios de comunicación que frecuentemente representan imágenes irreales. Muchos jóvenes de áreas marginales, por ejemplo, se pueden sentir frustrados por no poder vestir como la gente que ven en los medios de comunicación como en la televisión (López, 1995).

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, cara, ojos, cabello, de la estructura global. Es el conjunto de las percepciones y de las representaciones que nos sirven para evocar nuestro cuerpo no solo como objeto que posee ciertas formas físicas (peso, altura, color, forma) si no también como persona o parte de nosotros mismos cargados de afectos múltiples y contradictorios. La imagen no es estática, evoluciona continuamente en relación con el desarrollo del cuerpo y con los cambios que esto implica las relaciones con el medio ambiente,. En efecto, el material para la construcción de la imagen corporal no procede solamente de las percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo si no también de las relaciones de los otros. Cuando el niño llega a la pubertad ya se ha formado una imagen mental de su cuerpo, siente que lo domina, lo controla, siente actitudes positivas y negativas respecto a él. Al comenzar la pubertad esa imagen corporal se fragmenta de "distintas partes del cuerpo parecen ocupar de una forma desordenada cantidades de espacio psíquico y de atención". A veces se vive la cabeza (como símbolo de inteligencia y del éxito escolar) como se prepara el resto del cuerpo, que representa la sexualidad. El adolescente varón debe construir una imagen coherente e integrada de su cuerpo, tarea más difícil para las adolescentes que no disponen de la capacidad organizadora que tienen los varones derivada de su impetuosa sexualidad genital, en la adolescente sus órganos genitales son menos visibles y no se presentan a comparaciones como ocurre con los jóvenes, por lo cual sus órganos más visibles pueden ocupar una gran parte del espacio psíquico. la formación de una imagen corporal adulta implica para las jóvenes la integración de la naturaleza dual de la sexualidad femenina, la exploración de cuerpo como sexualmente activo a la vez que como capaz de un embarazo. (Lutte, 1991).

En todo individuo en la adolescencia, (aproximadamente entre los 15 y 18 años) la autoimagen tiende a cobrar gran interés, surgiendo un sin fin de preguntas en torno a su persona. Varias razones explican el incremento de la conciencia de la autoimagen durante este período de desarrollo. Por una parte el estadio final de la adolescencia es una época de importantes decisiones, tiende a reflexionar sobre las características de él mismo. Cuando el adolescente encara una decisión y cuando una de las principales bases sobre la que ésta se apoya es su manera de verse a sí mismo, la autoimagen se convierte probablemente en el centro de su atención. Otra razón de este incremento de conciencia de la autoimagen se basa en el hecho de que la adolescencia es un periodo en el que abundan los cambios rápidos y drásticos, cuando se mira en el espejo descubre que su cara se esta llenando de granos, nuevos deseos, intereses, actitudes y valores perturban al adolescente y la imagen que tiene de sí mismo se ve perturbada. En la etapa final de la adolescencia es un periodo ambiguo en lo que respecta al status, la sociedad no ofrece al adolescente un conjunto definido de expectativas, en algunos aspectos se le trata como un niño en otros como un adulto, de ahí su confusión e inseguridad acerca de sus deberes y responsabilidades sociales, de igual manera respecto a sus derechos y privilegio este periodo es particularmente interesante para el estudio de la autoimagen, porque se trata de la época de la vida en la que el individuo aumenta un grado de interés e importancia mayor a su propia imagen y por que ésta se halla en ese momento implicada en importantes decisiones referentes a la propia vida del joven (Morris, 1973).

De acuerdo con Raich (2000), bajo la expresión de imagen corporal se han estudiado un amplio rango de fenómenos definiéndose de varias maneras en función de la perspectiva bajo la cual se han estudiado y se han utilizado diferentes términos esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido. La definición más clásica la define como la representación del cuerpo que cada individuo constituye en su mente. Desde el punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona, las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical; miembro fantasma, anosognosia. El miembro fantasma es el fenómeno psicológico que aparece en personas que han sufrido la amputación de una parte de su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestia en esa parte de su cuerpo. Una percepción más dinámica define a la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. Algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Algunos enfoques

psicoanalíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada persona destacando dos hechos de importancia:

El cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte de la persona receptora.

La percepción de la persona es intensa y diferente en cuanto percibe cualquier objeto externo, implicándose en sus sentimientos todo su yo.

Por lo tanto, la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciales a las de la percepción de otros objetos que no tendrán el mismo valor para el observador. Es decir la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de fondo del cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y el límite de este. la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimiento y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimiento que experimentamos. Tener una buena o mala imagen corporal influirá en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y no sólo en las nuestras, si no en la manera en cómo nos respondan los demás.

En torno a un concepto de imagen corporal, pareciera más importante el cómo te ven por fuera que cómo te sientes por dentro respecto al físico, la mayor parte de las personas hemos experimentado la sensación de vernos "bien" en algún momento y de vernos "mal" en algún otro momento. Lo mas seguro es que no seremos muy diferentes cuando nos sentimos bien de cuando no es así, pero lo que sí difiere de cómo nos sentimos a cómo enfocamos nuestra existencia en aquel momento y que tipo de resultados obtenemos en relación con los demás. Si creemos que somos suficientemente actuaremos como tales, y si nos sentimos seguros, merecedoras de las cosas buenas que nos sucedan y si por el contrario creemos que no lo somos en absoluto tendremos a actuar como unos infelices a los que se les conceden cosas por caridad con la sensación de no ser merecedores de nada (Raich, 2000).

De acuerdo con esta misma autora, la imagen del cuerpo como la mirada dirigida hacia el propio cuerpo, percepción del observador que a su vez es observado, configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo va elaborando con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diversas experiencias, El cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas de "belleza" y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. La literatura referente al cuerpo percibido es abundante y heterogénea tanto a nivel de los procesos observados y de los contextos teóricos, como de las aplicaciones prácticas de esta noción. Se ha definido dos tipos de percepción del

cuerpo; una se refiere a las propiedades físicas y especiales del cuerpo (estimación de distancias y proporciones orientación espacial) imagen espacial del cuerpo la otra engloba las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos casi siempre a unas normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo" identidad corporal percibida...) es decir imagen "afectiva" del cuerpo. El término de imagen del cuerpo parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objeto provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen, orientación) sino también a propósito de un cuerpo lleno de afectos complejo, más o menos concientes y a menudo de naturaleza autoevaluativa.

"La imagen del cuerpo no existe en sí, es una parte del mundo (...) pero no existe solamente este mundo exterior, dotado de una estructura diferente de la de la imagen del cuerpo, también existe la personalidad: todo el mundo de la vida psíquica, expresión de un yo, de una persona. Sin embargo, es cierto que la imagen del cuerpo está presente en toda experiencia, Es uno de los aspectos de la experiencia global, que pone en juego la personalidad (el yo), el cuerpo y el mundo. Nosotros hemos considerado el cuerpo como una de las tres esferas de experiencia que constituyen la vida y la existencia (P. Schilder 1935). La estructura del cuerpo (definida por unas medidas objetivas) ni la apariencia corporal (tal como lo es definida por los demás) han aparecido como las dimensiones más pertinentes de la imagen evaluativa del cuerpo (lo que no significa que la estructura del cuerpo o la apariencia "objetiva – subjetiva" no tengan impacto sobre dicha imagen) El cuerpo subjetivo parece ser la satisfacción corporal entre la que constituye la dimensión evaluativa predominante, especie de gestalt percibida de un cuerpo globalmente amado o no, globalmente conforme o no con unas normas ideales y que se obtienen más o menos placer o sufrimiento (Bruchon-Schweitzer, 1992).

En América, sin contar a Estados Unidos que es el progenitor de la cultura "light", se vive una verdadera fiebre de la imagen corporal que se ha extendido en todo el mundo y México no es la excepción de mujeres y también decenas de hombres han caído en las redes de los encantos proporcionados por la perfección de la imagen corporal siendo la cirugía estética uno de los medios para lograrlo. Los retoques y rediseños de senos, narices, caderas, ojos, nalgas y hasta la escultura total de cuerpo, no solo son el último grito de la moda sino algo bastante corriente llegado a todos los niveles de la población. Los modelos a seguir vienen empacados, enlatados como figuras esbeltas y los medios de comunicación son partícipes de esta locura. ¡Nuevo cabello! ¡Nariz nueva! , etc. Y es que este mundo de la imagen que absorbe hoy a millones de

seres humanos, más que una moda es un fenómeno de la cultura de masas que potencialmente se ha extendido desde el corazón de Hollywood a otras regiones del planeta. Pero curiosamente, el frenesí se ha robado principalmente el anhelo de los corazones latinoamericanos. El tema en México, es de gran importancia ya que se cuenta con un registro de 1.038 médicos autorizados para realizar operaciones de cirugía plástica y existe una amplia reglamentación sobre la materia. (López, 2001).

Con base en lo anterior en el presente estudio se pretende investigar cuál es la percepción de la imagen corporal con relación a la autoestima en adolescentes hombres y mujeres estudiantes de la carrera de Enfermería.

Propósito del Estudio

La presente investigación tuvo como propósito conocer cómo se relaciona la Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) con la autoestima de los adolescentes en una población de estudiantes de enfermería.

Hipótesis de Trabajo

Se encontrarán diferencias significativas en los adolescentes hombres y mujeres con relación a la variable satisfacción/insatisfacción.

Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a variable alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación).

Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a la variable autoestima.

CAPITULO V

METODOLOGÍA Y PLAN DE INVESTIGACIÓN

Propósito del Estudio

La presente investigación tuvo como propósito conocer cómo se relaciona la Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) con la autoestima de los adolescentes en una población de estudiantes de enfermería.

Problemas de Investigación

¿Existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la satisfacción/insatisfacción de la Imagen Corporal.?

¿Existen diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la alteración (subestimación/sobreestimación) de la imagen corporal.?

¿Existen diferencias en adolescentes hombres y mujeres con respecto a la autoestima?

Hipótesis de Trabajo

Se encontrarán diferencias significativas en los adolescentes hombres y mujeres con relación a la variable satisfacción/insatisfacción.

Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a variable alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación).

Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a la variable autoestima.

Definición de Variables

De acuerdo con Bayés, (1974). el término variable independiente se refiere a algo del medio ambiente, mientras que variable dependiente hace referencia a la conducta, variable es algo que puede asumir distintos valores numéricos.

Variables:

Dependientes: Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal

Sobreestimación/subestimación de la imagen corporal

Autoestima en relación a la imagen corporal

Independiente: Sexo .-Adolescentes del sexo femenino y adolescentes del sexo masculino.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Satisfacción corporal: constituye la percepción evaluativa de un cuerpo globalmente conforme o no, con las normas ideales, y del que se obtienen más o menos placer o sufrimiento (Bruchon - Schweitzer, 1992).

Insatisfacción corporal: puede ser conceptualizada como el grado con el que 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).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal, se define operacionalmente como la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal, si es positivo o negativo indican que hay insatisfacción y si es igual a 0 hay satisfacción, a mayor diferencia mayor insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Diferencias negativas	insatisfacción	Por que se desea mayor peso
No diferencias	Satisfacción	
Diferencias positivas	Insatisfacción	Por que se desea menor peso

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE SOBREESTIMACION / SUBESTIMACION DE LA IMAGEN CORPORAL

Alteración de la imagen corporal es el nombre que se ha dado a lo que puede considerarse como el factor central y común de los desórdenes alimentarios y que agrupa, entre otras, las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un bajo peso menor, "peso ideal" por lo general inalcanzable y siempre por debajo de lo normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas estas, a las que subyace un temor, con diferentes grados de intensidad, de subir de peso y una preocupación también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo -su forma y tamaño- y por la comida (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

La sobreestimación / subestimación de la imagen corporal, es una distorsión en torno a la percepción de su imagen esa diferencia puede encontrarse entre la estimación subjetiva (autoclasificación del peso corporal como resultado de autopercepciones), que la persona hace de su cuerpo y la medición real u objetiva del peso corporal que puede obtenerse a través del índice de masa corporal peso/talla. (Gómez Perez-Mitré, 1995)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE SOBREESTIMACIÓN / SUBESTIMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Alteración se define operacionalmente como la diferencia entre autopercepción del peso corporal menos el IMC (índice de masa corporal), que se obtiene a través del peso y estatura medidos directamente.

Cuando la diferencia entre autopercepción de la imagen corporal e IMC real es igual a cero. No hay alteración.

Sobreestimación Cuando la diferencia es positiva.

Subestimación Cuando la diferencia es negativa.

Definición Conceptual de Autoestima

Autoestima: es la satisfacción personal del individuo consigo mismo la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia si mismo. La

autoevaluación está basada en una combinación de información objetiva, que tiene el individuo, a cerca de si mismo y una evaluación subjetiva de esta información (Caso, 1999).

Definición Operacional de Autoestima

Operacionalmente **Autoestima**, se define como el puntaje obtenido en la escala que consta de 21 reactivos agrupados en los factores; Evaluación positiva (8 reactivos). Percepción de competencia (7 reactivos) y Evaluación negativa (6 reactivos) con cinco opciones de respuesta (siempre, usualmente, la mitad de las veces, rara vez, nunca). El valor va de 0 a 4, a mayor puntaje mayor autoestima y a menor puntaje menor autoestima (Caso, 1999).

Control de Variables: Se controló la edad ya que fueron adolescentes mujeres y hombres de 17 a 21 años y se cuidó que no tuvieran ningún problema físico visible.

Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio se desarrolló de acuerdo con un tipo de investigación de campo, correlacional y transversal, con un diseño factorial de 2X2.

MÉTODO

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística, de tamaño N=100. fue no probabilística ya que no existió forma de estimar la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser incluido en la muestra, fue intencionada por cuota ya que los participantes cumplieron ciertos requisitos en cuanto a edad, nivel escolar y se seleccionaron hasta alcanzar el número de estudiantes determinado. Se formaron dos submuestras: n=50 mujeres y n=50 hombres.

Características de los participantes de las muestras.

Los participantes de las muestras fueron estudiantes adolescentes del sexo femenino y masculino de la carrera de Enfermería y Obstetricia y cuya edad fue de los 17 a 21 años.

Criterios de exclusión: Defectos físicos notables y enfermedad física y/o psicológica

Instrumento y Aparatos

Se utilizó un instrumento de formato mixto sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998) en sus dos versiones XX y XY que exploran las siguientes áreas:

Sociodemográfica.

Sección A. Con 13 reactivos de opción múltiple, en el cual se indaga sobre educación de los padres, ingreso familiar, etc. (ver anexo)

Imagen corporal.

Sección D y G. Se aplicó en dos escalas visuales con 9 siluetas cada una y que cubre un continuo de peso corporal que va con una figura de silueta muy delgada dándole el puntaje 1 y la figura obesa con un puntaje de 9 pasando por una figura de peso normal. Se le pide al participante que de las siluetas que se le presentan elija la silueta que más se le parece (figura actual).

La calificación a cada una de las figuras correspondientes a la figura actual se hará tomando en cuenta la siguiente tabla de codificación:

HOMBRES			MUJERES		
OPCIÓN	PUNTAJE	NIVEL DELGADEZ	OPCIÓN	PUNTAJE	NIVEL DELGADEZ
F	1	Extremadamente delgado	F	1	Extremadamente delgada
H	2	Muy delgado, por abajo del peso normal	H	2	Muy delgada, por abajo del peso normal
A	3	Delgado	A	3	Delgada
I	4	Peso normal	I	4	Peso normal
B	5	Sobre peso ligero	B	5	Sobre peso ligero
D	6	Sobre peso medio	D	6	Sobre peso medio
C	7	Sobre peso alto	C	7	Sobre peso alto
E	8	Obesidad	E	8	Obesidad
G	9	Obesidad severa	G	9	Obesidad severa

En la segunda escala donde aparecen las siluetas en un orden diferente se le pide al estudiante que seleccione aquella silueta que más le gustaría tener (figura ideal).

La calificación a cada una de las figuras correspondientes a la figura ideal se hizo tomando en cuenta la siguiente tabla de codificación:

HOMBRES			MUJERES		
OPCIÓN	PUNTAJE	NIVEL DELGADEZ	OPCIÓN	PUNTAJE	NIVEL DELGADEZ
G	1	Extremadamente delgado	G	1	Extremadamente delgada
E	2	Muy delgado, por abajo del peso normal	E	2	Muy delgada, por abajo del peso normal
C	3	Delgado	C	3	Delgada
A	4	Peso normal	A	4	Peso normal
I	5	Sobre peso ligero	I	5	Sobre peso ligero
B	6	Sobre peso medio	B	6	Sobre peso medio
D	7	Sobre peso alto	D	7	Sobre peso alto
F	8	Obesidad	F	8	Obesidad
H	9	Obesidad severa	H	9	Obesidad severa

Sección K. Con 9 reactivos de opción múltiple en las que se indaga peso deseado, autopercepción de peso corporal, percepción de peso corporal (ver anexo)

Satisfacción/insatisfacción con partes corporales

Sección L. Con 8 escalas tipo Osgood que miden adjetivos atribuidos al cuerpo, cara, cintura, etc. y que se presentan en parejas de características contrarias (grandes - pequeñas) por ejemplo, si cree que sus manos son grandes corresponderá a la letra "A" y si piensa que son pequeñas a la letra "E" si cree que son algo grandes será la letra "B y si son algo pequeñas corresponderá "D". Finalmente si no son grandes ni pequeñas corresponderá a la letra "C (ver anexo).

También se aplicó el instrumento de autoestima estandarizado por Caso (1999) que tiene 21 reactivos con cinco opciones de respuesta (siempre, usualmente, la mitad de las veces, rara vez, nunca). El valor va de 0 a 4, a mayor puntaje mayor autoestima y a menor puntaje menor autoestima (ver anexo).

Aparatos

Se obtuvo una muestra con selección sistemática al azar del 20% de la muestra original, a los adolescentes hombres y mujeres se les tomó medidas Antropométricas (peso y talla). El peso corporal se midió con una báscula Excell electrónica portátil con una capacidad de 300 kg., la talla o estatura se midió con un estadiómetro de madera de 2 metros.

Procedimiento

Se acudió a una escuela de enfermería solicitando permiso a las autoridades de la escuela para llevar a cabo la aplicación del instrumento en forma colectiva a los adolescentes que aceptaron participar en forma voluntaria.

Se dieron las siguientes instrucciones: La Facultad de Psicología de la UNAM está llevando a cabo una investigación cuyo propósito es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y Psicológica) de la comunidad estudiantil para contribuir así al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida. El logro de nuestros propósitos dependerá de tu cooperación al contestar este cuestionario y que lo hagas de forma verídica. La información que nos proporcionas es confidencial y totalmente anónima. Gracias.

CAPITULO VI

RESULTADOS

La presente investigación tuvo como propósito conocer cómo se relaciona la imagen corporal con la autoestima de los adolescentes en una muestra de estudiantes hombres y mujeres de enfermería. Se aplicó un instrumento de formato mixto sobre alimentación y salud, que explora las áreas; sociodemográfica, imagen corporal (satisfacción/insatisfacción), así como un cuestionario que mide autoestima.

Una vez que se recopilaron los datos, se procedió a la captura y análisis de la información para lo cual se utilizó el paquete SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales en su versión 8 para Windows).

Descripción de la Muestra

Distribución por Sexo y Edad

Para los fines de esta investigación se seleccionó una muestra no probabilística de (N=100) adolescentes estudiantes, extraída de una Escuela de Enfermería y Obstetricia, esta muestra se subdividió en n1=50 mujeres y n2=50 hombres.

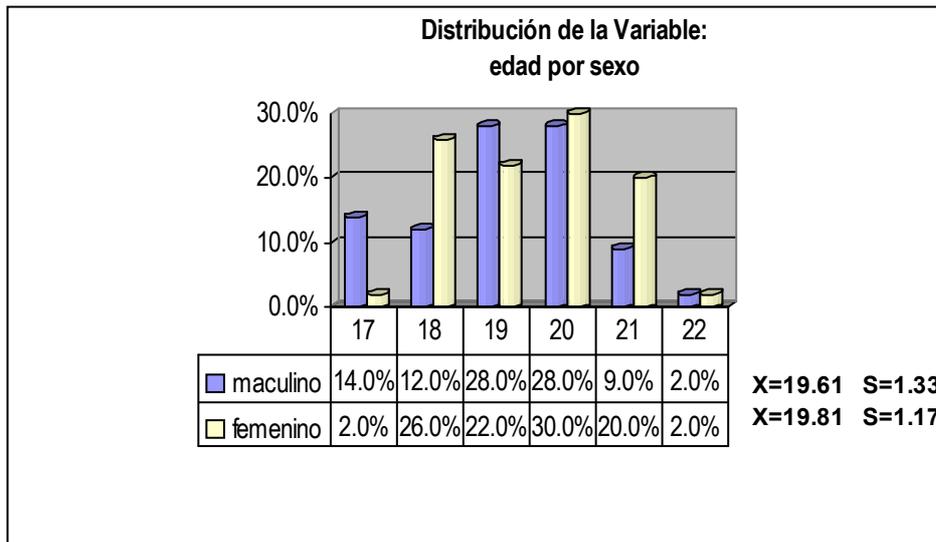
La muestra quedó distribuida de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	50%
Femenino	50	50%
Total	100	100%

La edad se distribuyó dentro de un rango de 17 a 22 años. La media de edad fue $X = 19.61$ para hombres con una $DE = 1.33$ y para las mujeres una media de $X = 19.81$ con una $DE = 1.17$ como se observa en la figura 1.

Figura 1



Variable trabajo por sexo

En relación con la variable “trabajo”, se encontró un mayor porcentaje de hombres que trabajan además de estudiar (48%) mientras que entre las mujeres el porcentaje es menor (18%) como lo vemos en la tabla siguiente:

Tabla 2

Distribución porcentual de la variable:

Trabajo por sexo

Trabajas	SEXO		Total
	<i>masculino</i>	<i>femenino</i>	
Si	48.0%	18.0%	33.0%
No	52.0%	82.0%	67.0%
Total	100%	100%	100%

Maduración sexual

En relación con la variable maduración sexual “..edad de la primera eyaculación o menstruación..” nos encontramos que ambos sexos coinciden con los porcentajes mas altos en el rango de edad de 12 a 14 años, con un 47% para hombres y 64 % para mujeres,

aunque también se encontró un 24% en la edad de 9 a 11 años en los hombres y un 36% en las mujeres.

Tabla 3
Distribución porcentual de las respuestas al ítem

“Edad de tu primera emisión nocturna o de tu primera menstruación”

Edad de tu primera...	SEXO		Total
	<i>masculino</i>	<i>femenino</i>	
Menos de 9 años	2.0%	0.0%	1.0%
9 a 11	24.5%	36.0%	30.3%
12 a 14	46.9%	64.0%	55.6%
15 a 17	20.4%	0.0%	10.1%
18 a 20	6.1%	0.0%	3.0%
Total	100%	100%	100%

Vida Sexual

Con respecto al ítem “.. has tenido vida sexual activa.” se observa en la figura 2 que los varones han iniciado su vida sexual, misma que se puede ver en un porcentaje de 72% que está por arriba del 53% de las mujeres.

Figura 2

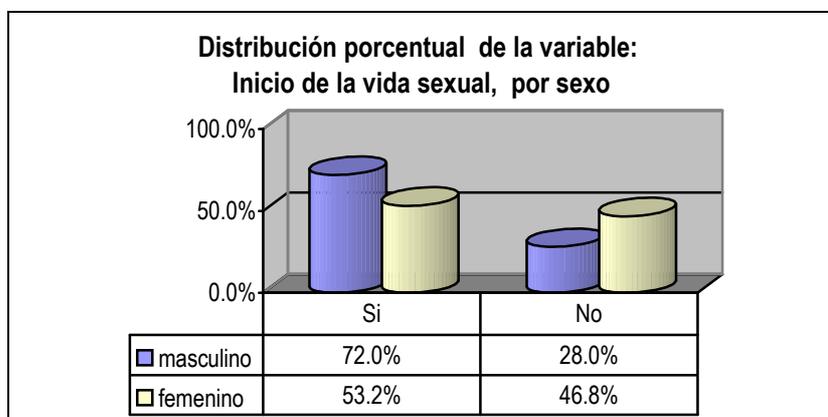


Figura Actual

De acuerdo con la variable Figura actual (la figura corporal que tiene en el momento de la entrevista), los resultados obtenidos nos dan un porcentaje de 46% de hombres que eligieron la figura 3 (delgado, o por abajo del peso normal) y un 28% eligieron la silueta 4 (peso normal) como su figura actual entre las mujeres el porcentaje de 31% corresponde a la figura 3, misma que se identifica con una silueta (por debajo del peso normal) encontramos un porcentaje menor 26% que se identifica con la figura 5 (con un sobrepeso ligero). Como lo demuestra la siguiente figura.

Figura 3

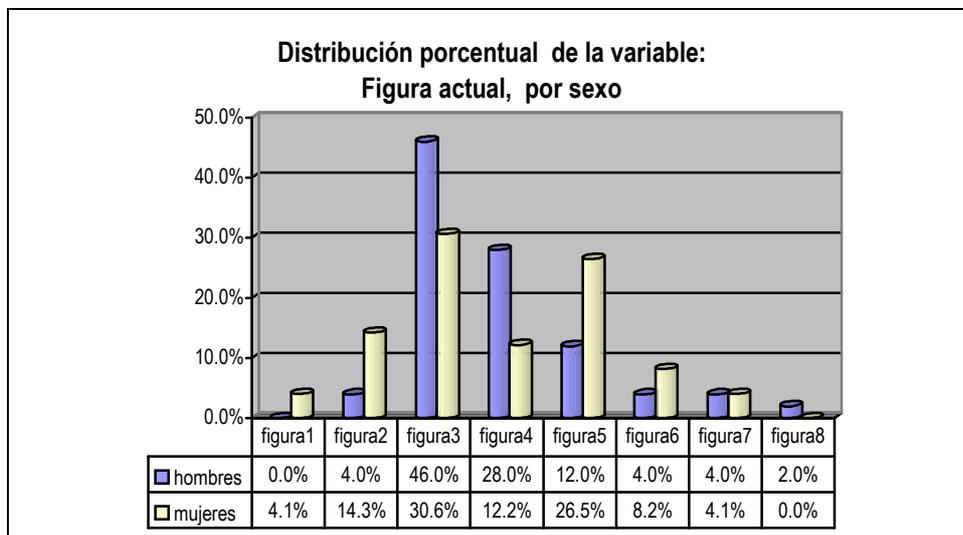
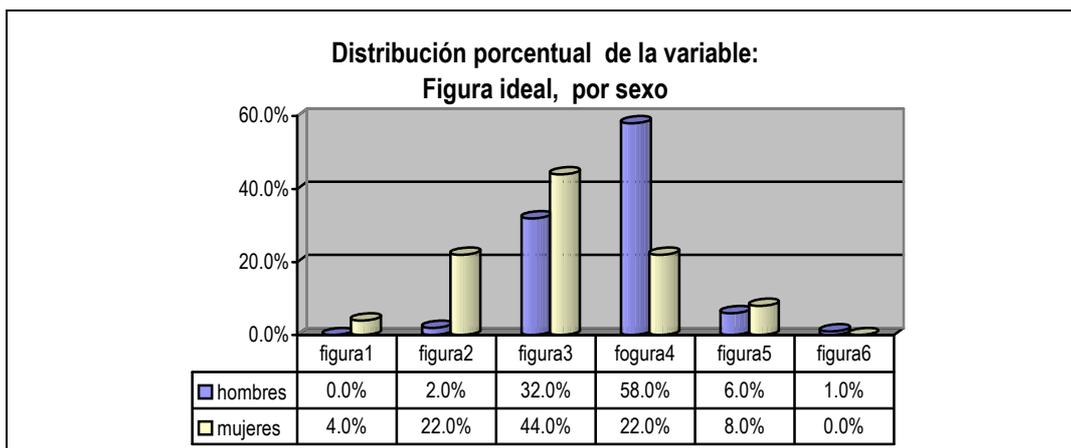


Figura ideal

En la pregunta que hace referencia a la figura ideal (figura que les gustaría tener) se encontró que el 66% del género femenino eligieron la silueta 3 (por abajo del peso normal) y la silueta 2 (muy delgada) que aunque no seleccionaron las más delgadas si son figuras de bajo peso mientras que las siluetas de sobrepeso fueron omitidas por ambos sexos. En el caso de los hombres encontramos el mayor porcentaje 58% en la figura 4 (peso normal) y la figura 3 con 32% que esta (por abajo del peso normal), lo que nos sugiere que desearían una figura delgada (con músculo).

Figura 4



Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

Se encontraron altos porcentajes de insatisfacción con la imagen corporal en ambos sexos, sin embargo en hombres un 62% están insatisfechos porque desearían tener una figura más gruesa (con músculo) mientras que entre las mujeres un 37% está insatisfecha por las mismas razones. Otro 35% de las mujeres esta insatisfecha porque desea estar más delgada, ver la siguiente tabla.

Tabla 4

Distribución porcentual de la variable satisfacción / insatisfacción de la imagen corporal por sexo.

	SEXO		Total
	<i>masculino</i>	<i>femenino</i>	
Insatisfacción (-)	62.0%	36.7%	49.5%
Satisfacción (0)	22.0%	28.6%	25.3%
Insatisfacción (+)	16.0%	34.7%	25.3%
Total:	100%	100%	100%

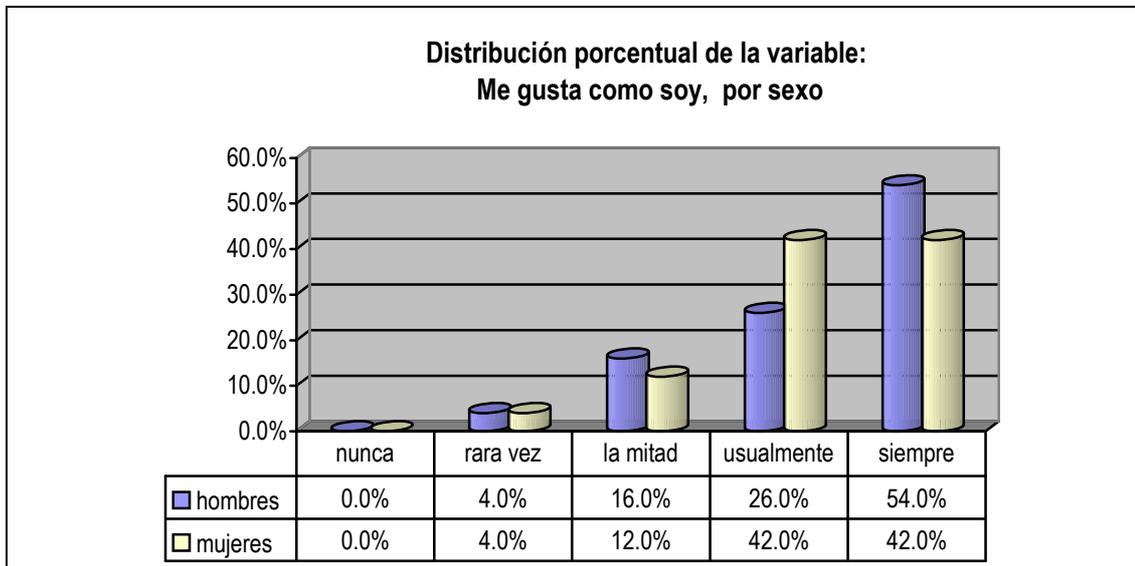
La insatisfacción con la imagen corporal encontrada en ambos grupos demuestra que tanto hombres como mujeres se encuentran insatisfechos, deseando tener un peso menor o por

abajo del peso normal. Es interesante ver que los porcentajes menores correspondieron a satisfacción.

Autoestima

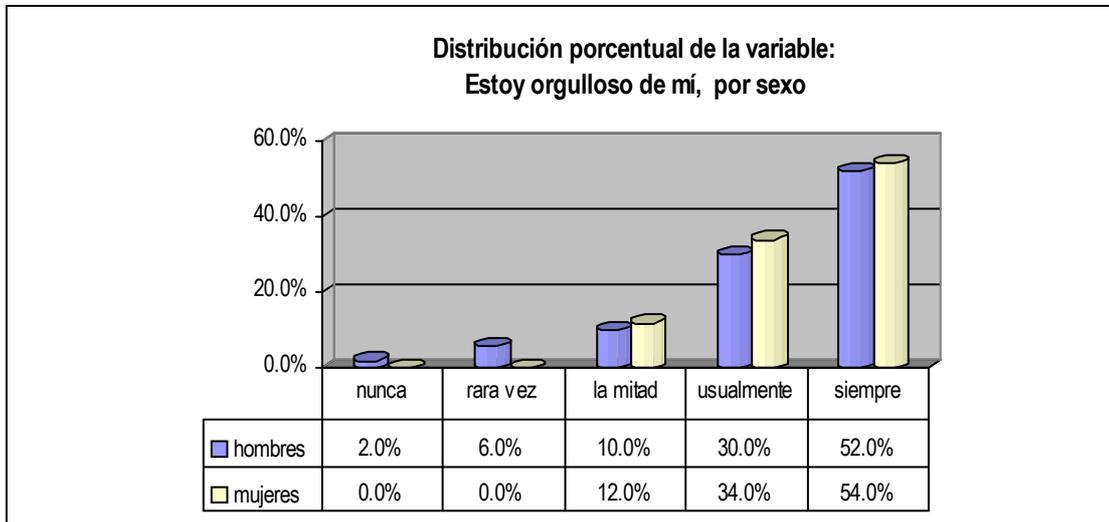
En torno a la variable “..Me gusta como soy..” encontramos que el mayor porcentaje de hombres 54% y en mujeres 42% contestaron “siempre” encontrando solamente un 4% contesto “rara vez”. Estos datos nos reportan una regular aceptación de sí mismo en hombres y en mujeres aunque son los hombres quienes tienen una mayor autoestima.

Figura 5



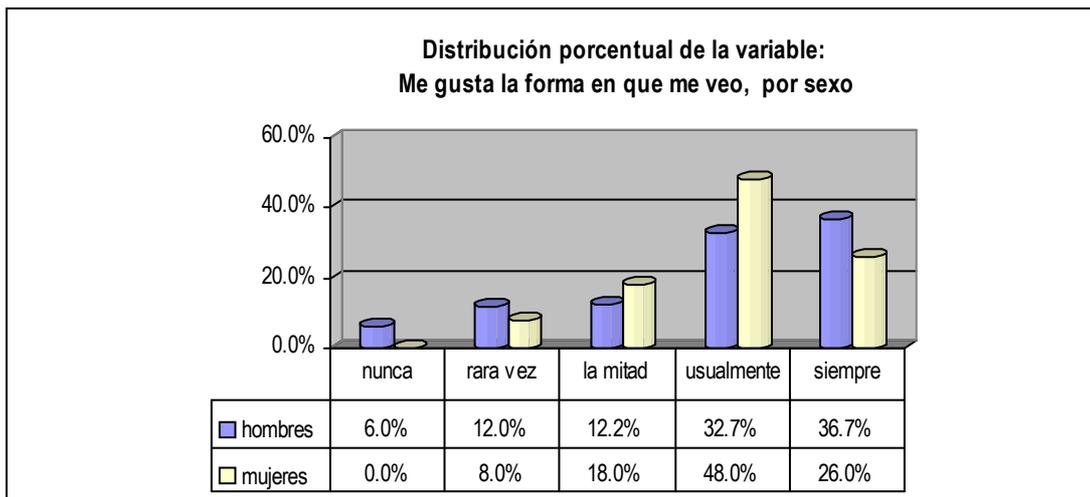
Así mismo encontramos en el ítem “...estoy orgulloso. ..” un porcentaje 88% de mujeres y de 82% hombres que contestaron “usualmente” y “siempre”.

Figura 6



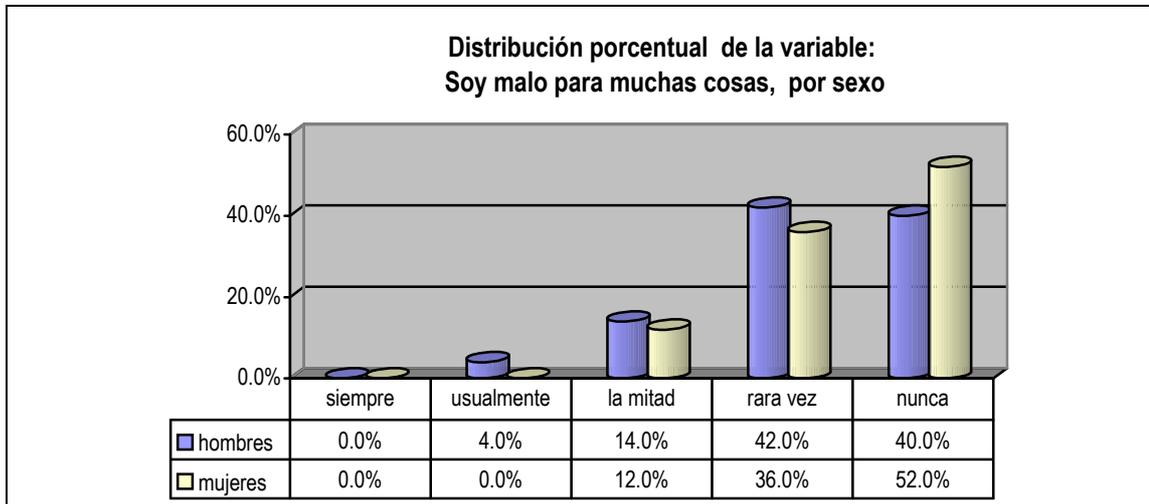
El reactivo “...me gusta la forma...” tenemos un 69% de hombres y un 74% de mujeres que contestaron “usualmente” y “siempre”, es importante resaltar que en ambos casos marcan la opción “la mitad de las veces” un porcentaje de 12 % hombres y 18% mujeres.

Figura 7



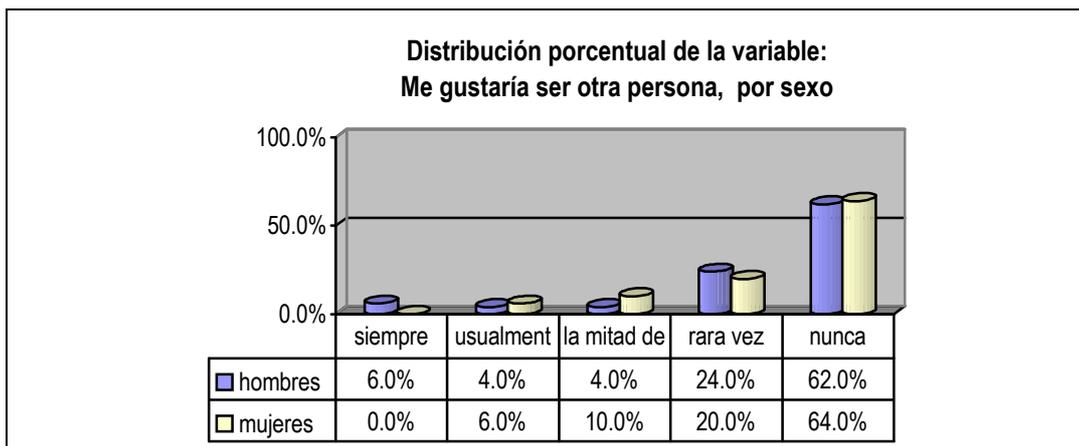
Para medir autoestima baja tenemos el ítem "...Soy malo..." que nos proporcionó los siguientes porcentajes; en hombres encontramos un porcentaje de 82% y en mujeres un 88% que contestaron "rara vez" y "nunca" respuestas que nos indican una autoestima alta.

Figura 8



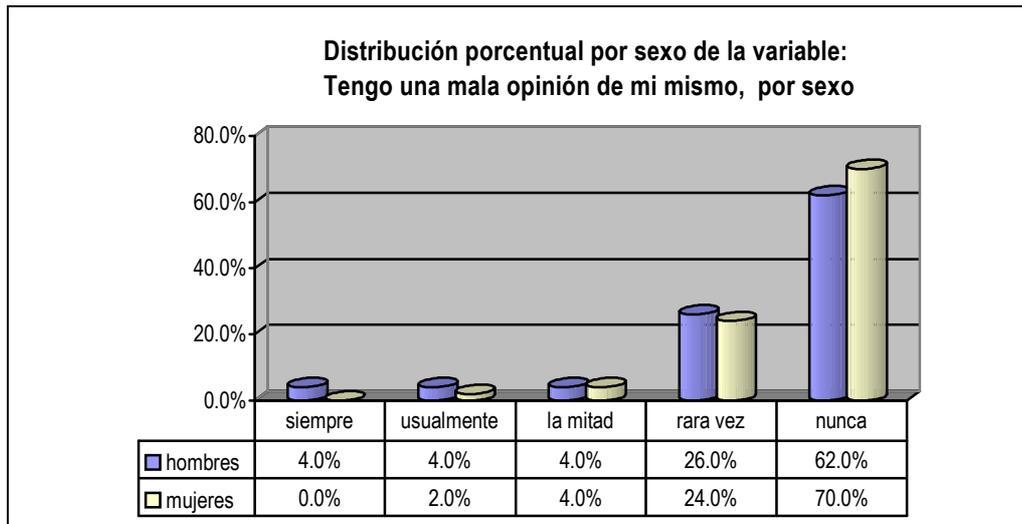
En la variable "...me gustaría ser otra ..." encontramos los siguientes datos: un porcentaje de 84% en mujeres contestó "rara vez" y "nunca" lo mismo en hombres que tuvieron un 86% con la misma respuesta, observamos que no hay diferencias considerables entre los dos grupos, pues en ambos es similar, ya que los hombres reportaron una diferencia ligeramente mayor que en mujeres.

Figura 9



Ahora bien, tenemos en el ítem "...tengo una muy mala opinión...", donde encontramos los siguientes porcentajes de 94% en mujeres que respondieron con la opción "rara vez" y "nunca" en hombres un 88% con la misma respuesta, encontramos que en ambos grupos la autoestima es alta.

Figura 10



Prueba de Hipótesis

Como se observa en la tabla 5, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, teniendo como variable independiente el sexo. Las medias (incluidas en la tabla 6) señalan que fueron las mujeres quienes presentaron mayor grado de insatisfacción que los hombres ($X_M = .7551$ vs $X_H = .1200$). Con base en estos resultados se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 y se confirma la hipótesis de trabajo que dice “ Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a la satisfacción/insatisfacción con su imagen corporal.”

Tabla 5

Resultados Prueba t de student, para muestras independientes.

	t	df	SIG.
ALTERACIÓN	.000	18	1.000
SATISFACCIÓN	-2.087	97	.040

Tabla 6

Medias y Desviaciones standars de las variables por grupo Alteración y satisfacción por sexo.

	SEXO	MEDIA	DS
ALTERACIÓN	Masculino	-.5000	.5270
	Femenino	-.5000	.8498
SATISFACCIÓN	Masculino	.1200	1.4934
	Femenino	.7551	1.5347

Como se observa en la tabla 5 no se produjeron diferencias significativas en la variable alteración de la imagen corporal (sobrestimación/subestimación), teniendo como variable independiente el sexo, las medias incluidas en la tabla 6 señalan que tanto hombres como mujeres subestiman por igual su imagen corporal, ($X_M = -.5000$ vs $X_H = -.5000$). Con base en estos resultados se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 , por lo que no se confirma la hipótesis de

trabajo que dice: “Se encontrarán diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres con respecto a la alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación)”.

En la tabla 7 se observa que de acuerdo con la variable autoestima no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, con base en estos resultados se acepta la H_0 y se rechaza la H_1 , por lo que no se confirma la hipótesis de trabajo “Se encontrarán diferencias significativas entre los adolescentes hombres y mujeres con respecto a la variable autoestima”.

Tabla 7

Resultados ANOVA . Autoestima por sexo e insatisfacción con imagen corporal

Concepto	Tipo	df	Media	F	Sig.
SEXO	6.653.E-02	1	6.653E-02	1.339	.250
SATIS_R	3.199E-02	2	1.600E-02	.322	.726
SEXO	0217	2	.109	2.186	.118

También es importante mencionar que no se encontraron diferencias significativas en la autoestima de los adolescentes dependiendo del grado de satisfacción/insatisfacción de los mismos.

Discusión y Conclusiones

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre las variables de autoestima e Imagen Corporal (satisfacción/insatisfacción) como factores de riesgo en hombres y mujeres adolescentes estudiantes de enfermería. Se trabajó con una muestra no probabilística de n=50 mujeres y n=50 hombres. La media de edad para los hombres fue de $X= 19.61$ DE = 1.33 y para mujeres una media de $X= 19.81$. DE = 1.17

En los resultados obtenidos en la presente investigación, se observó insatisfacción con la Imagen Corporal ya que deseaban tener una figura delgada las mujeres y una figura musculosa los hombres. Dos terceras partes de las mujeres eligieron la figura delgada y muy delgada e incluso se encontró un porcentaje que eligió la figura más delgada (desnutrida). Con relación a los hombres un poco más de la mitad deseaban tener una figura más gruesa (musculosa).

Es importante señalar que se confirmó la hipótesis de trabajo que proponía; que se encontrarían diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la imagen corporal, (satisfacción/insatisfacción).

Debe señalarse que estos resultados coinciden con los reportados en estudios previos, realizados con preadolescentes y adolescentes. Por ejemplo Gómez Pérez Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, (2001) encontraron que un grupo de adolescentes mujeres reportaron insatisfacción positiva, deseando ser más delgadas, 50% mientras que entre hombres se encontró insatisfacción negativa en 40% de adolescentes hombres deseaban tener una figura más gruesa (musculosa).

Resultados similares arroja la investigación de Rubio (2003). Los adolescentes, tanto hombres como mujeres se sientes satisfechos con su figura, aunque esto no es así con respecto a su peso. Son más los hombres que se encuentran satisfechos con su peso que las mujeres, sin embargo los adolescentes insatisfechos lo están porque quieren un cuerpo más grueso (insatisfacción negativa) . La insatisfacción en las mujeres, por el contrario, se debe a que quisieran pesar menos (insatisfacción positiva).

En la variable alteración de la Imagen Corporal (subestimación/sobreestimación), se encontró que ambos grupos subestiman por igual su imagen corporal, por lo que se rechazó la hipótesis de trabajo, que señalaba, que se encontrarían diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la alteración de la imagen corporal (subestimación/sobreestimación).

Los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con los de una investigación previa en la que se encontró que las diferencias entre las variables autopercepción del peso corporal e índice de peso real mostraron congruencia con los resultados de insatisfacción. En los grupos de mujeres adolescentes los resultados no fueron muy concordantes ya que de acuerdo con el alto porcentaje de satisfacción positiva se esperaría un mayor porcentaje de sobreestimación, los resultados obtenidos fueron pequeños y similares (20%) de sobreestimación y subestimación (20%). Entre los hombres los adolescentes fueron quienes mostraron congruencia entre insatisfacción y alteración. Los adolescentes estaban insatisfechos en mayor medida, porque deseaban estar mas gruesos y subestimaron su peso corporal (se percibían más delgados de lo que realmente eran) prácticamente en su totalidad (Gómez Pérez Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001).

De acuerdo con León (2000), en el estudio sobre Alteración de la Imagen Corporal en una Muestra de Adolescentes Mexicanos, encontraron que el efecto de alteración (sobrestimación y subestimación) de la imagen corporal está presente entre los adolescentes con problemas de peso, ya sea por abajo o por arriba del peso normal, los estudiantes de bajo peso tienden a sobrestimar su imagen corporal, los resultados confirman la interacción significativa entre peso corporal y sexo, así ser delgado (bajo peso) se relaciona con sobrestimación, pero la mujer sobreestima más que el hombre, de la misma manera, ser obeso se relaciona con subestimación pero en este caso es el hombre quien subestima mas que la mujer. En este sentido el trabajo de Gray (1977 citado en León 2000) confirma lo anterior, en una población de estudiantes hombres y mujeres, las personas que tenían bajo peso, se percibían con mayor peso (sobreestimaban).

Como puede verse estos resultados nos indican que tanto hombres como mujeres son igualmente susceptibles a la presión social. Sin embargo para las mujeres afecta de forma diferente, ya que la presión social que se ejerce en torno a la imagen corporal exige una figura muy delgada para entrar en la norma cultural de belleza, en los hombres aunque también se presenta la presión social es menor. El impacto que ejerce la industria del adelgazamiento en los

adolescentes, se muestra como insatisfacción con la Imagen Corporal, lo que constituye un factor de riesgo que puede conducir a trastornos de la conducta alimentaria.

En lo que se refiere a la hipótesis de autoestima, que suponía que se encontrarían diferencias significativas en adolescentes hombres y mujeres sin embargo esta hipótesis fue rechazada. Los resultados señalan que no hay diferencias significativas en hombres y mujeres con relación a su autoestima. Curiosamente en ambos grupos se observan porcentajes altos que señalan una autoestima positiva, lo que no concuerda con resultados previos. Una posible explicación es que las preguntas hechas tan directamente produjeron el efecto de deseabilidad social relacionado con un efecto cultural. Efecto que fue confirmado al comparar los resultados de preguntas directas vs indirectas relacionadas con satisfacción/insatisfacción (León, Gómez-Peresmitré, Pineda y Platas, 2002).

Los resultados de un estudio previo muestran que los adolescentes que se encuentran satisfechos con su imagen corporal, cuentan con mayor autoestima que los insatisfechos (ya sea positiva o negativamente) y, que los adolescentes que cuentan con una insatisfacción negativa, cuentan con más autoestima positiva que los insatisfechos positivamente (Rubio, 2003).

En cuanto a las diferencias de puntajes en función del sexo; se ha identificado claramente una tendencia en hombres a presentar mayores puntajes que las mujeres, en la escala total de autoestima así como en la mayoría de los factores (Caso, 1999).

Es importante señalar que en la presente investigación no se incluyó como marco teórico la perspectiva de género. Sin embargo de acuerdo a los resultados que se obtuvieron donde se puede apreciar que la autoestima en la mujer es menor a la del hombre, aunque estadísticamente no resultó significativa, sería conveniente en futuras investigaciones probar la hipótesis de que a mayor insatisfacción con la imagen corporal en las mujeres se observará menor autoestima en éstas.

Sugerencias

Se sugiere realizar nuevas investigaciones con mediciones indirectas de la autoestima.

En los próximos estudios sería pertinente trabajar con muestras del sexo masculino, continuando con la detección de factores de riesgo, pues según lo observado es una población susceptible, por lo que se sugiere seguir trabajando en ella ya que se encuentra poca información al respecto.

Un aspecto que explica las diferencias entre sexos en la percepción de la imagen corporal, al parecer es la presión que sobre la mujer ejerce la cultura de la delgadez, por lo que se sugiere se lleven a cabo estudios sobre estilos de vida.

Sería conveniente realizar futuras investigaciones, con un enfoque de género.

También es de gran importancia realizar programas preventivos en las escuelas, donde se de a conocer los factores de riesgo que generan los trastornos de la conducta alimentaría.

REFERENCIAS

- Aguilera, G., Alcaraz, J., Avila, J., Herrera, I., y López, S., López, O., y Rivera, M. (1998). Cuerpo, identidad y psicología. México: Plaza y Valdés.
- Alvarez, C. R. (1998). Obesidad y autoestima. México: McGraw-Hill
- Anastasi, A. (1973). Psicología diferencial. Madrid: Aguilar
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). DSM - IV TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson
- Bayés, R. (1974). Una introducción al método científico en psicología. Barcelona: Fontanella
- Bernard, M. (1985). El cuerpo. España: Paidós
- Branden, N. (1993). El poder de la autoestima. Buenos Aires: Paidós
- Brooks F., D. (1959). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Kapelusz
- Bruch, H. (1973). Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa ante person within. London: Routledge and Kegan Paul.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder
- Caparrós, N., y Sanfeliú I. (1997). La anorexia. Madrid: Biblioteca Nueva
- Carneiro, A. (1982). Adolescencia sus problemas y su educación. México: Uteha
- Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de Maestría, en psicología Inédita o no publicada. Facultad de Psicología: UNAM
- Coleman, J.C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata
- Conger, J. (1980). Adolescencia, generación presionada. México: Dimsa
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). Anorexia y bulimia. Barcelona: Gedisa

-
- Durker, M. y Slade, R. (1995). Anorexia nerviosa y bulimia. México: Limusa
- Erikson, E. (1971). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Piados
- Erikson, E. (1969). La juventud en el mundo moderno. Buenos Aires: Piados
- Erikson, E. (1972). Sociedad y adolescencia. Buenos Aires: Piados
- Ferguson, R. L. (1979). Desarrollo de la personalidad. México: Manual Moderno
- Fuentes, G. B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. México: Cecsca
- Garfinkel, P.E., Garder, D.M. y Goldbloom, D.S. (1987). Eating Disorders: Implications for the 1990's. Cadian Journal of Psychiatry, 32, 624-631.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1981). Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, 1 (1), 135-156
- Gómez Peresmitré, Saucedo M. y Unikel S. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja y Gómez-Peresmitré (Comp.). La Psicología social: Investigación y aplicaciones en México.(pp 267-315) México: Fondo de cultura económica.
- Gómez Pérez Mitré, G., Alvarado H., Moreno E., Saloma G., y Pineda G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres grupos diferentes de edad: Pre-púberes, Púberes y Adolescentes. Revista Mexicana de Psicología,18 (3), 313-324
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-197
-

-
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino. Revista Mexicana de Psicología Contemporánea, 7 (1), 4-15
- León H. R., Gómez-Peresmitré, G. Pineda, G. G. y Platas, A. S. (2002). Alteración de la imagen corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. *La Psicología Social en México*. Vol. IX.
- Grinder, R., (1987). Adolescencia. México: Limusa
- Gross R.D. (1998). Psicología, la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno
- Herman, C. P., y Polivy, J. (1980) Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: Saunders.
- Horrocks, E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas
- Kolondy, R., Bratter, T. y Deep, C. (1989). Como sobrevivir la adolescencia de su adolescente. Buenos Aires: Vergara.
- León, H. R. (2000). Alteración de la Imagen corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología Social y Salud. (122)
- López C. (2001). Fundación Agenda Colombia, Revista Time en Español, El Mundo de la Imagen. Recuperado el 19 de abril de 2005. http://www.cecilialopezcree.com/i_Ultima%20Hora/2001/2_EI%MUNDO%20de%20la%20Imagen.htm
- López, S. F. (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Madrid: Siglo XXI
- Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. Barcelona: Herder
- Marsellach, G. U. (1998). Biblioteca de artículos de la psicóloga M. G. U. Autoestima en adolescentes. Recuperado el 19 de abril del 2005. http://www.ciudadfutura.com/psico/articulos/autoestima_nya.htm#adolescentes.
-

-
- Morris, R. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós
- Myers, D. G. (1988) Psicología. Buenos Aires: Medica Panamericana
- Organización Mundial de la Salud. (1992), Trastornos mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE-10. Madrid: OMS
- Palaino-Lorente A. (2004). Familia y Autoestima. Barcelona: Ariel
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992a). Psicología del desarrollo. México: Mc Graw Hill
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992b). Psicología. México: Mc Graw Hill
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). Psicología del Desarrollo. México: Mc Graw Hill
- Pick de Weiss., S. y Vargas T. E., (1995). Yo adolescente. México: Planeta
- Polivy, J., y Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A Causal analysis. American Psychologist, 40, 193-201.
- Raich, R. M. (2000). Imagen corporal. Madrid: Pirámide
- Riambaulf, G. y Eliacheff, C. (1991). Las indomables. Buenos Aires: Nueva visión
- Rubio, B. V. (2003) Relación entre Autoestima e Imagen Corporal. Tesis de Licenciatura Psicología. UNAM
- Santrock, J. (2004). Psicología del desarrollo en la adolescencia. Madrid: México: Mc Graw-Hill interamericana
- Sherif, M. y Sherif, W. (1970). Problemas de la juventud. México: Trillas
- Sprott, W. J. (1968). Introducción a la psicología social. Buenos Aires: Paidós
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., y Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia, American Psychologist, 41, 246-263.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel
-

-
- Toro, J. (2004). Riesgo y causas de la anorexia nerviosa. Barcelona: Ariel
- Tovar, R. (1996). La Autoestima en la mujer económicamente activa y mujer económicamente no activa. Tesis de Licenciatura Psicología. UNAM
- Tyler, E. L. (1984). Psicología de las diferencias humanas. Madrid: Marova
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennett, S.M., Goreczny, A.J. y Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Pergamon Press, 11, 433-446
- Wolf, N. (1991). El mito de la belleza. Barcelona: Emecé
- Worchel S. y Shebilske, W. (1998). Psicología fundamentos y aplicaciones, Madrid: Prentice Hall

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

Los derechos de autor están registrados.
Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio, de este cuadernillo, sin la autorización expresa de la responsable del proyecto.

Copyright, México 1998
Revisión 2003
Lic. Silvia Platas Acevedo
Lic. Rodrigo C. León Hernández

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Facultad de Psicología, UNAM*

SECCIÓN A

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

SECCIÓN N

18. ¿Crees que si fueras más delgada tendrías más amigas y amigos de los que actualmente tienes?

- A) Sí
- B) Probablemente
- C) No

19. ¿Te sientes presionada por tus compañeros y compañeras para estar más delgada?

- A) Nunca
- B) Algunas veces
- C) Siempre

20. Si te comparas con otras chicas de tu misma edad, ¿cómo te ves?

- A) Mucho más delgada
- B) Un poco más delgada
- C) Como ahora
- D) Un poco más llena
- E) Mucho más llena

21. ¿Has adelgazado más de 5 kilos durante los últimos 6 meses?

- A) Sí
- B) No

22. ¿Te da mucho miedo aumentar de peso , aunque los demás piensen que estás muy delgada?

- A) Si
- B) No

23. ¿Te ves gorda aunque los demás te digan que estás muy delgada?

- A) Si
- B) No

SECCIÓN N

9. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí
- B) No

10. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí
- B) No

11. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?

- A) Sí
- B) No

12. ¿Te pesas habitualmente?

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.
- B) No. Pasa a la pregunta 14.

13. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo te pesas?

- A) Cada día
- B) De 2 a 3 veces por semana
- C) De vez en cuando

14. ¿Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- B) No. Pasa a la pregunta 16.

15. Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?

- A) Tu madre
- B) Tu padre
- C) Hermana/o
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Específica.

16. ¿Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?

- A) Sí
- B) No

17.- ¿Quién se ha burlado de tí?

- C) Novio(a)
- D) Amigo(a)
- E) Compañeros de clase
- F) Vecinos

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amiga(o)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación

- 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) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

SECCIÓN A**7. ¿Tienes hijos?**

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera 35.00 el salario mínimo por día):

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10,000
- F) \$ 10,001 a 12,001
- G) \$ 12,0001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al 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) Esposo 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
- G) Sin estudios.

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
- G) Sin estudios

SECCIÓN N**1. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

2. Cuando vas por la calle, ¿Te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

3. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

4. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?

- A) Siempre
- B) A veces
- A) Nunca

5. Consideras que perteneces a la clase social:

- A) Alta
- B) Media
- C) Baja

6. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico?

- A) Sí
- B) No

7. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimentarios?

- A) Sí
- B) No

8. En caso afirmativo, ¿quién es?

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermana/o
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Específica.

SECCIÓN

N

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

SECCIÓN

B

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No lo describe nada
 B= Lo describe un poco
 C= Lo describe regular (mas o menos)
 D= Lo describe bien
 E.= Lo describe exactamente.

Mi padre:

Lo describe

Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
------	------	---------	------	-------------

- | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Es autoritario. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me parece emocionalmente frío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Me premia | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Es indiferente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Tiende a consentirme como si fuera bebé. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29.-Me compara favorablemente con los demás | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseado(a). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN M

Enseguida aparece una lista de formas de ser, de pensar y de hacer, que los padres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu padre. Si actualmente no vives con el, piensa como fue dicha relación cuando vivías con el y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No lo describe nada
- B= Lo describe un poco
- C= Lo describe regular (mas o menos)
- D= Lo describe bien
- E.= Lo describe exactamente.

Mi padre:

	Lo describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1.-Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.-Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.-Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.-Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.-Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.-Esta muy apegado a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.-Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.-Quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.-Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.-Habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.-Disfruta platicándose sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.-Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.-Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.-Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.-Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.-Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.-Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.-Trata de hacerme dependiente de el.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.-Me sonrío frecuentemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN B

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde sí en los últimos quince días los has tenido, de acuerdo con la siguiente clave

A	B	C	D	E
Nunca	A Veces	Frec ientemente	Muy Frec ientemente	Si mpre

En los últimos quince días :

	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupada por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupada por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tensa con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sentiste que sudabas en exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN C

SECCIÓN M

SECCIÓN
C

SECCIÓN
M

SECCIÓN L

Mi cintura es:

		A	B	C	D	E	
47.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
48.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
49.	Mal Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
50.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
51.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada
52.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
53.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

Mis glúteos son:

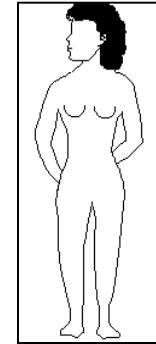
		A	B	C	D	E	
54.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
55.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
56.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
57.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
58.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
59.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos
60.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

Mis piernas son:

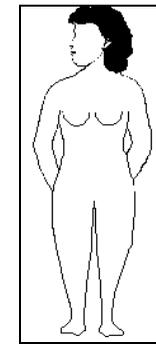
		A	B	C	D	E	
61.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
62.	Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
63.	Bien formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal formadas
64.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
65.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas
66.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidas
67.	Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

SECCIÓN C

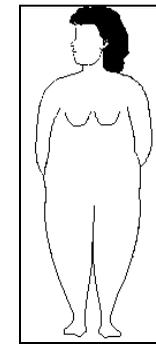
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



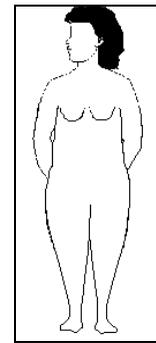
(A)



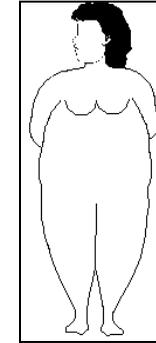
(B)



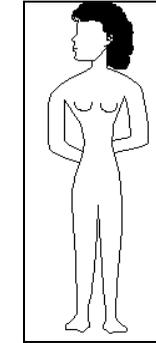
(C)



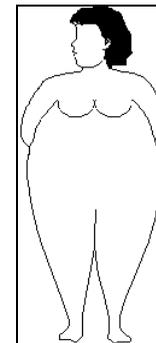
(D)



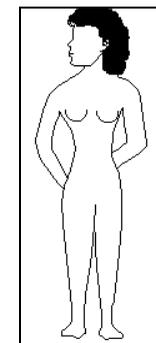
(E)



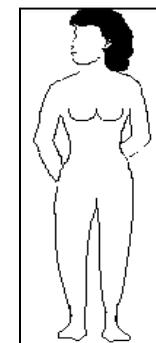
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN L

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

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	___X___	_____	_____	_____	Pequeñas

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

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

Mi cuerpo es:

		A	B	C	D	E	
1.	Ágil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2.	Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3.	Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4.	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
6.	Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
7.	Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
8.	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
9.	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
10.	Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
11.	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

Mi cara es:

		A	B	C	D	E	
12..	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
14.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
15.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
18.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

SECCIÓN D

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

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

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E. actamente
1. Ansiosa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Atractiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Insegura	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Inteligente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Fuerte	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Exitosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Sociable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pesimista	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Responsable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Independiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Torpe	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Productiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Dominante	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Estudiosa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Pasiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Comprensiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Eficiente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Falsa	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Fracasada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Rígida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Sana	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Trabajadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Incompetente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Inestable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Desconfiada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Triunfadora	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Agil	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Triste	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Solidaria	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Controlada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN D

SECCIÓN L

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E: actamente
31. Optimista.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Agradable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Agresiva	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN
L

10. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

11. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____Años

12. Cómo me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

13. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

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

14. Me gusta la forma de mi cuerpo :

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

SECCIÓN

E

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) 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 5)
- B) Sí. (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. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

6. El problema consiste en que:

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

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariciencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy importante	Importante	Importancia Regular	Poco importante	Muy Poco importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- A) Obesa
 - B) Con sobrepeso
 - C) Con peso normal
 - D) Peso por abajo del normal
 - E) Peso muy por abajo del normal
- Muy gorda
 - Gorda
 - Ni gorda ni delgada
 - Delgada
 - Muy delgada

SECCIÓN

K

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

10. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

SECCIÓN E1

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B a veces	C frecuentemen e (aprox. La mitad de a veces)	D muy freci entemente	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.Procuro 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 de más me provoca sentimientos de culpa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8.Soy de las 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 con 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 las 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 nada me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. No me gusta comer con otras personas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN J

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
 B= La describe un poco
 C= La describe regular (mas o menos)
 D= La describe bien
 E.= La describe exactamente.

Mi madre:

- | | La describe | | | | |
|---|-------------|------|---------|------|-------------|
| | Nada | Poco | Regular | Bien | Exactamente |
| 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Es autoritaria. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me parece emocionalmente fría. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Me premia | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Es indiferente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Tiende a consentirme como si fuera bebé | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Me compara favorablemente con los demás | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN J

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
- B= La describe un poco
- C= La describe regular (mas o menos)
- D= La describe bien
- E.= La describe exactamente.

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E: actamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN E1

A Nunca	B A Veces	C Frecu ntemente	D Muy Frecu ntemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	-------------------------	--------------

23. No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe se 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 parar 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 de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
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, no como, 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 llena	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Dificilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN F

SECCIÓN

F

SECCIÓN J

SECCIÓN

J

SECCIÓN I

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular (más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí misma	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN F

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

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	D : acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	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 mesura (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 deberían 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 sé porqué 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 control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (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 con la comida también puede excederse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy insegura. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigas. (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 el mejor. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN G

SECCIÓN
G

SECCIÓN I

SECCIÓN
I

SECCIÓN H

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hay o ha habido :

- A) Sobre peso
- B) Tabaquismo
- C) Obesidad
- D) Alcoholismo
- E) Delgadez extrema
- F) Ninguno de los anteriores
- G) Todos los anteriores

11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

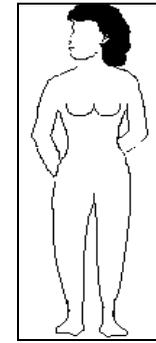
- A) Actitud negativa hacia la obesidad
- B) Preocupación por el peso corporal
- C) Preocupación por la forma de comer
- D) Preocupación por la apariencia física
- E) Insatisfacción con la figura

12. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

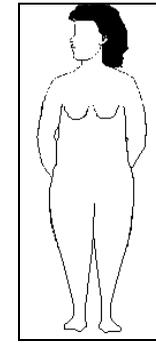
- A) Dietas para control de peso
- B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana

SECCIÓN G

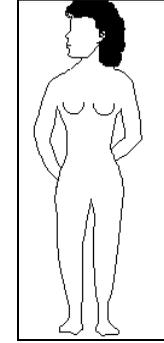
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



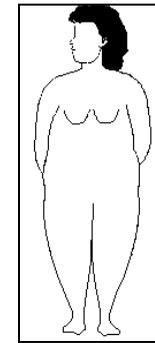
(A)



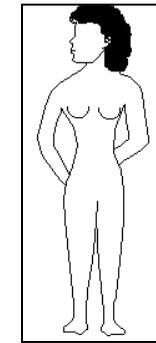
(B)



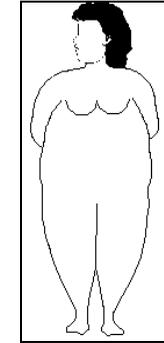
(C)



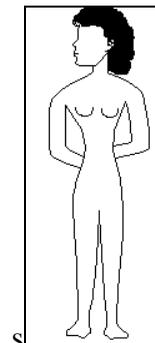
(D)



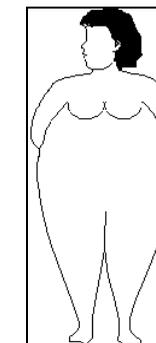
(E)



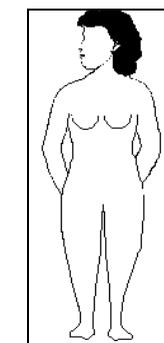
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN

H

1. ¿Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea)

- A) Ninguna
- B) Una o Dos
- C) Tres a cinco
- D) Más de cinco

2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?

- A) Ninguna
- B) Una o Dos
- C) Tres a cinco
- D) Más de cinco

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

- A) No
- B) Sí

4. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?

- A) Muy malas
- B) Malas
- C) Regulares
- D) Buenas
- E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XY (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

Los derechos de autor están registrados.
Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio, de este cuadernillo,
sin la autorización expresa de la responsable del proyecto.

Copyright, México 1998
Revisión Enero 2003
Lic. Silvia Platas Acevedo
Lic. Rodrigo León Hernández

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Facultad de Psicología, UNAM*

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

18.¿Crees que si fueras más delgado tendrías más amigos y amigas de los que actualmente tienes?

- A) Sí
- B) Probablemente
- C) No

19.¿Te sientes presionado por tus compañeros y compañeras para estar más delgado?

- A) Nunca
- B) Algunas veces
- C) Siempre

20. Si te comparas con otros chicos de tu misma edad, ¿cómo te ves?

- A) Mucho más delgado
- B) Un poco más delgado
- C) Como ahora
- D) Un poco más lleno
- E) Mucho más lleno

21. ¿Has adelgazado más de 5 kilos durante los últimos 6 meses?

- A) Si
- B) No

21. ¿Te da mucho miedo aumentar de peso, aunque los demás piensen que estás muy delgado?

- A) Si
- B) No

23.¿Te ves gordo aunque los demás te digan que estás muy delgado?

- A) Si
- B) No

SECCIÓN N

9. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí
- B) No

10. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- A) Sí
- B) No

11. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?

- A) Sí
- B) No

12. ¿Te pesas habitualmente?

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.
- B) No. Pasa a la pregunta 13

13. Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo te pesas?

- A) Cada día
- B) De 2 a 3 veces por semana
- C) De vez en cuando

14. ¿Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?

- A) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- B) No. Pasa a la pregunta 16

15. ¿Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?

- A) Tu madre
- B) Tu padre
- C) Un hermano/a
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Especifica

16. ¿Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?

- A) Si
- B) No

17.- ¿Quién se ha burlado de tí?

- A) Novio(a)
- B) Amigo(a)
- C) Compañeros de clase
- D) Vecinos

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- 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 (eyaculación)

- 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) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

SECCIÓN A**7. ¿Tienes hijos?**

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de (considera \$35.00 el salario mínimo por día):

- A) N\$ 2000 o menos
- B) N\$ 2001 a 4000
- C) N\$ 4001 a 6000
- D) N\$ 6001 a 8000
- E) N\$ 8001 a 10,000
- F) N\$ 10,001 a 12,001
- G) N\$12,001 o más.

9. ¿Quién o quiénes 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
- G) Sin estudios

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
- G) Sin estudios.

SECCIÓN N**1. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adelgazantes?**

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

2. Cuando vas por la calle, ¿Te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

3. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

4. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?

- A) Siempre
- B) A veces
- C) Nunca

5. Consideras que perteneces a la clase social:

- A) Alta
- B) Media
- C) Baja

6. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico?

- A) Sí
- B) No

7. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nervosa, bulimia nervosa u otros trastornos alimentarios?

- A) Sí
- B) No

8. En caso afirmativo, ¿quién es?

- A) Padre
- B) Madre
- C) Hermano/a
- D) Tío (a)
- E) Abuelo (a)
- F) Otros. Específica

SECCIÓN

N

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Empresaria
- G) Jubilada

SECCIÓN

B

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No lo describe nada
 B= Lo describe un poco
 C= Lo describe regular (mas o menos)
 D= Lo describe bien
 E.= Lo describe exactamente.

Mi padre:

	Lo describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Es autoritario.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me parece emocionalmente frío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me premia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Me deja en libertad de vestirme como quiera	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Es indiferente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Tiende a consentirme como si fuera bebé.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29.-Me compara favorablemente con los demás	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseado(a).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN M

Enseguida aparece una lista de formas de ser, de pensar y de hacer, que el padre pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu padre. Si actualmente no vives con el, piensa como fue dicha relación cuando vivías con el y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No lo describe nada
 B= Lo describe un poco
 C= Lo describe regular (mas o menos)
 D= Lo describe bien
 E.= Lo describe exactamente.

Mi padre:

	Lo describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E. actamente
1.-Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.-Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.-Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.-Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.-Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.-Esta muy apegado a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.-Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.-Quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.-Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.-Habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.-Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.-Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.-Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.-Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.-Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.-Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.-Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.-Trata de hacerme dependiente de el.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.-Me sonrío frecuentemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados períodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido de acuerdo con la siguiente clave.

	A Nunca	B A Veces	C Frec ientemente	D Muy Frec ientemente	E Siempre
En los últimos quince días :					
	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sentiste que sudabas en exceso	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCION C

SECCIÓN M

SECCIÓN

C

SECCIÓN

M

SECCIÓN L

Mi cintura es

		A	B	C	D	E		
47.	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea	
48.	Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa	
49.	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada	
50.	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva	
51.	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada	
52.	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida	
53.	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande	

Mis glúteos son:

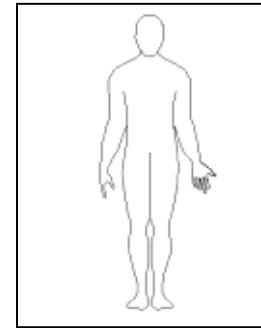
		A	B	C	D	E		
54.	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos	
55.	Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos	
56.	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados	
57.	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos	
58.	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados	
59.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidos	
60.	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes	

Mis piernas son:

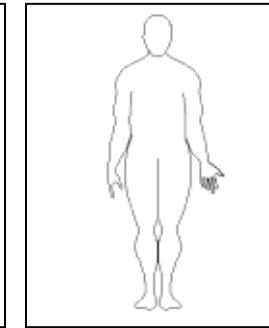
		A	B	C	D	E		
61.	Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas	
62.	Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas	
63.	Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas	
64.	Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas	
65.	Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas	
66.	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flácidas	
67.	Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes	

SECCIÓN C

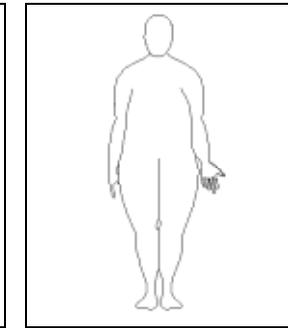
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



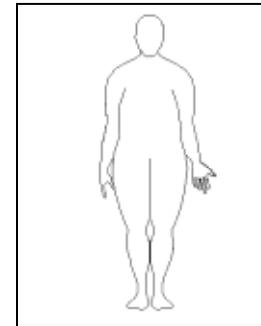
(A)



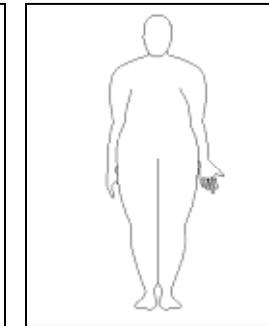
(B)



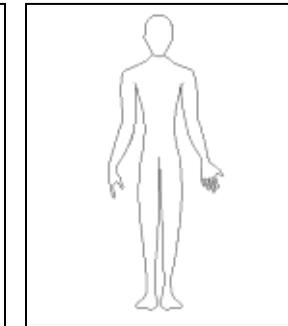
(C)



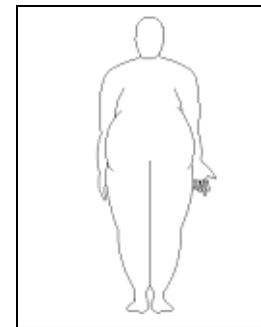
(D)



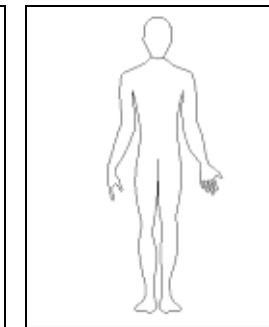
(E)



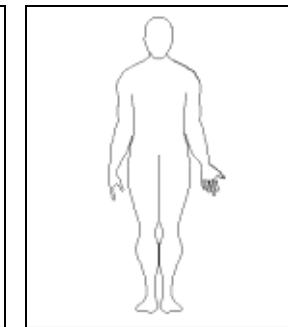
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN L

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

Por ejemplo:

Mis manos son:

	A	B	C	D	E	
Grandes	_____	___X___	_____	_____	_____	Pequeñas

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

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

Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
1. Ágil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2. Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3. Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4. Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5. Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácido
6. Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
7. Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
8. Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
9. Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
10. Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
11. Proporciónado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciónado

Mi cara es:

	A	B	C	D	E	
12. Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13. Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
14. Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
15. Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16. Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17. Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flácida
18. Proporciónada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciónada

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

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

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E: actamente
1. Ansiosa	A	B	C	D	E
2. Atractiva	A	B	C	D	E
3. Insegura	A	B	C	D	E
4. Inteligente	A	B	C	D	E
5. Fuerte	A	B	C	D	E
6. Exitosa	A	B	C	D	E
7. Sociable	A	B	C	D	E
8. Pesimista	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Independiente	A	B	C	D	E
11. Torpe	A	B	C	D	E
12. Productiva	A	B	C	D	E
13. Dominante	A	B	C	D	E
14. Estudiosa	A	B	C	D	E
15. Pasiva	A	B	C	D	E
16. Comprensiva	A	B	C	D	E
17. Eficiente	A	B	C	D	E
18. Falsa	A	B	C	D	E
19. Fracasada	A	B	C	D	E
20. Rígida	A	B	C	D	E
21. Sana	A	B	C	D	E
22. Trabajadora	A	B	C	D	E
23. Incompetente	A	B	C	D	E
24. Inestable	A	B	C	D	E
25. Desconfiada	A	B	C	D	E
26. Triunfadora	A	B	C	D	E
27. Ágil	A	B	C	D	E

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	E. actamente
28.Triste	A	B	C	D	E
29.Solidaria	A	B	C	D	E
30.Controlada	A	B	C	D	E
31.Optimista	A	B	C	D	E
32.Agradable	A	B	C	D	E
33.Agresiva	A	B	C	D	E

SECCIÓN
L

10. Llegar a estar gordo :

- A) Me preocupa mucho.
- B) Me preocupa.
- C) Me preocupa de manera regular.
- D) Me preocupa poco.
- E) No me preocupa.

11. A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal

_____ Años

12. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

13. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

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

14. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

SECCIÓN

E

SECCIÓN E

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Baje de peso
- C) Subí y baje de peso
- D) 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 5)
- B) Sí. (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. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

6. El problema consiste en que:

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

7. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

SECCIÓN K

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho
- B) Satisfecho
- C) Indiferente
- D) Insatisfecho
- E) Muy insatisfecho

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (aparición) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy importante	Importante	Importancia Regular	Poco importante	Muy Poco importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- A) Obeso
 - B) Con sobrepeso
 - C) Con peso normal
 - D) Peso por abajo del normal
 - E) Peso muy por abajo del normal
- Muy gordo
 - Gordo
 - Ni gordo ni delgado
 - Delgado
 - Muy delgado

SECCIÓN

K

8. ¿Cuándo sientes más hambre?

- A) En el desayuno
- B) En la comida
- C) En la cena
- D) Entre una comida y otra

9. ¿ Con que intensidad sientes hambre?

- A) Poca
- B) Regular
- C) Demasiada

10.¿ Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy frecuentemente
- E) Siempre

SECCIÓN E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemen e (aprox. la mitad de l a veces)	D muy freci entemente	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 de 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. Ingiere 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 con 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. Procuo 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 como una medida de control de peso. | (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 los 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 connigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCION J

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
 B= La describe un poco
 C= La describe regular (mas o menos)
 D= La describe bien
 E.= La describe exactamente.

Mi madre:

La describe				
Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 20.Me da tanta libertad como la que yo quiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21.Es autoritaria. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22.Me parece emocionalmente fría. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23.Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24.Me premia | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25.Me deja en libertad de vestirme como quiera | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26.Es indiferente. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27.Parece que entiende mis problemas y preocupaciones. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28.Tiende a consentirme como si fuera bebé. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29.- Me compara favorablemente con los demás. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30.-Me hace sentir como si no hubiera sido deseado | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

SECCIÓN J

Enseguida aparece una lista de formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa cómo fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
- B= La describe un poco
- C= La describe regular (mas o menos)
- D= La describe bien
- E.= La describe exactamente.

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándose sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN E

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

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 parar 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)
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 sorprende pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, 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, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44. Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47. Tengo problemas con mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCION F

SECCION J

**SECCION
F**

SECCIÓN

J

SECCION I

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular (más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí mismo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN F

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

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	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 deberían 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 sé porqué 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 control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (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 con la comida también puede excederse en otras conductas (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy inseguro. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigos. (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 el mejor (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter (A) (B) (C) (D) (E)

SECCION G

SECCIÓN I

**SECCION
G**

**SECCIÓN
I**

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos) , hay o ha habido :

- A) Sobre peso
- B) Tabaquismo
- C) Obesidad
- D) Alcoholismo
- E) Delgadez extrema
- F) Ninguno de los anteriores
- G) Todos los anteriores

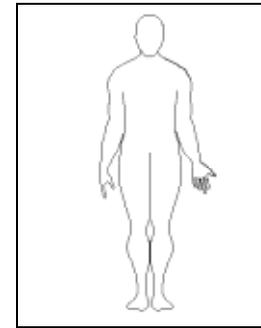
11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

- A) Actitud negativa hacia la obesidad
- B) Preocupación por el peso corporal
- C) Preocupación por la forma de comer
- D) Preocupación por la apariencia física
- E) Insatisfacción con la figura

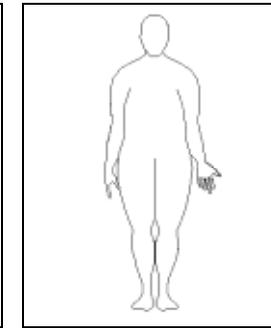
12. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- A) Dietas para control de peso
- B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana.

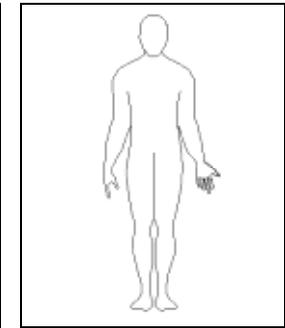
1. Observa con cuidado las siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



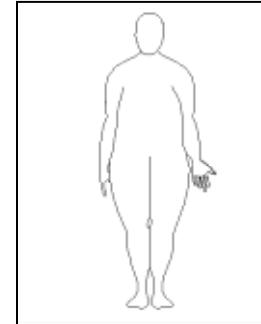
(A)



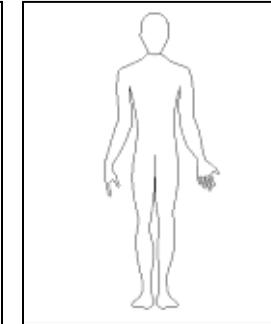
(B)



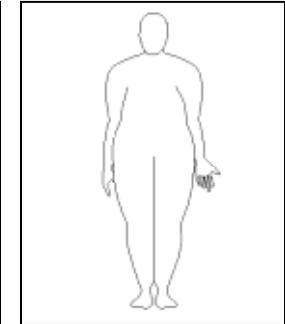
(C)



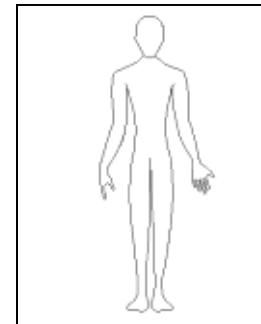
(D)



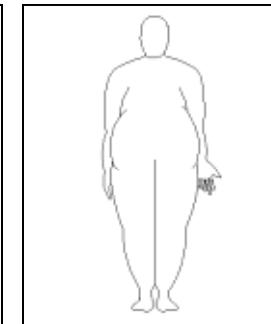
(E)



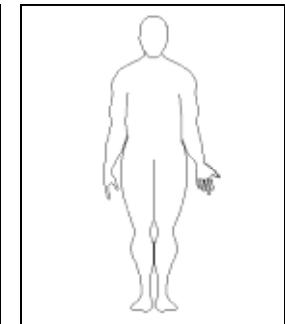
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN H

SECCIÓN
H

SECCIÓN H

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

- A) Ninguno
- B) Uno o Dos
- C) Tres a cinco
- D) Más de cinco

2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?

- A) Ninguna
- B) Una o Dos
- C) Tres a cinco
- D) Más de cinco

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

- A) No
- B) Sí

4. ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?

- A) Muy malas
- B) Malas
- C) Regulares
- D) Buenas
- E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frec ientemente	Muy freci entemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

Instrumento estandarizado por Caso (1999) de 21 reactivos