



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y SU RELACION CON LA AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES MEXICANAS”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
RODRIGUEZ PEREYRA TANIA MIREYA  
SANCHEZ GONZALEZ NANCY

Directora de Tesis:  
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

México, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

A Rosa María y Enrique, por su comprensión y apoyo incondicional.

Al Colegio de Bachilleres Plantel 9 "Aragón": a los directivos, por todas las facilidades; a los maestros, por brindarnos un espacio en sus clases, y a las alumnas, en quienes se basó esta investigación, por su participación.

A Jorge, por todo lo que tiene que ver con la realización de esta tesis.

---

### *Nancy*

Les agradezco a mis padres, Leopoldo y Laura, por el apoyo que me brindaron en la realización de este trabajo, pero sobre todo por el amor incondicional a lo largo de toda mi vida.

Con cariño a mi hermano, Carlos, y a Karen. Gracias por ser parte de mi vida.

Con afecto a mis abuelitos Esperanza y Pablo, así como a mis seres que han partido: mis abuelitos León Pereyra y María Luisa Mondragón, donde quiera que estén.

Con cariño a mis tíos, y en especial a mi tía Rocío por brindarme su apoyo y transmitirme sus conocimientos a lo largo de mi carrera.

A mis primos Gerardo, Edgar, René, Ariel, Frida, Iván y Andrés.

A mis mejores amigas: Gaby, Vero, Gloria, Bertha, y, por supuesto, a Nancy, la cual forma parte importante de este trabajo. Gracias por su amistad.

A la UNAM y a sus maestros por brindarme sus conocimientos.

---

### *Tania*

Agradecemos a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por su apoyo y el tiempo dedicado a la elaboración de esta tesis; también, a la Mtra. Lucy María Reidl Martínez, a la Mtra. Olga Livier Bustos Romero, al Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinoza, y a la Lic. Lilla Joya Laureano, por su amabilidad para leer esta investigación, así como por sus valiosos comentarios y las oportunas sugerencias que nos hicieron.

*Nancy y Tania*

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN.....   | 1  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 2  |
| <b>CAPÍTULO I: ANTECEDENTES TEÓRICO PRÁCTICOS</b>                |    |
| 1.1 ANOREXIA NERVOSA.....  | 4  |
| 1.1.1 DEFINICIONES.....  | 7  |
| 1.1.2 CAMBIOS COGNOSCITIVOS.....                                 | 8  |
| 1.1.3 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL.....                    | 8  |
| 1.1.4 CAMBIOS CONDUCTUALES.....                                  | 9  |
| 1.1.5 CAMBIOS BIOLÓGICOS.....                                    | 10 |
| 1.1.6 CAMBIOS EMOCIONALES Y AFECTIVOS.....                       | 11 |
| 1.1.7 COMPORTAMIENTO FAMILIAR.....                               | 11 |
| 1.1.8 CONDUCTA SOCIAL.....                                       | 12 |
| 1.1.9 CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVOSA.....                         | 12 |
| 1.1.10 EVALUACIÓN DE LA ANOREXIA NERVOSA.....                    | 13 |
| 1.1.11 TRATAMIENTO.....  | 14 |
| 1.1.12 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVOSA..... | 16 |
| 1.2 BULIMIA NERVOSA.....   | 16 |
| 1.2.1 DEFINICIONES.....  | 19 |
| 1.2.2 CAUSAS DE LA BULIMIA NERVOSA.....                          | 20 |
| 1.2.3 BULIMIA NERVOSA Y PERSONALIDAD.....                        | 20 |
| 1.2.4 CONSECUENCIA FÍSICAS DE LA BULIMIA NERVOSA.....            | 21 |
| 1.2.5 EVALUACIÓN DE LA BULIMIA NERVOSA.....                      | 21 |
| 1.2.6 TRATAMIENTO.....   | 22 |
| 1.2.7 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVOSA.....   | 23 |
| 1.3 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO.....    | 24 |
| 1.4 OBESIDAD.....  | 25 |
| 1.4.1 DEFINICIONES.....  | 26 |
| 1.4.2 CLASIFICACIÓN.....   | 27 |
| 1.4.3 EPIDEMIOLOGÍA (OBESIDAD).....                              | 28 |
| 1.4.4 TEORÍAS SOBRE LA OBESIDAD.....                             | 29 |
| 1.4.5 PADECIMIENTOS ASOCIADOS CON LA OBESIDAD.....               | 31 |
| 1.4.6 MORFOLOGÍA DEL PACIENTE OBESO.....                         | 31 |
| 1.4.7 DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA CORPORAL.....                     | 32 |
| 1.4.8 FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD.....                  | 33 |
| 1.4.9 EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD.....                             | 34 |
| 1.4.10 TRATAMIENTO.....  | 35 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.5   | BINGE EATING DISORDER.....                                   | 39 |
| 1.5.1 | CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL BINGE EATING DISORDER..... | 40 |

## CAPÍTULO II: ADOLESCENCIA

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.1   | ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....                                      | 42 |
| 2.1.1 | NACIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA.....                                | 42 |
| 2.1.2 | LA ADOLESCENCIA EN LA ÉPOCA INDUSTRIAL.....                       | 42 |
| 2.2   | ADOLESCENCIA Y CULTURA.....                                       | 44 |
| 2.3   | ACTITUDES FRENTE A LA MENSTRUACIÓN.....                           | 47 |
| 2.4   | CRECIMIENTO FÍSICO Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA..... | 48 |
| 2.5   | MADURACIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES.....                             | 50 |
| 2.6   | MADURACIÓN SEXUAL EN LOS HOMBRES.....                             | 51 |
| 2.7   | ALIMENTACIÓN DURANTE EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA.....           | 52 |
| 2.8   | CAMBIOS COGNOSCITIVOS EN LA ADOLESCENCIA.....                     | 53 |
| 2.9   | FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL ADOLESCENTE.....                    | 54 |

## CAPÍTULO III: AUTOESTIMA

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 3.1 | ANTECEDENTES.....  | 57 |
| 3.2 | DEFINICIONES.....  | 61 |
| 3.3 | AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO.....                                   | 63 |
| 3.4 | DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.....                                 | 66 |
| 3.5 | ADOLESCENCIA Y AUTOESTIMA.....                                   | 68 |
| 3.6 | VARIABLES QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA.....                         | 73 |
| 3.7 | AUTOESTIMA Y RELACIONES SEXUALES.....                            | 79 |
| 3.8 | CARACTERÍSTICA DE UNA AUTOESTIMA ALTA Y UNA AUTOESTIMA BAJA..... | 81 |

## CAPÍTULO IV: IMAGEN CORPORAL

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 4.1 | ANTECEDENTES.....                                    | 86  |
| 4.2 | DEFINICIONES DE IMAGEN CORPORAL.....                 | 88  |
| 4.3 | IMAGEN CORPORAL Y ADOLESCENCIA.....                  | 89  |
| 4.4 | IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN..... | 94  |
| 4.5 | INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.....           | 97  |
| 4.6 | IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA.....                    | 99  |
| 4.7 | SOBRESTIMACIÓN-SUBESTIMACIÓN.....                    | 102 |
| 4.8 | ESTUDIOS REVISADOS SOBRE IMAGEN CORPORAL.....        | 103 |

## CAPÍTULO V: SEXUALIDAD

|   |     |
|---|-----|
| 5.1 DATOS HISTÓRICOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA.....  | 109 |
| 5.1.1 ÉPOCA ANTIGUA.....                              | 109 |
| 5.1.2 PENSAMIENTO ORIENTAL.....                       | 110 |
| 5.1.3 ÉPOCA MEDIEVAL Y RENACENTISTA.....              | 110 |
| 5.1.4 EL SIGLO XX Y LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL.....    | 111 |
| 5.2 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.....                | 112 |
| 5.3 DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE.....       | 114 |
| 5.4 LOS GRUPOS DE ADOLESCENTES Y LA SEXUALIDAD.....   | 116 |
| 5.5 EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES..... | 116 |
| 5.5.1 MASTURBACIÓN.....                               | 116 |
| 5.5.2 FANTASÍAS SEXUALES.....                         | 117 |
| 5.5.3 RELACIONES HETEROSEXUALES.....                  | 117 |
| 5.5.4 LAS CARICIAS.....                               | 119 |
| 5.6 SOCIEDAD Y SEXUALIDAD.....                        | 120 |
| 5.7 DIFERENCIA SEXUAL ENTRE LOS ADOLESCENTES.....     | 121 |

## CAPÍTULO VI: MÉTODO

|  |     |
|--|-----|
| 6.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO.....                   | 124 |
| 6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....              | 124 |
| - PROBLEMA GENERAL.....                          | 124 |
| - PROBLEMA ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN.....     | 124 |
| 6.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....                 | 124 |
| - VARIABLE INDEPENDIENTE O DE CLASIFICACIÓN..... | 124 |
| - DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....                     | 124 |
| - DEFINICIÓN OPERACIONAL.....                    | 125 |
| - VARIABLES DEPENDIENTES.....                    | 125 |
| - DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....                     | 125 |
| - DEFINICIÓN OPERACIONAL.....                    | 126 |
| 6.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....                    | 126 |
| 6.5 MÉTODO.....                                  | 127 |
| 6.5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....               | 127 |
| 6.5.2 MUESTRA.....                               | 127 |
| 6.5.3 INSTRUMENTO.....                           | 127 |
| 6.5.4 FORMA DE CALIFICACIÓN.....                 | 130 |
| 6.5.5 APARATOS.....                              | 131 |
| 6.5.6 PROCEDIMIENTO.....                         | 132 |
| 6.5.7 ANÁLISIS DE DATOS.....                     | 132 |

**CAPÍTULO VII: RESULTADOS**

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....134  
 7.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES E INTERÉS.....136  
 7.2.1 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA VIDA SEXUAL.....137  
 7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL.....145  
 7.3.1 SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL.....145  
 7.3.2 SOBRESTIMACIÓN-SUBESTIMACIÓN.....148  
 7.4 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE AUTOESTIMA.....149  
 7.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS.....164

**CAPÍTULO VIII: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....168**

**REFERENCIAS.....173**

**ANEXO.....184**

No es cierto, hermanita, que mi vida sea de novela. Las novelas mienten y mi vida es la pura verdad...

No, hermanita, yo no podría ser personaje de ficción porque no soy alta ni delgada, no tengo las piernas largas ni el vientre liso y los pechos pequeños y duros, ni los ojos azules y el cabello rubio y lacio como tienen las heroínas de los libros y de las películas.

Sara Sefchovich, *Demasiado amor*.



## RESUMEN

El presente proyecto\* tuvo como propósito describir si el inicio de la vida sexual se relacionaba con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes mexicanas; para lograrlo, se trabajó con un diseño de 2 grupos, con observaciones independientes y con una muestra intencional no probabilística con  $N=235$ , que se subdividió en  $n_1=71$  (adolescentes que habían iniciado su vida sexual) y  $n_2=164$  (adolescentes que no habían iniciado su vida sexual). Tal muestra se extrajo de una población formada por adolescentes mujeres de escuelas preparatorias públicas del Distrito Federal y zonas conurbadas. Posteriormente, se formó una submuestra del 20% de la muestra original con el método de Selección Sistemática Aleatoria, con el propósito de tomar medidas antropométricas (peso y talla). Se aplicaron dos instrumentos: 1) Sobre Alimentación y Salud, en su versión XX (para mujer) que exploró las variables de imagen corporal e inicio de la vida sexual, y 2) La Prueba de Autoestima para Adolescentes. Los resultados más relevantes muestran que la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que no tienen vida sexual, con las chicas que iniciaron su sexualidad por causas ajenas a su voluntad, así como las que consideraron sus relaciones sexuales como insatisfactorias; también, que la figura delgada ha sido asimilada como norma estética socioculturalmente establecida.

---

\* Este proyecto de investigación forma parte del proyecto "Prevención Primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición" PAPIIT 2000 No. IN305599.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa en el desarrollo del hombre considerada de gran vulnerabilidad por los cambios que se gestan tanto biológicos como físicos, psicológicos y sociales. El adolescente no solo se enfrenta a los cambios cognoscitivos y de imagen corporal sino también a las exigencias, normas y valores del grupo social al que pertenece y a las que tendrá que adaptarse poco a poco, buscando y construyendo su identidad en donde el aspecto físico es de primordial importancia, tanto, que los medios de comunicación en conjunción con los valores estéticos imperantes en la sociedad se han encargado de hacerlo notar. Esto es asimilado por el adolescente como normas e ideales del aspecto físico generando insatisfacción con el propio cuerpo.

Las exigencias, normas e ideales de aspecto físico establecidos por el entorno social difieren entre mujeres y hombres, ya que por ejemplo en el caso de las mujeres se le da un gran valor a la delgadez mientras que entre los hombres es bien valorado representar fortaleza física. De esta manera se ha encontrado que los hombres se perciben más satisfechos con su imagen corporal en comparación con las mujeres quienes perciben en mayor grado insatisfacción con su imagen corporal. Esta insatisfacción origina conductas de riesgo que pueden llegar a ser trastornos de la alimentación que generan en la vida del individuo graves consecuencias.

Generalmente, la sexualidad inicia en la etapa de la adolescencia y es para, muchas jóvenes, una experiencia que deja huellas profundas, las cuales pueden afectar la percepción de su imagen corporal y su autoestima. Así, el presente estudio pretende conocer cómo se relaciona el inicio o no de la vida sexual en la adolescencia con la imagen corporal y autoestima, así como detectar aquellas conductas de riesgo en las adolescentes mexicanas que han y no iniciado su sexualidad. Con la información recopilada hasta el momento, con la que se obtenga en este estudio y, sobre todo, con la detección temprana en este grupo que, por sus características de desarrollo, es considerado como vulnerable, se encaminarán acciones que permitan implementar alternativas de prevención y tratamiento.

**CAPÍTULO I**

**ANTECEDENTES**  
**TEÓRICO PRÁCTICOS**

## 1.1 ANOREXIA NERVOSA

Dentro de la anorexia nervosa existen múltiples factores los cuales interactúan permanentemente. Un paciente con anorexia nervosa va a experimentar una serie de cambios en todos los sectores de su vida; dichos cambios se dan de una manera conjunta, éstos van desde sus pensamientos, emociones, sentimientos y comportamiento, repercutiendo en la relación del paciente con su mundo. Así mismo este trastorno es consecuencia de diversos factores: psicológico, biológicos y sociales.

La anorexia nervosa parece estar presente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nervosa es poco frecuente, y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente, pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. La anorexia nervosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales. En cambio otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia entre los 13 y 18 años el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de anorexia nervosa se observan en mujeres (American Psychiatric Association (APA), 1995)

Sobre la anorexia nervosa se han tenido datos desde la Edad Media; en el siglo pasado era conocida por un pequeño número de especialistas y desconocida por la mayoría de las personas. En la década de los 70's empezó a ser conocida por los norteamericanos y en la siguiente década fue nombrada como "la enfermedad de los 80's", aumentando su prevalencia en estas últimas décadas y usándose el término de anorexia en el lenguaje cotidiano.

En 1973, Hilde Bruch publica el libro "Eating Disorders", dicho libro comenzó a conocerse para el área psiquiátrica tardíamente. En 1982, una revista científica, la "International Journal of Eating Disorders", se dedicó totalmente a la investigación de la anorexia y la bulimia nervosa.

De acuerdo con Rutzstein (1997) existen una tendencias en la literatura para el estudio e investigación de la anorexia nervosa. la Tendencia Amplia, la cual tiene una visión mayor de lo que es la anorexia nervosa. Esta tendencia nos dice que en la anorexia nervosa probablemente exista una continuidad en la experiencia del ayuno a través del tiempo y el espacio, ya que las conductas de restricción de alimentos son conocidas desde un ámbito religioso, siendo entre los siglos XII y XVI en los que surge el catolicismo en donde el control del apetito se ligaba a la piedad y a la creencia, tomándolo como una forma de encontrar la perfección ante Dios.

En la Edad Media existía una característica en las mujeres de somatizar los actos religiosos, por ejemplo sólo comían la hostia eucarística ya que el ayuno era un factor importante en el modelo de santidad femenina. Y lo anterior no solo era apoyado por las mujeres medievales, sino que también por el clero, que alentaba dicha conducta porque era considerada como la unión con Dios; pero a pesar de esto, la Iglesia no exigía llegar a límites extremos. En aquel periodo de la historia, la Iglesia no sabía si el ayuno, hasta el punto de poner en riesgo la vida de las jóvenes, era por obra de Dios o del Diablo, y es por esta razón que algunas de estas ayunadoras se consideraban como herejes o como practicantes de brujería, por lo que tuvieron que pasar por los juicios de las autoridades eclesiásticas. Sólo algunas de estas jóvenes convencían a los demás de que su conducta era obra de Dios, logrando ser respetadas, ya que ser la sierva de Dios significaba que su conducta no la regía ningún hombre, por lo que estas mujeres llegaban a imponerse ante la jerarquía eclesiástica (Bynum, 1991).

Bynum (1991) afirma que la jerarquía eclesiástica modificó los procedimientos oficiales de canonización, por lo que el número de ayunadoras consideradas santas disminuyó considerablemente. Entre los siglos XVII y XVIII los científicos se interesaron por la abstinencia en cuanto a la alimentación, que era muy común en las mujeres de la Edad Media y la denominaron Anorexia Mirabilis, que significa "pérdida del apetito inspirado milagrosamente". Los

casos estudiados presentaban ciertas características comunes como: No tenían un origen orgánico, abstinencia voluntaria, actitud distorsionada e implacable hacia la comida, periodos de hiperactividad y episodios de bulimia; Sólo que existe una diferencia con las anoréxicas de nuestros días: antes lo que las movía era una actitud hacia lo espiritual y ahora lo que las mueve es la búsqueda de la delgadez y el temor a engordar.

Hasta aquí es necesario mencionar que no se puede decir que la anorexia de aquella época y la de hoy sea el mismo fenómeno, ya que entran en juego factores socioculturales, y no debe olvidarse que por lo tanto las ayunadoras medievales se encontraban sujetas a estructuras sociales patriarcales. Rutzstein (1997) afirma que existen sistemas sociales y culturales que van a promover el control del apetito en las mujeres por diversas razones y objetivos. De acuerdo a esta autora la descripción de la anorexia como una entidad clínica se encuentra tres siglos atrás.

Richard Morton publicó en 1964, en su libro "Phthisiología: or Treatise of Consumptions" la primera descripción de la anorexia nervosa, siendo el primer médico en describir varios de los síntomas típicos de este trastorno. El principal síntoma, según Morton, era la disminución del apetito con la consecuente pérdida de peso, que no se presentaba junto con otros síntomas como la fiebre y la tos, característicos de la consunción. Es hasta finales del siglo XIX cuando la anorexia es el centro de atención, contando con la descripción de casos en los que existía un rechazo hacia la comida. Pero finalmente es en siglo XX cuando se reconoce la anorexia nervosa, como una enfermedad endócrina, sin tomar en cuenta otros posibles factores de causa (enfermedad de Simmonds). Finalmente es en 1942 cuando se encuentra que los casos estudiados, como la enfermedad de Simmonds no son sino casos de anorexia nervosa.

Para finalizar debemos decir que por lo que se ha mencionado hasta aquí, existen conceptos diferentes de un ideal de belleza femenino de acuerdo a la sociedad a la que pertenecemos, observando en nuestra época una presión sociocultural hacia la apariencia física, ya que en la actualidad ser delgado es considerado como señal de admiración; hacer dieta y controlar el peso es una forma de vida que es aceptada por millones de personas, en especial por las mujeres, siendo que éstas se encuentran en mayor grado insatisfechas con

sus cuerpos en comparación con los hombres, y dicha insatisfacción se debe a que comparan sus cuerpos con un ideal, y al no encontrarse en las normas que marcan este ideal, se dan cuenta que su cuerpo no es como quisieran que fuera (Toro, 1996).

### 1.1.1 DEFINICIONES

Según Toro (1996) la anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida del peso corporal superior al 15%, esto como consecuencia de una supresión voluntaria del consumo de alimentos.

Saldaña (1994) define a la anorexia nervosa como un trastorno caracterizado por una pérdida de peso extrema, debido a la realización de dietas restrictivas, al exceso de ejercicio físico, al uso de vómitos autoinducidos y al abuso de los laxantes, lo que motiva a estas personas es un miedo intenso al aumento de peso.

Schütze (1983) habla de una anorexia mental para referirse a este trastorno, definiéndola como la pérdida del apetito que afecta sobre todo a las mujeres jóvenes, y que pertenece al grupo de las enfermedades psicosomáticas.

Rutzstein (1997) dice que la anorexia nervosa se caracteriza por una pérdida de peso que se alcanza mediante la restricción alimentaria autoimpuesta, por un miedo intenso al aumento de peso, por una distorsión de la imagen corporal y por un trastorno endocrino que en las mujeres se describe como amenorrea.

El "Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales" identificado como DSM-IV, considera a la anorexia como un trastorno que consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso, a convertirse en una persona obesa, aun cuando sea éste por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal que se manifiesta a través de la manera en que la persona percibe su peso, su talla o su silueta. Las personas que sufren este trastorno afirman que se encuentran obesos o que algunas partes de su cuerpo son

desproporcionadas, cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal o incluso están emaciados. Se preocupan por su tamaño corporal y frecuentemente están insatisfechos con algún rasgo de su apariencia física (APA, 1995).

### 1.1.2 CAMBIOS COGNOSCITIVOS

Existen cambios cognoscitivos significativos en una persona anoréxica, girando estos alrededor del aspecto del cuerpo y la valoración del mismo, lo que trae por resultado pensamientos tales como "estoy demasiado gorda", "si quiero gustar necesito ser delgada", etc. Este tipo de juicios en un paciente anoréxico se convierten en el tema central y exclusivo de su vida.

Huon y Brown (1984, citado en Toro y Vilardell, 1987) estudiaron lo que piensan las anoréxicas de sí mismas, por medio de la aplicación de un cuestionario de autoevaluación a un grupo de 25 anoréxicas, comparando sus respuestas con las de dos grupos constituidos por adolescentes que se pesaban con gran frecuencia y otro por jovencitas que apenas se pesaban. Los resultados arrojaron las siguientes conclusiones:

- a) Las anoréxicas tienen una autoestima baja.
- b) Creen carecer de control sobre el desarrollo de su cuerpo, su peso.
- c) En el aspecto personal tienen una valoración negativa en cuanto a su apariencia en general.
- d) Son críticas en relación con su ingesta, en específico en cuándo, qué y cómo comen.

Cabe señalar que el grupo de adolescentes que se pesaba con frecuencia estaba, por sus resultados, en un punto medio entre las anoréxicas y las jóvenes que no se pesaban con frecuencia, por lo que ello podría ser un factor de riesgo que influye en la aparición de la anorexia nervosa.

### 1.1.3 ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

En las personas anoréxicas existen autoestima y autoimagen negativas, la alteración de la imagen corporal de un paciente anoréxico se refiere que a pesar de su extremada delgadez sobrevalora sus dimensiones. De acuerdo con Toro y Vilardell (1987) la observación clínica permite corroborar la existencia de dos tipos de anomalías en cuanto a la apreciación del tamaño y



dimensiones del propio cuerpo: a) Distorsiones perceptivas, esto es, errores significativos en cuanto a la percepción de determinadas características corporales; y b) Evaluaciones distorsionadas, las cuales dependiendo de su contenido, dan lugar a sentimientos de ansiedad o pueden contribuir a disminuirlos. No siempre dichas distorsiones van a afectar a todo el cuerpo, ya que en ocasiones afectan sólo partes específicas del mismo como son caderas, los muslos, abdomen y nalgas. Así mismo estos autores dicen que cuando uno se preocupa por algo tiende a presentar ansiedad y que en las anoréxicas la persona, al estar observando reiteradamente su cuerpo, puede conducir a tener distorsiones cognitivas.

#### 1.1.4 CAMBIOS CONDUCTUALES

De acuerdo con Toro y Vilardell (1987), uno de los primeros cambios en las personas anoréxicas se relacionan con la ingesta de alimentos, ya que estos pacientes comienzan primero por hacer una dieta restrictiva, en la cual suprimen primero alimentos como los carbohidratos, después las grasas y por último reducen o suprimen la ingesta de proteínas. Existen casos en los cuales se puede llegar a la restricción de líquidos. La mayoría de los pacientes anoréxicos atraviesan por periodos bulímicos, es decir, periodos en los que se presenta una ingesta de alimentos de forma desmesurada e irregular y que trae como consecuencia sentimientos de culpa, ansiedad y, a veces pensamientos suicidas. Dichos atracones dejan ver que la persona anoréxica tiene un hambre desesperada pero después de este episodio bulímico se odia a sí misma despreciándose intensamente. Los episodios bulímicos conllevan ahora a los vómitos voluntarios, ya que la anoréxica o bulímica piensa que ha perdido el control, empeorando su imagen y el vómito es su forma de compensar y/o recuperar dicho control, disminuyendo su ansiedad. Estos festines antes mencionados se desarrollan a escondidas ya que es un acto vergonzoso del cual nadie se debe enterar. El vómito puede llegar a convertirse en un acto voluntario, ya que con frecuencia las anoréxicas vomitan ya no por la ingesta excesiva sino por su malestar postprandial.

Otra conducta anómala es el uso de laxantes, ya que debido a la escasa ingesta de alimentos la persona anoréxica se estriñe y, para atacarlo, utiliza todo tipo de laxantes pues la retención implica más peso. Así mismo estas personas utilizan diuréticos para eliminar el exceso de líquidos: éstos también

representan peso. Los pacientes anoréxicos se vuelven obsesivos con las dietas y todo lo que implique comida y peso, el paciente se informa del contenido calórico de todos los alimentos, así como de la variedad de las dietas que existen para perder peso y de cualquier producto que facilite la reducción del mismo. Cabe mencionar que estas personas son hiperactivas: al tener una mayor actividad física existe pérdida de peso, pero dicha actividad también se vuelve una obsesión, realizando, por ejemplo, paseos exhaustivos y haciendo ejercicio en casa, en la escuela y en gimnasios el mismo día.

Por último se debe mencionar que los pacientes anoréxicos se vuelven demasiado perfeccionistas y rígidos; por ejemplo en cuanto al estudio, brinda una mayor dedicación superior a lo normal. La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de comida, acompañada de intenso ejercicio. Con frecuencia, estos pacientes se provocan vómitos y diarreas o emplean laxantes o diuréticos. En algunos casos puede presentarse también bulimia nervosa (Toro y Vilardell, 1987).

### 1.1.5 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Durante la anorexia nervosa el cuerpo pierde nutrientes importantes debido a la disminución del aporte calórico, por lo que la mínima cantidad ingerida de alimento se destina a la supervivencia dejando en un segundo plano al crecimiento. Algunas de las manifestaciones clínicas que se presentan en la anorexia, aparte de la pérdida considerable de peso son: estreñimiento, insomnio, hinchazón, amenorrea e infertilidad, vaginismo y frigidez. En ocasiones los pacientes pueden presentar debilidad muscular, calambres, convulsiones, derrames articulares, incluso fracturas y fenómenos secundarios debido al abuso de laxantes, diuréticos y al ejercicio (Waldstreicher, 1985, citado en Toro y Villardell, 1987).

Así mismo, dentro de las consecuencias de la anorexia nervosa, encontramos aquellas que afectan a nivel endocrino como alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (amenorrea); reducción en los niveles de gonadotropina, hormona luteotropa (LH) y folículoestimulante (FSH); en los varones anoréxicos los niveles de testosterona se encuentran disminuidos, contribuyendo a la impotencia y a la alteración de la libido; en las mujeres, los estrógenos y la testosterona presentan alteraciones metabólicas, elevación

en las concentraciones de la hormona de crecimiento cuanto menores son los niveles de albúmina, alteraciones en la secreción de la hormona antidiurética, y en cuanto a la termorregulación, la temperatura basal disminuye y, en un ambiente frío, cae anormalmente la temperatura corporal, presentándose escalofríos, mientras que en un ambiente caluroso la temperatura corporal se eleva más rápidamente que en los sujetos normales (Toro y Vilardell, 1987).

#### 1.1.6 CAMBIOS EMOCIONALES Y AFECTIVOS

Como se dijo en un principio en la anorexia nervosa influyen varios factores y entre ellos encontramos los de tipo afectivo y emocional, por ejemplo, la ansiedad, la cual se genera por situaciones como la preocupación por el sobrepeso, la imagen corporal, el descontrol, la baja autoestima, presiones familiares, la presión social por lucir delgado, etc., lo cual a la vez mantiene dicha ansiedad. Por otro lado también observamos en estos pacientes un cuadro obsesivo-compulsivo; los pensamientos de estos en cuanto a su cuerpo, su peso, la comida, el ejercicio etc., son constantes, ya que es frecuente encontrar que es el único pensamiento que tienen durante el día, así mismo las conductas que realizan en relación con lo anterior son reiteradas, semejando realmente una compulsión. Algunos autores proponen una relación entre los trastornos afectivos y la anorexia nervosa, y sugieren que los pacientes anoréxicos manifiestan síntomas de depresión como tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, insomnio, etc., y que por lo tanto existe la posibilidad de que dicha sintomatología sea consecuencia de la pérdida de peso.

#### 1.1.7 COMPORTAMIENTO FAMILIAR

La familia es un reforzador, ya que debido a la conducta de la anoréxica, existe una mayor atención a ésta, protección desmesurada, así como la aceptación de sus caprichos alimenticios, logrando de esta manera que sus comportamientos anómalos se incrementen; así al ser afectada la familia de los anoréxicos, ésta puede mantener y complicar dicha enfermedad (Toro y Vilardell, 1987)

### 1.1.8 CONDUCTA SOCIAL

Debido a que los anoréxicos rechazan su cuerpo, teniendo de esta manera una imagen negativa del mismo y una baja autoestima, ellos presentan irregularidades en su comportamiento social, es decir, las relaciones interpersonales se encuentran alteradas partiendo desde la familia hasta las amistades. Debido a que el mundo de estas personas se centra en las dietas, peso, ejercicio, sus relaciones sociales pasan a un segundo plano, pero esto no es todo ya que como estas personas se alejan a veces totalmente se sienten rechazadas, deprimiéndose cada vez más.

### 1.1.9 CAUSAS DE LA ANOREXIA NERVOSA

Como se mencionó en un principio, las causas de la anorexia nervosa son múltiples, entre las que algunos autores citan, podemos encontrar las siguientes:

- Cambios a nivel hipotálamo-hipófiso-tiroideo e hipotálamo-hipófiso-suprarrenal: debido a que la malnutrición afecta dichos ejes se presentan disfunciones en los neurotransmisores de los sistemas noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico, así como también en los opioides endógenos, trayendo como consecuencia ansiedad, patología afectiva, etc. Estos compuestos bioquímicos son algunos de los encargados de la regulación del hambre y la saciedad. Por ello se debe considerar a la malnutrición y sus consecuencias como uno de los factores más importantes en el desarrollo de la anorexia nervosa (Toro, 1996, p.9)
- Edad puberal y adolescente: La anorexia nervosa por lo general se inicia entre los 14 y los 18 años de edad, y sobre todo afecta a la población femenina, ellas experimentan un temor extremo a engordar ya que presentan una distorsión de su imagen corporal, sobrestimando las dimensiones de su cuerpo. Los periodos puberal y adolescente, son considerados como etapas o factores de riesgo, ya que debido a los cambios corporales que se experimentan en estas etapas el púber o adolescente centra la atención en su propio cuerpo, es decir, lo evalúa, lo juzga, es en este momento cuando el adolescente compara su imagen corporal con la de los demás, tratando de que ésta se apegue a las normas establecidas por sus contemporáneos, y cuando no entra en

dichas normas se hace lo imposible por poder modificarlo (Toro, 1996, pp.8 y 10).

- La familia: La familia no se considera como un factor causal específico del trastorno, aunque se ha podido ver que en las familias existe una tendencia a la sobreprotección (Minuchin y cols., 1978, citado en Toro y Vilardell, 1987, p.164).
- Factores socioculturales: Dentro de estos podemos ver que ya desde la antigüedad se ha presentado este fenómeno, pero que la marcada proliferación del mismo en nuestros días se ha debido a los cambios socioculturales, sobre todo a la cultura de la delgadez que se ha expandido en nuestra cultura occidental, siendo dicha delgadez vista como sinónimo de triunfo, de control, de aceptación, de belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por los malestares epigástricos o por aversión a los alimentos (Toro y Vilardell, 1987, p.125).

### 1.1.10 EVALUACIÓN DE LA ANOREXIA NERVOSA

Saldaña (1994) señala que se debe tener presente en primer lugar que estos pacientes rechazan totalmente la existencia de su padecimiento, por lo que aquí se presenta el problema de la falta de colaboración: el terapeuta tendrá que ganarse la confianza del individuo. La evaluación del paciente anoréxico deberá incluir a la familia, realizando la entrevista con ellos, ya sea de manera conjunta o por separado. En segundo lugar se deberá tomar la decisión de si el paciente será hospitalizado o no, esto dependiendo del infrapeso que presente el paciente y del estado físico general del mismo.

Se deberá realizar una exploración física para que el médico pueda realizar un diagnóstico completo, y poder saber a que subtipo de anorexia pertenece el paciente. El diagnóstico se realizará verificando el estado de desnutrición, al mismo tiempo que se observa el cumplimiento de los criterios diagnósticos (por ejemplo del DSM-IV). En este punto se debe considerar la evaluación en el área biomédica lo cual se podrá realizar determinando el peso y talla del paciente, y empleando otro tipo de mediciones antropométricas como el peso corporal relativo ( $\text{peso actual/peso ideal} \times 100$ ), el grosor del pliegue

subcutáneo tricípital, la circunferencia del brazo y/o índice de creatinina-talla. Finalmente en esta fase se deberá verificar que la persona no presente alguna lesión hipotalámica u otro tipo de trastorno orgánico (Saldaña, 1994).

El objetivo de la evaluación es conocer los requerimientos calóricos diarios para poder restaurar el peso del paciente, así como el poder obtener información en cuanto a los hábitos alimentarios, la existencia de episodios de voracidad y de conductas purgativas, el exceso de actividad física, todo lo anterior con el fin de desarrollar un plan terapéutico adecuado.

Así mismo no se debe perder de vista que debido a que en este trastorno existe una distorsión de la imagen corporal no será suficiente con que el paciente aumente de peso, sino que se deberá tener en cuenta la modificación de las actitudes, percepciones, cogniciones e ideas irracionales que el paciente tiene de su cuerpo, y evaluar los problemas existentes en el área de las relaciones interpersonales en el ámbito familiar y social (Saldaña, 1994).

### 1.1.11 TRATAMIENTO

Lo primero que se debe de tomar en cuenta en el tratamiento es la situación terapéutica en la cual se va a desarrollar, ya que como se mencionó anteriormente se debe saber si es necesario internar al paciente. Toro y Vilarrell (1987) proponen ciertos criterios para decidir la hospitalización del paciente anoréxico:

1. Cuando el trastorno se presenta desde hace más de cuatro meses.
2. Cuando la pérdida de peso es del 25 al 30% y su estado biológico es un riesgo importante para la vida, debido a la desnutrición.
3. Cuando se presentan episodios bulímicos, realizando conductas purgativas.
4. Cuando las relaciones familiares son muy conflictivas, o cuando el paciente presenta un alto grado de aislamiento.
5. Cuando la psicopatología secundaria del paciente es evidente, mostrando niveles elevados de ansiedad, depresión, ideas suicidas, etc. (pp.192 y 193).

En la intervención, por lo general, se combina el tratamiento hospitalario y ambulatorio, siendo este último utilizado únicamente en los casos en los que

se detecta tempranamente el trastorno. De acuerdo con Saldaña (1994) existen cuatro áreas básicas en las que se debe intervenir en el tratamiento de un paciente anoréxico:

1. El área somática: en esta área la meta deberá ser la restauración del peso normal del paciente para su edad y talla, así como la mejora general de su condición física.
2. El área conductual: el objetivo principal será la modificación de los hábitos alimentarios y si se cree pertinente la reducción de la actividad física.
3. El área psicológica: cuyo objetivo deberá ser modificar la distorsión de la imagen corporal y el miedo a aumentar de peso.
4. El área familiar: la finalidad de intervenir en esta área radica en tratar las relaciones conflictivas de la familia, por medio de la mejora del nivel de expresión de los sentimientos y del nivel de comunicación (p.132).

El aumento de peso del paciente es de vital importancia ya que la mayoría de los problemas físicos desaparecerán a medida que éste se regularice. Por lo anterior es necesario que en las primeras semanas el paciente ingiera por lo menos 2000 kilocalorías (kcal) por día y paulatinamente aumentar la cantidad a 3000 ó 4000 kcal diarias. Así mismo se deberán modificar los hábitos alimentarios, aquí el terapeuta debe observar qué y cuánto come, para que de esta manera el paciente finalmente pueda ser capaz de ejercer el control correcto de su alimentación, sin que sea supervisado por otras personas. En cuanto a la actividad física, al principio se deberán prescribir periodos de reposo y la ausencia total del ejercicio hasta que se llegue a recuperar determinado peso.

Como se mencionó anteriormente se deberá, en una segunda fase, modificar las distorsiones que el paciente tiene de su imagen corporal, así como el miedo a engordar, y trabajar con su autoestima. Aquí se pueden emplear técnicas de desensibilización sistemática, o una terapia cognitiva. Martínez (1981) menciona otras técnicas que aparte de la desensibilización sistemática forman parte de las teorías del aprendizaje, como el condicionamiento operante, o el entrenamiento asertivo. Por último, y lo más importante, es poder evitar una recaída del paciente, para esto es aconsejable llevar controles de seguimiento una vez que éste ha alcanzado su peso normal y ha cambiado sus actitudes y pensamientos (Saldaña, 1994).

### 1.1.12 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA NERVOSA

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV (APA, 1995) son:

1. Rechazo a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso para conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable.
2. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
3. Alteración en la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
4. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos). (Se considera que una mujer sufre amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales; por ejemplo, con la administración de estrógenos) (pp. 558 y 559).

### 1.2 BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa fue identificada como un trastorno del comportamiento alimentario en las décadas de los 60's y 70's, ya que antes se le consideraba como una variante de la anorexia nervosa. El término bulimia y los criterios para su diagnóstico se definieron en un sistema clasificatorio psiquiátrico en 1980 en el DSM-III (American Psychiatric Association), cuya definición y criterios se han ido modificando hasta la actual edición del DSM-IV.

La bulimia nervosa, de acuerdo con Saldaña (1994) afecta principalmente al 90% de la población femenina, siendo la edad de inicio en promedio de 16 a 18 años, aunque puede afectar desde los 11 años. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nervosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres. La prevalencia de la bulimia nervosa entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones la prevalencia es diez veces menor.



En contraste con la anorexia, en la bulimia nervosa los individuos no presentan problemas de peso que lleguen a ser un peligro para su vida, aunque las frecuentes oscilaciones de peso debido a la alternancia entre las comilonas y los ayunos constituyen una característica primordial. A menudo, estas personas se dan cuenta de que sus vidas están dominadas por conflictos relacionados con la ingesta de comida. La mayoría de personas con bulimia nervosa tienen un peso normal. Algunos pueden situarse ligeramente por debajo del peso ideal y otros incluso pueden presentar exceso de peso. Se observa un estado de ánimo deprimido que puede formar parte de un trastorno depresivo. Hay abuso o dependencia de sustancias psicoactivas; los tóxicos más empleados son los sedantes, las anfetaminas, la cocaína o el alcohol.

La bulimia nervosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos. La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta (APA, 1995).

Históricamente, la bulimia nervosa se ha tratado menos que la anorexia nervosa, ocupando solo una parte de los escritos sobre los trastornos de la alimentación. Anteriormente solo se le prestaba atención a los atracones que caracterizan a la bulimia si estos formaban parte de otro trastorno. Jenofonte, en la "Anabasis", fue el primero en describir, dentro de la cultura occidental la bulimia nervosa en el año 970 a.C.; él decía que los soldados griegos, en situaciones sociales y religiosas específicas, vomitaban de una manera ritualizada, siendo que dichos soldados eran sometidos a raciones de alimento muy escasas. Tanto el banquete como el vómito se institucionalizaron en las clases medias y altas de Roma. Los banquetes llegaban a contar hasta con más de veinte platos y una vez que el estómago de los comensales quedaba "satisfecho", éstos se dirigían a una habitación llamada el vomitorium, en donde, como su nombre lo indica realizaban dicha conducta.

En la Edad Media, el vómito se consideraba una práctica penitencial, ya que de esta forma se expulsaban los pecados. También a través de esta conducta se creía que se podían dominar los apetitos sexuales. De acuerdo con el Oxford English Dictionary de 1983, fue Trevisa quien en 1398 utilizó por primera vez la palabra bulimia.

En Europa y el mundo occidental personajes como Enrique VIII de Inglaterra, el papa Alejandro Borgia y sus cortesanos, los campesinos flamencos de Bruegels, el rey Eduardo de Inglaterra y el presidente americano Taft, practicaban el vómito después del atracón (Giannini, 1983, citado en Toro, 1996).

En 1785, Motherby describió tres tipos de bulimia: la del hambre pura, el hambre que termina en vómito y la que asocia hambre a desmayos. Cabe mencionar que una referencia completa del trastorno fue escrita antes de 1800 por James, el cual se refiere a la bulimia como boulimus. James hizo la distinción entre el boulimus y el caninus appetitus (hambre canina); en la primera forma, la persona suele desmayarse, en cambio en el caninus appetitus la persona finaliza sus atracones con el vómito.

Es en el siglo XIX en donde se define a la bulimia como hambre de buey, y es en el transcurso de este siglo en el que se asoció dicho padecimiento con la anorexia nervosa, situándola como un síntoma de aquella. En Francia, Blachez en el año de 1869, señaló que la persona bulímica tiene como principal preocupación y obsesión la comida, ya que el hambre puede presentarse aún cuando la persona ha ingerido una gran cantidad de alimento. Blachez hablaba de cinorexia cuando la bulimia acompañaba al vómito, y de licorexia para designar un tránsito digestivo veloz debido a las contracciones intestinales rápidas. Y finalmente denominó como fringale cuando la bulimia se alternaba con la anorexia en las mujeres.

Fue realmente en la década de los 60's del siglo XX cuando se acepta a la bulimia como un síntoma de la anorexia nervosa, clasificando a ésta como "restrictiva" y de "vómitos y laxantes". Es a finales de la década de los 70's cuando se le considera y clasifica a la bulimia nervosa como una entidad independiente. Rusell en 1979 menciona como uno de los criterios

diagnósticos de la bulimia nervosa (aparte de los atracones y las conductas compensatorias), el miedo a engordar. Dicho criterio lo adopta el DSM-III en 1987.

### 1.2.1 DEFINICIONES

Toro (1996) señala que la bulimia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por episodios en los que se ingiere una gran cantidad de alimento; esta ingestión se acompaña, por lo general, de una sensación de pérdida del control. Después de los atracones se realizan actos como vómitos autoinducidos, el uso de laxantes, diuréticos, etc, para compensar los efectos que pueda tener en el peso. Igoin (1986) define a la bulimia como una inversión y una alternancia de la anorexia. Zukerfeld (1996) se refiere a la bulimia nervosa como "hambre de buey". Para Saldaña (1994), la bulimia nervosa es un trastorno que se caracteriza por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos de vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos, y la realización de ejercicio excesivo, esto con el fin de contrarrestar la gran cantidad de alimentos que se ingirieron y por lo tanto el peso. Así mismo, Saldaña dice que este tipo de pacientes a menudo se sienten deprimidas y culpables, mostrando altos niveles de ansiedad frente a la comida, a la conducta de comer y tienen una gran preocupación por su imagen corporal.

El DSM-IV considera a la bulimia nervosa como un trastorno que consiste en episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un período discreto de tiempo); percepción de falta de control sobre la ingesta durante los episodios de voracidad, vómito provocado, empleo de fármacos laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayuno, o ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso, y preocupación persistente por la silueta y el peso. La comida consumida durante estos períodos a menudo posee un elevado contenido calórico, sabor dulce y una textura que facilita su rápida ingesta. Los alimentos suelen ingerirse de forma disimulada e incluso en secreto. La comida es engullida con rapidez, masticada apenas. Una vez que ha comenzado la ingesta, puede añadirse alimento para continuar con la comilona (APA, 1995).

Según Freedman, Kaplan, Sadock (1975), dicen que la bulimia es el hambre caracterizada por un apetito voraz. Un episodio de bulimia puede seguirse, en algunos individuos, de vomito intencional. En la bulimia la presión arterial baja de manera anormal y existe una deficiencia de vitaminas.

### 1.2.2 CAUSAS DE LA BULIMIA NERVOSA

Antes de ver cuales son las causas de este trastorno, se debe tomar en cuenta que al igual que la anorexia o la obesidad, es un trastorno multidimensional, es decir, que interactúan diversos factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales. Entre los factores causales considerados por Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vara (1988, citado en Saldaña, 1994) se encuentran:

1. La presión cultural sobre la mujer para ser delgada.
2. Deseo de lograr un cuerpo perfecto idealizado, para compensar una autoestima baja y el miedo al rechazo.
3. Estados anímicos negativos (presencia de depresión por ejemplo).
4. Hábitos alimentarios y control del peso deficientes, acompañados del seguimiento de dietas restrictivas y rígidas.
5. Pensamientos poco asertivos sobre el peso, la nutrición y la apariencia física (p.82).

Otras de las causas que se han señalado como posibles responsables de la bulimia nervosa son las alteraciones en los mecanismos biológicos, en la regulación del hambre y la saciedad; un hipofuncionalismo noradrenérgico y serotoninérgico; irregularidades en las tasas de opioides, neuropéptido YY y colecistocinina; factores socioculturales como el rechazo a la obesidad y al sobrepeso; la insatisfacción por el propio cuerpo; la ansiedad, ya que el vómito se emplea para como protección contra las consecuencias de la sobreingesta; conflictos familiares que, aunque éstos no determinen la aparición de la sintomatología, pueden perpetuar el trastorno y depresión (Thomas, Turón, Sánchez-Planell y Vallejo, 1992).

### 1.2.3 BULIMIA NERVOSA Y PERSONALIDAD

Los pacientes con bulimia nervosa por lo general son impulsivos, inestables emocionalmente, tienen una gran necesidad de aprobación y baja autoestima,

así mismo estas personas tienen mecanismos de negación, pueden presentar alguna patología como un cuadro depresivo y ansiedad.

Al igual que en la anorexia y la obesidad, los bulímicos tienen insatisfacción con su imagen corporal, siendo ésta extrema cuando están pasados de peso y sintiendo un temor a engordar cuando se encuentran por debajo de su peso o en su peso. Todo lo anterior se puede deber a una presión social, lo que lleva al seguimiento de una dieta restrictiva, lo que posteriormente traerá como consecuencia los atracones, para finalmente llegar a presentar conductas purgativas compensatorias; después de los atracones suelen presentarse síntomas depresivos y en cuanto a la ansiedad, ésta es aliviada por medio de los vómitos, el uso de laxantes y otras conductas purgativas.

#### 1.2.4 CONSECUENCIAS FISICAS DE LA BULIMIA NERVOSA

Debido a los ciclos de atracón y purga por los que atraviesa el paciente bulímico, se pueden producir consecuencias físicas tales como:

- Deshidratación
- Arritmias cardiacas
- Contracturas musculares
- Pérdida del esmalte dental
- Trastornos menstruales
- Sequedad de boca
- Inflamación de glándulas salivales
- Trastornos gastroesofágicos (Chinchilla, 1995, p.21).

#### 1.2.5 EVALUACIÓN DE LA BULIMIA NERVOSA

En primer lugar se deberá determinar si el paciente cumple con los criterios para el diagnóstico de la bulimia nervosa (APA, 1995), esto se puede realizar mediante una entrevista clínica conductual. En segundo plano tenemos el área biomédica en donde se deberá realizar una exploración física para conocer las consecuencias negativas que han tenido las conductas purgativas en la salud del paciente, así como cuáles son estos hábitos purgativos o si sigue una dieta restrictiva.

Siguiendo con la evaluación se debe recordar que la bulimia nervosa es también un trastorno de la imagen corporal por lo que se deben reconocer las actitudes, percepciones, cogniciones e ideas irracionales que la persona tenga sobre su peso y el impacto en su estado anímico. Por último se deberá evaluar el factor psicológico, ya que si el trastorno se acompaña de alguna psicopatología secundaria como la depresión, se podrá recurrir al uso de una terapia farmacológica.

### 1.2.6 TRATAMIENTO

De acuerdo con Saldaña (1994), el tratamiento deberá tener como objetivo el cubrir todas las áreas desadaptadas, teniendo en primer lugar la tarea de interrumpir la secuencia de dieta restrictiva – violación de la dieta – episodio de voracidad –conducta purgativa, impidiendo cualquier conducta purgativa después del atracón y modificando los hábitos alimentarios generales del paciente proporcionándole además una educación en nutrición. Los cambios en la alimentación incluyen el aprendizaje de conductas que sustituyan el ciclo atracón-purga.

Posteriormente se debe intervenir con el tratamiento en la alteración de la imagen corporal del paciente, enfatizando la ayuda en su preocupación y malestar debido a partes específicas de su silueta que van a intervenir en su vida cotidiana. Es necesario que se identifique cualquier tipo de patología secundaria, ya que si es necesario se deberá utilizar un tratamiento farmacológico. Un factor de vital importancia es el refuerzo de la autoestima, en esta parte se necesita de una terapia simultánea en dos niveles: 1) sobre la relación entre pensamiento y autoestima y 2) sobre el descontrol que confirma el pensamiento (Zuckerfeld, 1996).

El equipo básico de trabajo para tratamiento debe incluir a médicos, psicólogos y dietistas con auxiliares como trabajadores sociales, por ejemplo. El médico es quien va a evaluar el estado clínico del paciente y va a detectar las complicaciones posteriores o si se necesita del uso de vitaminas, tranquilizantes o antidepresivos, así mismo será quien controle la actividad física del paciente. Debido a que las compulsiones de estos pacientes aparecen debido al aburrimiento o ansiedad, es necesario planificar el tiempo libre.

Antes de estructurar un plan de intervención se tiene que tomar en cuenta el lugar donde se realizará, ya que en algunos casos se tendrá que recurrir a la hospitalización cuando exista alguna alteración orgánica importante, pero por lo general la intervención es totalmente ambulatoria. En cuanto al tipo de terapia se puede utilizar la terapia cognitivo-conductual sin exposición más prevención de respuesta, como los vómitos o la terapia cognitivo-conductual con exposición más prevención de respuesta. Así mismo se puede utilizar un tratamiento grupal ya que el compartir el problema ayuda a que exista una mayor comunicación, sintiéndose comprendido el paciente. Por otro lado existe un tratamiento psicoterapéutico individual el cual implica la utilización de los recursos semejantes a los empleados en el tratamiento de otro tipo de adicciones (Saldaña, 1994).

### 1.2.7 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA BULIMIA NERVOSA

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV (APA, 1995) son:

1. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - a) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
  - b) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
2. 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.
3. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
4. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa (pp. 563 y 564).

Hasta este momento se han descrito dos trastornos de la alimentación: la Anorexia Nervosa y la Bulimia Nervosa a continuación se describen las diferencias de ambos:

| ANOREXIA NERVOSA                                   | BULIMIA NERVOSA  |
|--|--|
| Miedo a ser BN                                     | Deseo de ser AN  |
| Peso previo al diagnóstico bajo                    | Peso cercano al normal   |
| Método de control de peso: Restricción alimentaria | Método de control de peso: vómitos, laxantes-dióricos.   |
| Mayor control                                      | Mayor descontrol   |
| Mayor hiperactividad                               | Menor hiperactividad   |
| Amenorrea casi en el 100%                          | Menstrúa normalmente o con cierta frecuencia el 50%  |
| No comen   | Pueden no comer a veces, pero la tendencia es a vomitarlo  |
| Menor psicopatología asociada                      | Mayor psicopatología asociada de personalidad, sociopatías, consumo de tóxicos, cleptomanía; depresiva |
| Frecuente hipotensión, bradicardia e hipotermia    | Poco frecuentes  |
| Menos conductas autolíticas directas               | Más frecuentes conductas autolíticas   |
| Conductas bulímicas en el 50-70% de los casos      | Conductas bulímicas en el 100% de los casos  |
| Puede evolucionar hacia BN                         | Rara vez evoluciona hacia AN típica, pero sí previa AN menos severa                                    |
| Complicaciones muy variadas                        | Complicaciones variadas y algunas derivadas de los vómitos o atracones.                                |

(Fuente: Chinchilla, 1995, p.20)

### 1.3 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1995), en esta categoría encontramos aquellos trastornos que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.



3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal, (p. ej: provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (p.564).

#### 1.4 OBESIDAD

La preocupación por ésta se remonta desde tiempos históricos, sobre todo en épocas y zonas de abundancia. Empezamos con los romanos, los cuales inventaron la técnica de vomitar después de ingerir grandes cantidades de alimento para de esta forma seguir comiendo, es decir, que esto viene desde hace aproximadamente 2000 años antes de que la juventud de hoy empezara con esta práctica. Desde el punto de vista pictórico y escultórico, encontramos ejemplos como la Venus de Willendorf del periodo paleolítico, la cual presenta una obesidad deformante y lo cual ha cuestionado si este era el modelo estético de esa época o dichas esculturas mostraban lo que se debía evitar. En el mundo oriental encontramos más ejemplos, como entre las culturas etrusca, persa y egipcia, en donde el modelo estético a seguir era el de los cuerpos longilíneos, estilizados, en contraste con la civilización grecorromana de la cual emerge la sociedad occidental. En general la abundancia se puede plasmar en figuras gordas como la del dios Apis de Egipto. La idea de abundancia es igual a gordura se sigue viendo en la Edad Media, también en la época del Renacimiento con figuras como Bocaccio, Rubens, Velázquez y otros escritores y pintores en los que han predominado creaciones de mujeres rollizas. (Cormillot, Zuckerfeld, Murua y Oikies 1997).

La concepción de dicha estética comienza a cambiar a finales del siglo XIX y a principios del XX a favor de una delgadez extrema, esta concepción tuvo un retroceso poco significativo en la década de los 40's y principios de los 50's,

pero en la actualidad desgraciadamente permanece vigente, ya que, por ejemplo encontramos a un pintor contemporáneo llamado Carreño de Miranda el cual titula a una de sus pinturas que refleja el retrato de una niña obesa "La mounstrua desnuda", todo esto trayendo como consecuencias la otra cara de la moneda como lo es la anorexia y bulimia nervosa (Braguinsky, 1996).

#### 1.4.1 DEFINICIONES

Gómez Pérez-Mitré (1995) señala que la obesidad se define teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo y el cual es determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC), mayor de 27 en las mujeres, menor de 28 en los hombres y considerándose como obesidad masiva un IMC mayor de 31 en hombres y mujeres.

Para Cormillot, Zukerfeld, Murua y Olkies (1997) la obesidad es una entidad que tiene características orgánicas, psicológicas y sociales lo suficientemente concretas como para ascender al grado de enfermedad. "La obesidad está caracterizada por: a) una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal, siendo generalmente este exceso debido a los hidratos de carbono, y/o b) una mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa y/o c) una disminución de la actividad física". Por último estos autores recalcan que la obesidad es una enfermedad recuperable pero no se cura.

Saldaña (1994) define a la obesidad a partir de la consideración de que una persona es obesa cuando excede el 20% de su peso ideal, en función de su talla, complexión, sexo y edad de desarrollo. A partir de este nivel de sobrepeso, se recomienda una reducción de peso para prevenir problemas de salud.

Campollo (1995) dice que la obesidad se ha definido como el almacenamiento excesivo de energía en forma de tejido graso que afecta la salud y sobrevive de las personas. Así mismo comenta que los indicadores que se utilizan con mayor frecuencia para poder determinar la presencia y grado de obesidad son el peso corporal (kg) y el índice de masa corporal (IMC:  $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Basándose en estos parámetros, Campollo define a la obesidad como el exceso de peso o

del índice de masa corporal por arriba de los valores promedio, en relación con tablas de pesos normales o de índices de masa corporal.

Darley, Glucksberg y Kinchla (1990) definen a la obesidad como el estar un 15% por encima del peso "ideal" para la altura y complexión general de la persona. Freedman, Kaplan y Sadock, (1975) consideran a la obesidad en general como el producto final de un trastorno en equilibrio de energía, es decir, se ingieran más calorías de las que consume el paciente obeso.

Setién y Escalante (1996) afirman que la obesidad se trata de un exceso de energía almacenada en forma de grasa y que se debe a un balance energético positivo. Empleando esta definición se debe saber la cantidad total de grasa para definir ese exceso. Como comentario adicional, estos autores dicen que las personas obesas comen más de prisa y gastan menos tiempo masticando los bocados. Peña (1994) define a la obesidad como el aumento de grasa corporal, así como el aumento del tejido adiposo en relación con el tejido magro.

#### 1.4.2 CLASIFICACIÓN

La clasificación de la obesidad se puede realizar sobre la base de: a) el carácter celular del tejido adiposo, encontrándose la obesidad hipertrófica cuando el tamaño de las células se encuentra aumentado, o hiperplástica cuando lo que se encuentra aumentado es su número, así mismo, se puede encontrar una combinación de las anteriores, es decir, un aumento tanto del número como del tamaño de las células; b) la distribución de la grasa corporal, encontrándose una obesidad periférica o centrípeta, aunque también puede existir una distribución uniforme de ésta; c) la edad de aparición puede clasificarse como obesidad infantil, adolescente, adulta, etc.; d) en base a la etiología podemos encontrar una obesidad genética, suprarrenal; e) de acuerdo a su periodo de estabilidad podemos clasificarlas en una obesidad estática cuando a pesar de tener un peso superior al normal, éste se encuentra estable y una obesidad dinámica cuando la persona gana pero tanto en forma lenta como extremadamente rápida. Por otro lado Miller (1995) menciona la clasificación de la obesidad como exógena y endógena, la primera causada por una alta ingesta de calorías y la segunda es aquella que aparece como consecuencia de una patología existente o como efecto

colateral de algunos medicamentos. Vidal, Cordido, Martínez y Méndez (1994) clasifican a la obesidad en: a) cuantitativo, cuando ésta vincula el grado de riesgo que es aceptable para un sobrepeso del 20% (mínimo), bajo si no excede del 25%, moderado para el 30%, alto si llega al 35%, muy alto para el 40% y peligroso cuando es del 50% (obesidad mórbida), y b) energético: si consideramos que puede ser inducida por inactividad o excesivo aporte calórico.

Cabe mencionar que Jean Vague médico de Francia, estudió la distribución de la grasa en el cuerpo y su relación con el sexo y la susceptibilidad para padecer determinadas enfermedades, mostrando que existen dos tipos de distribución de grasa en el cuerpo humano; una es la androide, o lo que es igual la acumulación de grasa en la parte superior del cuerpo y la ginecoide o acumulación de grasa en la porción inferior del cuerpo (Casillas y Vargas, 1993).

#### 1.4.3 EPIDEMIOLOGÍA (OBESIDAD)

De acuerdo con Campollo (1995), la obesidad es un problema que a pesar de que afecta a una gran cantidad de la población de los países industrializados, también se presenta cada vez más en la población mexicana. En un estudio realizado en 1967 se encontró que la obesidad de grado I en el medio rural era de 5% en hombres y de 10% en las mujeres. Y en el medio urbano se observó una frecuencia de 28.5% en hombres y mujeres, con grados más avanzados de obesidad. Así mismo en una encuesta que se realizó para valorar el estado nutricional en mujeres y niños mexicanos se encontró una frecuencia de obesidad y sobrepeso de 24.8% en mujeres de 12 a 49 años, considerando como sobrepeso un IMC de 24.9 a 27 y como obesidad un IMC mayor de 27; siendo la frecuencia de obesidad y sobrepeso en los niños de 4.4 y 11.3% respectivamente. Gómez Pérez-Mitré (1995) señala que en México la Encuesta Nacional de Nutrición arrojó un 46% de obesidad en la población femenina, clasificada con un índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 27, así como un 10% de sobrepeso.

En una encuesta de salud y nutrición en los Estados Unidos del periodo de 1988 a 1991, se registró un aumento del 8% en los niveles de exceso de peso en comparación con el periodo de 1976 a 1980, de aquí que se concluya que el

33.4% de la población adulta de ese país tiene un exceso de peso. En Canadá el Heart Health Study, que investigó una muestra de la población adulta de este país de 1986 a 1992, se encontró que el 38% de los hombres y el 30% de las mujeres tenían un IMC de 27 o más. La obesidad aparecía en una edad más temprana en los hombres y en las mujeres se encontró que se presentaba una delgadez extrema. En los países de Europa, por ejemplo en Suecia, a pesar de que su población no tiene porcentajes elevados de obesidad, también se ha encontrado un aumento significativo en el periodo comprendido de 1980 a 1990. Por último en cuanto a la situación de América Latina, se han encontrado aumentos significativos de sobrepeso en Brasil, Uruguay, Costa Rica y México, entre otros, siendo que en éste último a partir de diversos estudios se llegó a la conclusión de que la obesidad es un problema que se incrementará en el futuro y que el IMC no es el mejor indicador de obesidad dentro de la población mexicana debido a la baja estatura de la misma (Braguinsky, 1996).

#### 1.4.4 TEORÍAS SOBRE LA OBESIDAD

En la actualidad existen diversos modelos que tratan de explicar el origen y desarrollo de la obesidad, entre los más relevantes se encuentran los siguientes:

- Balance energético: Este modelo sostiene que la obesidad en general es consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por la persona y la cantidad de calorías gastadas, teniendo como consecuencia un aumento de peso. Cuando la persona consume menor cantidad de calorías de las que gasta se produce el fenómeno contrario, es decir, que va a perder peso (Saldaña, 1994, p.20).
- Teoría del punto fijo: Esta teoría, también conocida como "set point theory", trata de explicar por separado muchos obesos tienen dificultad para poder perder peso a pesar de que sigue una dieta rigurosa. Esta teoría dice que todas las personas tenemos un peso ideal biológicamente programado y una serie de procesos reguladores para poder mantener este peso, a través del ajuste tanto de la ingesta diaria como de nuestro gasto energético. De acuerdo con esta teoría el punto fijo va a estar determinado por la herencia, la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Cuando el individuo gana peso a través de su ingesta diaria, su punto fijo de peso cambia a un nivel superior, por lo que posteriormente

tiene dificultades para recuperar su peso por debajo de este nuevo punto fijo establecido (Saldaña, 1994, p.21).

- **Modelo conductual del aprendizaje:** Este modelo como su nombre lo indica se basa en el conductismo y nos dice que gran parte de la conducta del sujeto se mantiene por los reforzadores a corto y largo plazo que le siguen a dichas conductas. Por ejemplo, en la conducta de ingesta, existen varios reforzadores positivos a corto plazo como son la disminución del hambre y/o la satisfacción y placer por el alimento ingerido; a largo plazo, cuando se dan las consecuencias negativas de tales conductas como es el aumento de peso, problemas de salud. Son las consecuencias positivas a corto plazo las que van a mantener la sobrealimentación. Por otro lado encontramos que en la actividad física las personas ven a corto plazo consecuencias negativas como es la fatiga, el aumento temporal del apetito, el tener que dedicarle tiempo, etc. y sólo a largo plazo se observan las consecuencias positivas de éste como es la pérdida de peso, mejora de la forma física y del estado de ánimo, etc. Lo anterior explica por qué las personas no realizan con frecuencia una actividad física. En general este modelo trata de explicar los factores motivacionales que hacen que la persona mantenga conductas de sobreingesta y sedentarismo (Saldaña, 1994, p. 24).
- **Factor genético:** Dentro de la obesidad se puede considerar el factor genético el cual ha sido demostrado totalmente en los animales inferiores, lo cual es de importancia en el hombre a pesar de que hasta ahora se ha demostrado solo en el síndrome de Laurence-Moon-Biedl (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975, p.482). Existen estudios de familias obesas que han aportado datos importantes, tales como que un niño cuente con ambos padres obesos va a tener una probabilidad de llegar a ser obeso del 80%. Cuando únicamente uno de los padres es obeso el niño cuenta con un 40 a 50% de probabilidad de llegar a serlo (Dally y Gómez, 1980, citado por Toro, 1996).

Así mismo nos encontramos con hipótesis como las siguientes, que tratan de explicar por qué los individuos obesos comen o han comido demasiado (Sentién y Escalante, 1996, pp.33 y 34):

- Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian a través de la ingesta:

Esta hipótesis considera que la causa de la obesidad es una alteración en la fase oral. Otros autores han tratado de encontrar la relación entre obesidad y variables de la personalidad como la depresión, neuroticismo, autoestima, autoconcepto, tratando de encontrar la respuesta a la creencia de que estos pacientes tienen un mayor número de problemas psicológicos.

- Activación emocional y conducta de ingesta. Ingesta como respuesta a la ansiedad:

La mayoría de las personas que han intentado seguir una dieta, han comentado que comen sobre todo cuando están nerviosas o angustiadas y que esto se presenta en situaciones concretas como entre comidas, o si se encuentra en casa prepara algo rápido ingiriéndolo de inmediato.

#### 1.4.5 PADECIMIENTOS ASOCIADOS CON LA OBESIDAD

De acuerdo con Campollo (1995, p.17), es de gran importancia señalar que las personas obesas tienen un mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, entre las de mayor riesgo encontramos:

- Cardiopatía coronaria
- Diabetes mellitus
- Arteriosclerosis
- Hipertensión arterial sistémica
- Litiasis vesicular
- Artritis degenerativas
- Padecimientos respiratorios
- Enfermedades renales
- Hiperlipidemias

#### 1.4.6 MORFOLOGÍA DEL PACIENTE OBESO

Campollo (1995), señala que antes de describir un perfil morfológico de una persona obesa es necesario mencionar como se va desarrollando el tejido adiposo. En primer lugar el tejido graso se considera como un órgano más del cuerpo, los adipocitos o células del tejido adiposo representan de una a dos terceras partes de las células del mismo. Ahora bien, en el hombre existe la capacidad de desarrollar nuevas células adiposas a lo largo de su vida a

partir de células unipotenciales, las cuales se van transformando en preadipocitos, en células adiposas inmaduras, llegando finalmente a transformarse en los adipocitos. Al finalizar de este proceso, los adipocitos tienen funciones como la secreción y metabolismo de sustancias, por ejemplo las lipoproteínas, los ácidos grasos, la monobutirina, andrógenos, estrógenos y prostaglandinas. Así mismo, las personas obesas, a parte de la acumulación del tejido graso, también presentan un aumento en el tejido magro y por otro lado, se ha encontrado que existe una expansión del volumen de agua extracelular en estos pacientes. Finalmente, y partiendo de lo anterior, podemos decir que un paciente obeso presenta la siguiente morfología: a) aumento en la cantidad de tejido graso; b) aumento en el volumen de tejido magro y c) aumento en la cantidad de agua extracelular.

#### 1.4.7 DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA CORPORAL

Independientemente de la cantidad de grasa que exista en el cuerpo, su distribución tiene un papel importante dentro de la obesidad, ya que ésta se relaciona con el mayor o menor riesgo en cuanto a consecuencias para el paciente obeso. La distribución de la grasa corporal va a estar determinada por factores genéticos, diferencias étnicas, la alimentación y el efecto de las hormonas esteroideas (Escobar, Fernández y Barredo 1994).

De acuerdo a Casillas y Vargas (1993), después de que terminó la Segunda Guerra Mundial y antes de la fabricación de los plicómetros, Jean Vague, médico francés, comenzó a estudiar la distribución de la grasa en el cuerpo y la relación de ésta con el sexo, así como con la predisposición a padecer ciertas enfermedades. Vague demostró la existencia de dos tipos de distribución de grasa corporal: la androide o de la parte superior del cuerpo (también conocida como de manzana), y la ginecoide o de la porción inferior (conocida como silueta en forma de pera), las cuales se encuentran tanto en hombres como en mujeres. Así mismo señaló que la distribución androide se relaciona con padecimientos como la diabetes mellitus, arterosclerosis, gota, cálculos renales y coleditiasis, y que la obesidad ginecoide tiene consecuencias como dificultades locomotoras, circulatorias y respiratorias. Por otro lado, en Inglaterra, Margaret Ashwell calificó de central la distribución que Vague llamó androide y llamó periférica a la distribución ginecoide. Uno de los descubrimientos más importantes de esta autora fue que demostró que los



adipocitos de las partes superiores del cuerpo son de mayor tamaño en las mujeres con obesidad androide comparándolos como los de la obesidad ginecoides.

#### 1.4.8 FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

Braguinsky (1996) hace hincapié en que la actitud que se tiene hacia la obesidad va a depender de factores socioculturales; por ejemplo en la India una mujer rolliza es considerada de un estrato alto, así mismo en China aún en la actualidad se saluda con un "Dios te conserve gorda y sana", esto a diferencia de la cultura occidental en donde la obesidad es considerada como negativa, por ello las personas que padecen esta enfermedad tienen una baja autoestima a veces debido al rechazo social y otras veces por sentimientos de culpa y de vergüenza por no poder controlar su peso, derivándose de allí una serie de problemas psicológicos aparte del antes mencionado. De esta manera señala que la obesidad es una consecuencia del prejuicio y discriminación que sufren estas personas, así como de la internalización de la delgadez como el ideal de belleza.

Se ha podido confirmar que los obesos comen más en situaciones de ansiedad, o en respuesta a la depresión, o debido al seguimiento de una dieta pueden desarrollar dicha sintomatología (Lolas, 1992). El paciente obeso aparentemente puede ser feliz, pero padece de sentimientos de inferioridad, teniendo una gran necesidad de sentirse amado. De acuerdo con Campollo (1995) estas personas presentan un tipo de personalidad pasivo-dependiente o pasivo-agresiva, sobre todo los pacientes con obesidad mórbida; así mismo, encontramos características tales como inmadurez, poco control de sus impulsos y una menor disposición para trabajar por la comida que las personas que están en su peso.

Las personas obesas perciben sus cuerpos como grotescos, desproporcionados y por ende evitan el verse en un espejo a toda costa. Lo anterior se puede observar sobre todo en las adolescentes obesas y que sienten que sus cuerpos son feos, despreciables o que se les ve con desprecio, es decir, que tienen una imagen corporal desvalorizada (Braguinsky, 1996).

De acuerdo con López, Mancilla y Álvarez (1998, p.7) las personas obesas se caracterizan por:

1. Presentar hábitos alimentarios inadecuados.
2. Presentar una mayor ansiedad, emocionalidad y depresión.
3. Autoimagen deteriorada generando un concepto pobre de sí mismo y por lo tanto una autoestima baja.
4. Personalidad semejante a la de pacientes con algún desajuste emocional.
5. Adicción al y cigarro (algunas veces).
6. Déficit en conductas sociales, como asertividad, autocontrol y ajuste social.
7. Dinámica familiar disfuncional y problemas de intercomunicación.

#### 1.4.9 EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD

Saldaña (1994) señala que el primer paso del médico debe ser determinar la existencia de la acumulación excesiva de grasa lo que va a indicar la presencia de obesidad, así mismo se debe diferenciar entre el sobrepeso y la obesidad ya que el sobrepeso se define como un peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal y por lo tanto no se debe valorar de la misma forma que la obesidad.

Para evaluar la obesidad existen diversas técnicas para medir la composición corporal como el tejido magro, tejido graso y agua corporal. El método más usado es la evaluación antropométrica del sujeto, es decir, la medición de los pliegues cutáneos y de las circunferencias y diámetros corporales. La evaluación antropométrica o antropometría es una medición cuantitativa simple del estado nutricional y se emplea en niños y adultos, así mismo, puede realizarse por el médico o el nutriólogo con un instrumental mínimo como es una báscula clínica con escala métrica para la medición de la talla, cinta métrica y plicómetro. Para las medidas antropométricas se debe tomar en cuenta la talla en centímetros, el peso en kilogramos, los pliegues tanto tricipital como subescapular en centímetros y la circunferencia del brazo en centímetros (Campollo, 1995).

Existen diversos índices ponderales indirectos para medir el peso corporal entre estos tenemos el de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en  $\text{kg}/\text{talla}^2$ , en metros), el de peso relativo (peso real/peso ideal X 100), el de

Brocca (peso ideal = talla en centímetros - 100), es considerado más preciso es el IMC. Cabe señalar que en los niños es inútil determinar el grado de obesidad debido a que están en un proceso constante de crecimiento, por lo que sí se utilizan los índices antes mencionados se puede caer en una subestimación o sobreestimación de los valores obtenidos (Saldaña, 1994).

Existen otros métodos para evaluar a la obesidad como son las tablas estandarizadas de peso/altura, siendo las de la *Metropolitan Life Insurance Company*, las más divulgadas, dichas tablas presentan pesos estandarizados para personas de 20 a 59 años, de acuerdo al sexo, altura y complejión física. Estas tablas van a determinar el tamaño de la estructura corporal clasificándola en pequeña, mediana y grande, midiendo la amplitud del codo. Para la determinación del peso idóneo de la persona, por lo general, no se utiliza la medida del codo sino el punto medio del rango medio para la altura y sexo de la persona, y a partir de su peso ideal se clasifica a la persona como obesa multiplicando el valor que se obtuvo por 120%.

La medición de agua corporal se puede realizar a través de deuterio o tritio, permitiendo una medición directa de la cantidad de grasa corporal; para la obtención de esta, hay una técnica llamada densitométrica, debido a que se sumerge completamente al sujeto en agua, lo cual presenta una desventaja, agregando que requiere de equipo costoso y se deben realizar varias mediciones.

Por último es importante señalar que para definir el exceso de peso una vez valorada la cantidad de grasa se debe comparar con una población de referencia. En este punto se debe tomar en cuenta que un peso corporal superior o excesivo no equivale a un exceso de grasa corporal, y que la constitución de la masa esquelética influye en el peso al igual que la grasa corporal (Saldaña, 1994).

#### 1.4.10 TRATAMIENTO

De acuerdo con Campollo (1995), la obesidad en EUA es un problema de salud pública y es considerado como un factor de morbimortalidad, además de las consecuencias psicológicas y de desadaptación social que acarrea, por eso para obtener mayores y mejores resultados en el tratamiento de la misma, es

necesario que éste se base en dieta, ejercicio y la modificación de la conducta, lo cual puede realizarse por un médico, pero de hecho en la mayoría de los casos es conveniente que exista el apoyo de un equipo de trabajo conformado por médicos, nutriólogos y psicólogos, para que de esta forma se le dé un tratamiento multidisciplinario al paciente. El tratamiento mencionado anteriormente es por lo mismo conocido como tratamiento integral de la obesidad. En dicho tratamiento, además de los especialistas antes mencionados, también se puede requerir en algunos casos de un endocrinólogo y un psiquiatra.

Existen una serie de factores que contribuyen a que un tratamiento contra la obesidad tenga o no éxito; entre otros encontramos la motivación del paciente (éste debe estar consciente de las consecuencias positivas que tiene el estar en un peso idóneo), el apoyo familiar (ya que muchas veces la familia también se pone a dieta por apoyar al paciente, claro que no de la misma manera que éste), la confianza en sí mismo, etc. En cuanto a la dieta, tenemos que ésta no debe ser igual para todos los pacientes, es decir, que se debe basar en los requerimientos energéticos de cada paciente, así como en las preferencias y hábitos del mismo. Es recomendable que el 60% de la energía total provenga de los carbohidratos; del 15 al 20% de las proteínas y el 25% de las grasas. Para conocer cuál es el requerimiento energético de la persona se deben conocer el peso o IMC y la cantidad de ejercicio o actividad física que realiza normalmente el paciente. Muchas veces, si no es que todas, una dieta va a hacer que el paciente reaccione con sentimientos de aprensión antes del tratamiento, debido al miedo de no poder llevar al pie de la letra la dieta prescrita, por lo que en la dieta se debe ir incorporando cambios moderados sin llegar a la prohibición absoluta de algún tipo de alimento, ya que de otra manera se podría llegar a caer en los conocidos atracones. Un problema que presenta la dieta es que el paciente, al fracasar en su seguimiento, puede presentar una disminución de la autoestima, así mismo, si el paciente llega a recuperar el peso perdido, esto va a traer consecuencias totalmente negativas, ya que los pacientes se pueden sentir decepcionados y disgustados con ellos mismos, siendo menos probable que la persona vuelva a buscar ayuda. Pero muchas veces estas personas lo vuelven a intentar llevando a cabo una nueva dieta hipocalórica y llegando a bajar de peso, a lo que sigue el abandono de ésta y la pronta recuperación del peso perdido, esto es lo que se conoce como el fenómeno del yo-yo. Debido a lo anterior una parte

sumamente importante en la pérdida del peso es el mantenimiento del mismo (Braguinsky, 1996).

La modificación de la conducta se debe realizar a través de un tratamiento psicológico, identificando inicialmente factores de tensión o estrés, la depresión, y posteriormente se debe iniciar una terapia de la conducta, la cual se basa en las teorías de Watson y Skinner.

Algunos de los elementos que incluyen esta terapia son:

- Control de estímulos (en la mesa, actividades, fiestas).
- Conducta al comer.
- Reforzadores.
- Autoevaluaciones.
- Reestructuración cognoscitiva (objetivos realistas, pensamientos positivos, evitar extremismos) (Campollo, 1995, pp.57 y 58).

Por último el ejercicio tiene un papel muy importante en el tratamiento, debido a que va a equilibrar la relación entre la ingesta calórica y el gasto de energía. Otra de sus ventajas va a ser que ayuda a que la pérdida de grasa sea más efectiva que si sólo se realiza una dieta. El ejercicio debe irse incrementando gradualmente, ya que los pacientes obesos carecen de una condición física adecuada, en general es recomendable que el ejercicio sea de bajo impacto como por ejemplo la natación, la bicicleta fija, la gimnasia rítmica sin aparatos. Como información adicional para aquellas personas que presentan un exceso de peso del 100% de su peso teórico, es decir, que padezcan de una obesidad mórbida, es más recomendable un tratamiento quirúrgico.

Existe un sinnúmero de "tratamientos", como dietas de moda, el uso de anorexígenos, cremas adelgazantes, masajes corporales, medicamentos homeopáticos, pero realmente muchos de estos juegan con la salud del paciente y no existe un cambio en lo más mínimo en cuanto a los hábitos dietarios, por lo que la pérdida de peso (si es que llega a existir, ya que muchas veces lo que se elimina es agua), es temporal y a veces se llega a recuperar lo perdido y un poco más (Campollo, 1995).

En relación con éste tema se ha encontrado a través de diversas investigaciones, conclusiones tales como: 1) León y Salas (1997) encontraron

que algunos de los factores internos dentro de la obesidad son los pensamientos y sentimientos que se convierten en actitudes y comportamientos de comer en exceso y dentro de los factores externos se encuentra la influencia de las personas, eventos como reuniones sociales, y la influencia de los medios de comunicación. También identificaron que la alimentación de los pacientes con sobrepeso y obesos es rica en grasas y carbohidratos vacíos, lo anterior lo realizaron implementando un curso durante un mes en el que se analizó y evaluó los logros obtenidos tanto en conocimientos como en las habilidades para el control del peso en 8 personas obesas. 2) Gómez Pérez-Mitré y Ávila Angulo (1998) exploraron la relación entre la conducta alimentaria y la obesidad, comparando dichas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal. En esta investigación se utilizó un cuestionario que explora las conductas alimentarias normales y anormales, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), así mismo se tomaron medidas antropométricas. Los resultados encontrados fueron que: a) entre las mujeres con obesidad el factor conducta alimentaria compulsiva fue el de mayor peso, b) en los hombres se encontró un factor de conducta compensatoria, es decir, que comen para tranquilizarse o cuando se sienten aburridos y c) se encontró un factor común a hombres y mujeres que es la preocupación por el peso y la comida.

### 1.5 BINGE EATING DISORDER

Braguinsky (1996), señala que desde 1959 se ha definido un subtipo de obesidad caracterizada por una conducta de ingesta en la que predominan los atracones. Partiendo de este punto de vista se podría considerar a esta persona como un bulímico con sobrepeso, sin embargo este grupo se denomina como "descontrol alimentario" o, lo que es lo mismo, "binge eating". El binge eating se caracteriza por una gran ingestión de comida en un periodo inferior al de dos horas, esto realizado de manera desordenada y rápida, teniendo una sensación de pérdida de control sobre cuánto y qué se come. La palabra binge fue utilizada por primera vez por Stunkard en 1959 precisamente para tipificar una de las modalidades de conducta alimentaria de los obesos. Ya en 1955 Stunkard había descrito el "síndrome de comida nocturna", de frecuente observación en pacientes obesos.

El binge eating disorder se considera como una entidad autónoma desde 1991, y se encuentra en el DSM IV dentro del apéndice B en un grupo llamado "Trastornos de la alimentación no especificados de otra manera".

### 1.5.1 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL BINGE EATING DISORDER

De acuerdo con la clasificación del DSM-IV (APA, 1995) son:

1. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
  - a) ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares
  - b) sensación de pérdida del control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo)
2. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:
  - a) ingesta mucho más rápida de lo normal
  - b) comer hasta sentirse desagradablemente lleno
  - c) ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre
  - d) comer a solas para esconder su voracidad
  - e) sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón
3. Profundo malestar al recordar los atracones
4. Los atracones tienen lugar, como media, al menos 2 días a la semana durante 6 meses.

Nota: El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nervosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.
5. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nervosa o una bulimia nervosa (p.747).

Braguinsky (1996), sugiere que las personas obesas que presentan este síndrome consumen una mayor cantidad de calorías que las personas obesas que no tienen estos episodios de sobre ingesta, así mismo afirma que los pacientes obesos con este padecimiento llegan a alcanzar pesos más altos que los pacientes obesos sin descontrol.

Finalmente, el tratamiento es un poco más complicado en los pacientes obesos que no presentan el binge eating disorder. En este tipo de pacientes se debe adoptar una alimentación moderada y sin restricciones; así mismo, es recomendable un tratamiento conductual combinado con terapia cognitiva, la cual es un proceso de colaboración mutua (paciente - terapeuta), y se utilizan técnicas conductuales y verbales para examinar las ideas y creencias de la persona, cambiando ésta negativas y proporcionando las herramientas necesarias para procesar de manera más adaptativa tanto sus conductas como emociones.



## CAPÍTULO II

# ADOLESCENCIA

## 2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

### 2.1.1 NACIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con Lutte (1991) en la Roma antigua, hasta el siglo II a. C., la vida estaba dividida en tres fases: la infancia, la edad adulta y la vejez, por lo tanto, no existía un periodo de edad a la que pudiéramos dar el nombre de adolescencia o juventud. La pubertad fisiológica, era celebrada en una ceremonia religiosa en la que el púber se quitaba la toga pretexta y la bula, símbolos de infancia, para ponerse la toga viril, traje solemne de los ciudadanos romanos, esto marcaba el paso del niño a la edad adulta. En ese momento el púber podía participar en las mismas actividades que su padre adquiriendo los mismos derechos y deberes que éste. Después de profundos cambios en el sistema económico y social, en 193-192 a.C. el senado instituyó acción penal contra el que hubiera abusado de la inexperiencia de un joven menor de 25 años en un negocio jurídico. De acuerdo con el mismo autor, la madurez social que antes se reconocía inmediatamente después de la pubertad se traslada ahora a la edad de 25 años. La juventud o la adolescencia aparece como una fase de subordinación, de marginación, de limitación de derechos y de recursos, como incapacidad de actuar como los adultos, como fase de semidependencia entre la infancia y la edad adulta. La aparición de los jóvenes como grupo social sólo se produce en las clases privilegiadas y concierne a los varones ya que las mujeres siguen en condición de minoría social. La adolescencia puede ser considerada como un privilegio cuando se compara con la condición de las jóvenes, los muchachos de las clases desfavorecidas y con los esclavos. Pero en comparación a los adultos de las clases privilegiadas, la condición social de subordinación y marginación de los jóvenes, devuelve a éstos la condición de incapacidad jurídica que caracteriza a los niños, a las mujeres y a los esclavos.

### 2.1.2 LA ADOLESCENCIA EN LA ÉPOCA INDUSTRIAL

Durante la edad media y la época preindustrial, la juventud aproximadamente duraba de los 7 a los 10 años; la escuela y el trabajo no seguían un orden temporal rígido: se podía empezar la escuela a cualquier edad. Los niños a

partir de los siete años vestían como adultos y asumían roles sociosexuales adultos. Hacia los siete y ocho años, los niños y niñas partían a la aventura, dejaban su casa para vivir con otras familias como sirvientes, aprendices, o, en ocasiones, como escolares. Los jóvenes gozaban de libertades que para nuestra época podrían parecer inauditas. No era raro que grupos de jóvenes recorrieran Europa a pie, mendigando para vivir y detenerse cierto periodo en las escuelas más célebres. La pubertad fisiológica no provocaba ruptura entre las edades, además de que se manifestaba con cuatro años de retraso con respecto a la época actual y la fuerza física se alcanzaba hasta los 25 o 30 años de edad (Lutte, 1991).

Con la industrialización la situación cambió radicalmente. Las clases privilegiadas son las primeras en renunciar a la tradición de enviar a los niños como sirvientes, los niños no dejan su casa a los siete años, sino que permanecen hasta que se casan, y son las mujeres las primeras en quedarse en casa descansando y esperando la llegada del matrimonio. La escuela se especializa por grupos de edad: la escuela primaria para la infancia y la escuela secundaria para la adolescencia adoptando un estilo militarizado para evitar las rebeliones de los jóvenes; se dió fomento al deporte de grupo, se exaltaban las proezas físicas, los músculos y la virilidad. A partir del siglo XVIII la subordinación de los jóvenes se manifiesta en la represión total de su sexualidad la cual se expresaba con mayor libertad en la edad media que a principios de la era industrial. Es así como la adolescencia aparece en la clase burguesa en las últimas décadas del siglo XIX como consecuencia de factores ligados a la industrialización y el desarrollo capitalista de la sociedad (Gillis, 1974, citado en Lutte, 1991). La evolución industrial lleva a los jóvenes a una vida separada del mundo de trabajo en la que podían participar, provocando mayor marginación y subordinación. A partir del siglo XIX los jóvenes protestan ante las tentativas de limitar su libertad por medio de revueltas estudiantiles, participación en las revoluciones y, en el caso de los jóvenes de medios populares, participación en las luchas de clase y delincuencia. Hacia finales del siglo XIX los jóvenes se resignaron a depender de la familia y de las demás instituciones de los adultos, principalmente los jóvenes de 14 a 18 años. Hacia 1900, la adolescencia sólo se encontraba en las clases privilegiadas, peso se empezaba ya a percibir su extensión a las familias de los obreros calificados y semicalificados. Sólo en la primera mitad

del siglo XX la adolescencia se extiende a todas las clases sociales (Gillis, 1974, citado en Lutte, 1991).

## 2.2 ADOLESCENCIA Y CULTURA

En algunas sociedades tradicionales, señala Papalia y Wendkos (1998), al llegar la madurez se llevan a cabo ritos para indicar el comienzo de la edad adulta. Tales ceremonias pueden incluir bendiciones religiosas, separación de la familia, severas pruebas de fortaleza y resistencia, marcas en el cuerpo (tatuajes, cicatrices en la cara y el cuerpo, extracción de los dientes o limarlos en forma de colmillos, mutilaciones o quitar el prepucio del pene).

De acuerdo con Mead (1981), en Samoa una isla del mar del sur situada a unos 13° del Ecuador, habitada por un pueblo polinesio moreno, la adolescencia no representa un periodo de crisis o tensión, sino por el contrario, el desenvolvimiento armónico de un conjunto de actividades que maduran lentamente.

En Nueva Guinea, cuando aparecen los primeros signos de pubertad, el crecimiento del vello en el pubis en el muchacho y el crecimiento de los pechos en la muchacha, el y la adolescentes arapesh deben cumplir con ciertas prohibiciones. El chico no debe comer ciertas carnes ni beber agua fría hasta que los ñames<sup>1</sup> plantados sean cosechados y germinen en el almacén; esta época de tabú se prolonga por espacio de casi un año. El muchacho debe cumplir cuidadosamente con estas prohibiciones ya que si no lo hace su crecimiento físico y maduración sexual no alcanzarán su máximo desarrollo y no podrá llegar a ser un hombre fuerte, alto y digno de tener hijos. Si son afortunados, serán iniciados junto con otros muchachos; durante tres meses vivirán dentro del cercado destinado a la iniciación mientras pasan por la ceremonia denominada *estar siendo tragado por el tamberan*<sup>2</sup>. La fiesta de iniciación tiene profunda influencia en la vida de los novicios y consiste en la segregación ritual de la compañía de las mujeres, durante la cual el novicio observa unos tabús especiales en alimentación, sufre la incisión, participa en la comida de sacrificio consistente en sangre de un hombre mayor; también se

<sup>1</sup> Planta comestible apreciada en los países intertropicales.

<sup>2</sup> Patrón sobrenatural de los hombres adultos de la tribu.

pone en relieve la camaradería entre los muchachos y la atención con que los cuidan sus padres, hermanos mayores y padrinos especiales. Los hombres más viejos cazan para los novicios y les alimentan; se supone que el periodo promueve mágicamente el crecimiento, y lo consideran como algo saludable. En cuanto a las relaciones sexuales, para quienes no hayan alcanzado la madurez se les advierte que es peligroso ya que se considera que detiene el crecimiento, pero para quienes han alcanzado esta madurez el sexo se considera bueno. Así transcurren dos meses de reclusión entre ceremonias, advertencias y abundantes comidas, baños y canciones. Al final los novicios son presentados con madres y hermanas y después cada muchacho con sus mejores galas, es acompañado por su padre a la casa de sus tías paternas, comerciantes y amigos. En cada casa se le entrega un regalo que algún día tendrá que pagar. Ha terminado la infancia. El muchacho que ha ido creciendo bajo el cuidado y esfuerzo de otros, pasa ahora a formar parte de la sociedad, queda iniciado, tiene múltiples deberes que cumplir, sin agresividad, con ánimo de colaboración, ayudando a su padre y a sus tíos; cuidando de su padre cuando éste ha envejecido, y de su hermano menor cuando todavía es un niño, y ayudando a crecer a su pequeña esposa, todavía preadolescente. Para la muchacha arapesh, la menarca y todas las ceremonias que la acompañan tienen lugar en la casa del marido, ya que la niña es desposada cuanto tiene siete u ocho años con una muchacho unos seis años mayor que ella. Se va a vivir a la casa de éste, allí el suegro y los hermanos del esposo se encargan de alimentarla. Cuando llega la menarca los hermanos de la novia construyen una cabaña para la menstruación. De acuerdo con Mead (1981), para la primera reclusión se le indica a la muchacha que se siente con las piernas hacia delante y las rodillas levantadas, pero de modo alguno con las piernas cruzadas; se le despoja de los objetos que adornan su cuerpo, mientras tanto, mujeres viejas, parientes suyas o el marido, la frotan de pies a cabeza con ortigas. Le indica que enrolle una de las anchas hojas de las ortigas dentro de un tubo y que se lo introduzca en la vulva; esto le asegura que sus pechos se hagan grandes y fuertes. Los arapesh toman como máximo punto de belleza el pecho femenino. La muchacha ayuna por cuatro o cinco días, observada ansiosamente por las mujeres para evitar que se debilite, ya que la muchacha no debe tomar alimento alguno y ni siquiera tomar agua. Al tercer día sale de la cabaña y el hermano de su madre le practica incisiones decorativas en la espalda y en las nalgas. Las mujeres preparan a la

muchacha, le colocan una bella falda de hierva, brazaletes, pendientes totalmente nuevos y le pintan la espalda y los hombros con pintura roja. La muchacha se presenta ante sus hermanos, los cuales le hacen entrega de regalos, y ante el esposo, quien la alienta con una comida preparada por él y especialmente para la ocasión. Con esta ceremonia da por terminada oficialmente la infancia de la muchacha. Esta ceremonia de pubertad no representa ninguna admisión ritual a un tipo de vida, ya que la muchacha ha realizado tareas propias de un adulto al mismo tiempo que las ha compartido con las mujeres, más bien, esta ceremonia representa el paso de una crisis fisiológica que tiene mucha importancia para su salud y su crecimiento (Mead, 1981).

En las sociedades, como la de los bambuti de África, no hay un período largo de transición entre la infancia y la edad adulta sino que se produce un paso directo, gradualmente preparado desde la primera infancia mediante la participación en las actividades del grupo. En cuestiones de trabajo no hay especialización, porque todos se ocupan de todo, incluso los niños participan en muchas de las actividades de los adultos. La única jerarquía es el consejo de ancianos. La autoridad y la responsabilidad es compartida por todo el grupo social, haciendo partícipes a los niños en decisiones y discusiones de la comunidad (Lutte, 1991).

En las sociedades de criadores de ganado de África central, entre la infancia y la edad adulta hay un periodo que se extiende desde la pubertad hasta los 28 años; en este lapso los jóvenes tienen a su cargo la defensa del ganado contra los ataques de las fieras y de las otras tribus. Estos jóvenes se encuentran marginados de la sociedad. Viven en cabañas colectivas que se encuentran situadas fuera de los límites del pueblo. En cuanto a los derechos que disfrutaban los adultos, los jóvenes no pueden casarse y están excluidos del poder político (Mohr, 1939 citado en Lutte, 1991).

En la sociedad maronga de Mozambique, los niños de siete a ocho años viven en la cabaña de la madre y trabajan con ella en los campos y en la casa. La sociedad es polígama y en general las mujeres no viven con los hombres: cada mujer de un rongga posee una cabaña, alejada de las otras aproximadamente un kilómetro, de modo que tengan un terreno para cultivar. Cuando los

muchachos entran en la edad de 28 años, la edad de las carreras, es decir, de la caza, los muchachos se van a vivir con el padre y ayudan en la caza y cría de ganado. Las muchachas a los 22 años tienen a su cargo trabajos más duros en los campos. Está terminantemente prohibida toda relación sexual durante esta adolescencia prolongada. Además, los moroga no pueden casarse ni ejercer el poder político, privilegios de los adultos que viven de su trabajo (Lutte, 1991).

En Nepal, la transición de una niña a su condición de mujer se establece con el cambio de la falda corta y sencilla que vestía como niña, por la falda hasta el tobillo que envuelve el cuerpo de las mujeres. En otro grupo social como los judíos dan la bienvenida dentro de la comunidad adulta a los niños y niñas que cumplen 13 años con las celebraciones denominadas *bar mitzvah* y *bat mitzvah*. En algunas partes de África, el Medio Oriente y el sureste de Asia, se extirpan en las niñas, a diferente edad, entre la infancia y la pubertad, los genitales. La operación practicada consiste en el retiro parcial o total de clítoris y de los labios; luego se cosen los bordes en carne viva con tripa de gato o se sujetan con púas. Los fines de estos procedimientos incluyen preservar la virginidad, reducir la inclinación sexual, mantener la limpieza y aumentar la belleza (Papalia y Wendkos, 1998).

### 2.3 ACTITUDES FRENTE A LA MENSTRUACIÓN

Algunas tribus indígenas del norte de California sostenían que una muchacha que tenía su menarca era peligrosa para el pueblo, porque podía secar el aljibe y ahuyentar la caza. Los indios Yuki de la California central septentrional destacaban las bondades de la muchacha en estas circunstancias. Sus rituales se referían principalmente a las mejoras de las cosechas. Si permanecía acostada y sin moverse, la muchacha podía incrementar la provisión de alientos. Para los indios Thompson, la observancia de rituales simbólicos y tabúes por parte de la interesada aumentaba sus posibilidades de hacer carrera y llevar una vida feliz. Se le aislaba en una choza apartada de los demás y ejecutaba actos rituales mágicos. En las islas Gilbert, se consideraba que la muchacha estaba expuesta a prácticas mágicas hostiles. Permaneciendo sentada e inmóvil con la cara hacia el oeste, podía protegerse contra el mal (Muuss, 1994). En Samoa ningún tabú ni ritual estaba

relacionado con la menstruación, ni siquiera se prohibía a las jóvenes preparar la comida (Mead, 1981). Entre los indios apaches la menarca era considerada como una bendición sobrenatural. El sacerdote se arrodillaba para obtener la bendición de la mano de la muchacha (Muuss, 1994). Los indios apaches de la región suroeste de Estados Unidos exaltaban la madurez sexual de las niñas con un ritual tradicional después de la menarca de la joven, las mujeres mayores entonaban cánticos durante cuatro días (Papalia y Wendkos, 1998).

En las sociedades industriales modernas ningún rito de iniciación marca el paso de la infancia a la edad adulta y, con frecuencia, sólo se habla en murmullos sobre los aspectos sexuales de este momento de la vida. En cambio, se reconoce una amplia etapa de transición con el nombre de *adolescencia*. La palabra *adolescencia* proviene de *ad*: a, hacia y *olescere* de *olere*: crecer; es decir la condición y el proceso de crecimiento, que implica un proceso de crisis vital; de *krisis*, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal. Considerada como un fenómeno psicosocial la Organización Mundial de la Salud la define como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años y la juventud como el que se ubica entre lo 19 y 24 años (Monroy, 1998). Es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, se considera que la adolescencia comienza con la *pubertad* el proceso que conduce a la madurez sexual o aptitud fisiológica para la reproducción. Y culmina cuando el individuo esta preparado física, social y emocionalmente para responsabilizarse por sí mismo y desempeñar su papel social de adulto.

#### 2.4 CRECIMIENTO FÍSICO Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos químicos que segregan un poca cantidad de glándulas endócrinas. Las hormonas afectan el crecimiento de los adolescentes, están presentes en poca cantidad a partir de la etapa fetal, pero su producción aumenta mucho durante la pubertad. La gran rapidez con la cual se suscitan los cambios biológicos durante la adolescencia se asemeja al periodo fetal y a los dos primeros años de vida (Craig, 1997). Es probable que con excepción del nacimiento, no haya otro periodo en la vida humana en el que se genere una transición de tanta importancia (Muuss, 1994). Pero a diferencia de los



lactantes, el adolescente que experimenta estos cambios tiene sentimientos de dolor, placer, miedo fascinación, orgullo o vergüenza, constantemente se compara con otros, con el ideal predominante en el momento y revisa su imagen. Es importante que el adolescente sea capaz de conciliar las diferencias entre el ideal predominante y el mismo (Craig, 1997).

Generalmente, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo; los niños y las niñas o preadolescentes, en esta época, se vuelven evidentemente gordos. A esto le sigue el final de la niñez y el principio de la adolescencia. Aunque masa corporal magra, masa esquelética y grasa corporal son iguales tanto en los niños y en las niñas, al llegar la madurez los varones tienen 1.5 veces más masa corporal magra y casi 1.5 veces la masa esquelética de las mujeres; éstas últimas tienen casi el doble de grasa corporal que los varones. Los cambios en el contorno corporal de las niñas, con acumulación de grasa a nivel de los muslos, caderas y regiones glúteas, se producen durante la fase rápida de crecimiento puberal. Los cambios de la voz y otros más se relacionan también con los cambios en la composición corporal (Rebar, 1997).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones: la cabeza casi ha dejado de crecer, realizando su mayor desarrollo durante los primeros 10 años de vida; las manos y los pies casi alcanzan su talla adulta; también hay un aumento en el largo de las piernas y brazos. Durante la pubertad se puede llegar a crecer hasta 10 centímetros por año en el momento de la máxima aceleración. Las distintas partes del cuerpo no crecen al mismo tiempo ni de la misma manera. Un ejemplo de esto es que los pies suelen crecer antes que el resto del cuerpo, dando la impresión de ser grandes y desproporcionados, esta percepción suele ocurrir en cuanto a las piernas que se ven demasiado largas para el tamaño del tronco. Es frecuente que ante este crecimiento el adolescente se sienta torpe.

Las niñas alcanzan la fase rápida de crecimiento muy al principio de la pubertad, antes de la aparición de la menarquía. Como consecuencia, tiene un potencial de crecimiento limitado después de aparecer ésta. En comparación, los varones alcanzan su fase rápida de crecimiento aproximadamente dos

años más tarde que las niñas. Los niños crecen un promedio de 28 centímetros, en comparación con la media de 25 centímetros en las niñas (Rebar, 1997). Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminado con el completo desarrollo de los hombros. Los varones adultos son en promedio 10 centímetros más altos que las mujeres adultas, sobre todo porque son más altos en el momento de iniciarse la fase rápida de crecimiento.

## 2.5 MADURACIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES

Rebar (1997) señala que los cambios físicos que acompañan a la pubertad se generan en una sucesión ordenada durante un tiempo definido, en las niñas el desarrollo puberal requiere de cuatro a cinco años. El primer signo puberal que suele reconocerse es la aparición de los montículos mamarios, seguida por la aparición de pelo púbico, fase rápida de crecimiento y menarquía.

El desarrollo mamario comienza entre los ocho y trece años (Higashida, 1991). Inicialmente consisten en ausencia de tejido mamario palpable y areolas generalmente menores de dos centímetros, los pezones pueden estar invertidos, planos o elevados. Aparecen los montículos mamarios que son eminencias visibles y palpables de este tejido; el tamaño de las areolas empieza a incrementarse, se adelgaza la piel de las mismas y el pezón se desarrolla en grados variables. Se manifiesta un mayor crecimiento y elevación de manera integral. La areola y la papila se proyectan por arriba del entorno mamario general en un montículo secundario. Podemos considerar que el desarrollo mamario es completo hasta llegar a una mama madura en cuanto a contorno y proporción; en la mayoría de las mujeres el pezón está más pigmentado que antes. El desarrollo mamario ocurre en un periodo de 3 a 3.5 años, pero en ocasiones se produce sólo en dos años o hasta que se produce el primer embarazo. El tamaño de la mama no es indicación de madurez mamaria. Al mismo tiempo se observa crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales (Rebar, 1997).

Posterior al desarrollo mamario aparece el pelo púbico; aunque inicialmente no hay presencia de éste, puede haber cierto pelo no sexual en la región genital.

Aparece el primer pelo púbico grueso, largo y rizado a lo largo de los labios mayores, se extiende sobre el monte de Venus. Posteriormente se presenta pelo de mujer adulta en cuanto a grosor y textura, de manera característica, no se extiende hacia las superficies internas de los muslos. Salvo en mujeres de ciertos grupos étnicos, como las asiáticas y las indias estadounidenses.

Al aparecer el vello en las axilas, aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas y se producen modificaciones en los órganos genitales: aumentan las dimensiones del clítoris y los labios genitales. El útero crece y empieza a responder al estímulo de los ovarios que producen estrógenos y progesterona, por el efecto de las hormonas gonadotróficas. La mucosa vaginal sufre estos mismos cambios y aparece la primera menstruación, menarca o menarquía, que es sin duda la señal más impresionante y simbólica que se suscita en las mujeres. En muchos casos las primeras menstruaciones se presentan antes de que haya maduración y liberación de óvulos, aunque esto no quiere decir que la joven no es fértil. De manera característica, la edad de la menarquía ocurre antes que el promedio en las niñas que experimentan obesidad moderada (hasta 30% por arriba del peso normal para la edad), en tanto que la menarquía retrasada es frecuente en las que experimentan malnutrición grave (Rebar, 1997).

## 2.6 MADURACIÓN SEXUAL EN LOS HOMBRES

Una vez ocurrido el crecimiento el segundo cambio biológico más importante es el desarrollo del sistema reproductor del hombre, la primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. El crecimiento genital se inicia cuando se manifiesta por primera vez el aumento en el tamaño de los testículos. La longitud de los testículos varía entre 2.5 y 3.2 centímetros. También aumenta el tamaño del pene. Se observa por primera vez el pelo púbico pigmentado y rizado alrededor de la base del pene. Posteriormente ocurre crecimiento del pene tanto longitudinal como en diametral, se desarrolla más aún el escroto, y la longitud de los testículos se incrementa a un nivel de 3.3 a 4.0 centímetros. Se extiende el pelo púbico rizado más grueso por arriba del pene. El crecimiento ulterior de los genitales, longitud testicular que varía entre 4.0 a 4.5 centímetros. El pelo púbico se

sigue extendiendo sobre la región genital aunque su volumen es menor que el de un adulto. Finalmente los genitales tienen el tamaño promedio del adulto. La longitud del pene estirado medida a lo largo del dorso promedia 15.7 centímetros. El pelo púbico se extiende hacia los lados sobre las superficies internas de los muslos. En pelo puede extenderse o no desde la región púbica hacia el ombligo y el ano. Generalmente el pelo púbico pigmentado en el varón es el primer signo reconocido de pubertad, aunque este se presenta seis meses después de iniciarse el crecimiento de los genitales (Rebar, 1997). Aproximadamente un año después del crecimiento del pene ocurre la primera eyaculación, y entre los 11 y 16 años aparecen las emisiones nocturnas, por lo general estas aún no tienen suficiente espermatozoides como para que sea fértil (Higashida, 1991 y Craig, 1997).

Con la aparición del vello en la axila se observa que aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas. En la cara empieza a salir el vello en el labio superior y en la mandíbula. En algunos casos la actividad de las glándulas sebáceas puede ocasionar acné. Aumenta el vello en las extremidades, y el tórax y la ceja se desarrolla más. Cuando el pene ha alcanzado su máximo desarrollo la laringe así como uno de sus cartílagos tiroideos crece aun más formando lo que conocemos como la "manzana de Adán" y la voz se hace más grave. El cambio de la voz sucede relativamente tarde en la secuencia de cambios de la pubertad. También hay un incremento en el tamaño del corazón y los pulmones, debido a la acción de las hormonas sexuales del hombre, testosterona; los niños también desarrollan más células rojas en la sangre que las mujeres. Esta producción de células puede ser un factor en la capacidad atlética superior en el hombre que en la mujer adolescente (Craig, 1997).

## 2.7 ALIMENTACIÓN DURANTE EL PERIODO DE LA ADOLESCENCIA

El crecimiento acelerado y de enorme importancia que tiene lugar en los adolescentes hace necesaria la materia prima indispensable así como la energía para construir las partes del cuerpo que se encuentran en etapa de crecimiento y maduración (Casillas y Vargas, 1985). Con frecuencia el adolescente presenta un aumento en el apetito, principalmente los varones que son los que crecen más durante esta etapa, por lo tanto necesitan más

calorías que las mujeres. En promedio, una niña necesita cerca de 2,200 calorías y un varón cerca de 2,800. Las proteínas constituyen una fuente importante para el crecimiento del adolescente, pero deberá evitar el consumo en grandes cantidades de comida chatarra, como papas fritas, helados, refrescos y alimentos ricos en grasa. La deficiencia de minerales en esta etapa son el calcio y el zinc. Los requerimientos necesarios de calcio pueden satisfacerse con alimentos como la leche, principalmente las niñas que tienen una mayor predisposición para perder calcio. Alimentos que contienen zinc como derivados del mar, cereales de grano entero, carne y huevos son importantes ya que una gran deficiencia de zinc puede retrasar la madurez sexual (Papalia y Wendkos, 1998).

La psicología y la vida social de los adolescentes influye sobre sus hábitos alimentarios. Su intensa actividad y su acelerado crecimiento exigen a su organismo comer en mayor cantidad, incluso que muchos adultos. Mientras tanto, la sociedad exige una buena figura para mantener una imagen: social aceptable. La moda influye directamente en el reforzamiento de la necesidad de esta imagen. El comercio ofrece los pantalones, blusas, y toda clase de ropa que sólo luce en cuerpos delgados (Casillas y Vargas, 1985). Muchos adolescentes se concentran en su peso, y algunas, en especial las niñas, reaccionan luchando en una larga batalla por reducirlo, en consideración a la salud y la belleza. Algunos luchan en contra de la obesidad, pero en años recientes se han extendido dos problemas de alimentación la anorexia y la bulimia (Papalia y Wendkos, 1998). Estos problemas son abordamos en el Capítulo I. Antecedentes teórico prácticos.

## 2.8 CAMBIOS COGNOSCITIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia otro desarrollo importante es el cognoscitivo, que es una secuencia de etapas cada una de las cuales es más compleja que la anterior y un individuo adquiere conocimiento e imparte significado a objetos y/o ideas. De acuerdo con Piaget (1978), el periodo de las operaciones formales es el tercer y último, se asiste a él desde los 11 o 12 años (primer estadio); con un nivel de equilibrio hacia los 13 o 14 años (segundo estadio), el sujeto se hace capaz de razonar sobre suposiciones, enunciados y sobre hipótesis y no solamente sobre objetos inmediatamente representados; el

adolescente va más allá de la experiencia personal, puede basar sus hipótesis en hechos no observados y no experimentados. Puede manejar la información más allá de las barreras temporales, espaciales y si lo desea puede reconstruir la realidad. Esta nueva capacidad y estilo de pensamiento va formando las capacidades intelectuales del adolescente por la rápida acumulación de conocimientos que abre una gama de cuestiones y problemas capaces de complicar o enriquecer su vida. A diferencia del niño, el adolescente aprende que un mismo efecto puede tener varias causas. Enfrenta sus conflictos intelectuales y morales con reglas propias de manera flexible y orientado hacia el porvenir, como la elección de una vocación que le permita satisfacer sus nuevas necesidades.

Esta nueva capacidad intelectual permite que el adolescente sea un escrutador sensible y perceptivo de los cambios que su cuerpo experimenta, mostrando ante él una actitud crítica, es frecuente que idealice a las personas y que fácilmente pueda crear ídolos a los cuales imita y con los cuales se identifica, adopta costumbres, lenguaje, modismos, ropa y música de acuerdo con su edad. También descubren que existe incoherencia entre la realidad y los ideales, ya que los adultos más cercanos enseñan una conducta y practican otra. La idea de patria, el ideal de justicia social, junto con los ideales racionales, sociales y estéticos, adquieren valor adecuado hasta la edad de los 12 años o más. (Piaget e Inhelder, 1997). El logro de la madurez cognoscitiva sólo se alcanza cuando hay una combinación en los cambios internos y externos en la vida de los adolescentes. El cerebro ha madurado y el ambiente social se ha ampliado, ofreciendo más oportunidades para experimentar. Esta interacción es esencial, pues aunque el desarrollo neurológico de la gente joven haya alcanzado la suficiente madurez para llegar a la etapa de las operaciones formales, nunca podrá lograrlo si no hay una preparación a nivel cultural y de educación (Piaget e Inhelder, 1997).

## 2.9 FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD EN EL ADOLESCENTE

Con la adquisición de la nueva capacidad cognoscitiva de los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y conflictos entre los roles que realizan tanto ellos como los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos los ayuda a construir una nueva identidad para el resto de

su vida. Aunque la búsqueda de identidad es una preocupación presente a lo largo de toda la vida, alcanza su punto crítico en la pubertad y adolescencia. Los jóvenes, que crecen y se desarrollan, se enfrentan la revolución fisiológica en su interior; con tareas adultas, se preocupan ahora por los demás en comparación con lo que ellos mismos creen que son. La de identidad se refiere a una integración de papeles (Erikson, 1993).

En la sociedad tecnológica altamente especializada de las culturas occidentales, el periodo de la adolescencia es bastante largo, debido a que los preparativos para alcanzar la categoría de adultos independientes son mayores que en las sociedades sencillas. El problema es que el joven se ve atrapado en un problema de identidad: ya es sexualmente maduro pero incapaz de satisfacer sus necesidades sexuales, por lo que el adolescente no sabe quién es en realidad. En las sociedades occidentales la adolescencia es un periodo de turbulencia y desorden (Dicaprio, 1989). El proceso de búsqueda de identidad es complejo y largo. Facilita la continuidad del presente, pasado y futuro del individuo, forma un marco para organizar e integrar comportamientos de diversas áreas de su vida, concilia inclinaciones y disposiciones personales con las identificaciones y papeles tempranos suministrados por los padres, compañeros y la sociedad, ayuda a que el sujeto sepa cuál es su posición en comparación con los demás, con lo que proporciona la base para las comparaciones sociales y, en fin, contribuye a dar a la existencia futura dirección, propósito y sentido. El cometido en la formación de una identidad es el principal obstáculo que los adolescentes han de librar para una transición exitosa a la vida adulta (Erikson 1968, citado en Craig 1997).

# CAPÍTULO III

## AUTOESTIMA



### 3.1 ANTECEDENTES

Hoy en día en todo el mundo existe una mayor concientización en cuanto a la importancia de la autoestima, ya que es bien sabido que un ser humano no puede desarrollar todo su potencial con una baja autoestima y por lo tanto una sociedad no podrá prosperar si sus miembros no se valoran a sí mismos. La autoestima va a afectar todas las áreas de nuestras vidas, como el trabajo, el amor o la familia, y esto se debe a que la forma en la que actuamos en diversas situaciones dependen de lo que pensamos que somos. Una persona con alta autoestima se sentirá capaz y valiosa, al contrario de una persona que tiene una autoestima baja, quien puede sentirse desahogado con relación a cómo conduce su vida. Existen diversas razones para desarrollar una autoestima positiva entre las que se encuentran el estar más satisfechos y tranquilos con nosotros mismos, el poder interactuar más constructivamente con otros, el que exista mayor probabilidad de que los otros nos respeten y admiren, así como también el poseer una autoestima positiva es un motivador de nuestra conducta que sirve para mantener nuestra estabilidad y nos brinda expectativas de logro y éxito (Pick de Weis y Vargas-Trujillo, 1995).

Branden (1994) nos dice que la autoestima es una necesidad, misma que requerimos para funcionar eficazmente; él hace una analogía entre el calcio y la autoestima y dice que la falta de ésta tal vez no nos hará morir, pero si nos falta en grandes dosis sí puede perjudicar nuestra capacidad de funcionar.

Aunque la autoestima es un concepto que en nuestra época es conocido por la mayoría de las personas, el concepto de "individuo" como unidad autónoma, con capacidad de pensar independientemente y con la responsabilidad de su existencia fue el resultado de varios procesos históricos. La autoestima tal y como es considerada en nuestros días tiene sus raíces en el culto al individualismo que surgió en el post-Renacimiento. La autoestima como una realidad psicológica solo existía en el pensamiento humano hace miles de años, antes de que emergiera como una idea explícita (Branden, 1994).

William James es considerado como el padre de la psicología norteamericana, y es en su libro "*Principles of Psychology*"; donde se halla el primer intento por definir la autoestima; él la definió como los sentimientos de autovalía de una persona precisadas por la proporción entre nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades. Para lo anterior James se basa en una fracción en donde el denominador son nuestras pretensiones y el numerador, nuestro éxito:  $\text{Autoestima} = \frac{\text{logros} - \text{éxito}}{\text{pretensiones}}$  (Branden, 1993).

Posteriormente, en la literatura de los neofreudianos, encontramos a Karen Horney; ella nos habla de los sentimientos de minusvalía que se encuentran en los orígenes de la ansiedad básica; para poder hacerle frente a dicha ansiedad, el neurótico debe construirse una imagen ideal como un intento por afirmar su autoestima (Caso, 1999).

Todos los seres humanos tienen metas importantes o estados finales. La primera finalidad es satisfacer las necesidades biológicas del organismo las cuales son denominadas como necesidades de satisfacción; la segunda finalidad es satisfacer las necesidades de seguridad, que son aquellas que comprenden al hombre como un ser social culturizado. Tanto las necesidades de satisfacción como las de seguridad se manifiestan como tensiones internas, y las técnicas empleadas por el individuo para satisfacerlas se llaman dinamismos. El dinamismo va a comprender una zona corporal, como por ejemplo la boca; estas áreas son a través de las cuales el individuo establece un contacto interpersonal. Cuando un dinamismo consigue realizar la satisfacción de una necesidad en específico, la tensión desaparece, en otras palabras, la situación ha sido integrada, satisfecha o resuelta. Sin embargo, muchas necesidades no son satisfechas o lo son parcialmente. La satisfacción completa de una necesidad, en especial de una necesidad de seguridad, a menudo es bloqueada por la presencia de la ansiedad. Si un individuo tiene éxito en la satisfacción de ambos tipos de necesidades, va a experimentar menor ansiedad y por lo tanto va a incrementar su confianza, originando el sentimiento de "autoestima" (Freedman, Kaplan y Sadock, 1975).

Para Adler, considerado como el fundador de la Psicología individual, una manera de asentar y conservar la autoestima es la *compensación*, que es una estrategia con la cual las personas van a compensar una inferioridad.

Adler habla en un sentido estricto del término "compensar" como una debilidad. En este sentido, va a favorecer el funcionamiento saludable de una persona cuando canaliza su energía de una debilidad que no puede cambiarse a un comportamiento que sí puede ser mejorado. Este autor, considera que el individuo que posee un concepto verdadero de su propio valer es un individuo socialmente maduro y esto como un criterio de salud mental (Dicaprio, 1989).

Existen otros teóricos de la personalidad cuyas discusiones llevan directamente al desarrollo de la autoestima; por ejemplo, Fromm, Rogers, y Allport. En la medida en la que sus ideas son pertinentes, sus conceptos y formulaciones deben ser consideradas en consecuencia de manera más extensa en cuanto a las integraciones de la teoría de la autoestima. Fromm acentúa los posibles efectos debilitando el aislamiento social. Si el niño (y el adulto) obtiene la libertad de los otros tendrá la oportunidad de seguir sus propios caminos; sin embargo, si él no se siente seguro de su perspectiva y posición expuesta, puede renunciar a su independencia. Formando parte de un grupo en el cual disfruta el resguardo y privilegios, pero también se obliga a sus normas y reglas. Entre las condiciones que determinan si él buscará independencia o la seguridad del grupo es la presencia de un estable y consistente marco de referencia en el que él pueda ver el mundo, la habilidad de formar las relaciones de amor marcada por el entendimiento y el respeto mutuo, y la convicción de que las relaciones sociales pueden continuarse en un espíritu de confianza y compañerismo. Estas características, y otros factores como la creatividad y la expresión individual que se han relacionado teóricamente a la autoestima, se forman por condiciones sociales marcadas por la aceptación, el respeto, la preocupación, la libertad de expresión e independencia. Fromm discute estas condiciones como desarrolladas dentro del armazón social total, pero se desearían condiciones similares dentro de las consecuencias de una unidad familiar. Carl Rogers no discute los orígenes de autoestima directamente, pero sus discusiones de las condiciones que facilitan la auto-aceptación y disminuyen el conflicto contribuyen a nuestra comprensión de ese tema. Rogers propone que todas las personas desarrollan una auto-imagen que sirve para guiar y mantener su ajuste al mundo externo. Desde que esta imagen se desarrolla en la interacción con el ambiente, refleja los juicios, preferencias y limitación de un particular escenario familiar y social. Rogers indica que los efectos perniciosos de los auto-juicios del individuo como una entidad, o los componentes seleccionados

de conducta, son malos. Tales juicios le impiden al individuo aceptarse y por consiguiente le causan sufrimiento. Aunque estos pueden ignorar o negar la expresión, ellos continúan teniendo un efecto de corrupción, produciendo dudas subyacentes de mérito y competencia. Rogers defiende que una atmósfera que permite la expresión libre de ideas y no recurre a severas o frecuentes evaluaciones comparativas, le permite al individuo conocerse y aceptarse. Pueden apartarse los conflictos si los padres y otros significantes aceptan los puntos de vista y valores del niño, aunque ellos no necesitan estar de acuerdo con él. De esta manera el niño puede llegar a respetarse, derivándose una convicción de ganancia de sus propios valores y puede aprender a confiar en él como un locus de experiencia. Esto requiere de padres que estén deseosos de aceptar las diferencias y que sean capaces y confíen en su niño (Coopersmith, 1967).

Ahora bien, Abraham Maslow (1971), incluye dentro de sus postulados básicos a la estima. Desarrolló términos tales como "autorrealización", "experiencia cumbre" y "jerarquía de las necesidades", que abarcan desde las necesidades de la deficiencia a necesidades del ser. Las personas autorrealizadoras tienen, por definición, satisfechas todas sus necesidades básicas de pertenencia, afecto, respeto y autoestima. Esto significa que tienen un sentimiento de pertenencia y arraigo, que sus necesidades de amar se encuentran satisfechas, que tienen amigos, se sienten amadas y merecedoras de amor, que tienen un lugar en la vida y que tienen un sentimiento razonable de valía y autorespeto.

Cabe mencionar que desde una perspectiva cultural, la autoestima tomó mayor fuerza en la década de los 80's, ya que se empezaron a publicar un mayor número de libros que hacían referencia a este concepto, comenzando a aparecer en más estudios científicos. Muchas veces pensamos que la autoestima es un concepto muy difícil de medir, pero de acuerdo con Caso (1999) existen dos posturas que pueden distinguirse en lo que se refiere a la medición de la autoestima: 1) la que enfatiza la naturaleza global de la autoestima que va a sostener que los individuos perciben un sentimiento general de autovalía con respecto a sí mismos, y 2) la que enfatiza la multidimensionalidad de la autoestima.

La autoestima es considerada por Fierro (1990) como susceptible de ser medida a lo largo de un continuo cuantitativo, en donde el sujeto se valora a sí mismo en una dimensión, específica o global. Debido a lo anterior, se facilita la investigación de la autoestima, siempre que se asuma, que algunos instrumentos que se presentan para evaluar el autoconcepto, en realidad son instrumentos que miden la autoestima. En la actualidad existe una gran diversidad de instrumentos para medir la autoestima, lo cual se debe a la problemática que resulta de poder definirla.

### 3.2 DEFINICIONES

Para Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), la autoestima es la base y centro del desarrollo humano, es decir el conocimiento, la concientización y la práctica de todo su potencial. Por otro lado, Jourard y Landsman (1992) definen a una persona con alta autoestima como una persona que se acepta a sí misma como valiosa.

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

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

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

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

Branden (1994) define la autoestima como una necesidad humana fundamental. Para él la autoestima es la confianza en nuestras capacidades y en el derecho de todo individuo a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser dignos y respetables, así como para alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

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

Pope, McHale y Craighead (1988 citado en Caso, 1999) mencionan que la autoestima es una evaluación tanto positiva como negativa de la información contenida en el autoconcepto. Señalan que la autoestima es una combinación de la información objetiva que la persona tiene sobre sí mismo y una evaluación subjetiva de dicha información, en donde la autoestima es la diferencia entre la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo. A mayor discrepancia existe un decremento en la autoestima y viceversa.

Papalia y Wendkos (1998) definen a la autoestima como el juicio que las personas hacen de su propia valía. Rice (1997) se refiere a la autoestima como la percepción de nuestro valor, habilidades y logros; es la visión positiva o negativa que tenemos de nosotros mismos. Para Rice existen cuatro fuentes principales de autoestima: la relación emocional del niño con sus padres, su competencia social con sus compañeros, el progreso intelectual en la escuela y las actitudes de la sociedad y la comunidad hacia ellos.

Mussen, Conger y Kagan (1978) afirman que la autoestima es un juicio personal de valor que se observa en las actitudes del individuo con respecto a sí mismo. Es una experiencia subjetiva que el individuo realiza para conocer a otros por medio de diversas conductas.

### 3.3 AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Es necesario que distingamos entre el concepto de autoestima y el de autoconcepto, ya que muchas veces algunos autores los consideran como interrelacionados o como conceptos similares y otras como conceptos diferentes. Existe un gran número de psicólogos contemporáneos que le han asignado al autoconcepto la función de integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

La elaboración por parte de la Psicología del constructo de autoconcepto surge del análisis operacional de la cuestión filosófica antigua de ¿quién soy yo? Los psicólogos rechazaron las ideas metafísicas de alma, deseo o espíritu por no estar acordes con la metodología científica, con lo que surge el concepto de "self", como el objeto más importante en la experiencia de cada individuo (Burns, 1979, citado en Oñate, 1989).

El concepto del self (sí mismo) es la única característica propia del hombre y que lo diferencia de los animales. El self es un concepto complejo con una diversidad de significados. Es con Platón en donde se inicia el estudio del self refiriéndose a éste como alma. Aristóteles, en el siglo III A. C., es el primero que hace una descripción sistemática de la naturaleza del yo. Aunque va a ser San Agustín quien describió por vez primera una introspección de un self personal. Es con el renacer de la cultura Europea del siglo XVII cuando el concepto de self, se va a reflejar en los escritos de Descartes, Hobbes y Locke (Musitu y Román, 1982, citado en Oñate, 1989).

Pero es hasta el siglo XIX en donde William James pone las bases para el estudio posterior del self. James afirma que las imágenes que los otros tienen se van a reflejar en uno y que dichas imágenes se van a incorporar dando lugar a la formación del autoconcepto. Karen Horney habla sobre el concepto del self, considera que cada individuo, a partir de su self real o actual, va a tratar de lograr la realización de todas sus necesidades para

poder llegar a su pleno desarrollo. Para poder alcanzar dicha autorrealización, el hombre debe contar con un self idealizado que sirva como modelo.

Por otro lado, el concepto del self es utilizado principalmente como un prefijo y no tanto como un postulado. Ejemplos de lo anterior son: autovalía, autorrespeto, autorreconocimiento, autoconcepto, autoimagen, autoestima, autocontrol, autoevaluación, autopercepción, autoconciencia, etc.

Delval (1996) dice que el autoconcepto es el conjunto de representaciones que la persona construye sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. Papalia y Wendkos(1998) definen el autoconcepto como lo que las personas creen de sí mismas, la imagen general de sus habilidades y características. Menciona que el autoconcepto se inicia en etapas tempranas de la vida y se extiende durante la niñez intermedia. Cada individuo desarrolla su noción de identidad personal que es el resultado de la integración de diversos aspectos del yo, entre los que se pueden mencionar el autoconcepto.

El sentido de uno mismo comienza durante la infancia, al comprender poco a poco que uno se encuentra separado de otras personas y cosas, posteriormente viene la autodefinición, que es cuando identificamos las características que consideramos importantes para describirnos. Es durante la niñez temprana cuando se construye un concepto de lo que nos gustaría ser, el cual se denomina "yo ideal", pero debe tomarse en cuenta que en esta etapa el pensamiento tiene problemas para reconocer el "yo real", es decir, lo que en la realidad se es y que es diferente al yo ideal. Entre los 4 y los 7 años el niño tiene grandes expectativas de lo que son sus habilidades debido a que no cuenta con las destrezas cognoscitivas para poder compararse con los demás; los adultos por lo general le dan una retroalimentación positiva de sus destrezas; por último, una autovaloración irreal y elevada puede ayudar al desarrollo cuando la autoestima es alta, sintiéndose motivado para seguir adelante (Harter, 1990, citado en Papalia y Wendkos, 1998).

Para Branden (1995) el autoconcepto es lo que cada uno consciente y subconscientemente piensa que es, esto se refiere a los rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y defectos; así como nuestra autoestima, la cual es el componente evaluativo del concepto de sí mismo. Dicho concepto



va a modelar nuestra vida, debido a que va a influir en nuestras acciones y decisiones, por lo que va a construir nuestro destino.

Fierro (1990) nos dice que el concepto de sí mismo equivale al autoconocimiento, en el cual entran diversas actividades y contenidos cognoscitivos tales como conceptos, imágenes, juicios, razonamientos, etc. Los juicios acerca de uno mismo van a constituir la organización del sistema de autoconocimiento. En este sistema se van a diferenciar dos tipos de juicios: los descriptivos y los evaluativos. Los descriptivos se refieren a como somos de hecho: nuestro sexo, edad, profesión, rol social, características físicas, etc. Los juicios evaluativos son aquellos que conciernen al aprecio o valoración que nos merece cada una de nuestras características.

Así como existen autores que diferencian los términos autoconcepto y autoestima, existen otros que los toman como equivalentes o similares, tal es el caso de Rice (1997) el cual dice que la autodefinición, el autoconcepto, la autoreferencia, la autoeficacia y la autoestima son conceptos similares. Para este autor, el autoconcepto y la autodefinición se refieren a la percepción de nuestra identidad; la autorreferencia y autoeficacia son las percepciones y estimaciones que hacemos en cuanto a nuestro propio valor. Y por último la autoestima es la percepción global que tenemos de nuestras habilidades y nuestro propio valor.

Como se ha visto, a pesar de que existen discrepancias en cuanto a tomar como iguales o diferentes los conceptos de autoestima y autoconcepto, se podría afirmar que independientemente de lo anterior, son constructos interrelacionados, lo que se puede observar en el estudio siguiente. En una investigación sobre el autoconcepto y la autoestima en las madres e hijos de diferentes escuelas de la ciudad de Toluca, realizada por González Arratia y Valdez (1996), se pretendía observar si existía alguna relación entre el autoconcepto y la autoestima entre madres e hijos que cursaban el 6to. Grado de primaria, así como si el tipo de escuela a la que asistía el niño tenía alguna relación con dicho autoconcepto y autoestima que éste poseía. La muestra estaba integrada por 83 niños (40 hombres, y 43 mujeres), los cuales se encontraban entre los 10 y los 13 años de edad y asistían a tres diferentes tipos de escuelas: pública, privada y semiurbana. En dicha investigación se utilizó el instrumento de autoconcepto de Valdez creado en

1993, este instrumento se aplicó tanto a los niños como a las madres de éstos. Los resultados indican que en relación con la autoestima entre madres e hijos, se observó que las madres poseen una autoestima mayor en comparación con sus hijos, debido a que en las madres existe una menor distancia entre el autoconcepto real e ideal, es decir, entre lo que son y lo que les gustaría ser. Por otro lado de acuerdo a la variable "tipo de escuela" a la que asisten y su autoconcepto real, se encontró que los niños que asisten a la escuela privada se percibieron como: platicadores, traviosos, necios, aplicados y agresivos, en comparación con los niños de las otras escuelas que no se percibieron de esta forma; lo anterior se puede deber a que los niños de la escuela privada se perciben como sus padres y maestros les dicen que son. Se llegó a la conclusión de que sí existe una relación estrecha y recíproca entre el autoconcepto y la autoestima entre madre e hijo.

### 3.4 DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA

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

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

Corkille (1985) afirma que antes de aprender el significado de las palabras el niño va a reunir impresiones acerca de sí mismo, las cuales le llegan a través

del lenguaje corporal de quienes lo rodean, dichas impresiones son las que van a crear los conceptos definitivos del niño, que posteriormente apoyaran la construcción de una autoestima elevada

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

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

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

Papalia y Wendkos (1998) enfatizan que un periodo crucial para el desarrollo de la autoestima es la niñez intermedia, ya que es aquí donde los niños van a comparar sus yo reales con sus yo ideales, y se juzgan en base a los patrones y expectativas sociales que han tomado de su autoconcepto.

Erikson (1950, 1982, citado en Papalia y Wendkos, 1998), plantea un estadio que denomina Iniciativa frente a Culpa, en la cual la iniciativa se convierte en un indicador de la propia valía y en una característica importante durante la niñez temprana; durante ésta, los niños enfrentan situaciones contradictorias entre lo que pueden hacer y lo que quieren hacer, aprendiendo al mismo tiempo que existen algunas cosas que quieren hacer que son aprobadas socialmente, mientras que otras no. Con lo anterior se desarrolla un conflicto o crisis que se da entre las dos partes de la personalidad: aquella que conserva al niño lleno de curiosidad, de intentar cosas nuevas y probar

sus capacidades, y aquella parte que se va convirtiendo en adulto y en la que debe examinar las consecuencias de sus acciones. Si el niño aprende a regular dichas circunstancias opuestas desarrollará la virtud del propósito, y de esta forma perseguir sus metas sin sentirse culpable o con miedo al castigo.

### 3.5 ADOLESCENCIA Y AUTOESTIMA

Una autoestima elevada es uno de los recursos más valiosos e importantes que posee un adolescente, ya que un adolescente con alta autoestima aprende más eficazmente, desarrolla relaciones más gratas, se encuentra más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presenten, es productivo en el trabajo y es autosuficiente, dándole con todo lo anterior un mejor cauce a su vida, siendo un aspecto importante el que si un adolescente termina esta etapa de su vida con un autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta siendo una persona productiva y llevando una vida satisfactoria.

Para Marsellach (1998, p. 4), un adolescente con alta autoestima se caracteriza por:

- Actuar independientemente.
- Asumir sus responsabilidades.
- Afrontar nuevos retos.
- Sentirse orgulloso de sus logros.
- Tolerar la frustración.
- Sentirse capaz para influir en otros.

Debido a que durante la adolescencia se forma la identidad del individuo, es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de una adecuada autoestima; es una etapa en la cual el niño pasa de la dependencia a la independencia, a tenerse más confianza. En esta etapa el adolescente atraviesa por una crisis de identidad, cuestionándose la opinión que de sí mismo ha adquirido en el pasado. Para el adolescente es una necesidad el construir su identidad, así como el sentirse bien consigo mismo. Ahora bien, existe un concepto que va a estar ligado a la búsqueda de la identidad del adolescente el cual es el "autoconcepto". El autoconcepto es muy importante en esta etapa ya que el adolescente presta gran atención a la opinión de los

otros, a lo que piensan de él, se siente el foco de todas las miradas, es aquí donde se observan cambios en el concepto de sí mismo. Durante esta etapa, tanto el autoconcepto como la autoestima ocupan un lugar central en la construcción de la identidad de los sujetos. (Marsellach, 1998).

De acuerdo con Muñíz (1991, citado en González Arratia y Valdez, 1996), la madre es una variable fundamental en la formación del autoconcepto, esto tanto en los padres como en los hijos, debido a que ven alguna parte de ellos mismos en el otro (es decir, la madre), lo cual se explica por las influencias recíprocas de unos y otros.

Erikson (1950, 1968, citado en Delval, 1996), se ha referido al concepto de identidad centrándose sobre todo en lo que se refiere a la "crisis de identidad". Este autor divide el desarrollo humano desde el nacimiento hasta la edad madura, en 8 estadios, en cada uno de los cuales es necesario superar una crisis, siendo en la adolescencia donde se produce la crisis más importante y en donde se debe desarrollar la identidad del yo, oponiéndose a este desarrollo un sentimiento de difusión de la identidad. Los adolescentes basan su confianza en las experiencias pasadas, en las experiencias que han vivido desde su infancia. Para Erikson la sociedad en la que el adolescente trata de integrarse debe tener como función principal guiar y limitar las acciones del individuo. De acuerdo con el mismo autor, durante los primeros intentos por establecer la identidad del yo existe una difusión del papel a desempeñar, en este periodo los adolescentes se sobreidentifican muchas veces con personas como dirigentes de grupos, deportistas famosos, artistas, etc., y suelen hacerlo hasta el punto de perder toda la identidad aparente con su propio yo. Por otro lado a medida que el adolescente se vuelve más independiente, la evaluación que los padres hagan sobre éste se vuelve menos importante, revelándose contra el dominio, el sistema de valores y la intromisión de los padres en su vida privada, debido a que necesita separar su identidad de la de ellos. En las mujeres tiene gran impacto aquella evaluación realizada por los amigos, así como la opinión de los maestros, a diferencia de los varones en los cuales, a pesar de lo anterior, es la opinión del padre la que toma mayor fuerza. A pesar de dichas variaciones, en general, la opinión y evaluación de las personas significativas para el adolescente es de suma importancia en ambos sexos en la construcción de su autoestima.

En un estudio realizado por Down y Rose (1991, citado en Gerson, 1998) se identificaron la relación de varios tipos de grupos de adolescentes y la incidencia de los problemas psicosociales, ya que la afiliación a determinado grupo va a tener consecuencias en ciertas conductas y en las actitudes del adolescente. Para este estudio se tomaron en cuenta las clasificaciones de grupo que realizó Clark en 1962, el cual identificó 3 grupos: 1) "el grupo divertido", donde los estudiantes disfrutaban el salir con amigos, los coches, los deportes y tomar alcohol; 2) "el grupo académico", aquí los estudiantes sacan buenas calificaciones y se encuentran en algún grupo de estudio para entrar a la universidad y 3) "el grupo de delincuentes", en el cual los adolescentes crean problemas de disciplina, retando e ignorando a la autoridad. En los adolescentes existe cierta tendencia a etiquetar a los demás, lo cual puede contribuir de manera positiva o negativa en el desarrollo de la autoestima. En el primer grupo se encontró que son los adolescentes con una autoestima más alta les gusta cuidar su autoimagen, lo que se refleja en la apariencia física, su manera de vestir, las habilidades atléticas y las buenas calificaciones aunque no sean excelentes. En el segundo grupo, es decir, el académico, el nivel de autoestima fue menor al grupo anterior; sin embargo su etiqueta le permite el desarrollo de actitudes socialmente positivas. Por último, en el tercer grupo la autoestima fue baja, ya que su conducta y su imagen física no son aceptadas por los otros grupos sociales, por lo que este grupo de adolescentes es etiquetado como los "perdedores" o los "rechazados", contribuyendo a problemas de depresión y al desarrollo de una identidad destructiva.

En los adolescentes, la autoestima se encuentra influida por el grado de creencias de los patrones culturales, lo cual puede causar problemas especialmente en las mujeres, ya que se encuentran expuestas de manera continua a la comparación con las imágenes de una mujer ideal (Usmiani y Danilok 1997).

La autoestima influye en la vida del adolescente en varios aspectos tales como:

- Cómo se siente.
- Cómo piensa, aprende y crea.
- Cómo se valora.

- *Cómo se relaciona con los demás.*
- *Cómo se comporta (Marsellach, 1998, p.4).*

En un estudio se aplicó a 201 adolescentes de 14 a 16 años la Lista de Chequeo de Problemas de Mooney (Mooney Problem Check List) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenbergs Self – Esteem Scale), para examinar las diferencias de género en cuanto a la cantidad y naturaleza de los problemas en relación con la autoestima durante la adolescencia. Como resultado se identificó a la salud, el desarrollo físico, al hogar y la familia como los problemas que influían en la autoestima de las jóvenes. En comparación con las chicas solo el área corespondiente a las relaciones sociales y psicológicas predecía la autoestima en los varones (Harper y Marshall, 1991, citado en Rice, 1997).

Otro aspecto que es importante en la vida del adolescente es la elección vocacional. En estudios realizados por Munson (1992, citado en Gerson, 1998), se encontró que los estudiantes que tienen una autoestima alta son los que obtuvieron un puntaje alto en la identidad vocacional lo que sugiere el estimular la autoestima en la orientación vocacional para lograr una elección de la vocación más clara.

La búsqueda de la identidad del adolescente va a relacionarse estrechamente con dicha orientación vocacional, en nuestra cultura, los adolescentes y los adultos jóvenes deben tomar la iniciativa de elegir una ocupación y es esta exigencia una de las principales fuentes de ansiedad; esto se debe a que de dicha elección va a depender su vida futura. Aunado a lo anterior existen otras variables que van a aumentar la ansiedad producida por la elección de una ocupación como lo son las expectativas de los padres, la tradición familiar o de forma más simple, el deseo de los padres de ver a su hijo superarse.

Ligado al punto anterior, durante la adolescencia un aspecto importante es el rendimiento escolar, ya que éste, a pesar de no ser un aspecto que pueda afectar la estimación personal, el éxito académico sí puede ayudar a adquirir mayor seguridad, confianza y estimación de sí mismo. En un estudio realizado por Alcántar, Villatoro, Hernández y Fleiz (1998) se trató, por un lado, adecuar psicométricamente la escala de autoestima de Reidl creada en 1981

a los adolescentes, y por otro lado conocer la relación que existe entre el rendimiento escolar y el grado de autoestima en adolescentes entre 15 y 20 años en una preparatoria privada en el sur del Distrito Federal. La muestra se conformó por 100 adolescentes (50 hombres y 50 mujeres). Los resultados demuestran que el grupo que tenía un rendimiento escolar alto mostró una autoestima global y social mayor que el grupo de rendimiento escolar medio. En cuanto al género de los sujetos, las mujeres mostraron un rendimiento escolar más alto, así como una mayor autoestima social.

Con respecto a los puntos mencionados anteriormente, se esperaría que un adolescente, al no tener un nivel adecuado de autoestima podría caer en un estado de depresión. Aguilar, De Eduardo y Berganza (1996) realizaron un estudio sobre la autoestima y la depresión en los adolescentes guatemaltecos, los cuales cursaban el tercer año básico del nivel medio y contaban con una edad promedio de 15 años con 3 meses. Dichos autores encontraron que al medir la autoestima total, la autoestima global, la familiar, la académica, la física y la social, existía una correlación negativa significativa entre la depresión y la autoestima. En esta investigación se utilizó un análisis de regresión y se encontró que la autoestima y sus componentes contribuían significativamente con los niveles de depresión. Algo que es importante mencionar es que el instrumento utilizado para evaluar la autoestima en los sujetos, es el "Five- Scale Test of Self-Esteem for Children" elaborado por Pope, McHale y Craighead en 1988, el cual fue traducido y adaptado por Guido Aguilar y Hade De Eduardo. En cuanto al instrumento que se utilizó para medir el grado de depresión, este fue el "Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children-Modificado" (CES-DC-M).

Nieger y Hopkins (1988, citado en Aguilar, De Eduardo y Berganza 1996), señalaron que la baja autoestima en los adolescentes es uno de los mejores predictores de la depresión en esta etapa, y lo cual se va a asociar con actitudes autopunitivas.

Satir (1991) menciona que las personas que tienen una autoestima alta también pueden sentirse deprimidas; la diferencia radica en que quienes se sienten deprimidos no se califican de inútiles ni fingen que ese sentimiento de



depresión no existe. Estas personas saben que el momento de depresión es algo pasajero que se necesita resolver.

Por último es necesario mencionar que existen de acuerdo a Marsellach (1998), cuatro aspectos de la autoestima, los cuales si los adolescentes los experimentan de una manera positiva lograran desarrollar su autoestima de una manera adecuada:

1. Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también los reconocen como tales.
2. Singularidad: es el resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que lo hacen diferente de los demás, esto, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por dichas cualidades.
3. Poder: es la consecuencia de la disponibilidad de medios, oportunidades y de la capacidad en el adolescente para poder modificar las situaciones de su vida.
4. Modelos o pautas: puntos de referencia que le proporcionan al adolescente los ejemplos adecuados que la van a servir para establecer una escala de valores, sus objetivos e ideales (p.5).

### 3.6 VARIABLES QUE AFECTAN LA AUTOESTIMA

Existen diversas variables que pueden afectar tanto positiva como negativamente el desarrollo de la autoestima y que por ende influyen en como nos desenvolvemos en nuestra vida diaria. Como se verá en los párrafos siguientes el papel que la familia juega es una de las variables más importantes, si no es que la más importante en la construcción de una adecuada autoestima.

Pope, Mchale y Craighead (1988, citado en Caso, 1999) se basan en una perspectiva cognitivo-conductual; ellos proponen un modelo en el que van a interferir factores personales y eventos medioambientales cuya interacción influirá como una determinante sobre la autoestima. Proponen un modelo en donde señalan que existe, por un lado, un marco o entorno conformado sobre todo, por el hogar, la familia, y la escuela, en donde se dan ciertas experiencias o situaciones; y por otro lado, afirman la existencia de variables o

áreas personales, las que pueden producirse en cualquier momento y que van a influirse mutuamente. Estas áreas son: la biológica, la conductual, la cognitiva y la emocional. Estos mismos autores consideran que, tanto en la autoestima de los niños como en la de los preadolescentes, existen diversos componentes que van a representar las áreas importantes en su vida. Dichos componentes son: el social (son los sentimientos de uno mismo hacia sus relaciones interpersonales), el académico (es la autoevaluación como estudiante, en cuanto a la satisfacción por el rendimiento escolar logrado), el familiar (refleja sus propios sentimientos como parte de la familia), el corporal (se basa en la satisfacción de su imagen corporal) y el global (que es la valoración general de uno mismo apoyándose en la evaluación de las áreas anteriores).

Por otro lado, Satir (1986) menciona que una disfunción conyugal afecta las funciones parentales hacia por lo menos uno de los hijos ya que si uno o ambos padres tienen una autoestima baja y confía poco en el otro, esperarán que su hijo aumente la autoestima de ambos, siendo una extensión de los dos y aliviando el sufrimiento en la relación conyugal. Para esta autora, un niño, desde que nace necesita estar confortable físicamente, aprender cómo influir en las respuestas de otros, cómo estructurar su concepto del mundo.

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

alta autoestima sus familias serán armoniosa, en cambio unos padres con autoestima baja formarán familias conflictivas (Satir, 1991).

En un estudio realizado por Maya (1996) se investigó el efecto que tiene en los niños el pertenecer o no a una familia integrada, en cuanto a su autoconcepto y autoestima. Esta autora trabajó con una muestra de 160 niños, 80 niños de la calle que vivieran fuera de su hogar y que trabajaran en la calle, y 80 niños de familias integradas que vivían con el padre y la madre. Todos los sujetos eran del sexo masculino y tenían de 7 a 14 años de edad. Los resultados muestran que los niños de la calle tenían una tendencia a percibirse negativamente en comparación con los niños de familias integradas que se percibieron de manera opuesta. En relación con la autoestima, los niños de la calle al describirse mencionaron que les gustaría ser menos amables, honestos, limpios, estudiosos, etc., lo cual muestra que manejan estas características como parte de una autoestima baja, que probablemente se deba al medio en el que se desarrollan, en el que han aprendido a valorarse de esta forma. Los niños de familias integradas se valoraron en la forma opuesta. Con lo anterior, se llegó a la conclusión que el hecho de vivir en una familia tiene efectos favorables tanto en el autoconcepto como en la autoestima de los niños. Branden (1994) afirma que si un niño crece en un entorno adecuadamente formativo es mayor la probabilidad de que aprenda el tipo de acciones que apoyan a una buena autoestima, es decir, que la mejor manera de tener una autoestima alta es tener padres que también cuenten con ésta. Cuando un niño nace se encuentra desprotegido, es decir que su principal apoyo son sus padres, pero es aquí donde empieza la tarea primaria de llegar a ser nosotros mismos, basándonos en las enseñanzas de nuestros progenitores para volvernos autónomos. Pero para Branden lo decisivo son las acciones de la persona, es decir que lo que va a determinar el nivel de la autoestima en una persona es lo que ella hace, y siendo que esto es el reflejo de lo que pensamos, lo decisivo son los procesos internos.

Para identificar las conductas de los padres cuando los niños crecían con una autoestima sana Coopersmith realizó un estudio. No se encontró una correlación significativa con factores como la educación, la zona geográfica, la clase social, la profesión del padre o el hecho de que la madre se encontrara todo el tiempo en casa; lo que se encontró fue la importancia que tiene la

TEBIS CON  
FALEA DE ORCEN

calidad de la relación entre el hijo y los adultos que juegan un papel importante en su vida. Específicamente encontró 5 condiciones asociadas a una alta estima en los niños:

1. El niño experimenta una total aceptación de los pensamientos, sentimientos y el valor de su propia persona.
2. El niño funciona en un contexto de límites definidos e impuestos con claridad que son justos, no opresores y negociables.
3. El niño experimenta respeto hacia su dignidad como ser humano. Los padres no utilizan la violencia, la humillación o el ridículo para controlarlo o manipularlo. Las reglas de los padres son flexibles, es decir, que se pueden negociar, en otras palabras, impera la autoridad pero no el autoritarismo. Los padres muestran interés por la vida social y académica del niño.
4. Las normas y expectativas de los padres son elevadas, en lo que respecta al comportamiento y al rendimiento, esto lo transmiten a sus hijos de una manera respetuosa, retando al niño a que sea lo mejor que puede ser.
5. Los padres tienen un alto nivel de autoestima.
6. Finalmente Coopersmith afirma que no existen pautas de conductas que sean iguales en todos los padres con hijos con autoestima alta, por lo que aunque la conducta de los padres sea de suma importancia no es el único factor que va a determinar el desarrollo psicológico del niño (Branden, 1994, pp.192 y 193).

Kawash y Koseluk (1990, citado en Gerson, 1998) investigaron la relación entre la autoestima y las características familiares, encontrando que la calidez en ésta puede predecir el nivel de autoestima. Cabe mencionar que, como se señala en el párrafo anterior, existen otros factores que van a influir en la autoestima y aquí encontramos a la variable "maestro", ya que si éste trata a los niños con respeto puede ofrecer orientación a un niño que procede de un hogar donde no existe este respeto. Aunque claro que no siempre se da esta situación, ya que en el otro lado de la moneda encontramos a profesores que carecen de autoestima, poniendo en ridículo al alumno, amenazándolo, provocando miedo, es decir, que no creen en las posibilidades del niño, sino que sólo ven sus limitaciones. Tanto el ambiente escolar como el familiar van a influir en la autoestima del niño (y del adolescente).

Harter (1990, citado en Papalia y Wendkos, 1998) afirma que la aceptación y el cuidado de los padres, profesores y compañeros que se manifiesta en su

comportamiento, hace que los niños se sientan bien consigo mismos, lo cual es sumamente importante debido a que es durante la niñez intermedia en donde los sentimientos de los pequeños acerca de su propia capacidad e idoneidad son indispensables para fomentar y mantener la autoestima.

Otra variable se refiere al atractivo, a la imagen que cada individuo tiene de sí mismo. En un estudio realizado por Bruchon-Schweitzer (1992), en el cual se buscaba verificar el impacto eventual de las actitudes y comportamientos sobre unos sujetos que difiriesen en cuanto a la belleza/fealdad (en otras palabras la relación que existe entre el atractivo y la autoestima), se encontró que existe un efecto significativo entre la variable belleza y la autoestima, ya que los sujetos bellos tienen la autoestima más alta, los más feos la más baja y los medios tienen unas puntuaciones intermedias, tanto en los hombres como en las mujeres. Estos resultados apoyaron la hipótesis de que cuanto más bello es uno (según los observadores) más favorablemente se estima. Por otro lado, con el fin de delimitar mejor el impacto del atractivo físico sobre la autoestima, se sometieron las respuestas del instrumento aplicado (QUEST) a un análisis en factores principales seguido de rotaciones Varimax, sobre los grupos masculinos, femeninos y sobre el conjunto de los sujetos. Después de dicha rotación la autoestima global se llegó a cuatro facetas: sociabilidad, seducción, estabilidad emocional y ambición. Partiendo de uno de estos cuatro factores, se encuentra; que cuanto más bello es considerado uno, más seductor se encuentra, así, si los sujetos atractivos tienen una autoestima globalmente más favorable que los menos agraciados, es por las gratificaciones que aportan en sus relaciones (en especial con el sexo opuesto). Finalmente, no se encontró otro efecto significativo de la belleza objetiva sobre los otros componentes de la autoestima.

Otros autores también han encontrado que cuanto más atractivo es considerado un sujeto, más tendencia tendrá a considerarse como popular, atractivo, que tienen buenas relaciones heterosexuales, es feliz, equilibrado emocionalmente, satisfecho de sí (Mathes y Kahn, 1975, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Por otro lado, Franzoi y Herzog (1986, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) muestran que la fuerza y el atractivo físico global en el hombre, y el atractivo heterosexual y la delgadez en la mujer son los que predicen, respectivamente,

la autoestima de cada sexo, sin embargo, la condición física se muestra como predictiva de la autoestima en ambos sexos.

Debido a lo anterior, es necesario crear una conciencia en las personas con respecto a esto, ya que nuestra autoestima no va a depender de nuestro atractivo físico, pero nuestra falta de voluntad para vernos y aceptarnos sí va a tener consecuencias en ésta. La autoaceptación nos va a ayudar a que las experiencias de aprobación o desaprobación se vuelvan irrelevantes; si aceptamos lo que sentimos y lo que somos nuestro desarrollo no se bloqueará.

Existen varios estudios que han demostrado que la autoestima se encuentra correlacionada con una actitud positiva hacia el cuerpo, es decir, que las personas que aceptan sus cuerpos tienden a manifestar una autoestima más elevada que aquellas que se sienten insatisfechos con éstos. La mayoría de las personas tienen un concepto sobre la apariencia que desean tener, esto es su ideal corporal. Si sus cuerpos se ajustan a este concepto del cuerpo ideal, entonces se sentirán a gusto con ellos; por el contrario si sus cuerpos se alejan de esta realidad tenderán a rechazarlos (Jourard y Landsman, 1992).

En un estudio realizado con mujeres universitarias se encontró que las proporciones del cuerpo ideales eran el medir 1.65m, pesar 55kg y en cuanto a busto, cintura y cadera medidas de 90, 60, 90 cm. A dichas mujeres les gustaban sus cuerpos entre más coincidían con este prototipo y entre más se alejaban les disgustaban más. En un estudio similar pero con varones universitarios se descubrió que la aceptación de su cuerpo se relacionaba con el tener una talla grande, es decir, ser más altos, con hombros y pechos anchos (Jourard y Secord, 1950, 1954, citado en Jourard y Landsman, 1992).

Ahora bien, partiendo desde un punto de vista cultural, todas las sociedades tienen una red de valores, creencias y supuestos, los cuales influyen de una manera más o menos visible en la conducta de todo individuo; por ejemplo, en muchas partes del mundo y en casi todas las épocas, se ha considerado a las mujeres y se les ha enseñado a considerarse a sí mismas como seres inferiores a los hombres, lo cual forma parte del "inconsciente cultural" y que, desgraciadamente para la mujer, esta idea no apoya su autoestima. En

comparación con los hombres, una idea que ha sido difundida sobre su valor y que perjudica su autoestima es la asociación de estos con el ganar dinero, es decir, ser un buen proveedor (Branden, 1994).

Tomando en cuenta la edad, se ha observado que a medida que ésta aumenta, la autoestima tiende a descender. A mayor edad, menor autoestima. Thompson (1972, citado por Oñate, 1989), utilizando el "Tennessee self-concept scale", demostró que las respuestas de las personas de mayor edad son más defensivas y presentan un autoconcepto físico positivo más bajo, y las puntuaciones en autoconcepto ético-moral y social son más bajas que la media del grupo.

Otra variable es el sexo (masculino/ femenino), ya que existen investigaciones recientes que indican que la autoestima en las adolescentes es más baja que la de los varones, y que es la adolescencia un periodo identificado como particularmente problemático para la autoestima femenina (Knox, Funk, Elliott y Greene 1998).

Finalmente podemos hablar de la posición socioeconómica, la cual es una variable que tiene un efecto inconsistente sobre la autoestima. Por lo general, los estudiantes con una mejor posición socioeconómica tienen una autoestima más elevada que aquellos cuya posición es menor. A pesar de lo anterior en una investigación con estudiantes de preparatoria de Carolina del Norte, Richman, Clark y Brown (1985, citado en Rice, 1997) encontraron que las jóvenes con mejor posición socioeconómica mostraron una menor autoestima que aquellas jóvenes de clase media y baja. En este estudio lo que se observó es que las muchachas con una posición mayor se sentían presionadas por ser las mejores en las actividades sociales, ser las más atractivas, etc. El fracaso en cualquiera de éstas áreas producía un sentimiento de inadecuación y pérdida de la autoestima.

### 3.7 AUTOESTIMA Y RELACIONES SEXUALES

En virtud de que la variable "relaciones sexuales" abarca varios puntos importantes, se tratará en este apartado de manera independiente. En primer lugar tenemos que la autoestima es la base del amor romántico, del cual se pueden derivar, en un momento dado, las relaciones sexuales. En

ausencia del amor, de acuerdo con Branden (1999), llegamos a convertirnos en saboteadores de nuestra propia felicidad. Por otro lado, si nos sentimos competentes y valiosos ante nuestros propios ojos, si nos sentimos dignos de ser amados, tenemos los recursos interiores, es decir, la riqueza emocional necesaria que hace posible que amemos a otra persona. Al no sentirnos dignos de ser amados, es muy difícil creer que alguien nos pueda amar. La admiración de los demás no crea nuestra autoestima ni tampoco la erudición, el matrimonio o la maternidad, ni las posesiones materiales, los actos de filantropía, o las conquistas sexuales. Estas cosas nos ayudan a sentirnos mejor con nosotros mismos, pero sólo temporalmente, o a sentirnos más cómodos en situaciones concretas. Pero la comodidad no es autoestima.

Cuando los adolescentes no cuentan con un plan de vida, es decir, con metas a futuro, éstos pueden involucrarse en situaciones que reducen sus posibilidades de una mejor calidad de vida; un ejemplo es cuando se enamoran y deciden casarse, ya que el matrimonio hace que, en ocasiones, cambie el rumbo de su vida estudiantil por una vida laboral. Aunque por otro lado, llega a suceder que a pesar de contar con un plan concreto, éste pueda alterarse si la prioridad en un momento dado es la satisfacción del impulso sexual sin tener las debidas precauciones, lo que puede traer como consecuencias un embarazo no deseado, una enfermedad de transmisión sexual o el matrimonio. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) producen diversos problemas psicológicos que pueden durar toda la vida afectando las relaciones sexuales futuras del individuo. Si durante la primera relación sexual no existió un componente afectivo, esto puede ser traumático, ya que dicha relación no se considera como satisfactoria, generando a su vez en el individuo sentimientos de vergüenza, tristeza, enojo y una disminución de la autoestima al sentirse como un objeto que fue utilizado. Como se mencionó anteriormente, las ETS no son la única consecuencia de tener relaciones sexuales sin cuidarse, otra consecuencia puede ser el quedar embarazada: la mujer joven, principalmente si es soltera, al saberse embarazada experimentará sentimientos de culpa e inseguridad dado que existe la probabilidad de ser rechazada tanto por su pareja como por su grupo familiar y social. En todos los casos anteriormente mencionados existirá una disminución de la autoestima (Vargas y Vargas, 1994).



El tener relaciones sexuales antes del desarrollo total puede generar sentimientos de desvalorización, ya que la primera relación sexual debe ser muy especial para la persona. Por otro lado, es natural que durante la adolescencia los jóvenes quieran sentirse aceptados por sus iguales, pero no es válido que debido a esto se haga algo que realmente no se quiere hacer, ya que después la persona va a tener sentimientos de infelicidad. El sexo con la persona equivocada, por razones equivocadas, es un acto en contra del individuo que trae como consecuencia sentimientos de culpa, enojo, depresión, y por otro lado, cada sí dicho bajo presión reducirá gradualmente la autoestima. El adolescente debe de saber que existen muchas formas de demostrar y expresar los sentimientos, sin tener que llegar a las relaciones sexuales, como por ejemplo el abrazar, besarse o las caricias (Kramer, 1990). Finalmente, Vargas y Vargas (1994) señalan que una persona que dice no a las relaciones sexuales tempranas sabe que éstas pueden alterar su plan de vida; es decir, que es capaz de enfrentar sin temor la presión y la manipulación de otros, que es una persona con una autoestima positiva, ya que si llega a tener relaciones sexuales tempranas se asegurará de no correr ningún riesgo físico o emocional.

### 3.8 CARACTERÍSTICAS DE UNA AUTOESTIMA ALTA Y UNA AUTOESTIMA BAJA

Muchas veces las personas juzgamos y tratamos de arreglar las cosas que se encuentran fuera de nosotros pero no nos damos cuenta que la solución a muchos de nuestros problemas sería arreglarnos a nosotros mismos. Branden (1994) afirma que el nivel de nuestra autoestima tiene consecuencias importantes en cada uno de los aspectos de nuestra vida, como en la forma en la que actuamos en el trabajo, el trato con la gente, en el nivel al que probablemente lleguemos, en lo que podamos conseguir y, hablando a un nivel más personal, en la elección de nuestra pareja, en cómo nos relacionamos con nuestro cónyuge, con nuestros hijos y amigos, y, en general, en la felicidad que lleguemos a alcanzar. Una autoestima saludable se correlaciona con la racionalidad, el realismo, la intuición, la creatividad, la independencia, la flexibilidad y la capacidad para aceptar los cambios, así como con la capacidad de corregir y admitir nuestros errores, y con la disposición a cooperar. Por otro lado, una autoestima baja se correlaciona con la irracionalidad, la rigidez, el miedo a lo nuevo, la conformidad inadecuada, con la rebeldía, la sumisión, el miedo y la hostilidad.

Existen personas que todo el tiempo tienen una autoestima baja o una autoestima alta; las primeras actúan y se sienten de la siguiente forma:

- Piensan que es insignificante.
- Pasan la vida esperando que le ocurran las peores catástrofes.
- Viven con el temor de ser pisoteados, menospreciados, abandonados y engañados.
- Se aísla del mundo.
- Presenta dificultades para comunicarse.
- Su autoestima se basa en gran parte de lo que los demás piensan de ella.
- Al depender de otros para autoestimarse lesionan su autonomía e Individualidad.
- Disfraza su baja autoestimación en presencia de los otros.
- Su baja autoestima proviene de sus propias experiencias al crecer (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995; Satir, 1986)

Ahora veamos la diferencia que existe cuando una persona tiene una autoestima alta:

- Piensa que su existencia hace una diferencia importante en el mundo y en las personas que le rodean.
- Es honesta.
- Siente amor hacia sí misma y hacia los demás.
- Sabe que puede contar con ella misma para todo lo necesario.
- Tiene confianza en su presente y en el futuro.
- Se acepta tal y como es, pero al mismo tiempo tiene deseos de mejorar, disfrutando cuando logra hacerlo pero entendiéndolo que no siempre es posible (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995).

De acuerdo con Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988), existen personas con autoestima alta y personas con autoestima baja; las primeras se caracterizan por sentirse importantes, tiene confianza en su propia competencia y fe en sus decisiones; respeta el valor de los demás al igual que el suyo y se acepta totalmente como ser humano, así mismo reconoce sus limitaciones y debilidades. Las personas con autoestima baja, al contrario de las anteriores, piensan que no valen nada o muy poco, esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, y debido a que se anticipan a lo peor, lo atraen. Tienen una gran desconfianza en su persona y se aíslan de los

demás, por lo mismo se vuelven apáticas e indiferentes hacia sí mismas y hacia las personas que las rodean. Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja hacen que sientan celos y envidia por los demás.

Así mismo, estos autores mencionan que para desarrollar la autoestima se deben pasar por etapas o pasos que ellos llaman la "escalera de autoestima". Los pasos son los siguientes:

1. **Autoconocimiento:** es el conocer nuestras necesidades y habilidades, el papel que desempeñamos, como actuamos y sentimos.
2. **Autoconcepto:** son creencias que se tienen acerca de uno mismo y se manifiestan a través de la conducta.
3. **Autoevaluación:** es la capacidad de evaluar las cosas como buenas si lo son para el individuo, y considerar como malas, aquellas cosas que no le satisfacen a la persona, carecen de interés y le hacen daño.
4. **Autoaceptación:** es el admitir y reconocer todas las partes de uno mismo.
5. **Autorrespeto:** es atender y satisfacer necesidades y valores. Así mismo es expresar y manejar de forma adecuada los sentimientos y emociones.
6. **Autoestima:** en este contexto se refiere al conjunto de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, y si se acepta y respeta tendrá autoestima (p.6)

Díaz Guerrero (1999) habla sobre las necesidades que plantea Maslow; enfocándonos en la necesidad de mantenimiento o preservación de la propia estima, menciona 2 aspectos de ésta. Uno es el poder considerarse a sí mismo como valioso y el otro se refiere a ser valorado altamente por los demás. Para que uno se valore altamente, la persona debe estar tranquila en varios aspectos:

- Que haya aprovechado adecuadamente las oportunidades que le ha brindado la vida.
- Sentirse satisfecho por lo que hace o ha hecho anteriormente, enfocándonos en que se encuentre suficientemente bien hecho. A partir de esto la persona podrá tener confianza en sí misma.

Este mismo autor señala que las evaluaciones que otros hacen de nosotros se refieren al prestigio y la buena reputación, es decir el respeto y la admiración. Finalmente este autor menciona que la adecuada satisfacción de las necesidades de la "propia estima" va a generar seguridad en sí mismo, de sentirse bien, que el mundo nos necesita y somos útiles a los demás; si este sentimiento es bloqueado, la persona mostrará sentimientos de inferioridad, de inseguridad personal, debilidad y desesperanza.

# CAPÍTULO IV

## IMAGEN CORPORAL

#### 4.1 ANTECEDENTES

Para poder lograr una adaptación tanto social como personal, todos los periodos se encuentran influidos por la configuración y el funcionamiento del cuerpo. En primer lugar esta la impresión que la persona causa a los demás y en segundo, la manera en la que su cuerpo aparece ante la misma persona, es decir como lo ve ésta, o lo que es lo mismo, la imagen corporal (Méndez, 1995).

El interés por el cuerpo y la apariencia física siempre han estado presentes en la historia del hombre, que a pesar del cambio en los valores estéticos, la preocupación por las personas para ajustar su cuerpo a los modelos culturales y los estereotipos vigentes en su época no han disminuido. Las modificaciones sobre el cuerpo humano son diferentes en cada sociedad y periodo histórico, pero sin importar cuales sean éstos, sus resultados van a expresar y simbolizar culturalmente le estrato socio-sexual, económico, religioso y político de los individuos (Guillaumin, 1992, citado en Méndez, 1995).

La imagen corporal fue una idea elaborada por Schilder en un esfuerzo por integrar el pensamiento biológico y psicoanalítico; posteriormente dicha idea fue retomada por Kolb, este autor dividió a la imagen corporal en dos componentes: 1) la percepción el cuerpo, que se encuentra conformada por las diversas percepciones vinculadas con el cuerpo, y 2) el concepto del cuerpo, que depende de los procesos psicológicos internalizados y de las sensaciones internas (Kolb, 1978, p.65).

En todos los seres humanos es característico tener una imagen del propio físico. Durante el ciclo vital, esta imagen se modifica con lentitud porque los cambios en el cuerpo son relativamente imperceptibles y por lo tanto llegan a pasar desapercibidos (Powell, 1975). En la actualidad es aceptada la idea de que el individuo, a través de su crecimiento, desarrolla una percepción total de su cuerpo, así como de ciertas actitudes hacia su físico; estas actitudes se consideran como la estructura fundamental del desarrollo del yo. La percepción del cuerpo va a ir evolucionando conforme se van dando en el lactante diversas experiencias sensoriales. La gran variedad de impresiones sensoriales son transportadas hacia la corteza por medio de los aparatos

cinestésico, visual y táctil, dichas impresiones conducen hacia una percepción cada vez mayor y más extensa respecto al propio cuerpo, en otras palabras, la percepción se organiza e integra en la corteza parietotemporal del cerebro. Por otro lado, cada individuo va a ligar al conocimiento de la superficie corporal y de sus partes actitudes cargadas de un matiz emocional que van a dar lugar a las primeras experiencias familiares, como resultado de las valoraciones que los padres hacen del físico del niño. Las actitudes en el niño se van a ir desarrollando como resultado de los comentarios verbales, las indicaciones no verbales y las expresiones de admiración y/o respeto a los rasgos físicos y cualidades deseables. En la imagen corporal del niño desempeñan un papel muy importante la comparación que hace de su propio físico con el de sus padres y otros niños, y el énfasis en las diferencias. Los padres evalúan el cuerpo del niño y sus partes como buenas o malas, agradables o repulsivas. En algunas familias se le puede dar un valor a la fuerza física o al éxito físico en los muchachos, así como darle un valor excesivo a la belleza física en las mujeres. Al transcurrir el tiempo el niño puede llegar a desarrollar un concepto corporal satisfactorio o puede llegar a considerar su cuerpo y sus partes como desagradables, vergonzosas, sucias, a través de lo cual se ve reflejado la interacción que ha establecido con las figuras paternas y, posteriormente, con otras personas significativas (Kolb, 1978).

Reafirmando lo anterior Lutte (1991), señala que la construcción de la imagen corporal no proviene solamente de las percepciones externas e internas que el individuo tiene de su cuerpo sino que también de las reacciones con los otros. Según una perspectiva del desarrollo, la imagen del cuerpo se considera a veces como previa a la construcción de la identidad. Para Freud "el yo es en primer lugar un yo corporal". Según Anzieu el niño utiliza estas imágenes, como la de un "yo piel", desde las etapas precoces de su desarrollo, para "representarse a sí mismo como yo". Para otros autores, las imágenes corporales se elaboran por medio de una interacción con otras adquisiciones, como el progreso en el lenguaje, en el pensamiento simbólico. Finalmente estas imágenes también pueden ser el resultado del desarrollo y construcción de la identidad (Boulanger-Balleyguier, 1980, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 254).

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992), existen dos tipos de percepción del cuerpo: la primera se refiere a las propiedades físicas y espaciales del cuerpo, como la estimación de distancias y proporciones, así como la orientación espacial, es lo que el autor llama "imagen espacial" del cuerpo; el segundo tipo abarca las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir del propio cuerpo y referidos por lo general a normas (satisfacción corporal, atractivo "subjetivo", identidad corporal percibida, etc.), es decir, lo que se denomina una "imagen afectiva" del cuerpo.

Esta misma autora señala que la adquisición progresiva de una imagen del cuerpo se deriva de varios componentes, no sólo visuales y cinestésicos, sino también de origen cognoscitivo, afectivos y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo va a consistir en poder percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros, y como propio.

#### 4.2 DEFINICIONES DE IMAGEN CORPORAL

Dentro de la literatura podemos encontrar diversas denominaciones para el concepto de imagen corporal tales como: autoconciencia, concepto del yo, yo corporal, identidad personal, identidad del yo y esquema del cuerpo. Schonfeld (1973, p. 37) define a la imagen corporal como "la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos". Para este autor la imagen corporal es un fenómeno psicológico, pero que a pesar de esto, va a comprender la visión que tenemos de nosotros mismos no sólo a un nivel psicológico, sino también físico, fisiológico y social.

Barcia y Ruiz (1995), hacen referencia a un "esquema corporal", que es la idea que tenemos de nuestro cuerpo, que nos permite movernos sin golpearnos, agarrar las cosas que están a nuestro alcance, etc. y que implica el tomar en cuenta a nuestro cuerpo como un instrumento y objeto. Kolb (1978) señala que la imagen corporal es la percepción que el yo tiene del cuerpo y que está integrada por apercepciones corporales y conceptos corporales.

Bruchon-Schweitzer (1992) afirma que la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su vida y por medio de diversas experiencias. Este cuerpo



percibido es referido frecuentemente a normas (de belleza, rol, etc.) y la imagen corporal por lo general es una representación evaluativa.

Jourard y Landsman (1992) dicen que la imagen corporal comprende el ideal del cuerpo y el concepto que de su propio cuerpo tenga una persona. El concepto que una persona tiene de su cuerpo va a incluir todo lo que cree acerca de la estructura, capacidades y límites de su organismo. El concepto del cuerpo puede ser exacto o inexacto, completo o incompleto.

Lutte (1991) afirma que la imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, de los cabellos, de la estructura somática global. Esta imagen no es estática, sino que evoluciona en relación con el desarrollo del cuerpo y con los cambios que esto implica en las relaciones con el medio ambiente. Abraham (1963, citado en Lutte, 1991) afirma que la imagen corporal no es el espejo de nuestro cuerpo tal cual, sino la interpretación que hace el individuo de su cuerpo.

#### 4.3 IMAGEN CORPORAL Y ADOLESCENCIA

Lutte (1991) plantea que al llegar el individuo a la pubertad, por lo general ya se ha formado una imagen mental de su cuerpo, siente que lo domina, lo controla, siente actitudes positivas o negativas respecto a él. De acuerdo con De Llanos (1998), al empezar la pubertad se produce una progresiva estructuración de un primer Yo Corporal. Es durante la pubertad cuando se pone en cuestión una imagen corporal que hasta ese entonces estaba formada en términos inocentes, por lo que ésta debe ser reelaborada y aceptada, lo cual es una tarea más difícil cuando el joven ha tenido experiencias afectivas tempranas no muy placenteras. Pronto el adolescente se encuentra ante la necesidad de estructurar un nuevo Yo corporal y de esta forma desarrollar una identidad. Algunas veces el adolescente sentirá que no reconoce su propio cuerpo; es una sensación de estar deformado físicamente, lo cual no corresponde con la realidad, ya que se trata de falsas percepciones de la imagen de sí mismo. La corporalidad es el límite entre el Yo y el mundo exterior. Es a través de la interacción con los otros, como el joven trata de conocer los límites de su propio cuerpo, situando al cuerpo como un medio, un punto de referencia para aprender del mundo. El cuerpo del adolescente va a tomar toda su atención, este amor al cuerpo es la base de un narcisismo

secundario que supone la unificación del Yo, permitiendo la toma de conciencia de su individualidad. Es por eso que el adolescente se mira con tanto interés en el espejo, ya que verse reflejado en éste ayuda a delimitar la realidad corporal, vivenciándose como una totalidad.

Debido a que durante la adolescencia el cuerpo tiene cambios muy súbitos en cuanto a sus proporciones, el tamaño, la apariencia facial y el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, el individuo se ve obligado a realizar cambios mayores en su imagen corporal, esto va a provocar una preocupación en relación a poder llegar a el ideal culturalmente establecido. La imagen del yo físico del adolescente está determinada en gran parte por las normas culturales y en especial por la interpretación de dichas normas aceptadas grupo de iguales. Aquí no sólo van a importar los aspectos fisiológicos del desarrollo influyen en gran medida la forma de vestir, el cabello o el tipo de actividades físicas, en las que se destaca, las cuales se imitan para parecerse a los modelos (Powell, 1975).

En la actualidad los jóvenes a través del ejercicio tratan de moldear sus cuerpos para que se ajusten a los modelos estético-corporales, pero ese afán por conseguir una apariencia física de moda ha sido y sigue siendo casi exclusivamente de la mujer, lo cual llega a veces a la obsesión. El cuerpo al que aspiran las mujeres de la cultura occidental es un cuerpo delgado, y quién es más propenso a esta presión cultural es la adolescente. Como ejemplo de esto se ha observado que debido al bombardeo publicitario más del 50% de las jóvenes han empezado en alguna ocasión algún tipo de dieta para adelgazar. Por lo general se sienten acomplejadas con respecto a las dimensiones y formas corporales, así como preocupadas por su apariencia en el momento del cambio (De Llanos, 1998).

Rosenbaum (1979, citado en Lutte, 1991) observó que por lo general, las adolescentes no tienen sentimientos positivos hacia sus cuerpos. Afirma que las jóvenes se encuentran contentas de no tener defectos, de no distinguirse de las otras, de no ser ni muy altas, ni muy gordas. Con respecto a éste último punto, es durante la adolescencia cuando las mujeres se encuentran preocupadas por problemas de peso, aún las más delgadas siempre se ven demasiado gruesas de alguna parte de su cuerpo, las angustias relacionadas con el peso están sujetas a las expectativas socioculturales, es decir, es el

miedo a no parecerse a los modelos femeninos aceptados y apreciados por la sociedad.

Los cambios corporales del adolescente tienen un gran peso en el desarrollo de su imagen corporal, debido a que las desviaciones de alguna norma cultural pueden causar dificultades emocionales. En un estudio en el cual se interrogaron cada seis meses a varios niños acerca de cualquier preocupación en cuanto a su crecimiento físico, se encontró que el 30% de estos tenían una preocupación por su tamaño, la gordura, la ausencia de fuerza muscular y por facciones faciales poco comunes. Así mismo se encontró una preocupación por el acné, las piernas arqueadas, manchas en la piel y el tamaño de los órganos genitales. Por otro lado casi el 46% de las niñas presentaron angustias sobre su cuerpo, como el tener que usar anteojos, ser flacas o tener los senos pequeños (Stolz y Stolz 1944, citado en Powell, 1975).

Durante el periodo de la adolescencia el joven siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él y se preocupa demasiado al compararse con sus compañeros. Durante esta etapa tanto para los chicos como para las chicas existe una gran competitividad con sus contemporáneos. Un problema común que causa inquietud en los adolescentes es la adecuación del desarrollo sexual, ya que cuando éste es atípico, el adolescente puede presentar una baja autoestima, con lo cual se puede desarrollar una adaptación inadecuada debido a la perturbación en la imagen corporal. Dicha perturbación se manifiesta directamente, ya sea en una preocupación por el aspecto y el funcionamiento físico, en una variedad de conductas, en la adaptación inaceptable, en ansiedad y depresión. Dentro del desarrollo sexual atípico encontramos varios ejemplos, como la estatura; (las jóvenes más altas y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos) la configuración y la ausencia del busto (esto se debe a que el desarrollo de los senos es un acontecimiento cargado de emotividad para la mayoría de las niñas, ya que éstos representan la señal más obvia hacia los ojos de los otros y de la misma persona de que está madurando, así mismo su no-aceptación puede provocar el rechazo del cuerpo), la primera menstruación (ante la cual existen reacciones ambivalentes; puede ser apreciada porque es signo de madurez, feminidad y fecundidad, así como también permite igualarse con las amigas o hermanas que ya la tienen) o el pene pequeño, ya que la imagen de

los hombres se estructura sobre todo con respecto a la sexualidad (Schonfeld, 1973).

Por otro lado, Lutte (1991) indica que los adolescentes que maduran más precozmente pueden tener dificultades en sus relaciones con los compañeros de su edad, ya que experimentan un sentimiento de diversidad y de ausencia de adaptación, porque no saben cómo deben comportarse, si como niños o como mayores. Por lo mismo presentan mayor dificultad para elaborar su imagen corporal. Es en la época de la adolescencia cuando los elogios o las críticas que hacen los demás sobre su cuerpo es tal, que la actitud que demuestren las personas significativas en la vida de la joven van a formar directamente su imagen corporal, es decir, el valor que le den a su persona. Por lo general el adolescente se refugia en su grupo, pero la presión que ejerce éste es muy fuerte en todos los niveles, el adolescente hace cualquier esfuerzo por no salir de los límites aceptados por el grupo, de ahí que se haga todo lo posible por parecerse a aquellos que poseen el cuerpo ideal que es valorado y está acorde con el estereotipo cultural de belleza. El no poder ajustarse a los patrones establecidos por el grupo, va a provocar un sentimiento de inferioridad y desvaloración.

En una investigación internacional sobre los modelos de comportamiento se comprobó que son las niñas de 13 años y los muchachos de 14 a 15 años los que prestan mayor atención a su cuerpo. Para las mujeres, la persona ideal se resume con un solo calificativo: belleza; ellas desean un cuerpo de una modelo: longilíneo, alto, y esbelto; es un deseo de ser aceptada y admirada. En cambio los muchachos describen a su ideal físico como alto, fuerte y atleta (Lutte, 1991).

Un factor muy importante y que influye de gran manera en la imagen corporal son las actitudes familiares que se tienen sobre las preocupaciones de la imagen corporal. Schonfeld (1966, citado en Powell, 1975), investigó dichas actitudes; él descubrió que las familias que se basaban principalmente en la importancia de las funciones y apariencia del cuerpo, provocaron una sobrevaloración y una predilección por el "cuerpo bello". En tal contexto, era casi imposible que el joven desarrollara sentimientos de inferioridad con relación a la pauta que su familia había impuesto.

Schonfeld (1973, pp. 37-40) divide la estructura de la imagen corporal en:

1. La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional: se refiere al cambio lento durante la niñez y la preadolescencia de la imagen corporal. Todas las alteraciones graduales correspondientes al peso y a la apariencia van a ser asimiladas dentro de la imagen que el niño posee de su cuerpo. Al llegar a la etapa de la adolescencia va a existir un cambio acelerado, es aquí donde el cuerpo adquiere un nuevo valor, y en donde las anormalidades presentes durante la niñez adquieren un nuevo significado. La imagen corporal es de gran importancia para la identidad personal; en el varón los rasgos más destacables son la estatura, la fuerza, el desarrollo muscular, la longitud del pene, la presencia de los testículos y la erección. En cuanto a las mujeres, se encuentran la menarca, el tamaño de los pechos, el desarrollo de las caderas y el peso.
2. Factores psicológicos: aquellos adolescentes que carecieron de una adecuada estabilidad emocional, debido a los problemas con sus padres y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, por lo general no logran elaborar un marco de referencia para el concepto del yo y van a tener dificultad para resolver las exigencias sociales, escolares o vocacionales en la adolescencia. Entre más inadecuadas hayan sido sus adaptaciones en la niñez, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos en la adolescencia y por ende a las desviaciones reales o imaginarias en la maduración o la configuración corporal. La imagen corporal va a ser una representación conformada por las experiencias que tiene y ha tenido el individuo con respecto a su cuerpo, ya sean estas reales o imaginarias, teniendo además aspectos conscientes e inconscientes. Debido a que durante la adolescencia se producen grandes cambios en el ámbito anatómico y fisiológico, existen una serie de reacciones a nivel afectivo, lo que va a ocasionar una modificación hacia las actitudes que se tengan con respecto al propio cuerpo.
3. Factores sociológicos: en su desarrollo, el individuo, se encuentra sometido a diversas presiones de su medio ambiente por lo cual debe adaptarse a éstas. Dichas presiones y adaptaciones se van a dar en un medio social, a través de las relaciones con los demás, y lo cual va a sentar las bases para alterar o reafirmar su conducta. Dentro de este desarrollo es de gran importancia la actitud de los padres, ya que esta marca el concepto que el niño tiene de sí mismo, de su cuerpo y de las funciones del mismo. La evaluación que el niño haga de su cuerpo va a estar influida por los valores

de las personas que lo atienden. Aquellos niños que son aceptados por sus padres, por lo general, no sobrestiman ni subestiman a sus cuerpos, a diferencia de un niño que siente que no satisface las expectativas de su familia, el cual va a menospreciarse. Muchas familias inculcan a sus hijos una sobrevaloración de la seguridad que les va a ofrecer la belleza física en las mujeres o un cuerpo musculoso en los varones. Los jóvenes que basan su seguridad en lo anterior, no aceptan fácilmente alguna desviación en su configuración corporal, ni logran una adaptación a ésta. Los adolescentes se encuentran en un periodo en el cual son extremadamente sensibles a su concepto del yo, reaccionando instantáneamente a lo que los demás piensan de ellos.

4. Imagen corporal ideal: los adolescentes forman una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias. Durante la niñez, al niño se compara en cuanto a su estatura, peso e inteligencia; el niño entra en la adolescencia este se compara con sus compañeros, pero aquí también van a ayudar los medios de comunicación, los cuales gran énfasis en los cuerpos ideales llegando a devaluar aquellos que no posean las características de los primeros. Finalmente Powell (1975) afirma que la imagen final del sí mismo, estará determinada cuando concluya el crecimiento físico del individuo.

#### 4.4 IMAGEN CORPORAL Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

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

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

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

En cuanto al tipo de intervenciones sobre el propio cuerpo mencionadas en el párrafo anterior, la que presenta una mayor preocupación es el peso "ideal". Existen estudios recientes que señalan que en 1987, tomando como población a una muestra de 1500 adolescentes de Barcelona, el 43% quería adelgazar y el 23% se consideraban obesas, esto a pesar de que sólo el 13% sobrepasaba el peso que era considerado como ideal. Otro estudio en 1992, el cual se basó en una encuesta realizada entre los estudiantes universitarias, confirmó un aumento del disgusto hacia el propio cuerpo, presentando el 72% de la población una preocupación por el tamaño de los muslos y caderas, el 53% quería adelgazar y el 80% tenía alguna amiga o familiar que seguía una dieta estricta. Llegado a este punto es necesario mencionar que la gordura es un concepto cultural y que va cambiando según la moda, la clase social y el sexo, así como el tipo de sociedad (Guillaumin, 1992, citado en Méndez, 1995).

La obsesión por la delgadez se ha convertido sobre todo en un problema en las mujeres y responde a un modelo estético femenino que no tiene relación con el cuerpo real y el cual puede conducir a la anorexia o a la bulimia, que son enfermedades que desgraciadamente han aumentado en los últimos treinta años. De Llanos (1998) afirma que la anorexia surge como una reacción a la transformación del cuerpo infantil en un cuerpo de mujer. Ante esta situación, la adolescente va a rechazar la condición y formas femeninas "cuerpo real", buscando la delgadez a cualquier precio "cuerpo ideal".

A pesar de que existe en la mayoría de los casos una sobreestimación del tamaño y el peso, Barcia y Ruiz (1995) señalan que este hecho no debe ser interpretado como un trastorno del esquema corporal. Así mismo afirman que en la adolescencia, al no coincidir el ideal del Yo con el corporal, las jóvenes comienzan a desear un cuerpo asexuado, teniendo como consecuencia sentimientos de culpa con lo cual estas enfermas temen la proximidad emocional, la ternura, el contacto físico; es entonces cuando el cuerpo se

convierte en objeto de agresiones, por lo que éste no debe parecerse al cuerpo femenino.

El que este problema se encuentre sobre todo en las mujeres se debe a la interpretación de la propia imagen que está ligada a variables fisiológicas como la pubertad, en la que toman forma y volumen los pechos y las nalgas; la menstruación, que puede ir acompañada de un aumento de peso esporádico; el embarazo, que implica una serie de cambios en la configuración corporal, la menopausia, etc. Probablemente estos factores son solo algunos que influyen en la inseguridad que las mujeres presentan al percibir e interpretar sus cuerpos. Pero no debemos dejar de lado que el hecho de los cambios fisiológicos en la mujer se encuentra condicionado a la cultura, es decir, que aquí encontramos factores con significados estéticos, sexuales y políticos (Guillaumin, 1992, citado en Méndez, 1995).

Por otro lado, Charles (1996) afirma que la pubertad es el periodo donde comienza la conciencia de que el cuerpo se encuentra sujeto a la mirada de otro, ya sea en la calle, en la escuela, en la fiesta, con los amigos y hasta con los desconocidos; éstos miran aprobando o desaprobando las proporciones de ese nuevo cuerpo. El cuerpo femenino es juzgado conforme a los parámetros que establece el hombre. Así mismo, para esta autora, la familia es el primer punto que moldea el cuerpo de la mujer: este grupo marca sus posibilidades, establece sus límites y dicta las normas de la relación de la niña con su cuerpo. Es dentro de la familia donde se inicia la construcción de nuestro ser y la identidad en un proceso de interiorización acerca del manejo apropiado y de la valoración del cuerpo.

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

En cuanto a la obesidad, se encuentran actitudes sociales discriminatorias hacia los individuos obesos, encontrándose disminuida notablemente la autoestima en los niños obesos (entres los 12 años en los hombres y los 14 años en las mujeres), y existiendo una insatisfacción corporal constante en



dichos sujetos, la cual es significativa desde la edad de los 8 años (Bruchon-Schweitzer, 1992).

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

Como un dato adicional, cabe señalar que en el año de 1969 se fundó el primer movimiento para la aceptación del tamaño corporal, la "National Association to Advance Fat Acceptance" (NAAFA) y que su importancia radica en el hecho de que la aceptación del cuerpo ya sea en mujeres obesas o delgadas, puede resolver el problema relativo a los trastornos de la alimentación (Hirschmann y Munter, 1995).

#### 4.5 INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Ligado estrechamente al punto anterior se encuentra la insatisfacción con la imagen corporal, la cual ha ido incrementándose con la ayuda de factores tales como el auge de la industria en pro del adelgazamiento, ya sea ésta farmacéutica, alimentaria, publicitaria, entre otras (Braguinsky, 1987, citado en Gómez Pérez-Mitre, 1993).

En general, sea para aumentar el busto o disminuirlo, formar la piernas, cambiar el estilo de la nariz, etc. pareciera que lo importante es cambiar, debido a que no nos encontramos satisfechas con nuestros cuerpos, con nuestros rasgos, con nuestras medidas, por lo que tratamos de seguir fielmente los parámetros y modas fijados en la cultura, mientras que todas las empresas productoras de alimentos dietéticos, las clínicas de belleza y los cirujanos plásticos aumentan sus ganancias con la insatisfacción que las mujeres presentan con sus cuerpos. Tal pareciera que las mujeres deben

hormar su cuerpo según los patrones establecidos por las modelos pertenecientes a las casas de moda (Charles, 1996).

El descontento con el propio cuerpo es un aspecto que afecta a las mujeres principalmente, induciéndolas a transformaciones. Es a partir de los años 60's cuando el cuerpo femenino ideal se ha ido estilizando cada vez más. Por otro lado, la publicidad ha empezado a hacer hincapié en algunos artículos para los hombres, estos no se centra tanto en el problema de la delgadez, sino en otro tipo de problemas, como la calvicie por ejemplo, con esto lo que se quiere dar a entender es que las depositarias del modelo estético corporal son las mujeres, son sus cuerpos los que sufren un control social y es su apariencia física, su cuerpo, el que se construye socialmente como cuerpo para los "otros" (Méndez, 1995).

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

A pesar de que la insatisfacción con el cuerpo es más marcada en las mujeres, tanto en éstas como en los hombres una variable que predice muy bien la satisfacción corporal es la diferencia entre la forma del cuerpo "percibida" y la forma del cuerpo "ideal", existiendo una mayor insatisfacción cuando mayor sea la distancia entre éstas (Davis, 1984; Jourard y Secord, 1954, 1955, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992) la satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la Body Cathexis Scale de Secord y Jourard, la cual también es llamada BCS. Esta escala se compone de 46 ítems que se refieren a unas partes del cuerpo o a funciones corporales, así mismo, dicha escala permite evaluar la satisfacción relativa a cada aspecto o la satisfacción global. Así mismo afirma que algunas investigaciones aisladas muestran que la satisfacción corporal, ya sea medida por este instrumento o por otros similares, se subdivide en tres dimensiones, dos de las cuales van a

ser específicas de cada sexo: la condición física es común a ambos sexos, el atractivo físico global y la fuerza del cuerpo son variables masculinas, el atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso son factores femeninos.

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

1. **Sexo:** a pesar de la valoración cultural del cuerpo femenino, existen pocas diferencias entre los hombres y las mujeres con relación a la satisfacción corporal. En un estudio realizado en Estados Unidos se encontró en una muestra de 2000 sujetos que el 7% de las mujeres y el 4% de los hombres se describieron como muy insatisfechos con su cuerpo, contra el 45% y 55% que se sienten satisfechos. A pesar de lo anterior esta comparación entre sexos puede ser arriesgada, ya que otros autores señalan que los componentes de la satisfacción corporal sólo en parte son similares en los dos sexos (zonas corporales, así como la significación de estas zonas).
2. **Edad:** En un estudio se encontró que la satisfacción corporal disminuye con la edad (de 10 a 40 años) y que esto se observa claramente en el caso de las mujeres. Parece que antes de la adolescencia, las niñas se encuentran relativamente más satisfechas con sus cuerpos y esta situación se invierte posteriormente en la edad madura, ya que para una mujer adulta, es muy difícil el estar satisfecha con su cuerpo al comenzar a envejecer lo cual está marcado por los cánones de belleza (Bruchon-Schweitzer, 1992, pp. 179 y 180).

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

#### 4.6 IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA

El concepto del cuerpo ideal que nos establece la cultura va a tener repercusiones en la personalidad, ya que dicho ideal influye en el ideal personal del cuerpo, y una mayor congruencia entre el cuerpo real con el ideal, ayuda a determinar la autoestima. Si un individuo no se ajusta a los conceptos

dominantes del cuerpo ideal, puede llegar a dañar su autoestima (Jourard y Landeman, 1992).

En una investigación realizada por Berscheid, Walster y Bohrnstedt (1973, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992), encontraron una relación de .48 entre satisfacción corporal y autoestima en una muestra de 2000 sujetos norteamericanos de ambos sexos, es decir, que la satisfacción corporal va a predecir de gran manera la satisfacción con respecto a sí mismo tanto en hombres como en mujeres. Estos mismos autores afirman que el atractivo físico autoevaluado es el que predice con mayor fuerza la autoestima, es decir, el que un individuo se perciba como atractivo es más importante en su autoestima que el que lo sea para los ojos de los demás.

En un estudio realizado por Martinelli (1975, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) se encontraron estrechas relaciones entre la satisfacción corporal y la autoestima, de acuerdo al ACL de Cough. Además de la autoestima, este cuestionario explora varias necesidades procedentes de la teoría de Murray, diversos aspectos importantes de las conductas y de la identidad, y ciertas funciones del yo. Entre las subescalas de satisfacción corporal, sobre todo la condición física (cuerpo percibido como eficiente) del adolescente y el atractivo físico de la adolescente (cuerpo percibido como seductor) son los que predicen los diversos aspectos de la adaptación personal y social.

Horrocks (1986) plantea que ligados a la autoestima y la imagen corporal se encuentran factores como los conflictos y rechazos entre padres e hijos. Las consecuencias del rechazo pueden hacerse presentes en diversas formas, por lo general, el niño o adolescente rechazado tiende a presentar inseguridad y trata de provocar evidencias de aceptación y afecto de sus padres y de otros adultos. Los psicólogos utilizan a menudo la imagen corporal como un medio para juzgar la autoestimación y la autoaceptación del individuo, argumentando que los desequilibrios en la imagen corporal son indicios de autorrechazo que tiene el niño en relación con el rechazo proporcionado por los padres. Así mismo los padres que utilizan a sus hijos para resolver sus propios problemas y ansiedades, suelen provocar en ellos dificultades en la autoaceptación y un desequilibrio en la Imagen corporal.

Existen influencias sociales que determinan la conducta tanto del varón como de la mujer, ya que se ha encontrado en relación con la imagen corporal que los hombres se encuentran más satisfechos, en cambio las mujeres desean ser más delgadas a como se perciben; de hecho se ha encontrado que en el sexo femenino se presenta en mayor proporción el problema de sobreestimación de la imagen corporal. Cabe mencionar que también la estatura se encuentra como una variable de insatisfacción corporal, ya que por ejemplo en la adolescencia las jóvenes más altas y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de sí mismos. La importancia de lo anterior radica en que la insatisfacción con el propio cuerpo es considerado como un factor de riesgo en los trastornos alimentarios. (Gómez Pérez- Mitré, 1995)

Según Gómez Pérez-Mitré (1995, p.187) la distorsión de la imagen corporal es la diferencia existente entre el peso real y el imaginario. "La imagen corporal corresponde a una categoría subjetiva: se refiere a una representación psicosocial, es una especie de fotografía dinámica, en movimiento, es producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen".

Cabe señalar que el peso corporal real es el resultado de la medición realizada mediante una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal ( $IMC = \text{peso} / \text{talla}$ ). Como la grasa corporal no se puede medir directamente el peso es una medición indirecta de la misma; dentro del peso se incluye el valor dado por todos los fluidos y tejidos del organismo incluyendo el adiposo. El peso imaginario por otro lado "es un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo" (Gómez Pérez-Mitré, 1995, p.186).

El peso imaginario es un factor que se encuentra presente en la sobreestimación del propio cuerpo, lo que trae como resultado un rechazo o insatisfacción con la imagen corporal, así como temor a subir de peso, rechazo a la gordura y una preocupación por la comida, entre otras. El término de peso ideal que se opone al del peso real y cuya discrepancia se relaciona con la distorsión de la imagen corporal que, junto con la preferencia extrema por la delgadez, se consideran como determinantes de la

*Insatisfacción con la figura o imagen corporal, que se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción con el propio cuerpo (Gómez Pérez-Mitré, 1995).*

Para Bruchon-Schweitzer, (1992) la insatisfacción tanto en hombres como en mujeres es igual a la diferencia que existe entre la forma del cuerpo percibida y la forma del cuerpo ideal, siendo mayor dicha insatisfacción cuanto más aumenta la distancia entre éstas. Así mismo, esta autora dice que existen pocas variaciones de la satisfacción corporal de un sexo al otro y de una edad a otra. Las niñas, por ejemplo, se sienten más satisfechas que durante la adolescencia y esta tendencia se invierte después de llegar a una edad madura.

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1993b, pp. 95-96), la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que se encuentra distorsionada, es decir, más o menos alejada de la realidad. El origen de la insatisfacción es tanto de carácter psicológico-social como de naturaleza cognoscitiva, interviniendo un proceso de conocimiento que involucra la interacción de procesos tales como: percepción, aprendizaje, pensamiento. Debido a que también la insatisfacción es actitudinal, aquí intervienen factores el afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia imagen corporal. De esta forma el factor insatisfacción involucra conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes que un sujeto internaliza, adopta y construye, como miembro de un grupo y de una cultura.

#### 4.7 SOBRESTIMACIÓN-SUBESTIMACIÓN

Este factor es el común denominador de los trastornos alimentarios. Los pacientes emaciados con anorexia nervosa sobreestiman enormemente el grosor de su cuerpo, y dicha sobreestimación disminuye conforme la persona gana peso. "La sobreestimación-subestimación agrupa entre otras, variables tales como: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un 'peso ideal' por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo por el propio cuerpo e imagen corporal" (Gómez Pérez-Mitré, 1995, pp. 186-187).

#### 4.8 ESTUDIOS REVISADOS SOBRE IMAGEN CORPORAL

Cash, Counts y Huffin (1990) con el propósito de comprobar los vestigios del sobrepeso, se formaron una muestra de mujeres universitaria, basándose en el peso actual y en una encuesta sobre la historia del peso, se formaron tres grupos: el grupo de las mujeres de peso normal y sin una historia de sobrepeso, el grupo de peso normal que anteriormente presentó sobrepeso y el grupo que presentó sobrepeso. Se midió de manera estandarizada en la chicas el miedo a acumular grasa, actitudes hacia la imagen del cuerpo, atracción y hacer dieta. Los resultados mostraron que las mujeres del grupo con sobrepeso en comparación con el grupo de peso normal sin una historia de sobrepeso, tenían mayor ansiedad relacionada con su peso, experiencia más negativa hacia su cuerpo y hacían dieta con más frecuencia un año antes. El grupo de peso normal con una historia de sobrepeso consideró su cuerpo más gordo, tenía menor satisfacción y mayor ansiedad en cuanto a su peso que los participantes del grupo de peso normal sin una historia de sobrepeso y ambos grupos no difirieron significativamente en su miedo a acumular grasa, ni en la frecuencia de estar haciendo dieta. El estudio confirmó que una historia de sobrepeso marca la percepción de la imagen del cuerpo de las personas de peso normal, sobreestimando el tamaño de su cuerpo, provocando insatisfacción permanente con el mismo. Los autores confirman la evidencia clínica que indica que entre las mujeres con tratamiento exitoso de pérdida de peso los desórdenes del comer, el residual descontento con la imagen del cuerpo, constituyen potentes predictores de recaída.

En un estudio realizado por Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena (1991) en una muestra de adolescentes catalanas, se encontró que las aptitudes y pensamientos en relación a la figura corporal más característicos obtenidos a través de las respuestas a las preguntas de un cuestionario, fueron analizados por medio de los ítems contestados en forma más significativa. El ítem que hacía referencia al "miedo a volverse gorda" fue contestado en la opción "siempre" en forma prioritaria. De forma similar ocurre respecto al pensamiento de ponerse a dieta, el ítem "la preocupación por mi figura me ha hecho pensar que tenía que ponerme a dieta" es contestado mayoritariamente por las chicas de 16 años en la opción muy a menudo. Por último, el ítem que hace referencia a una sobre estimación de diferentes partes del cuerpo "he pensado que mis piernas, nalgas o culo son demasiado

grandes en proporción con el resto de mi cuerpo" también puntuó de forma elevada.

Martínez, Toro, Salamero, Bleuca y Zaragoza (1993) confirmaron la importancia de ciertos agentes socioculturales en la transmisión del modelo de imagen corporal, encontrando que el 35% de la población estudiada estaba haciendo dieta para perder peso. El 10% había hecho dieta durante tres meses o más períodos aumentando el número de períodos con la edad. Casi la mitad de esta población (45.5%) practicaba o había practicado ejercicio físico con la intención de adelgazar. El 62% de la población manifestó algún grado de preocupación sobre el excesivo tamaño de sus muslos y caderas. En cuanto a la publicidad de productos adelgazantes, control de la obesidad y publicaciones relativas al peso, el 30% de la muestra se sintió atraída por estos anuncios y en un 28% a 34% de la muestra reportaron que a veces sienten la necesidad de seguir las sugerencias que proponen los anuncios. En cuanto a la influencia de los modelos públicos de imagen corporal prácticamente dos tercios de la muestra admitieron su gusto por los cuerpos femeninos que, exhibidos públicamente, son extremadamente delgados. Los cuerpos de las gimnastas y las modelos son los más envidiados (63% a 75% de la muestra). El 13% de la muestra manifestó que no tiene amigas que estén o hayan hecho dieta para adelgazar. Un tercio afirma que tiene más de tres amigas que practican dieta. El supuesto excesivo tamaño de muslos y caderas parece preocupar a casi el 90% de la población. El 21% cree que esta preocupación es compartida por la mayoría de sus amigas. Intensa preocupación generada por el cuerpo se da en las amigas de más del 70% de la población. Los comentarios y conversaciones sobre anuncios, actividades y productos adelgazantes son frecuentes en casi la mitad de la muestra. Las prácticas de adelgazantes han alcanzado el centro de la vida familiar ya que el 80% de las chicas tienen un familiar con el que conviven que ha hecho o está haciendo algo para perder peso y casi la mitad de las chicas admiten hablar en casa sobre actividades o productos adelgazantes. La mayoría de la población comenta o conversa sobre temas relacionados con el peso, calorías, la figura etc. Más de la mitad admitieron fijarse en la cantidad de comida que consumen los demás y casi el 15% se preocupa por la cantidad de comida que pueden verse obligadas a comer si las invitan. Estos resultados muestran que la publicidad sobre productos adelgazantes y la literatura sobre el adelgazamiento y la obesidad son relevante. Sus efectos, fortalecidos por los



valores y comportamientos de las amistades y las relaciones sociales constituyen el medio cultural en el cual se enraízan las actitudes a favor del adelgazamiento.

Con el fin de verificar si las alteraciones de la imagen corporal eran específicas de pacientes con trastorno alimentario o un fenómeno normativo, Mora y Raich (1993) hicieron una revisión de la literatura disponible sobre alteraciones de la imagen corporal en estudio que compararon muestras clínicas con muestras sin trastorno alimentario. Los resultados mostraron que de veinticuatro estudios sobre alteraciones perceptivas de la imagen corporal, que comparó a las anoréxicas con grupos controles, trece no hallaron diferencias, ocho encontraron que las anoréxicas sobreestiman más y tres constataron mayor variabilidad en las estimaciones de las anoréxicas. En bulímicas, se llevaron a cabo dieciocho estudios comparables, trece señalan que éstas sobreestimaron más que los controles, tres estudios no hallaron diferencias, uno muestra que las bulímicas son más variables y finalmente un estudio demostró que las bulímicas son más precisas. Parece haber una mayor tendencia en las bulímicas a sobreestimar que en las anoréxicas. La mayoría de estudios no lograron demostrar que las anoréxicas sobreestiman su tamaño corporal más que las personas sin trastorno alimentario, lo cual indica que la distorsión perceptiva de la imagen corporal no es característica del trastorno alimentario.

Por otro lado, Brodie, Bagley y Slade (1994) examinaron tanto la imagen del cuerpo como el ideal, en una muestra de dos grupos: de preadolescentes con una edad media de 9.3 años y una desviación estándar de 1.3, y adolescentes con una edad media de 14.1 años y una desviación estándar de 1.3, ambos grupos del sexo femenino. Encontraron que tanto las preadolescentes y adolescentes mostraron una alta exactitud en sus estimaciones de la imagen real del cuerpo. También en ambos grupos se encontró un deseo hacia un ideal de cuerpo delgado, aunque en las preadolescentes este deseo no es tan marcado. En las adolescentes se encontró menor satisfacción con las partes de su cuerpo. Los autores concluyen que el proceso de adolescencia no es un factor que contribuye en las perturbaciones en la imagen corporal, esto se atribuye en ambos grupos a la cultura de las sociedades desarrolladas a considerar que las mujeres deben estar delgadas para ser atractivas, a su vez, en el caso de las

valores y comportamientos de las amistades y las relaciones sociales constituyen el medio cultural en el cual se enraízan las actitudes a favor del adelgazamiento.

Con el fin de verificar si las alteraciones de la imagen corporal eran específicas de pacientes con trastorno alimentario o un fenómeno normativo, Mora y Raich (1993) hicieron una revisión de la literatura disponible sobre alteraciones de la imagen corporal en estudio que compararon muestras clínicas con muestras sin trastorno alimentario. Los resultados mostraron que de veinticuatro estudios sobre alteraciones perceptivas de la imagen corporal, que comparó a las anoréxicas con grupos controles, trece no hallaron diferencias, ocho encontraron que las anoréxicas sobreestiman más y tres constataron mayor variabilidad en las estimaciones de las anoréxicas. En bulímicas, se llevaron a cabo dieciocho estudios comparables, trece señalan que éstas sobreestimaron más que los controles, tres estudios no hallaron diferencias, uno muestra que las bulímicas son más variables y finalmente un estudio demostró que las bulímicas son más precisas. Parece haber una mayor tendencia en las bulímicas a sobreestimar que en las anoréxicas. La mayoría de estudios no lograron demostrar que las anoréxicas sobreestiman su tamaño corporal más que las personas sin trastorno alimentario, lo cual indica que la distorsión perceptiva de la imagen corporal no es característica del trastorno alimentario.

Por otro lado, Brodie, Bagley y Slade (1994) examinaron tanto la imagen del cuerpo como el ideal, en una muestra de dos grupos: de preadolescentes con una edad media de 9.3 años y una desviación estándar de 1.3, y adolescentes con una edad media de 14.1 años y una desviación estándar de 1.3, ambos grupos del sexo femenino. Encontraron que tanto las preadolescentes y adolescentes mostraron una alta exactitud en sus estimaciones de la imagen real del cuerpo. También en ambos grupos se encontró un deseo hacia un ideal de cuerpo delgado, aunque en las preadolescentes este deseo no es tan marcado. En las adolescentes se encontró menor satisfacción con las partes de su cuerpo. Los autores concluyen que el proceso de adolescencia no es un factor que contribuye en las perturbaciones en la imagen corporal, esto se atribuye en ambos grupos a la cultura de las sociedades desarrolladas a considerar que las mujeres deben estar delgadas para ser atractivas, a su vez, en el caso de las

preadolescentes el proceso de desarrollo que aun no culmina puede ser contribuyente de descontento y critica corporal.

En una muestra de estudiantes del sexo femenino, con un rango de edad de 15 a 25 años, provenientes de distintas carreras de la Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, se derivó una muestra de dos grupos: uno al que se le detectó un trastorno alimentario y otro que no presentó dicho trastorno. Los resultados muestra una relación positiva entre los trastornos alimentarios y un trastorno de la imagen corporal, esto es, la marcada insatisfacción y distorsión con la Imagen del cuerpo. En cuanto a la influencia social del modelo estético corporal, en el de la delgadez, se encontró una relación estrecha con los trastornos de la conducta alimentaria, aunque, no exclusivo de las poblaciones con trastorno alimentario (Alvarez, Roman, Manríquez y Mancilla, 1996).

Werlinger, King, Clark, Pera y Wincze (1997) evaluaron los cambios percibidos en la conducta sexual e imagen corporal después de la perdida de peso en una población de 32 mujeres clínicamente obesas que se registraron en un programa de control de peso multidisciplinario; los resultados mostraron que el sentirse bien con el cuerpo tras la perdida de peso originó que las pacientes experimentaran un cambio positivo en el funcionamiento sexual; las pacientes reportaron una actitud sexual más frecuente, también un considerable, aunque no significativo, incremento de la satisfacción sexual y una influencia menos negativa al considerar su imagen del cuerpo.

En un estudio en una muestra de preadolescentes y adolescentes del sexo femenino (Gómez Pérez-Mitre, 1998), se encontró que entre los principales factores de riesgo asociados con la imagen corporal resaltan el deseo de una figura ideal delgada para casi el 94% de ambas muestras. En ambos grupos se encontró que la satisfacción con la imagen corporal se produce cuando ésta es delgada. Un factor de interés reportado en el estudio se relaciona con el grupo de preadolescentes quienes respondieron estar muy preocupadas o demasiado preocupadas al responder a la pregunta ("llegar a estar gorda me preocupa...").

Cooper y Taylor (1988) encontraron que las perturbaciones en la Imagen del cuerpo en la bulimia nervosa se relacionan con un nivel general de perturbación

psicológica; los autores conciben que entre aquellos que ponen un alto valor en la forma de su cuerpo, el humor depresivo y la baja autoestima, acentúan las preocupaciones en la forma del cuerpo como una manifestación específica de un estado general de autodesvalorización, llevando a sobreestimar el tamaño del cuerpo en pacientes con desordenes del comer, así como en algunas personas sin tales desordenes.

Unikel y Gómez Pérez-Mitre (1999) estudiaron en poblaciones de tipo general, de riesgo y clínica de mujeres; se demostró que los grupos con menor riesgo de trastornos de la alimentaria fueron las mujeres adolescentes de escuela pública y privada, y las mujeres adultas no bailarinas; en un punto intermedio se situaron las adolescentes de ballet y las bailarinas profesionales, en el extremo de mayor patología, las mujeres clínicamente diagnosticadas. De esta forma las estudiantes de escuela privada mostraron mayor promedio de indicadores clínicos que las profesionales no bailarinas. El grupo de estudiantes de ballet resultó estadísticamente diferente del grupo de bailarinas profesionales, mostrando características propias de los trastornos de la conducta alimentaria, como son la preocupación por el peso y la figura y la sobrestimación del peso corporal, así como puntuaciones más elevadas en las conductas alimentarias de riesgo, en comparación con los grupos de estudiantes de escuela pública y privada y profesionales no bailarinas.

Navarro (1999) llevó a cabo un estudio que forma parte de una primera aproximación a la problemática en la que se relaciona la vida sexual e imagen corporal en el campo de estudio de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, encontró que las adolescentes con vida sexual presentaron en mayor medida problemas alimentarios en comparación con las adolescentes sin vida sexual que no presentaron este tipo de problemas, de la misma forma, las adolescentes con vida sexual reportaron el hecho de hacer dieta restrictiva a diferencia de las chicas sin vida sexual. En ambas muestras con un porcentaje muy alto, se eligió como figura ideal una silueta delgada. Las adolescentes que iniciaron su vida sexual mostraron una mayor insatisfacción y presentaron más alteración de la imagen corporal.

# CAPÍTULO V

# SEXUALIDAD

## 5.1 DATOS HISTÓRICOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA

### 5.1.1 ÉPOCA ANTIGUA

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1995), existe evidencia de que en diversos pueblos, con anterioridad al año 1000 a de C. el incesto estaba rigidamente condenado, la mujer era considerada como pertenencia, destinada a proporcionar placer sexual y a funciones de reproducción, mientras que a los hombres les era concedido el derecho de gozar de relaciones sexuales con varias mujeres, la prostitución se hallaba muy extendida y el sexo se aceptaba como una realidad de la vida cotidiana.

Con la aparición del Judaísmo surge una influencia recíproca de actitudes en torno a la sexualidad, haciendo restrictiva todo tipo de conducta sexual que no tuviera fines de procreación y en un vínculo matrimonial. En la antigua Grecia, por ejemplo, se dio tolerancia, e incluso fomento a ciertas formas de homosexualidad masculina; eran comunes las relaciones sexuales entre adolescentes púberes y entre adultos a los cuales se les encomendaba la formación intelectual y ética de sus los púberes. Sin embargo, estaba penada por la ley la homosexualidad entre hombres adultos, y también entre estos y muchachos impúberes. A la mujer se le consideraba como ciudadana de segunda categoría, en el primer milenio a. de C. las mujeres no pasaban de ser mera pertenencia (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

Durante la primera fase evolutiva del Cristianismo se dio una fusión con las concepciones griegas y Judías en torno a la sexualidad. En comparación con el judaísmo, que no hacía distinción entre amor físico y el amor espiritual, la doctrina cristiana siguió las pautas griegas y habló por un lado de amor carnal y por otro lado de amor espiritual. En la época helenista en Grecia, (323 a. de C.) se repudiaban a los placeres mundanos y el fomento del goce puramente espiritual. Esta actitud, junto con la inminencia del fin del mundo que relataba en el Nuevo Testamento, lleva al Cristianismo a enaltecer la idea del celibato. A finales del siglo VI d. de C., pese a la existencia de reducidos grupos de cristianos que mantenían criterios menos rígidos en cuanto a la sexualidad, la iglesia pone de manifiesto sus negativas posturas en torno al sexo. Así el sexo fue condenado en todas sus formas considerando la cópula

matrimonial, destinada a la procreación, menos degradante que otros tipos de sexualidad (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

### 5.1.2 PENSAMIENTO ORIENTAL

La actitud frente al sexo en el Islam, el hinduismo y el Antiguo Oriente eran en general más positiva que en el Occidente. En la sociedad hindú siempre había un segmento que aprobaba casi todos los comportamientos de índole sexual, y en China el sexo no era un hecho que inspirase terror, ni se consideraba como pecaminoso; se estimaba como un acto de culto y veneración, e incluso como la senda que conducía a la inmortalidad. Esta apreciación diferente en torno a la sexualidad ha proseguido a lo largo del tiempo (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

### 5.1.3 ÉPOCA MEDIEVAL Y RENACENTISTA

Durante los siglos XII y XIII, la tradición cristiana sobre la sexualidad arraigó con fuerza en Europa, postulando repudio generalizado en el terreno sexual, salvo cuando primaban los objetivos de procreación. Por esta época surge entre la nobleza y las clases adineradas una nueva forma de vida que provoca una separación drástica entre la vida cotidiana y las enseñanzas religiosas. Esta nueva pauta es el llamado amor cortés, caballeresco, que promueve un código nuevo de conducta aceptable moralmente, en el que la mujer, en este caso las damas de la corte y la nobleza, se eleva a un plano inmaculado, y en donde el romanticismo, los amores secretos y el valor son representados en las canciones de los juglares, la poesía y la prosa literaria. El amor puro se consideraba incompatible con los apetitos carnales, aunque el amor caballeresco no siempre debió corresponderse con un ideal romántico como el que se relata en las leyendas y las poesías, un amor sin consumación física. Poco después de la época del amor sublime, aparecerían los cinturones de castidad, que en un principio surgieron para impedir las violaciones, también sirvieron para asegurar las posesiones del varón y la legitimidad de su descendencia (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

En los siglos XVI y XVII se incrementa el interés en el cuerpo humano, la sexualidad y las cuestiones sexuales; el destello ante este interés se ve

representado en la pintura de ese periodo en la cual se aprecia una aceptación creciente de la belleza del cuerpo. La literatura se conservó a la par con la nueva conciencia y franqueza de la época. Los hombres y algunas mujeres exploraron su mundo inmediato, se hicieron descubrimientos importantes en física y astronomía y lo más importante fue el interés de las personas por el estudio de la humanidad (Gotwald y Holtz, 1988). La reforma protestante se mostró más tolerante que la iglesia católica en cuestiones sexuales, sin estimar que el sexo fuera intrínsecamente reprobable; tampoco consideraba la castidad y el celibato como signos de virtud (Masters, Johnson y Kolodny, 1995).

#### 5.1.4 EL SIGLO XIX Y LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

A mediados del siglo XIX, coincidiendo con el principio de la época victoriana, el recato y el pudor reaparecieron en Europa menos vinculado al imperativo de la religión. El espíritu del puritanismo victoriano consistía en la represión sexual y en un sentimiento de arraigo del pudor, exigidos por la presunta pureza e inocencia de las mujeres y niños (Gotwald y Holtz, 1988). Para el victoriano, el sexo era un desperdicio de energía. Si se sublimaba el impulso sexual, esta fuerza podía usarse para el trabajo y los grandes logros. Las personas deshumanizaron todo lo que los rodeaba, y las patas de los pianos se cubrían pues sugerían la pierna humana, cuya existencia no debía reconocerse. Las visitas a los museos de arte se conducían por separado para los varones y las mujeres, para que las pinturas y esculturas de desnudos no se vieran en grupos mixtos (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). Mientras esto se daba en estratos privilegiados, las clases media y baja no consintieron los prejuicios de estos. A pesar del ideal victoriano de una mujer dócil y sin apetencia sexual, la mujer de la clase media no solo tenía deseos e impulsos sexuales, sino que los entendió de forma bastante parecida a la mujer de hoy. Las mujeres de la época victoriana gozaron de sus relaciones maritales y algunas de ellas vivieron turbulentos amores románticos.

Al llegar el siglo XX, con la Primera y Segunda Guerras Mundiales hubo una gran necesidad de fuerza laboral, ocurriendo un cambio impresionante en los papeles sexuales tradicionales. A medida que los hombres se fueron a la guerra, las mujeres fueron necesarias para ocupar sus lugares en la línea de montaje y como jefes de familia. Al terminar la Primera Guerra Mundial se



producen transformaciones sociales que difieren drásticamente de los criterios y pautas de actuación de la época victoriana. Gracias a la influencia cada vez más extendida de la libertad social y económica de la mujer y el fácil acceso al automóvil, se favorecen la creciente desinhibición del sexo y se acompaña de cambios en el baile, la literatura y la moda (Gotwald y Holtz, 1988). Durante la Segunda Guerra Mundial se insistió más en el presente, olvidando el futuro, lo que se tradujo en la búsqueda del placer y en el incremento de la promiscuidad. Se dio una confusa atmósfera de matrimonios precipitados, agobiantes separaciones, soledad y miedo. Como los novios y esposos estaban lejos, muchas mujeres aceptaron relaciones clandestinas, cuando los soldados estaban disponibles, y ofrecían oportunidades sexuales en campos de entrenamiento próximos, destinos de retaguardia y permisos (Masters, Johnson y Kolodny, 1995). La gran necesidad de no dejar nada reprimido tuvo lugar con la culminación de la represión victoriana y con esto la plena libertad sexual, espíritu de nuestro tiempo.

## 5.2 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Por sus características intrínsecas, en la adolescencia se generan cambios a gran velocidad que se manifiestan en la maduración física, incluyendo la capacidad de reproducción; también es observable la maduración cognoscitiva y el desarrollo psicosocial. Esto conlleva a adoptar valores, definir la identidad hacia un proceso de independencia que da origen al inicio de vínculos amorosos fuera del ámbito familiar lo cual tiene implicaciones en la sexualidad del adolescente. Es en la adolescencia cuando se expresa la orientación sexual de una persona; si ésta se considera sexual, romántica, afectuosa e interesada en miembros del otro sexo, se considera heterosexual; o en personas de su mismo sexo se considera homosexual (Papalia y Wendkos, 1998). Esta maduración permite el inicio no sólo del interés por su desarrollo y de los del mismo sexo, sino también del sexo opuesto. Tanto los chicos como las chicas poco a poco toman conciencia del desarrollo de sus propios sentimientos e impulsos sexuales, la forma en que éstos son excitados y expresados. Los adolescentes inician cierta experimentación tocándose, jugando con sus genitales o explorando diversas partes de su cuerpo. A través de esta exploración superan su propia geografía corporal para ubicarse en el dinamismo de la relación con otro u otros, por medio de una

comunicación abierta y honesta en donde se involucra la capacidad de relacionarse sexualmente.

Algunos autores definen el acto sexual como: "El acto sexual es la unión del cuerpo en la cópula" (Guttmacher, 1973, p. 62). "El proceso de adaptarse uno al otro por la introducción del pene dentro de la vagina". Así mismo, "El acto sexual también es llamado coito" (Comfort y Comfort, 1980, p. 25). "Coito: "La unión sexual de un hombre y una mujer en el cual el pene se introduce a la vagina" (Maccarry, 1996, p. 384). Coito: "Relaciones sexuales" (Rice, 1997, p. 439). "El acto de apareamiento entre los seres humanos se conoce con diversos nombre: relación sexual, acto sexual, coito o cópula". "La relación sexual es toda Interacción con otra persona que implica una excitación creciente, y culmina en el contacto físico íntimo. En el coito el hombre introduce el pene en la vagina de la mujer. Este acto sucede generalmente después de varios pasos, tales como tomarse de la mano, besarse, acariciarse, sentirse excitado" (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1995, p.81). Psicológica y Fisiológicamente la relación sexual inicia con las caricias, los besos y los juegos amorosos, que son pruebas recíprocas de ternura, ya que tiene por objetivo acrecentar la excitación y el deseo, con el fin de preparar la penetración, antecediendo la secreción glandular de líquidos lubricantes. La relación sexual, por excelencia, es aquella en la cual el órgano sexual masculino se introduce en el órgano sexual femenino. Proporciona a la pareja la intimidad física más completa; aporta, normalmente las máximas satisfacciones eróticas y, en período favorable, desembocan en la fecundación del óvulo por el espermatozoide (Bastin, 1979).

En la actualidad ha habido cambios por parte de los adolescentes en cuanto a la actitud que toman con respecto al coito. La edad a la cual empiezan a tener actividad sexual los y las adolescentes varía según el género; también, del grupo racial y cultural. (Craig, 1997).

En México existen indicadores de que los adolescentes empiezan a tener relaciones sexuales premaritales a edades tempranas. Esto se observa en un estudio realizado por el IMSS en 1981 con estudiantes universitarios, se encontró que el 85% de los varones y el 25% de las mujeres reportaron haber realizado el coito. Morris, Monroy de Velasco y Nuñez y Biley (1987, citado en Pick de Weiss, Andrade-Palos y Díaz-Loving 1988), en una encuesta en

hogares sobre conducta sexual y anticonceptiva en el sur de la Ciudad de México, encontraron que un 13% de los adolescentes que habían tenido su debut sexual, 12.5% lo habían tenido antes de los 15 años de edad. En otra encuesta en hogares (Pick de Weles, Andrade-Palos y Díaz-Loving, 1988) del Distrito Federal, se encontró que el 16% de las adolescentes entre 12 y 19 años de edad han tenido su debut sexual en una edad promedio de 16.4 años; además encontraron que más del 50% de las adolescentes entre 16 y 17 años de edad que salían con un muchacho, habían tenido relaciones sexuales. En un estudio reciente (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1995) en adolescentes del área metropolitana de la ciudad de México, se encontró que la edad modal de la primera relación para ambos sexos fue entre 15 y 16 años, el 82% de los hombres y 92% de las mujeres. En América (Masters, Johnson y Koldny, 1995), reportaron que el comportamiento sexual de los adolescentes, en cuanto a la edad media del primer coito prematrimonial es: en Guatemala de 16.7 años en las mujeres y 14.8 años en los hombres; en Brasil, 16.6 años en las mujeres y 14.8 en los hombres; en Costa Rica 16.6 en las mujeres; en Panamá 16.7 en las mujeres y en Paraguay 16.9 en las mujeres. Los datos anteriores nos indican que es en la etapa de la adolescencia en la cual la mayoría de la población de ambos sexos empieza a tener relaciones sexuales. Estas relaciones íntimas constituyen para muchos jóvenes experiencias que dejan huellas profundas (De la Fuente, 1998).

### 5.3 DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL ADOLESCENTE

De acuerdo con Moraleda (1996), el comportamiento psicosexual es un hecho complejo en el cual entran en juego dos elementos: la genitalidad, que se refiere al componente biológico, y la inclinación erótica, que se refiere a los aspectos emotivos. Estos dos elementos son en el fondo de donde surge la relación psicosexual entre un hombre y una mujer. El desarrollo se manifiesta de manera unitaria, en donde ciertas variables internas predicen la dirección del desarrollo, un proceso de maduración progresiva que evoluciona por medio de etapas sucesivas desde el primer momento en que los componentes biológicos (genitales) y psicoemotivos (eróticos) se dan en el sujeto por separado, hasta otro en el que ambos elementos se dan integrados en un acto de amor pleno, característico de la madurez.

De acuerdo con Moraleda (1996), los factores biológicos constituyen la estimulación los impulsos sexuales en el organismo de los adolescentes; este estímulo puede ser directo, por medio de los mecanismos biológicos que se activan en el sujeto durante la pubertad, o puede ser indirecto, como activador psicológico de dicho impulso mediante las Impresiones de su estructura exterior, en particular de los atributos del sexo. Los mecanismos biológicos referentes a la maduración de la hipófisis y las glándulas sexuales; produce dos tipos de hormonas relacionadas con el desarrollo sexual: metabólicas, entre ellas se encuentra la somatotropa, estimulante del crecimiento, y las gonadotrópicas, estimulantes de las glándulas sexuales (los testículos en los hombres y ovarios en las mujeres) y de las suprarrenales. Por efectos del estímulo hipofisario en los testículos se producen los espermatozoides y en los ovarios los óvulos. Al mismo tiempo son estimulados por dicha hipófisis el desarrollo en las glándulas sexuales en una serie de hormonas androgénicas en el hombre y ováricas en la mujer que, además de estimular el crecimiento de los órganos sexuales y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, al ser transportadas por el torrente sanguíneo, provocan una tensión o excitación sexual en todo el sistema nervioso, particularmente en las zonas erógenas (órganos genitales, mamas, etc.). Este estado de tensión o excitación sexual se manifiesta en dos tipos de síntomas; uno de estos es de orden psíquico y corresponde a un estado de tensión que desea ser satisfecho en un corto plazo y que comporta la búsqueda de la mujer o del hombre, según el caso, para satisfacer este apetito; y el segundo, de orden fisiológico que se manifiesta por la erección del pene en el hombre y la excitación de los órganos genitales en la mujer. El factor emotivo es tendencia erótica que forma parte del componente sexual; para que el adolescente logre un adecuado desarrollo psicosexual no sólo es necesario alcanzar una maduración genital completa, sino que ésta se haya integrado en un desarrollo emocional (erótico) correcto. De la integración de los componentes biológico y emotivo dependerá el desarrollo psicosexual de cada sujeto, su lentitud o aceleración, su posible desviación, retención o incluso regreso a estadios ya superados. El impulso sexual también se ve influido por los factores contextuales. Las variables socioculturales pueden contribuir a este desarrollo estimulándolo, acelerándolo, optimizándolo o incluso, por el contrario bloqueándolo, reprimiéndolo o introduciendo posibles desviaciones.

## 5.4 LOS GRUPOS DE ADOLESCENTES Y LA SEXUALIDAD

En la etapa de la adolescencia, la función de los grupos formados por adolescentes es llegar a facilitar la transición a la heterosexualidad. De acuerdo con Lutte (1991) y Craig (1997) en los años intermedios y finales a la niñez, el niño se asocia en grupos formados sólo por niños o sólo por niñas; el interés por el otro sexo se manifiesta solamente en algunas interacciones superficiales, a menudo antagonistas. Hacia los 15 años, se advierten las primeras relaciones entre las chicas y los chicos, la formación de los primeros grupos mixtos que se añade a los grupos monosexuales anteriores (Lutte, 1991 y Monroy 1998). Posteriormente, los grupos monosexuales desaparecen y el grupo es más amplio; éste, luego, cede su lugar a pequeños grupos formados por parejas estables (Lutte, 1991). El grupo se convierte en un escenario psicosocial que permitirá al adolescente aprender, con y de sus amigos y compañeros, los tipos de conducta que serán compensadas socialmente, así como los papeles que más le convienen; también les proporciona un periodo de prueba en el cual pueden recabar ideas y experiencias, con las que han de modelar actitudes básicas en relación a los roles sexuales y a la conducta sexual sin involucrarse en exceso con una persona del sexo opuesto. Estas prácticas llevan al adolescente a lo que más tarde se convertirá en relaciones más serias. Es en el grupo en donde las adolescentes adquieren conocimientos acerca de la sexualidad mediante estilos de comunicación informal con las amigas y a través de experiencias cuando han iniciado su vida sexual activa (Aldaz y Pick, 1996). Las amigas constituyen un papel importante en la conducta sexual de la adolescente (Pick de Weis, Andrade-Palos y Diaz-Loving, 1988). Gran parte de la interacción con personas del sexo opuesto tiene lugar en el grupo, el cual también puede presionar a sus miembros a iniciar una experiencia sexual temprana (Masters, Johnson y Kolcdny, 1995).

## 5.5 EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

### 5.5.1 MASTURBACIÓN

También llamada estimulación sexual o autoestimulación sexual, es la primera experiencia sexual para la mayoría de la gente (Papalia y Wendkos, 1998). Esta práctica cumple en los adolescentes varias funciones de importancia,

como son el alivio de la tensión sexual, el constituir una forma inocua de experimentación sexual, la mejora de la confianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad, una válvula de escape de la tensión y el estrés; ayuda a las personas a dar y recibir placer sexual y proporciona un medio para gratificar el deseo sexual sin inmiscuirse en una relación para la cual la persona aún no está preparada (Masters, Johnson y Kolodny, 1995 y Papalia y Wendkos, 1998).

### 5.5.2 FANTASÍAS SEXUALES

Muchas veces constituyen un elemento auxiliar de la masturbación y es en la etapa de la adolescencia cuando se tornan más frecuentes. Cumplen varios cometidos: realza, por lo general, el placer sexual; pueden sustituir a una experiencia real (pero inaccesible), origina excitación provoca el orgasmo; constituyen una especie de plataforma de ensayo mental que ayuda a afrontar situaciones sexuales que a la larga se pueden presentar, aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que como ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad; constituyen un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable e inocuas (Masters, Johnson y Kolodny, 1995 y Moraleda, 1996)

### 5.5.3 RELACIONES HETEROSEXUALES

De acuerdo con Moraleda (1996), existen cuatro etapas diferentes en la evolución heterosexual, éstas son: la fase de idealización/romanticismo, la fase de heterosexualidad en grupo (flirteo o coqueteo), la fase de enamoramiento y la fase de noviazgo.

- Fase de idealización/romanticismo. No se inicia con aproximaciones reales entre los sexos, sino que prevalecen dos formas diversas de conducta heterosexual la idealización y el romanticismo. En la idealización existe el deseo de establecer contactos heterosexuales, pero antes de llevarlos a la práctica en el grupo de pares, dichos encuentro se producen a nivel de fantasía. En ésta se refugia el adolescente ante el temor y la angustia de suponer la posibilidad de mantener experiencias reales, también le proporciona un entrenamiento del rol que asumirá en la realidad. Las personas hacia quienes se orienta del deseo sexual suelen ser idealizadas, amores platónicos, generalmente personas mayores como actores,

profesores, amigos de sus hermanos mayores, etc. La intensificación del deseo que suponen estas fantasías de relaciones con estas personas tan distantes se resuelve generalmente con la masturbación; en este momento en el que son tan intensos la idealización y el romanticismo mantener relaciones sexuales sería una vivencia frustrante y sucia, ya que aun no están integrados la ternura y la genitalidad en la personalidad adolescente.

- **Fase de heterosexualidad en grupo de pares (flirteo o coqueteo).** Generalmente a través del grupo mixto se realiza realmente el primer acercamiento al otro sexo. Chicos y chicas salen juntos, en grupo. Las relaciones que se establecen entre ellos son superficiales e inestables. Sin problema se dan cambios de pareja y las primeras citas son de gran importancia. Tanto chicos como chicas desean impresionar al sexo opuesto. La coquetería adquiere un papel fundamental. Antes de salir de casa el adolescente prueba varios peinados, se cambia varias veces el vestuario, se maquilla y todo aquello que implica sentirse seguro y atractivo en su aspecto exterior, solamente entonces acudirá a la cita. Generalmente el contacto entre las chicas y los chicos se reduce a paseos, caricias, besos, miradas cómplices, debido a que el sentimentalismo está totalmente ausente en este tipo de relación puramente exploratoria, la diferenciación entre afecto y sexo es ahora máxima.
- **Fase de enamoramiento.** Se caracteriza por ser una relación más selectiva y de naturaleza fundamentalmente emotiva e irracional. Se disparan tres mecanismos en esta fase. Uno de ellos es que el adolescente se sale de sí para proyectarse hacia su pareja; el trabajo, los amigos y la familia pasan a segundo plano. El segundo mecanismo tiende a modificar las posibles discrepancias entre ambos enamorados; todo lo referente a la pareja es positivo y maravilloso siendo ignorados los aspectos negativos. El tercer mecanismo se refiere a las transformaciones que el enamorado manifiesta; pérdida del apetito y/o sueño o tener mucha hambre y/o felices sueños, palpitaciones, rubor, palidez. Es la emotividad que se desencadena cada vez que el adolescente enamorado ve, oye hablar o piensa en la persona amada. La concentración se desvanece y el pensamiento permanece fijo en ella. En esta etapa el adolescente se siente colmado, feliz, motivado, todo se vuelve hermoso y parece que quiere a todo el mundo. Es como un estado de exaltación constante en el que se siente la

sensación de vivir en un estado de armonía. Este momento es efímero; cuando acaba hay dos opciones: se transforma en amor, sentimiento más complejo y más adecuado a la realidad o termina del mismo modo rápido e irracional que había comenzado.

- Fase del noviazgo. En esta fase se da la apertura al noviazgo como un nuevo tipo de relación heterosexual, en donde la comunicación tiene su máxima expresión; no sólo lleva la comunicación y felicidad, sino también un estímulo que lleva a la persona a una situación de fecundidad psicológica manifestada en euforia, entusiasmo ante la vida, un estado de armonía con sí mismo, del deseo de madurar juntos tomando decisiones cada vez más complejas y profundas y el deseo de entrega al otro. Los adolescentes ven las relaciones en el noviazgo como un proyecto de vida mutuamente comprometido y en un plano de igualdad entre sus componentes. Esta felicidad la vive cada vez más un mayor número de adolescentes como un modo consciente y constructivo; como un acto que no nace, como tradicionalmente se había entendido, de condicionamientos externos ni de moralidades, ni de idealismo, ni de sutiles y ambiguas formas de chantaje, sino del deseo de darse más, de entregarse a esta relación sin reservas (p.p. 104- 108).

#### 5.5.4 LAS CARICIAS

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1995) y Moraleda (1996), es una forma de conducta que se manifiesta con gestos, abrazos, caricias, besos por todo el cuerpo y contactos intergenitales, que llevan a la pareja a un alto grado de excitación sexual. Suele terminar con la masturbación recíproca o sin conclusión orgásmica. En la maduración sexual del adolescente es de gran importancia esta conducta, ya que lo lleva al conocimiento gradual y progresivo de su cuerpo y el de su pareja que puede llegar al coito. También desempeña el papel de escuela para el adolescente, en la que aprende los gestos adecuados, sobre todo si no hay límites de comunicación. *La conducta sexual plena.* Ésta se refiere al coito. Cuando se llega a esta conducta es muy común el acuerdo y, por decisión de ambos miembros de la pareja, existe un impulso no sólo por el deseo físico, sino también por el deseo de conocerse.



## 5.6 LA SOCIEDAD Y LA SEXUALIDAD

A lo largo de la historia de la humanidad se ha generado una evolución en la sexualidad de las personas con respecto a lo que sentían y hacían acerca de su comportamiento sexual y sin duda, son los adolescentes los más afectados, ya que son las generaciones maduras las que dictan las leyes morales y legales, con una tendencia reaccionaria hacia la función sexual; se les dice como actuar, pero las personas mayores esperan que los adolescentes estén ligados a patrones estrictos de moral como los de ellas mismas. Se espera que en muchos terrenos se comporten con madurez, pero con una actitud restrictiva hacia el comportamiento sexual, haciendo que los adolescentes perciban esta etapa como abrupta y dolorosa, ya que por un lado el adolescente presenta las capacidades y deseos sexuales de un adulto, y por otro lado, debe posponer la gratificación de sus apetitos sexuales hasta el matrimonio o cuando sus condiciones económicas lo permitan, que forzosamente sucede pasada la pubertad. Las prohibiciones y restricciones sociales características de esta etapa, hacen que los impulsos, deseos y apetitos sexuales del adolescente se intensifiquen (Guarner, 1981).

Los adultos de la mayoría de las sociedades muestran un intenso interés en la conducta sexual de sus hijos y de los jóvenes en general; en nuestra cultura es muy común que los adultos se sientan un tanto amenazados, con miedo y quizá sin saber qué hacer ante la sexualidad de los jóvenes, no se explican las implicaciones del sexo, pero sí es asociado, tanto éste como la masturbación y las caricias de todo tipo, con expresiones de vergüenza y turbación y se les demanda casi su abstinencia total. Es de esperarse que los adolescentes de ambos sexos se sientan atormentados por su sexualidad, que aún no alcanzan a comprender y al paso del tiempo es aceptada con sentimientos de miedo y culpa. De acuerdo con de la Fuente (1998), las dificultades del adolescente para aceptar su sexualidad son agudas y aparentes en el padecimiento de la anorexia nervosa. En estos casos el rechazo de la madurez sexual por parte de los jóvenes, más frecuente en las mujeres, se expresa en su rechazo de la comida, rechazo que puede ser invencible.

La sociedad ve con temor el despertar sexual de los adolescente y como respuesta se genera una cultura mojigata y culpígena que hace a los adolescentes víctimas de enfermedades y embarazos no deseados; se les

llena de vergüenza y miedo e materia de sexualidad (Correa, 1997). Proyectamos odio hacia los adolescentes que se muestra a través de las costumbres y leyes que los afectan en el hogar, la escuela, la iglesia, en lo militar y en la justicia. Son pocos los que han logrado superar esta educación represiva y que ahora pueden disfrutar de su sexualidad en plenitud, ya que para los adultos y adolescentes, la sexualidad sigue siendo un tema tabú motivo de miedos y vergüenza. Los adolescentes responden a la sociedad por la represión, miedo, culpa y vergüenza que se les impone ante el despertar de su sexualidad y de su desarrollo en general, y la lucha de las generaciones gira sobre el mismo eje interminable (Money, 1986).

### 5.7 DIFERENCIA SEXUAL ENTRE LOS ADOLESCENTES

De manera general, podemos decir que los adolescentes del género masculino inician a edades más tempranas sus relaciones sexuales y que muestran ser más activos ante éstas, en comparación con las adolescentes, a quienes el ambiente les ofrece oportunidades para iniciar sus relaciones sexuales, pero se condena su actividad considerándola indeseable y se niega la presencia, impulsos y necesidades sexuales. Al mismo tiempo se les asigna un papel pasivo en cuanto a la toma de iniciativa con respecto a la conducta sexual, asignándole al hombre un papel activo. Ellos son más excitables por símbolos explícitos, como fantasías sexuales o por productos pornográficos, mientras que las mujeres son excitables ante lazos emotivos, afectivos y de amor, y aún así se cree que su capacidad de excitación es limitada. La masturbación constituye la primera actividad de los chicos, quienes se preocupan por sus erecciones y las eyaculaciones correspondientes; su idea básica se centra alrededor del tamaño del órgano y el control de mismo, puesto que su potencia se medirá después en las pruebas sexuales a las que se enfrenta y ante las cuales deberá ser activo. Mientras que las chicas intentan adaptarse a la regularidad de sus cambios corporales, comienzan con juegos sexuales y el coito y sólo después descubren la masturbación con fines exploratorios; se puede decir que muestran una actitud más pasiva, conservadora y un tanto romántica. Las chicas son educadas para crear en ellas actitudes de dependencia y de pasividad, sobre todo se reprime su sexualidad en aras de llegar virgen al matrimonio, y aunque la virginidad femenina ya no tenga el valor de antes, continúa siendo apreciada todavía por muchos jóvenes y padres. La actividad principal de las adolescentes es

encontrar un futuro marido para formar una familia, por lo que habitualmente la relación sexual va acompañada de unas relaciones afectivas y que se producen dentro de una relación estable con la pareja amada y a menudo deseada como compañero de toda la vida. Esto en contraste con los chicos que, comúnmente al relacionarse sexualmente, no se ven inmersos en relaciones afectivas y quizá tampoco en relaciones estables con su pareja.

# CAPÍTULO VI

## MÉTODO

## 6.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El presente estudio tuvo como propósito conocer el comportamiento de las variables asociadas con imagen corporal (sobreestimación-subestimación y satisfacción-insatisfacción) y su relación con el nivel de autoestima en una muestra de estudiantes mujeres adolescentes tomando como variable de clasificación Inicio o no de la vida sexual.

## 6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### PROBLEMA GENERAL:

Haber iniciado o no la vida sexual en la adolescencia (15 a 19 años) se relaciona con la imagen corporal (satisfacción-insatisfacción y sobreestimación-subestimación) y con el nivel de autoestima.

### PROBLEMAS ESPECIFICOS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Se relaciona haber iniciado o no la vida sexual con el nivel de autoestima en las adolescentes?
2. ¿Se relaciona haber iniciado o no la vida sexual con el nivel de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal en las adolescentes?
3. ¿Se relaciona haber iniciado o no la vida sexual con sobreestimación-subestimación de la imagen corporal en las adolescentes?

## 6.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE O VARIABLE DE CLASIFICACIÓN

Inicio o no de la vida sexual

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

"La relación sexual es toda interacción con otra persona que implica una excitación creciente, y culmina en el contacto físico íntimo. En el coito el hombre introduce el pene en la vagina de la mujer. Este acto sucede generalmente después de varios pasos, tales como tomarse de la mano,

besarse, acariciarse, sentirse excitado" (Pick de Weiss y Vargas-Trujillo, 1997, p. 81).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Es la respuesta afirmativa o negativa al reactivo, número 6, del cuestionario denominado "Estudio sobre Alimentación y Salud" en su versión XX para mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 2000) que pregunta: ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

#### VARIABLES DEPENDIENTES

Autoestima.

Imagen Corporal (satisfacción-insatisfacción y sobreestimación-subestimación).

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Autoestima: "Es la combinación de la información objetiva sobre uno mismo y la evaluación subjetiva de dicha información, es decir, es la discrepancia entre la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo" (Pope, McHale y Craighead, 1988, citado por Caso, 1999, p. 7).
  - Imagen Corporal: Se refiere a la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo, durante su existencia y a través de diversas experiencias (Bruchon-Schweitzer, 1992).
- a) Satisfacción/Insatisfacción es el grado de aceptación o de rechazo hacia el propio cuerpo.
  - b) La sobreestimación y la subestimación agrupa, entre otras las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un peso menor, "peso ideal" por lo general inalcanzable y siempre por debajo del normal y aceptación o rechazo por el propio cuerpo, o imagen corporal, a todas estas variables subyace un temor, con diferentes grados de intensidad, de subir de peso y una preocupación, también con diferentes grados de intensidad por el cuerpo su forma y tamaño (Gómez Pérez- Mitré, 1995).

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

- **Autoestima:** Es el puntaje que se obtendrá a partir de las respuestas de las adolescentes a la Prueba de Autoestima para Adolescentes de Pope, McHale y Craighead creada en 1988. Validada en muestras mexicanas por Caso, (1999).
- **Satisfacción-Insatisfacción:** Es la diferencia de la figura actual – figura ideal, una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción; diferencias positivas (porque se desea estar más delgada) y negativas (porque se desea estar más gruesa) se interpretan como insatisfacción. Cuanto más grande sea la diferencia mayor será el grado de insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1997). Para las estudiantes de bachillerato se utilizaron dos escalas visuales de la figura humana de adolescentes del sexo femenino, cada escala visual se compone de una serie de siluetas que cubren un continuo de peso corporal con intervalos que van desde una silueta muy delgada=1, hasta muy gruesa u obesa=9. Las escalas de siluetas aparecen en el cuestionario al azar en lugares separados.
- **Sobreestimación-subestimación:** Es la diferencia entre auto percepción del peso corporal y el Índice de Masa Corporal (IMC). Una diferencia igual a cero se interpreta como no alteración y una diferencia positiva como sobreestimación y una diferencia negativa como subestimación (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

**6.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

1. Se encontrarán diferencias en el nivel de autoestima de las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.
2. Se encontrarán diferencias en el grado de satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal entre las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.
3. Se encontrarán diferencias en la imagen corporal (sobreestimación-subestimación) entre las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.

## 6.5 MÉTODO

### 6.5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizó fue de carácter confirmatorio, de campo, correlacional y transversal, con un diseño de 2 grupos con observaciones independientes.

### 6.5.2 MUESTRA

La muestra que se utilizó fue intencional, no probabilística. Fue no probabilística ya que no existió forma de estimar la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser excluido de la muestra, fue intencional ya que los sujetos participantes debieron cumplir ciertos requisitos en cuanto a edad, sexo y nivel escolar. Los sujetos de la muestra se extrajeron de la población de adolescentes del nivel de escolaridad medio superior de una institución pública del D.F. El tamaño total de la muestra fue de  $N=235$  que se subdividió en  $n_1=71$  (adolescentes que habían iniciado vida sexual) y  $n_2=164$  (adolescentes que no habían iniciado vida sexual). Se formó una submuestra del 20% de la muestra original ( $N=235$ ), con el método de Selección Sistemática Aleatoria con el propósito de tomar medidas antropométricas (peso y talla).

Características de los sujetos de las muestras: mujeres adolescentes de 15 a 19 años estudiantes de bachillerato de escuelas públicas. Se excluyó de la muestra a las adolescentes que presenten algún defecto o problema físico notorio.

### 6.5.3 INSTRUMENTO

1. Se aplicó el instrumento denominado "Estudio sobre Alimentación y Salud", en su versión XX para mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 2000). Este instrumento se ajustó a un cuestionario de formato mixto (constituido por preguntas cerradas, dicotómicas y con respuestas en escala Likert). Y que se agrupan en las siguientes áreas.



- SOCIODEMOGRAFICA

Esta área esta compuesta por 13 reactivos que exploran aspectos relacionados con la edad, el sexo, ocupación de los padres, ingreso mensual familiar, etc. (ver anexo).

- IMAGEN CORPORAL

Esta área esta formado por dos escalas visuales con nueve siluetas cada una que forman un continuo de peso corporal que van desde una figura muy delgada hasta una muy obesa pasando por un punto medio. Una de las escalas visuales explora la figura actual del sujeto en donde se le pide a este que observe con cuidado las siluetas y escoja aquella que más se parezca o más se aproxime a su figura corporal. En la otra se le pide al sujeto que observe cuidadosamente las siluetas y escoja aquella que más le gustaría tener (figura ideal). La respuesta que implique mayor problema tendrá un puntaje más alto (ver anexo).

Autopercepción del peso corporal: Es un área con 13 reactivos los cuales cuentan con 5 opciones de respuesta que explora la percepción subjetiva del peso corporal cada una, que van de mayor problema mayor puntaje, menor problema menor puntaje, es decir, 5=alteración, 1=no alteración. También se le pide al sujeto que describa como son esas partes del cuerpo como: la cara, cintura, busto, brazos, describiéndolas con adjetivos como feo, bonito, grueso, delgado, etc.

2. Para medir la autoestima en las adolescentes se utilizará un cuestionario con 21 reactivos con cinco opciones de respuesta en su versión para adolescentes denominado "Prueba de Autoestima para Adolescentes de Pope, McHale y Craighead" creada en 1988. Este instrumento fue validado en la ciudad de México por Caso, (1999) y tiene un índice de consistencia interna de .84 en la escala total y un índice de confiabilidad test-retest de .67. En este se exploran los siguientes factores:

- **PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO**

Involucra reactivos basados en autopercepciones por ejemplo: Me gusta como soy, me gusta la forma como me veo, estoy feliz de ser como soy, etc. (ver anexo).

- **PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA PERSONAL**

Agrupar reactivos que exploran la percepción global que el individuo y el entorno familiar tienen con respecto a sus competencias, por ejemplo: Soy muy lento para realizar mi trabajo escolar, soy malo para muchas cosas, me siento fracasado, etc. (ver anexo).

- **RELACIÓN FAMILIAR**

Incluye reactivos que valoran su relación familiar, por ejemplo: Me siento bien cuando estoy con mi familia, tengo la mejor familia de todo el mundo y siento ganas de irme de mi casa.

- **ENOJO**

Agrupar reactivos concernientes al manejo y control de emociones del individuo en los entornos familiar y social, por ejemplo: Hago enojar a mis padres, me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que yo quiero, le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal, etc. (ver anexo). Los factores están conformados por los siguientes reactivos:

| FACTORES                                | REACTIVO  | CARGA FACTORIAL |
|---|---|-----------------|
| PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO                  | 1. Me gusta como soy  | .82842          |
|   | 4. Estoy feliz de ser como soy                                      | .77516          |
|   | 6. Estoy orgulloso(a) de mí   | .64608          |
|   | 7. Soy un(a) buen(a) amigo(a)                                       | .51036          |
|   | 8. Me gusta la forma como me veo                                    | .79433          |
|   | 16. Me gustaría ser otra persona                                    | .62421          |
|   | 18. Tengo una mala opinión de mí mismo                              | .57986          |
|   | VARIANZA EXPLICADA= 36.2%   |                 |
| CONFIABILIDAD= .8804                    |   |                 |
| PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA PERSONAL      | 3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela            | .58747          |
|   | 11. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar               | .66945          |
|   | 12. Soy un(a) tonto(a) para hacer los trabajos de la escuela        | -.65174         |
|   | 13. Soy malo(a) para muchas cosas                                   | .53068          |
|   | 19. Mi familia está decepcionada de mí                              | .64082          |
|   | 20. Me siento fracasado(a)  | .64268          |
|   | 21. Pleno que mis padres serían felices si yo fuera diferente       | .63379          |
| VARIANZA EXPLICADA= 9.0%                |   |                 |
| CONFIABILIDAD= .6417                    |   |                 |
| RELACIÓN FAMILIAR                       | 2. Me siento bien cuando estoy con mi familia                       | .80318          |
|   | 5. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo               | .76518          |
|   | 17. Siento ganas de irme de mi casa                                 | .58085          |
| VARIANZA EXPLICADA= 6.8%                |   |                 |
| CONFIABILIDAD= .7254                    |   |                 |
| ENOJO                                   | 9. Hago enojar a mis padres   | -.44410         |
|   | 10. Si me enojo con un amigo(a) lo(a) insulto                       | -.70964         |
|   | 14. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que yo quiero | .46696          |
|   | 15. Le hecho la culpa a otros de las cosas que yo hago mal          | .62751          |
|   | VARIANZA EXPLICADA= 5.8%  |                 |
| CONFIABILIDAD= .4554                    |   |                 |
| VARIANZA TOTAL EXPLICADA= 57.7%         |   |                 |
| CONFIABILIDAD TOTAL DE LA ESCALA= .8379 |   |                 |

#### 6.5.4 FORMA DE CALIFICACIÓN

1. En el área de imagen corporal, del instrumento denominado "Estudio sobre Alimentación y Salud", en su versión XX para mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 2000), se calificó de la siguiente forma:

| SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN= FIGURA ACTUAL – FIGURA IDEAL |                |
|---|----------------|
| RESULTADO   | INTERPRETACIÓN |
| DIFERENCIAS POSITIVAS                                     | INSATISFACCIÓN |
| DIFERENCIA IGUAL A CERO                                   | SATISFACCIÓN   |
| DIFERENCIAS NEGATIVAS                                     | INSATISFACCIÓN |

| SOBREESTIMACIÓN/SUBESTIMACIÓN= AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL – IMC |                 |
|---|-----------------|
| RESULTADO   | INTERPRETACIÓN  |
| DIFERENCIA POSITIVA   | SOBREESTIMACIÓN |
| DIFERENCIA IGUAL A CERO   | NO ALTERACIÓN   |
| DIFERENCIA NEGATIVA   | SUBESTIMACIÓN   |

2. La "Prueba de Autoestima para Adolescentes de Pope, McHale y Craighead", creada en 1988. Validada en la ciudad de México por Caso, (1999) se calificó de la siguiente forma: se le asignó a cada una de las cinco opciones de respuesta de cada reactivo, tanto positivos (ej. Me gusta como soy) como negativos (ej. Me gustaría ser otra persona), un valor numérico del 0 al 4, A mayor puntaje mayor problema.

| OPCIONES DE RESPUESTA | VALOR PARA LOS REACTIVOS POSITIVOS | VALOR PARA LOS REACTIVOS NEGATIVOS |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Siempre               | 0                                  | 4                                  |
| Usualmente            | 1                                  | 3                                  |
| La mitad de las veces | 2                                  | 2                                  |
| Rara vez              | 3                                  | 1                                  |
| Nunca                 | 4                                  | 0                                  |

### 6.5.5 APARATOS

Se utilizó una báscula pesa personas, eléctrica, portátil, marca Excell, de 150/300 kilogramos, con precisión de 10/50 gramos y estadiómetro de madera para medir la talla.

### 6.5.6 PROCEDIMIENTO

Se solicitó permiso a los directivos de la escuela preparatoria pública del Distrito Federal para la aplicación de los instrumentos. Una vez obtenida la autorización se llevó a cabo la aplicación del cuestionario denominado "Estudio sobre Alimentación y Salud" y de la "Prueba de Autoestima". La aplicación se llevó a cabo en forma colectiva en los salones de clase y sólo a los sujetos que desearon hacerlo de forma voluntaria y cubriendo los requisitos antes mencionados.

Se dieron las siguientes instrucciones: "La Facultad de Psicología de la UNAM, esta llevando a cabo una investigación con el propósito de conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil de nivel medio y así poder contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida de dicha comunidad. El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu sentido de cooperación, la información es confidencial. Gracias".

Se formó una submuestra del 20% de la muestra original (N=235), con el método de Selección Sistemática Aleatoria con el propósito de tomar medidas antropométricas (peso y talla).

### 6.5.7 ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 8.0. mediante el cual se obtuvo la descripción de la muestra a través de estadística descriptiva. Para efectuar la estadística inferencial se aplicó la prueba "t" a través del método de muestras independientes y se probaron de ésta manera las hipótesis estadísticas correspondientes.

# CAPÍTULO VII

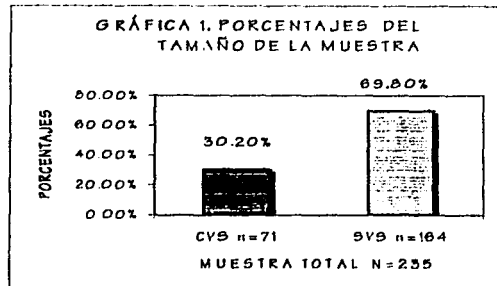
## RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue conocer el comportamiento de las variables asociadas con imagen corporal, (sobreestimación-subestimación y satisfacción-insatisfacción), y su relación con el nivel de autoestima en una muestra de adolescentes mexicanas tomando como variable de clasificación inicio o no de la vida sexual. Para tal efecto se formó una base de datos una vez que éstos se recopilaron, se analizaron en el programa SPSS. A continuación se exponen los resultados.

### 7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

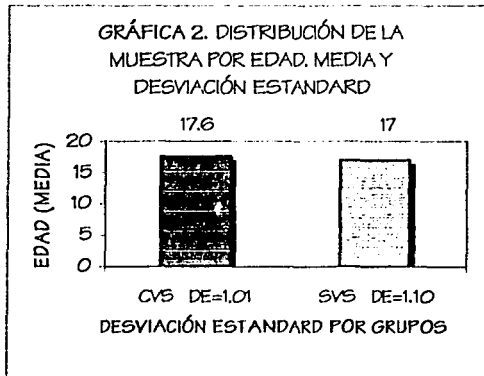
La muestra se obtuvo de una población de estudiantes de preparatoria pública del Distrito Federal, con una  $N=235$ . Esta se dividió de acuerdo con la respuesta dada a la pregunta "¿tienes o has tenido vida sexual?", en dos grupos: uno, el de las adolescentes con vida sexual (CVS)  $n=71$ , y el segundo grupo, el de las adolescentes sin vida sexual (SVS)  $n=164$ . El promedio de edad del primer grupo fue  $X=17.6$ , con una  $DE=1.01$  y en el segundo grupo el promedio de edad fue  $X=17$ , con una  $DE=1.10$ . (Ver Tablas y Gráficas 1 y 2).

| GRUPO           | n   | %     |
|-----------------|-----|-------|
| CON VIDA SEXUAL | 71  | 30.2% |
| SIN VIDA SEXUAL | 164 | 69.8% |
| TOTAL           | 235 | 100%  |



En la Tabla y la Gráfica 2 como puede observarse, ambos grupos, tiene la misma edad promedio.

| TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD, MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR. |        |                     |
|--|--------|---------------------|
| GRUPO  | EDAD X | DESVIACIÓN ESTÁNDAR |
| CON VIDA SEXUAL  | 17.6   | 1.01                |
| SIN VIDA SEXUAL  | 17     | 1.10                |



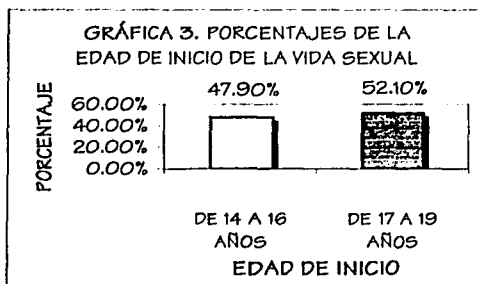


## 7.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE INTERÉS

## 7.2.1 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA VIDA SEXUAL

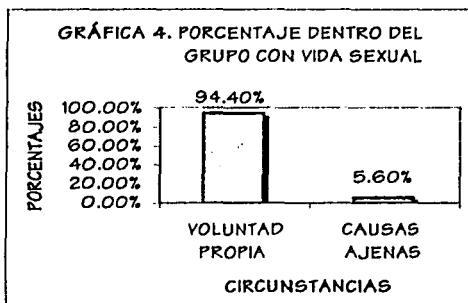
En la Tabla y Gráfica 3, podemos observar que el rango de edad de inicio de la vida sexual es de 14 a 16 años aunque el porcentaje más alto se encontró entre los 17 a 19 años.

| TABLA 3. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL |                 |
|--|-----------------|
|  | CON VIDA SEXUAL |
| DE 14 A 16 AÑOS                        | 47.9%           |
| DE 17 A 19 AÑOS                        | 52.1%           |
| TOTAL                                  | 100%            |



En la Tabla y Gráfica 4, podemos observar que casi el total de las adolescentes con vida sexual activa (94%) respondieron que ésta se inició por voluntad propia, y sólo el 6% de ellas respondieron que por circunstancias ajenas a su voluntad.

|   | CON VIDA SEXUAL |
|---|-----------------|
| POR VOLUNTAD PROPIA                     | 94.4%           |
| POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A MI VOLUNTAD | 5.6%            |
| TOTAL                                   | 100%            |



Como podemos observar en la Tabla 5, la mayoría de las adolescentes del grupo que respondieron por voluntad propia eligió una figura ideal de emaciada a delgada (81%), así como las adolescentes del grupo que tuvieron relaciones sexuales por circunstancias ajenas a su voluntad (6%). En éste mismo grupo no eligieron las figuras de peso normal y obesidad como ideal.

| FIGURA IDEAL   | POR VOLUNTAD PROPIA | POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A MI VOLUNTAD |
|----------------|---------------------|---|
| 1. EMACIACIÓN  | 4.2%                | 0.0%                                    |
| 2. EMACIACIÓN  | 18.3%               | 1.4%                                    |
| 3. DELGADEZ    | 57.7%               | 2.8%                                    |
| SUMATORIA      | 81.5%               | 5.6%                                    |
| 4. DELGADEZ    | 11.3%               | 1.4%                                    |
| 5. PESO NORMAL | 1.4%                | 0.0%                                    |
| 6. OBESIDAD    | 1.4%                | 0.0%                                    |
| MUESTRA TOTAL  | 94.4%               | 5.6%                                    |

En la Tabla 6 se puede observar, que en el grupo de adolescentes cuyas relaciones sexuales fueron por circunstancias ajenas a su voluntad no se presentó ningún caso de satisfacción con la imagen corporal.

|   | -3   | -2   | -1    | 0     | 1     | 2     | 3    | 6    | MUESTRA TOTAL |
|---|------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|---------------|
| POR VOLUNTAD PROPIA                     | 1.4% | 4.2% | 15.5% | 33.8% | 16.9% | 15.5% | 5.6% | 1.4% | 94.4%         |
| POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A MI VOLUNTAD | 0.0% | 0.0% | 2.8%  | 0.0%  | 2.8%  | 0.0%  | 0.0% | 0.0% | 5.6%          |
| MUESTRA TOTAL                           | 1.4% | 4.2% | 18.3% | 33.8% | 19.7% | 15.5% | 5.6% | 1.4% | 100%          |

En la Tabla 7 y 8, se encuentran representados los reactivos con mayor problema de la prueba de Autoestima en los grupos de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales por voluntad propia y por circunstancias ajenas a su voluntad, correspondiendo a éste último los porcentajes más altos. Es importante tomar en cuenta que este grupo es una proporción pequeña (6%) en relación con el grupo que tuvo relaciones sexuales por voluntad propia (94%).

| REACTIVO   | POR VOLUNTAD PROPIA | POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A MI VOLUNTAD |
|--|---------------------|---|
| 3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela | 13.4%               | 25%                                     |
| 5. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo.   | 14.9%               | 25%                                     |
| 8. Me gusta la forma como me veo.                        | 17.9%               | 25%                                     |
| 9. Hago enojar a mis padres                              | 7.5%                | 50%                                     |

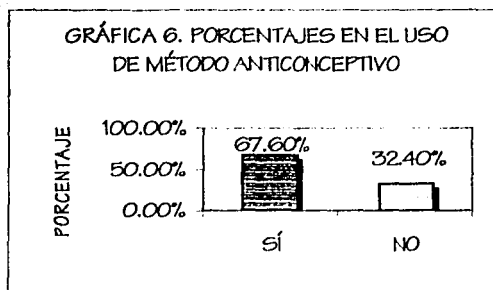
| REACTIVO   | POR VOLUNTAD PROPIA | POR CIRCUNSTANCIAS AJENAS A MI VOLUNTAD |
|--|---------------------|---|
| 14. Me enoja cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero | 14.9%               | 50%                                     |
| 15. Le hecho la culpa a otros de cosas que yo hago mal.          | 4.5%                | 25%                                     |
| 17. Siento ganas de irme de mi casa.                             | 6%                  | 25%                                     |
| 18. Tengo una mala opinión de mi mismo(a).                       | 1.5%                | 25%                                     |
| 21. Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente.  | 19.4%               | 25%                                     |

En la Tabla 9 se pueden observar los porcentajes en el grupo de adolescentes "con vida sexual", correspondientes a la pregunta ¿cuánto tiempo tenías de conocer a tu primera pareja sexual?: los porcentajes más altos se relacionaron con mayor tiempo (a partir de más de 8 meses), de conocer a la pareja sexual, de tal manera que el porcentaje más alto, el 32%, de las adolescentes respondieron que tenían más de año y medio de conocer a su pareja sexual.

| TABLA 9. PORCENTAJES DEL TIEMPO DE CONOCER A TU PRIMERA PAREJA SEXUAL |                 |
|---|-----------------|
|   | CON VIDA SEXUAL |
| 24 HORAS O MENOS  | 0.0%            |
| MÁS DE 24 HORAS A 4 MESES   | 14.1%           |
| MÁS DE 4 MESES A 8 MESES  | 12.7%           |
| MÁS DE 8 MESES A UN AÑO   | 23.9%           |
| MÁS DE UN AÑO A UN AÑO Y MEDIO  | 16.9%           |
| MÁS DE AÑO Y MEDIO  | 32.4%           |
| TOTAL   | 100%            |

Cómo se puede observar en la Tabla 10 y Gráfica 6, se encuentran los porcentajes del grupo de adolescentes con vida sexual que respondieron a la pregunta ¿has utilizado algún método anticonceptivo? El porcentaje más alto 68% respondió haberlo utilizado y un 32% no lo había utilizado.

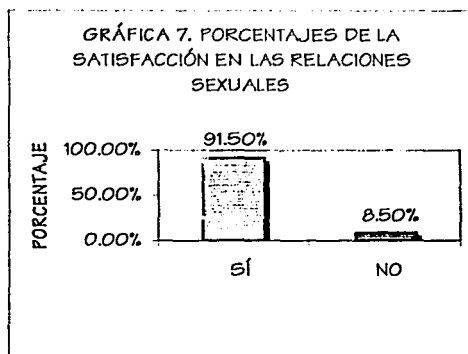
| TABLA 10. PORCENTAJES EN EL USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO |                 |
|--|-----------------|
|  | CON VIDA SEXUAL |
| SÍ   | 67.6%           |
| NO   | 32.4%           |
| TOTAL  | 100%            |



Cómo se puede observar en la Tabla 11 y Gráfica 7 el mayor porcentaje respondió que sus relaciones sexuales son o han sido satisfactorias, y sólo el 8% respondió negativamente.

TABLA 11. PORCENTAJES DE LA SATISFACCIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES

|       | CON VIDA SEXUAL |
|-------|-----------------|
| SÍ    | 91.5%           |
| NO    | 8.5%            |
| TOTAL | 100%            |



En la Tabla 12 se puede observar, que en el grupo de adolescentes cuyas relaciones sexuales no son o no han sido satisfactorias no se presentó ningún caso de satisfacción con la imagen corporal. En ambos grupos existió una mayor tendencia hacia la insatisfacción positiva, es decir que quieren estar más delgadas (42%).

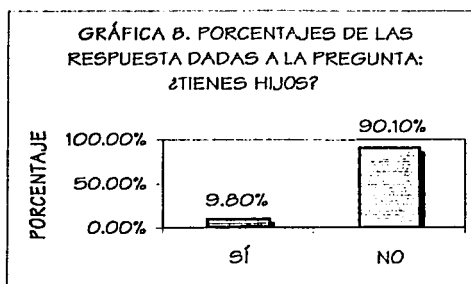
|                                    | -1    | 0     | 1     | MUESTRA TOTAL |
|------------------------------------|-------|-------|-------|---------------|
| SON O HAN SIDO SATISFATORIAS       | 21.1% | 33.8% | 36.6% | 91.5%         |
| NO SON O NO HAN SIDO SATISFATORIAS | 2.8%  | 0.0%  | 5.6%  | 8.5%          |
| MUESTRA TOTAL                      | 23.9% | 33.8% | 42.3% | 100%          |

En la Tabla 13, podemos observar que el mayor porcentaje en ambos grupos corresponde a la categoría de peso normal. En el grupo en donde las relaciones sexuales son o han sido satisfactorias menos de la mitad se encuentran dentro de esta categoría (38%), en comparación con el grupo en donde las relaciones sexuales no son o no han sido satisfactorias, en donde todas las adolescentes se encuentran en la categoría de peso normal (15%).

|                                    | 2. DELGADEZ | 3. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | MUESTRA TOTAL |
|------------------------------------|-------------|----------------|--------------|---------------|
| SON O HAN SIDO SATISFATORIAS       | 23.1%       | 38.5%          | 23.1%        | 84.6%         |
| NO SON O NO HAN SIDO SATISFATORIAS | 0.0%        | 15.4%          | 0.0%         | 15.4%         |
| MUESTRA TOTAL                      | 23.1%       | 53.8%          | 23.1%        | 100%          |

En la Tabla 14 y Gráfica 8 se puede observar que aunque se tiene un porcentaje de adolescentes que aceptaron tener vida sexual activa, sólo un 10% tiene hijos y es importante resaltar que el 60% de este grupo no ha utilizado algún método anticonceptivo.

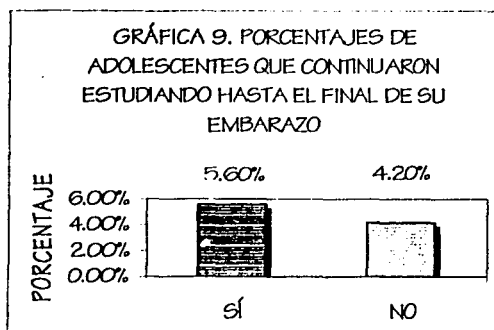
| TABLA 14. DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LAS RESPUESTAS DADAS A LA PREGUNTA: ¿TIENES HIJOS? |                 |
|---|-----------------|
|   | CON VIDA SEXUAL |
| SÍ  | 9.8%            |
| NO  | 90.1%           |
| TOTAL   | 100%            |





En la Tabla 15 y Gráfica 9 se puede observar que el 10% de las adolescentes con vida sexual que respondieron afirmativamente a la pregunta ¿tienes hijos?: el 6% continuaron sus estudios hasta el final de su embarazo, en comparación con el 4%, que no lo hizo así.

| TABLA 15. PORCENTAJES DE ADOLESCENTES QUE CONTINUARON ESTUDIANDO HASTA EL FINAL DE SU EMBARAZO. |                 |
|---|-----------------|
|   | CON VIDA SEXUAL |
| SÍ  | 5.6%            |
| NO  | 4.2%            |
| TOTAL   | 9.8%            |



### 7.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA IMAGEN CORPORAL

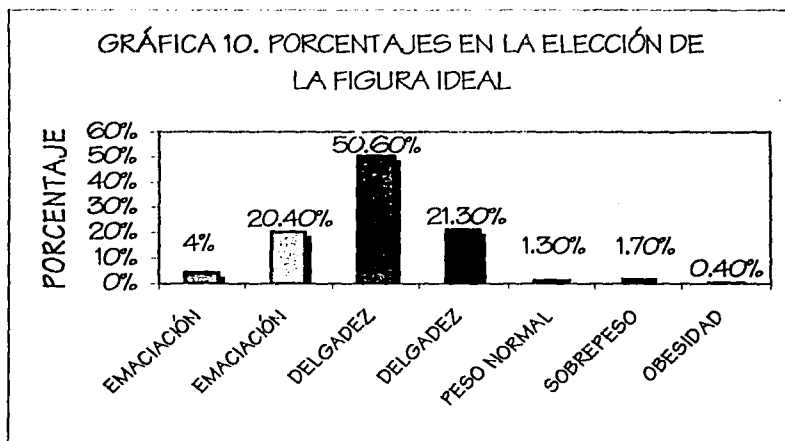
#### 7.3.1 SATISFACCIÓN – INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Cómo podemos observar en la Tabla 16, al realizar la medición de la variable satisfacción – insatisfacción con la imagen corporal los porcentajes más bajos corresponden a las respuestas que indican satisfacción con la imagen corporal, mientras que los porcentajes más altos correspondieron a insatisfacción con la misma, especialmente la insatisfacción positiva, porque se quiere estar más delgada. Este tipo de insatisfacción positiva está presente en mayor porcentaje (54%), en el grupo sin vida sexual que en el grupo con vida sexual (42%). Debe hacerse notar, que en la muestra total, no sólo son más altos los porcentajes de insatisfacción positiva, sino que se encontraron niveles más altos de insatisfacción: el 39% de las adolescentes tiene niveles 1 y 2 de insatisfacción positiva en comparación del 19% en los niveles -1 y -2 de insatisfacción negativa. Tomando los totales, se encontró un 50% de insatisfacción positiva en comparación con un 21% de insatisfacción negativa.

| VALOR   | SIN VIDA SEXUAL | CON VIDA SEXUAL | MUESTRA TOTAL |
|---|-----------------|-----------------|---------------|
| -4  | 1.2%            | 0.0%            | 0.9%          |
| -3  | 0.6%            | 1.4%            | 0.9%          |
| -2  | 3.7%            | 4.2%            | 3.8%          |
| -1  | 14.6%           | 18.3%           | 15.7%         |
| <b>% POR GRUPO DE INSATISFACCIÓN NEGATIVA</b> | <b>20.1%</b>    | <b>23.9%</b>    | <b>21.3%</b>  |
| <b>SATISFACCIÓN</b>                           | <b>26.2%</b>    | <b>33.8%</b>    | <b>26.8%</b>  |
| 1   | 25%             | 19.7%           | 23.4%         |
| 2   | 15.2%           | 15.5%           | 15.3%         |
| 3   | 5.5%            | 5.6%            | 5.5%          |
| 4   | 7.3%            | 0.0%            | 5.1%          |
| 5   | 0.6%            | 0.0%            | 0.4%          |
| 6   | 0.0%            | 1.4%            | 0.4%          |
| <b>% POR GRUPO DE INSATISFACCIÓN POSITIVA</b> | <b>53.6%</b>    | <b>42.2%</b>    | <b>50.1%</b>  |
| <b>MUESTRA TOTAL</b>                          | <b>68.8%</b>    | <b>30.2%</b>    | <b>100%</b>   |

La elección de la figura ideal es una de las variables más importantes porque muestra que tanto las adolescentes han hecho suyo, el valor de la cultura de la delgadez. Como puede apreciarse en la Tabla 17 y Gráfica 10, el 97% del total de la muestra en ambos grupos, las adolescentes seleccionaron una figura ideal de emaciada a delgada, y sólo un 1% seleccionó una figura de peso normal. Sin embargo debe hacerse notar que cuando se compara por grupos los porcentajes son similares: el 96% de las adolescentes SVS y el 97% CVS, eligieron las figuras de emaciación y delgadez.

| FIGURA         | SIN VIDA SEXUAL | CON VIDA SEXUAL | MUESTRA TOTAL |
|----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 1. EMACIACIÓN  | 4.3%            | 4.2%            | 4.3%          |
| 2. EMACIACIÓN  | 20.7%           | 19.7%           | 20.4%         |
| 3. DELGADEZ    | 46.3%           | 60.6%           | 50.6%         |
| 4. DELGADEZ    | 25%             | 12.7%           | 21.3%         |
| 5. PESO NORMAL | 1.2%            | 1.4%            | 1.3%          |
| 7. SOBREPESO   | 2.4%            | 0.0%            | 1.7%          |
| 8. OBESIDAD    | 0.0%            | 1.4%            | 0.4%          |
| MUESTRA TOTAL  | 69.8%           | 30.2%           | 100%          |



Como podemos ver en las Tablas 18 y 19, en ambos grupos la mayoría de las adolescentes que eligieron una figura ideal de emaciada a delgada, como era de esperarse, tuvieron un IMC real de peso normal. Dentro del grupo CVS no se presentó ningún caso de obesidad, sin embargo en el grupo SVS el 12 % tuvo un IMC real de obesidad y eligieron una figura delgada como ideal. Finalmente como se puede observar en ambas tablas, algunas adolescentes que tuvieron un IMC real de delgadez, escogieron una figura ideal emaciada.

| FIGURA IDEAL  | IMC REAL    |               |              |             | MUESTRA TOTAL |
|---------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|
|               | 2. DELGADEZ | 3. PESONORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| 1. EMACIACIÓN | 0.0%        | 6.06%         | 0.0%         | 0.0%        | 6.06%         |
| 2.EMACIACIÓN  | 6.06%       | 12.12%        | 3.03%        | 0.0%        | 21.21%        |
| 3. DELGADEZ   | 6.06%       | 18.18%        | 18.18%       | 12.12%      | 54.54%        |
| 4. DELGADEZ   | 6.06%       | 6.06%         | 6.06%        | 0.0%        | 18.18%        |
| MUESTRA TOTAL | 18.18%      | 42.42%        | 27.27%       | 12.12%      | 100%          |

| FIGURA IDEAL  | IMC REAL    |                |              |             | MUESTRA TOTAL |
|---------------|-------------|----------------|--------------|-------------|---------------|
|               | 2. DELGADEZ | 3. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| 1. EMACIACIÓN | 0.0%        | 7.7%           | 0.0%         | 0.0%        | 7.7%          |
| 2.EMACIACIÓN  | 15.4%       | 15.4%          | 7.7%         | 0.0%        | 38.5%         |
| 3. DELGADEZ   | 7.7%        | 15.4%          | 15.4%        | 0.0%        | 38.5%         |
| 4. DELGADEZ   | 0.0%        | 15.4%          | 0.0%         | 0.0%        | 15.4%         |
| MUESTRA TOTAL | 23.1%       | 53.8%          | 23.1%        | 0.0%        | 100%          |

## 7.3.2 SOBRESTIMACIÓN/ SUBESTIMACIÓN

La Tabla 20, muestra un porcentaje significativamente mayor de adolescentes SVS, 41%, que sobreestimó su figura corporal en comparación con el 23% CVS que también lo hicieron. Con respecto al efecto de sobreestimación positiva fueron las adolescentes CVS (15%) y las adolescente SVS (9%) las sobreestimaron. Por último los porcentajes más altos fueron para no alteración de la figura corporal tanto para las adolescentes SVS (47%) como para las adolescents CVS (54%).

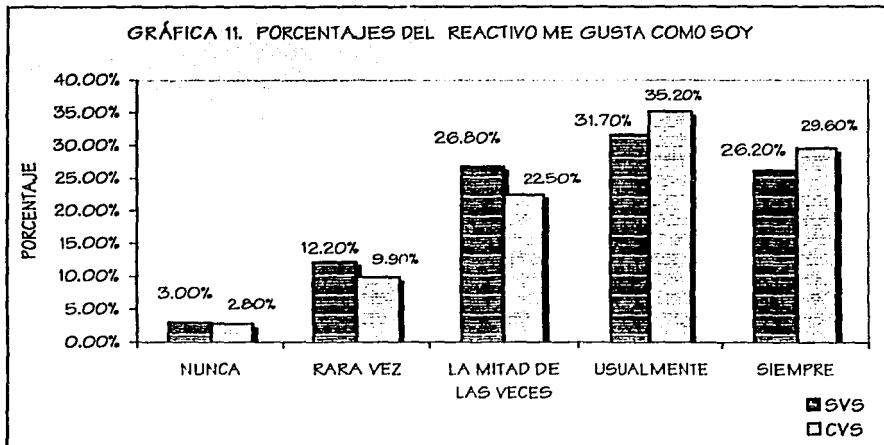
| GRUPOS          | -2   | -1    | 0     | 1     | 2    | MUESTRA TOTAL |
|-----------------|------|-------|-------|-------|------|---------------|
| SIN VIDA SEXUAL | 2.9% | 41.2% | 47.1% | 8.8%  | 0.0% | 72.3%         |
| CON VIDA SEXUAL | 0.0% | 23.1% | 53.8% | 15.4% | 7.7% | 27.7%         |
| MUESTRA TOTAL   | 2.1% | 36.2% | 48.9% | 10.6% | 2.1% | 100%          |

En la Tabla 21 se puede observar que como era lo esperado, el Índice de Masa Corporal Real tuvo un mayor porcentaje en la categoría de peso normal, en ambos grupos (SVS 44% y CVS 54%). En la categoría de delgadez podemos ver que el mayor porcentaje corresponde al grupo CVS con un 23%, en comparación con el grupo SVS con un porcentaje de 18%. En la categoría de sobrepeso el grupo CVS presentó un porcentaje menor (23%), en contraste con un 26% del grupo SVS. Finalmente es importante destacar que en el grupo CVS, no se presentó ningún caso de obesidad, en comparación al 12% del grupo SVS.

| PESO CORPORAL  | SIN VIDA SEXUAL | CON VIDA SEXUAL | MUESTRA TOTAL |
|----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| 2. DELGADEZ    | 17.6%           | 23.1%           | 19.1%         |
| 3. PESO NORMAL | 44.1%           | 53.8%           | 46.8%         |
| 4. SOBREPESO   | 26.5%           | 23.1%           | 25.5%         |
| 5. OBESIDAD    | 11.8%           | 0.0%            | 8.5%          |
| MUESTRA TOTAL  | 72.3%           | 27.7%           | 100%          |

## 7.4 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DE AUTOESTIMA

En la Gráfica 11 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Me gusta como soy, en el grupo SVS, la mayoría, 32%, seleccionó como opción de respuesta Usualmente, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta Usualmente, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



En las Tablas 22 y 23, se puede observar que cuando se cruzan las variables (Crosstab) "me gusta como soy" con satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, llama la atención que las adolescentes que respondieron usualmente y siempre al reactivo "me gusta como soy", en el grupo SVS, estaban insatisfechas con su imagen corporal porque deseaban estar más delgadas (29%) o bien porque deseaban mayor peso (12%). Sólo un 17% estaban satisfechas. En el grupo CVS, se observa una mayor congruencia en sus respuestas al reactivo "me gusta como soy" y la satisfacción con la imagen corporal, debido a que el 30% estaba satisfecha en comparación con el grupo SVS.

**TABLA 22. SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN EN EL REACTIVO ME GUSTA COMO SOY  
"GRUPO SIN VIDA SEXUAL"**

| OPCIÓN DE RESPUESTA | VALOR        |            |            | MUESTRA TOTAL |
|---------------------|--------------|------------|------------|---------------|
|                     | -1           | 0          | 1          |               |
| USUALMENTE          | 4.9%         | 9.1%       | 17.7%      | 31.7%         |
| SIEMPRE             | 7.3%         | 7.9%       | 11%        | 26.2%         |
| <b>SUMATORIA</b>    | <b>12.2%</b> | <b>17%</b> | <b>28%</b> |               |

**TABLA 23. SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN EN EL REACTIVO ME GUSTA COMO SOY  
"GRUPO CON VIDA SEXUAL"**

| OPCIÓN DE RESPUESTA | VALOR        |              |              | MUESTRA TOTAL |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
|                     | -1           | 0            | 1            |               |
| USUALMENTE          | 2.8%         | 19.7%        | 12.7%        | 35.2%         |
| SIEMPRE             | 9.9%         | 9.9%         | 9.9%         | 29.6%         |
| <b>SUMATORIA</b>    | <b>12.7%</b> | <b>29.6%</b> | <b>22.6%</b> |               |

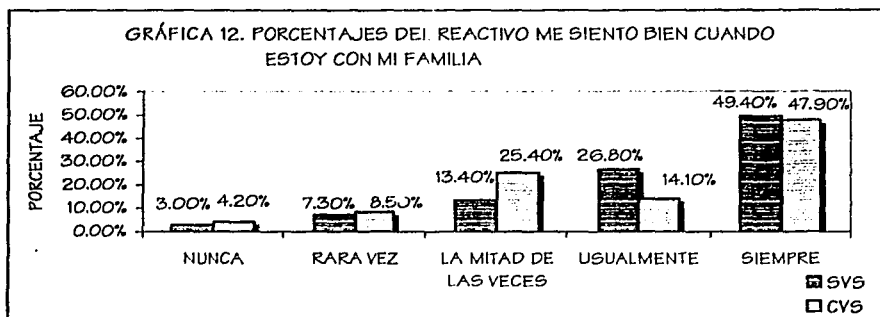
En las Tablas 24 y 25, se puede observar que a pesar de que el mayor porcentaje en el IMC (real) de ambos grupos corresponde a la categoría de delgadez y peso normal, las adolescentes quieren estar más delgadas (ver Tablas 19 y 20), lo cual no es congruente con la respuesta al reactivo "me gusta como soy", ya que ellas respondieron a este usualmente y siempre. En el grupo CVS, se puede observar una mayor sobrevaloración de la delgadez, debido a que no existió ningún caso de obesidad y en la categoría de sobrepeso el porcentaje fue el más bajo (8%).

| TABLA 24. IMC REAL EN EL REACTIVO ME GUSTA COMO SOY<br>"GRUPO SIN VIDA SEXUAL" |             |                |              |             |               |
|--|-------------|----------------|--------------|-------------|---------------|
| OPCIÓN DE RESPUESTA  | IMC REAL    |                |              |             | MUESTRA TOTAL |
|  | 2. DELGADEZ | 3. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| USUALMENTE   | 8.8%        | 17.6%          | 8.8%         | 2.9%        | 38.2%         |
| SIEMPRE  | 8.8%        | 11.8%          | 2.9%         | 6.9%        | 29.4%         |

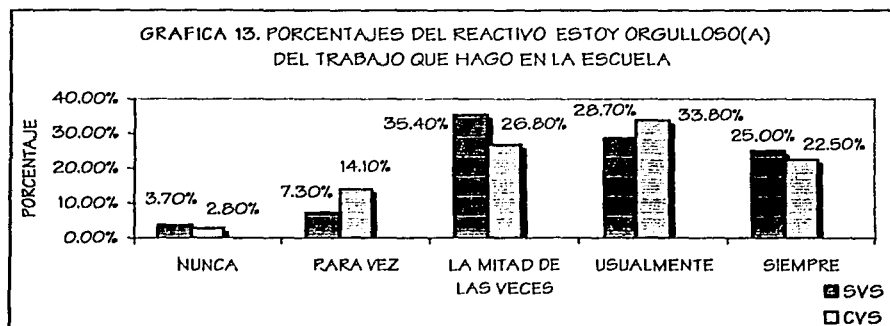
| TABLA 25. IMC REAL EN EL REACTIVO ME GUSTA COMO SOY<br>"GRUPO CON VIDA SEXUAL" |             |                |              |             |               |
|--|-------------|----------------|--------------|-------------|---------------|
| OPCIÓN DE RESPUESTA  | IMC REAL    |                |              |             | MUESTRA TOTAL |
|  | 2. DELGADEZ | 3. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| USUALMENTE   | 23.1%       | 15.4%          | 7.7%         | 0.0%        | 46.2%         |
| SIEMPRE  | 0.0%        | 15.4%          | 0.0%         | 0.0%        | 15.4%         |



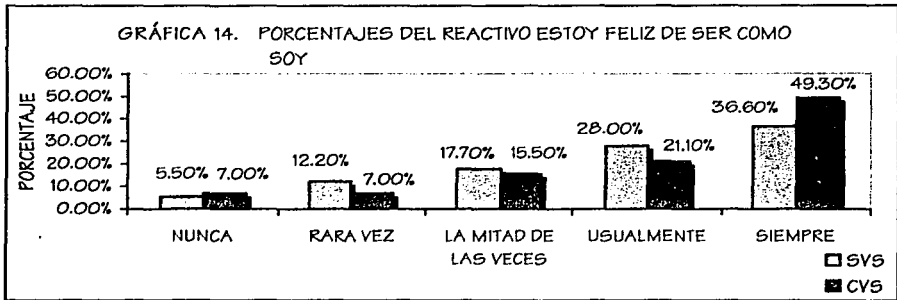
En la Gráfica 12 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Me siento bien cuando estoy con mi familia, en el grupo SVS, la mayoría, 49%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 48%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 4% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



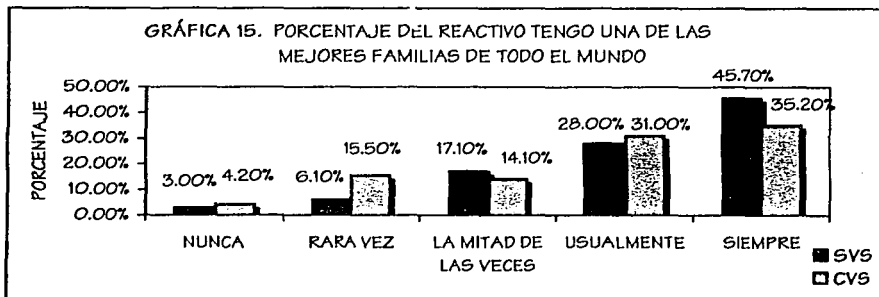
En la Gráfica 13 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela, en el grupo SVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta La mitad de las veces, y sólo un 4% seleccionó como opción de respuesta Nunca. Por otro lado en el grupo CVS, la mayoría, 34%, seleccionó como opción de respuesta Usualmente, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



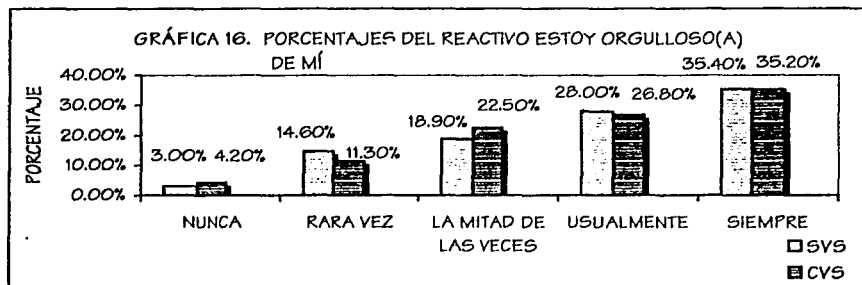
En la Gráfica 14 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Estoy feliz de ser como soy, en el grupo SVS, la mayoría, 37%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 5% seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 49%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 7% respectivamente seleccionó como opciones de respuestas Nunca y Rara vez.



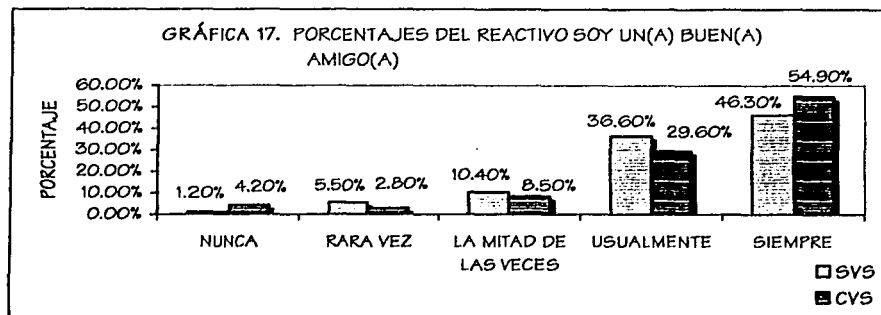
En la Gráfica 15 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Tengo una de las mejores familias de todo el mundo, en el grupo SVS, la mayoría, 46%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 3%, seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 4% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



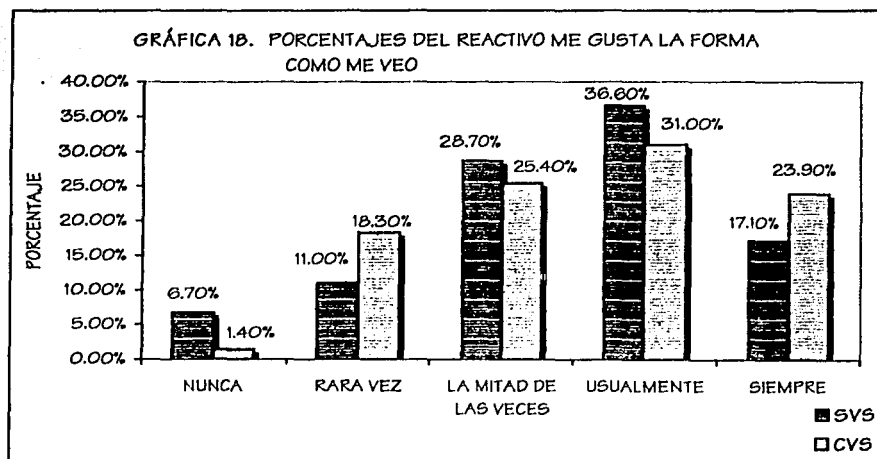
En la Gráfica 16 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Estoy orgulloso(a) de mí, en el grupo SVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 3%, seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 4% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



En la Gráfica 17 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Soy un(a) buen(a) amigo(a), en el grupo SVS, la mayoría, 46%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 1%, seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 55%, seleccionó como opción de respuesta Siempre, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Rara vez.



En la Gráfica 18 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Me gusta la forma como me veo, en el grupo SVS, la mayoría, 37%, seleccionó como opción de respuesta Usualmente, y sólo un 7%, seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 31%, seleccionó como opción de respuesta Usualmente, y sólo un 1% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



En las Tablas 26 y 27, se puede observar que cuando se cruzan las variables (Crosstab) "Me gusta la forma como me veo" con satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, llama la atención que las adolescentes que respondieron usualmente y siempre al reactivo "me gusta la forma como me veo", en el grupo SVS, estaban insatisfechas con su imagen corporal porque deseaban estar más delgadas (22%), o bien porque deseaban mayor peso (12%). Sólo un 20% estaba satisfecha. En el grupo CVS, se observa una mayor congruencia en sus respuestas al reactivo "me gusta la forma como me veo" y la satisfacción con la imagen corporal, debido a que el 28% estaba satisfecha en comparación con el grupo SVS.

| TABLA 26. SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN EN EL REACTIVO ME GUSTA LA FORMA COMO ME VEO. |       |       |       |               |
|---|-------|-------|-------|---------------|
| "GRUPO SIN VIDA SEXUAL"   |       |       |       |               |
| OPCIÓN DE RESPUESTA   | VALOR |       |       | MUESTRA TOTAL |
|   | -1    | 0     | 1     |               |
| USUALMENTE  | 6.1%  | 11.6% | 18.9% | 36.6%         |
| SIEMPRE   | 5.5%  | 8.5%  | 3%    | 17.1%         |
| SUMATORIA   | 11.6% | 20.1% | 21.9% |               |

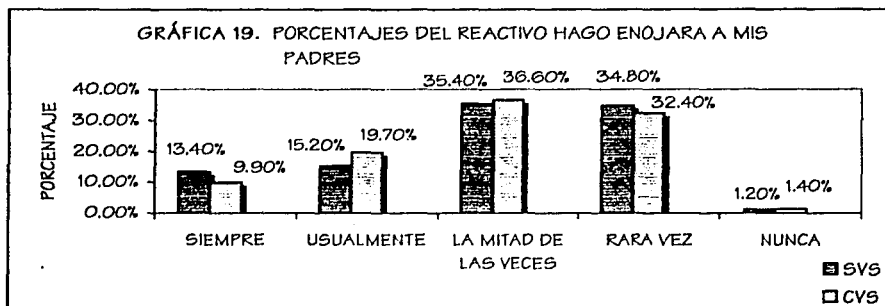
| TABLA 27. SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN EN EL REACTIVO ME GUSTA LA FORMA COMO ME VEO. |       |       |       |               |
|---|-------|-------|-------|---------------|
| "GRUPO CON VIDA SEXUAL"   |       |       |       |               |
| OPCIÓN DE RESPUESTA   | VALOR |       |       | MUESTRA TOTAL |
|   | -1    | 0     | 1     |               |
| USUALMENTE  | 5.6%  | 16.9% | 8.5%  | 31%           |
| SIEMPRE   | 5.6%  | 11.3% | 7%    | 23.9%         |
| SUMATORIA   | 11.2% | 28.2% | 15.5% |               |

En las Tablas 28 y 29, se puede observar que a pesar de que el mayor porcentaje en el IMC (real) de ambos grupos corresponde a la categoría de delgadez y peso normal, las adolescentes quieren estar más delgadas (ver Tablas 19 y 20), lo cual no es congruente con la respuesta al reactivo "me gusta la forma como me veo", ya que ellas respondieron a este usualmente y siempre. En el grupo CVS, se puede observar una mayor sobrevaloración de la delgadez, debido a que no existió ningún caso de obesidad y en la categoría de sobrepeso el porcentaje fue el más bajo (8%).

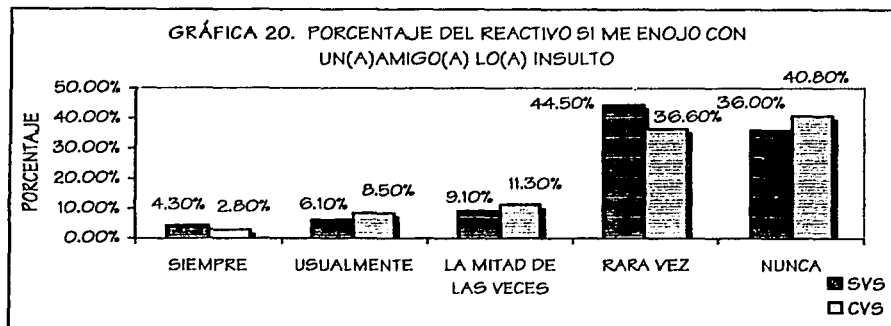
| TABLA 28. IMC REAL EN EL REACTIVO ME GUSTA LA FORMA COMO ME VEO<br>"GRUPO SIN VIDA SEXUAL" |             |                |              |             |               |
|--|-------------|----------------|--------------|-------------|---------------|
| OPCIÓN DE RESPUESTA  | IMC REAL    |                |              |             | MUESTRA TOTAL |
|  | 2. DELGADEZ | 2. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| USUALMENTE   | 5.9%        | 20.6%          | 5.9%         | 5.9%        | 38.2%         |
| SIEMPRE  | 2.9%        | 5.9%           | 5.9%         | 0.0%        | 14.7%         |

| TABLA 29. IMC REAL EN EL REACTIVO ME GUSTA LA FORMA COMO ME VEO<br>"GRUPO CON VIDA SEXUAL" |             |                |              |             |               |
|--|-------------|----------------|--------------|-------------|---------------|
| OPCIÓN DE RESPUESTA  | IMC REAL    |                |              |             | MUESTRA TOTAL |
|  | 2. DELGADEZ | 3. PESO NORMAL | 4. SOBREPESO | 5. OBESIDAD |               |
| USUALMENTE   | 23.1%       | 7.7%           | 7.7%         | 0.0%        | 38.5%         |
| SIEMPRE  | 0.0%        | 15.4%          | 0.0%         | 0.0%        | 15.4%         |

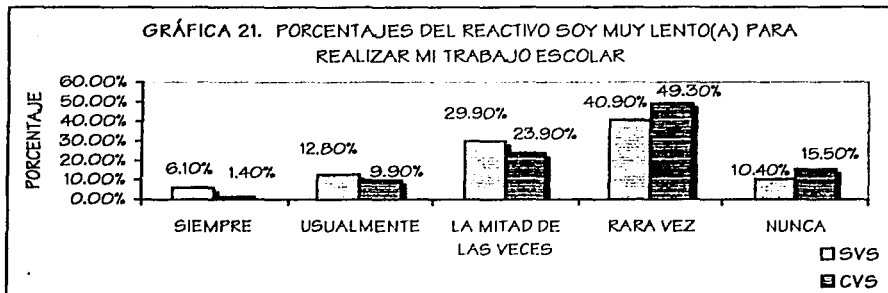
En la Gráfica 19 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Hago enojar a mis padres, en el grupo SVS, la mayoría, 35%, seleccionó como opción de respuesta La mitad de las veces, y sólo un 1%, seleccionó como opción de respuesta Nunca. De igual forma en el grupo CVS, la mayoría, 37%, seleccionó como opción de respuesta La mitad de las veces, y sólo un 1% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



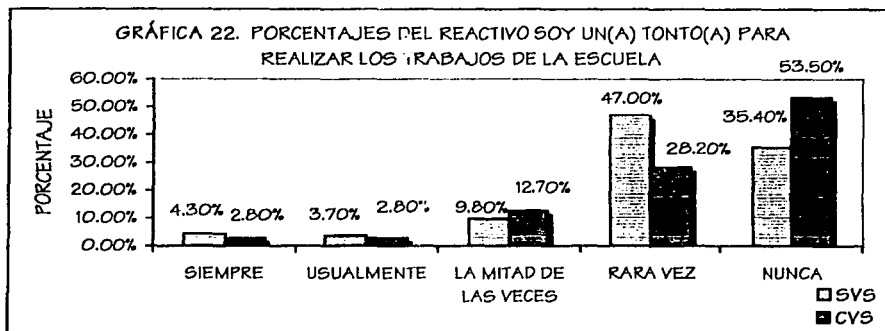
En la Gráfica 20 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Si me enojo con un(a) amigo(a) lo(a) insulto, en el grupo SVS, la mayoría, 44%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 4%, seleccionó como opción de respuesta Siempre. Por otro lado en el grupo CVS, la mayoría, 41%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



En la Gráfica 21 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar, en el grupo SVS, la mayoría, 41%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 6% seleccionó como opción de respuesta Siempre. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 49%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo el 1% seleccionó como opción de respuesta Siempre.

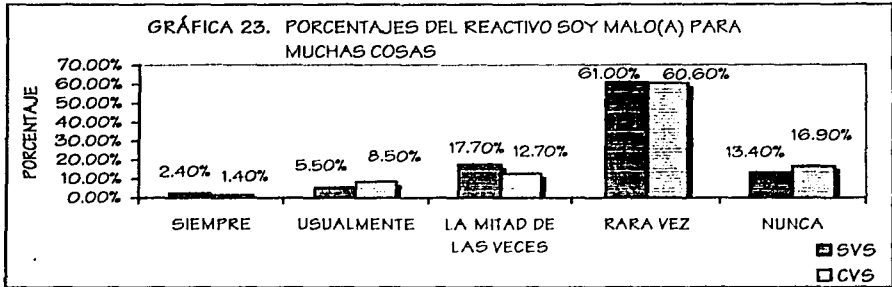


En la Gráfica 22 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos de la escuela, en el grupo SVS, la mayoría, 47%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 4% seleccionó como opción de respuesta Siempre. Por otro lado en el grupo CVS la mayoría, 43%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo el 3% respectivamente seleccionó como opción de respuesta Siempre y Usualmente.

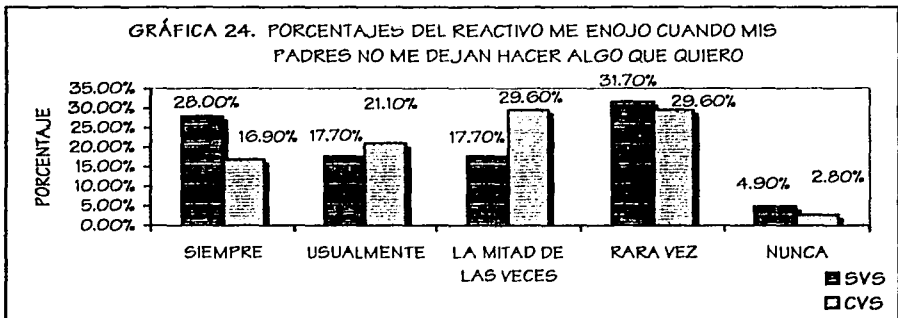




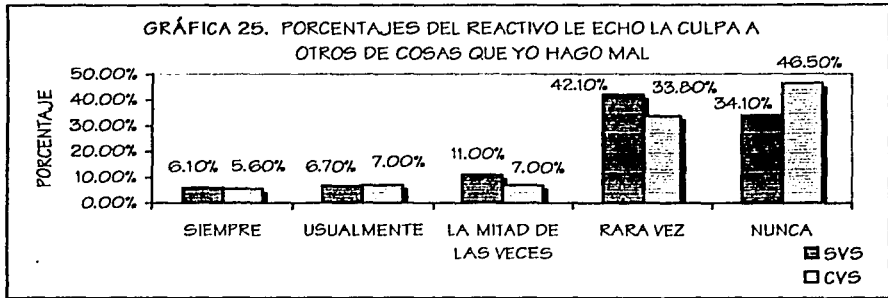
En la Gráfica 23 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Soy malo(a) para muchas cosas, en el grupo SVS, la mayoría, 61%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 2% seleccionó como opción de respuesta Siempre. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 61%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo el 1% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



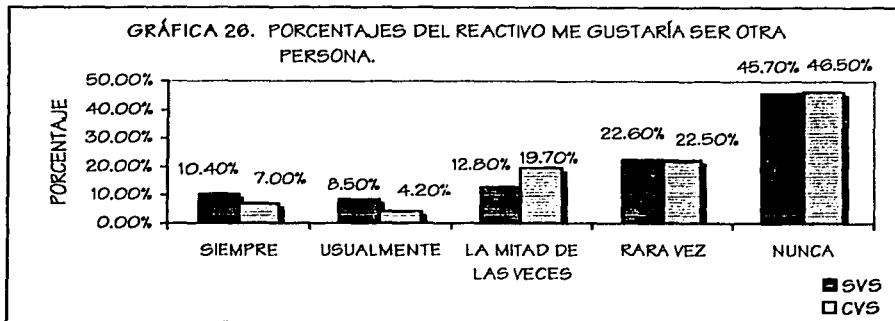
En la Gráfica 24 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Me enoja cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero, en el grupo SVS, la mayoría, 32%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 5% seleccionó como opción de respuesta Nunca. Por otro lado en el grupo CVS la mayoría, 30%, respectivamente seleccionó como opción de respuesta Rara vez y la Mitad de las veces, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Nunca.



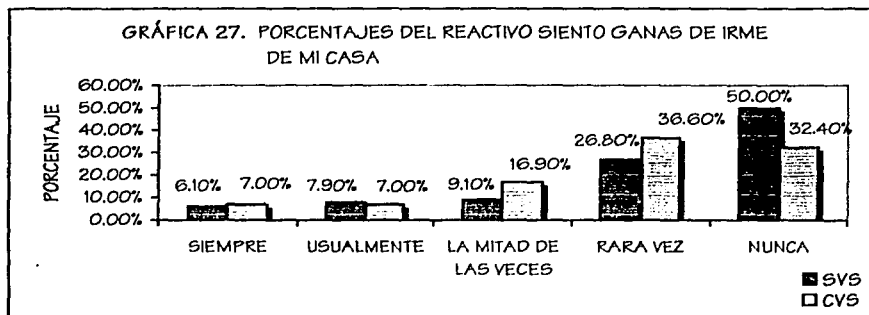
En la Gráfica 25 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal, en el grupo SVS, la mayoría, 42%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo un 6% seleccionó como opción de respuesta Siempre. Sin embargo en el grupo CVS la mayoría, 46%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 6% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



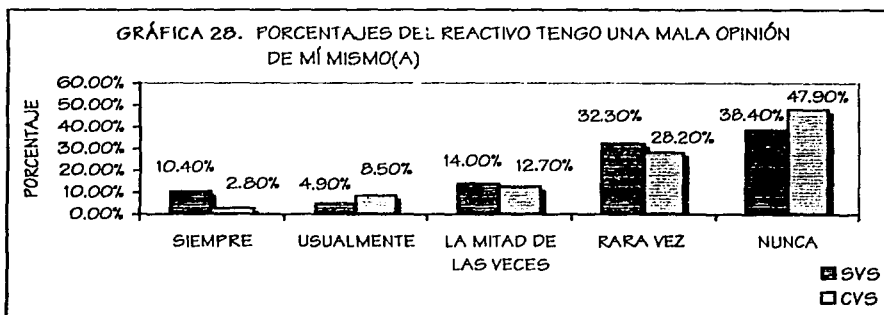
En la Gráfica 26 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Siento ganas de irme de mi casa, en el grupo SVS, la mayoría, 46%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 8% seleccionó como opción de respuesta Usualmente. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 46%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo el 8% seleccionó como opción de respuesta Usualmente.



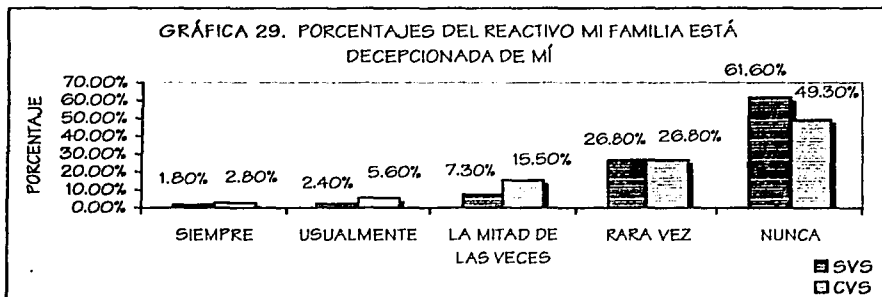
En la Gráfica 27 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Siento ganas de irme de mi casa, en el grupo SVS, la mayoría, 50%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 6% seleccionó como opción de respuesta Siempre. Sin embargo en el grupo CVS la mayoría, 37%, seleccionó como opción de respuesta Rara vez, y sólo el 7% respectivamente seleccionó como opción de respuesta Siempre y Usualmente.



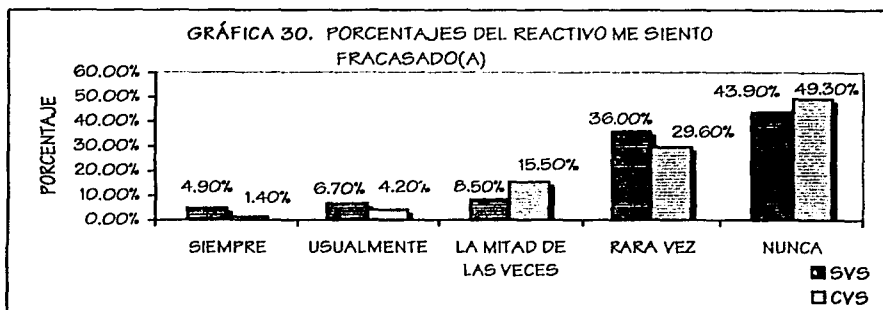
En la Gráfica 28 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Tengo una mala opinión de mí mismo(a), en el grupo SVS, la mayoría, 38%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 5% seleccionó como opción de respuesta Usualmente. Por otro lado en el grupo CVS la mayoría, 48%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



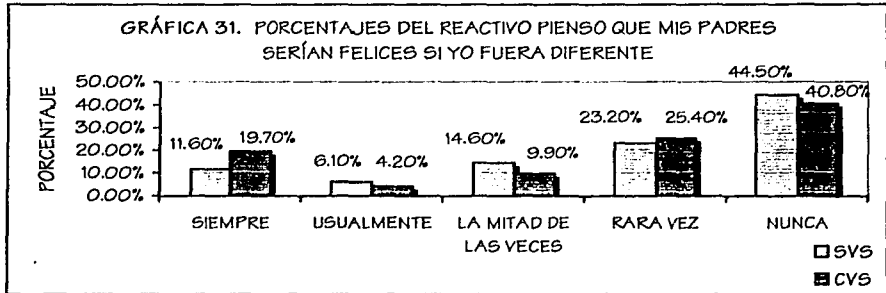
En la Gráfica 29 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Mi familia está decepcionada de mí, en el grupo SVS, la mayoría, 62%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 2% seleccionó como opción de respuesta Siempre. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 49%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 3% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



En la Gráfica 30 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Me siento fracasado(a), en el grupo SVS, la mayoría, 44%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 5% seleccionó como opción de respuesta Siempre. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 49%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo el 1% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



En la Gráfica 31 podemos observar que las respuestas dadas al reactivo: Siento ganas de irme de mi casa, en el grupo SVS, la mayoría, 44%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo un 6% seleccionó como opción de respuesta Siempre. De igual forma en el grupo CVS la mayoría, 41%, seleccionó como opción de respuesta Nunca, y sólo el 4% seleccionó como opción de respuesta Siempre.



### 7.5 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo planteadas en el presente trabajo de investigación, se aplicó a las variables dependientes relacionadas con imagen corporal y autoestima la prueba estadística "t" de Student teniendo en todos los casos como variable de clasificación el inicio o no de la vida sexual.

Como se puede observar en la Tabla 30, los resultados indican que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, según el inicio y no de la vida sexual, en ninguno de los factores de la prueba de autoestima.

Factor 1=  $t(233) = -.284, p = .777.$

Factor 2=  $t(233) = .480, p = .632.$

Factor 3=  $t(233) = .903, p = .367.$

Factor 4=  $t(233) = .750, p = .454.$

Por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo que dice:

1. Se encontrarán diferencias en el nivel de autoestima de las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.

| TABLA 30. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PRUEBA T PARA MUESTRA INDEPENDIENTES:<br>AUTOESTIMA POR VIDA SEXUAL |       |                            |                          |     |               |
|---|-------|----------------------------|--------------------------|-----|---------------|
| FACTOR 1  | t     | $\bar{X}$                  | DE.                      | gl  | significancia |
| PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO  | -.284 | SVS=16.2134<br>CVS=16.3380 | SVS=2.9197<br>CVS=3.4432 | 233 | .777          |
| HO. Factor 1: $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |       |                            |                          |     |               |
| HI. Factor 1: $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |       |                            |                          |     |               |
| No se confirma la hipótesis de trabajo  |       |                            |                          |     |               |
| FACTOR 2  | t     | $\bar{X}$                  | DE.                      | gl  | significancia |
| PERCEPCIÓN DE<br>COMPETENCIA PERSONAL   | .480  | SVS=9.1037<br>CVS=8.8310   | SVS=4.0769<br>CVS=3.8209 | 233 | .632          |
| HO. Factor 2: $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |       |                            |                          |     |               |
| HI. Factor 2: $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |       |                            |                          |     |               |
| No se confirma la hipótesis de trabajo  |       |                            |                          |     |               |
| FACTOR 3  | t     | $\bar{X}$                  | DE.                      | gl  | significancia |
| RELACIÓN FAMILIAR   | .903  | SVS=7.1280<br>CVS=6.9014   | SVS=1.7130<br>CVS=1.8834 | 233 | .367          |
| HO. Factor 3: $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |       |                            |                          |     |               |
| HI. Factor 3: $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |       |                            |                          |     |               |
| No se confirma la hipótesis de trabajo  |       |                            |                          |     |               |
| FACTOR 4  | t     | $\bar{X}$                  | DE.                      | gl  | significancia |
| ENOJO   | .750  | SVS=6.4390<br>CVS=6.1127   | SVS=3.1236<br>CVS=2.9206 | 233 | .454          |
| HO. Factor 4: $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |       |                            |                          |     |               |
| HI. Factor 4: $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |       |                            |                          |     |               |
| No se confirma la hipótesis de trabajo  |       |                            |                          |     |               |

Como se puede observar en la Tabla 31, los resultados indican que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, según el inicio y no de la vida sexual, en la variable relacionada con la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción).

$$t(233) = 1.358, p = .176$$

Por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo que dice:

2. Se encontrarán diferencias en el grado de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal entre las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.

| TABLA 31. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PRUEBA $t$ PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES |                        |                          |     |               |
|---|------------------------|--------------------------|-----|---------------|
| SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN POR VIDA SEXUAL                                   |                        |                          |     |               |
| t   | $\bar{X}$              | DE                       | gl  | significancia |
| 1.358   | SVS=.7561<br>CVS=.4507 | SVS=1.6322<br>CVS=1.4618 | 233 | .176          |
| Ho= $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |                        |                          |     |               |
| Hi= $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |                        |                          |     |               |
| No se confirma hipótesis de trabajo   |                        |                          |     |               |

Como se puede observar en la Tabla 32, los resultados indican que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, según el inicio y no de la vida sexual, en la variable relacionada con la imagen corporal (sobreestimación/subestimación).

$t(45) = -1.891, p = .065$

Por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo que dice:

3. Se encontrarán diferencias en la imagen corporal (sobreestimación/subestimación), entre las adolescentes que han iniciado vida sexual y las que no han iniciado vida sexual.

| TABLA 32. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PRUEBA $t$ PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES |                             |                        |    |               |
|---|-----------------------------|------------------------|----|---------------|
| SOPREESTIMACIÓN/SUBESTIMACIÓN POR VIDA SEXUAL                                 |                             |                        |    |               |
| t   | $\bar{X}$                   | DE                     | gl | significancia |
| -1.891  | SVS=-.3824<br>CVS=7.692E-02 | SVS=.6970<br>CVS=.8623 | 45 | .065          |
| Ho= $X_1 = X_2 = 0$ se acepta.  |                             |                        |    |               |
| Hi= $X_1 \neq X_2 \neq 0$   |                             |                        |    |               |
| No se confirma hipótesis de trabajo   |                             |                        |    |               |

**CAPÍTULO VIII**

**DISCUSIÓN Y  
CONCLUSIONES**



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como propósito determinar la relación entre imagen corporal y autoestima tomando como variable de clasificación inicio o no de la vida sexual. La muestra estuvo formada por estudiantes adolescentes que cursaban el nivel medio superior; se dividió en dos grupos: uno de estos estuvo conformado por las adolescentes que no habían iniciado su vida sexual (SVS) y el otro grupo por las adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual (CVS). El rango de edad abarcó de los 15 a los 19 años. Con una media de edad del grupo SVS de 17 años y una desviación estándar de un año un mes, y en el grupo CVS la media de edad fue de 17 años seis meses y una desviación estándar de un año.

De acuerdo con los resultados casi tres cuartas partes de la muestra no habían iniciado su vida sexual. De las adolescentes que la habían iniciado, la mayoría indicó el comienzo de ésta dentro de un rango de edad de 15 a 19 años. Lo que indica que es en la etapa de la adolescencia cuando da inicio la vida sexual lo que coincide con estudios previos (Pick de Weis, Díaz-Loving, Andrade-Palos 1988 y Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán 1995).

Tres cuartas partes de las adolescentes, con vida sexual activa, indicaron que el tiempo de conocer a su primera pareja sexual fue de ocho meses a más de año y medio. Éstos resultados pueden ser reflejo de aspectos culturales que muestran que las relaciones sexuales en las mujeres mexicanas generalmente se dan dentro de una relación estable en la que interviene el componente afectivo y que cuando éste se encuentra presente puede considerarse la relación sexual como satisfactoria, tal como sucedió con la mayoría de las adolescentes con vida sexual activa quienes indicaron que sus relaciones eran satisfactorias y además que las habían iniciado por voluntad propia.

Ahora bien, de las adolescentes que indicaron que sus relaciones sexuales eran satisfactorias la mayoría se encontraban satisfechas con su imagen corporal en comparación con las adolescentes con relaciones sexuales insatisfactorias quienes estaban insatisfechas con su imagen corporal. Así mismo, se encontró que las adolescentes que tuvieron relaciones por causas ajenas a su voluntad se encontraban insatisfechas con su imagen corporal en

comparación con las adolescentes que habían tenido relaciones por su voluntad quienes alcanzaron mayor porcentaje en cuanto a satisfacción con la imagen corporal. Puede decirse entonces que las chicas que iniciaron su sexualidad por causas ajenas a su voluntad y que sus relaciones sexuales no eran satisfactorias estaban insatisfechas con su imagen corporal.

Más de la mitad de la muestra, con vida sexual, reporto el uso de algún método anticonceptivo, lo cual es alentador si tomamos en cuenta que es a través de las pláticas con las amigas, que se adquiere conocimiento sobre aspectos de la sexualidad incluyendo los métodos anticonceptivos; estos resultados pueden indicar entre otras cosas que las adolescentes se están asegurando de no correr un riesgo físico que pueda afectar su autoestima, así como, sus posibles planes a futuro.

Con respecto a satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se encontró que de la muestra total casi la tercera parte respondió estar satisfecha con su imagen corporal. En el grupo con vida sexual existe una mayor insatisfacción positiva, es decir, que se quiere estar más delgada ésta misma tendencia se observa, en mayor grado, en el grupo sin vida sexual. Los resultados sugieren que en esta muestra la insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que no tienen vida sexual que con las que tienen, contrario a los resultados obtenidos en el estudio previo de Navarro (1999), en el cual insatisfacción con la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que tiene vida sexual.

La mayoría de las adolescentes en ambos grupos seleccionaron como figura ideal la correspondiente a emaciada y delgada lo que fue más notorio en el grupo con vida sexual. Los porcentajes más bajos en ambos grupos fue la elección de una figura con peso normal. Estos resultados confirman que también las chicas de este estudio han asimilado la delgadez como norma estética socioculturalmente establecida. Lo que coincide con resultados previos (Gómez Pérez-Mitre 1995, 1998, y Navarro 1999).

En cuanto a la alteración de la imagen corporal también se encontró, en el grupo con vida sexual, menor alteración en comparación con el grupo sin vida sexual en el cual se presentó una mayor alteración del peso corporal. En

ambos grupos la alteración de la imagen corporal se produjo en el sentido de una subestimación, es decir las adolescentes se autopercieron más delgadas que su peso real (Índice de Masa Corporal IMC). Los resultados indican que en esta muestra alteración de la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que no tienen vida sexual que con las que tienen, contrario a los resultados obtenidos en el estudio previo de Navarro (1999), en el que se reporta que la alteración de la imagen corporal se relaciona en mayor medida con las adolescentes que tiene vida sexual y una tendencia en la muestra a percibirse más delgadas de lo que son, coincidiendo esto último con nuestros resultados.

Al realizar esta medición del Índice de Masa Corporal se encontró, como era de esperarse, que la mayoría se estaba en la categoría de peso normal, en ambos grupos. En la categoría de delgadez el mayor porcentaje correspondió al grupo con vida sexual y en las categorías de sobrepeso y obesidad la mayoría correspondió al grupo sin vida sexual, cabe mencionar que mientras en este grupo se presentaron casos de obesidad en el grupo con vida sexual no hubo ningún caso. Estos resultados pueden indicar que las adolescentes con vida sexual están más preocupadas por su peso que las adolescentes sin vida sexual.

Por último y con base al propósito de este estudio y a los resultados obtenidos concluimos que en este estudio el haber iniciado o no la vida sexual en la adolescencia resulto independiente de las variables de imagen corporal y autoestima.

- Para futuras investigaciones se sugiere incorporar el enfoque de género como fuente para enriquecer el marco teórico.
- Investigar sobre las conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes que han iniciado su vida sexual, ya que el inicio de ésta puede influir en el desarrollo de dichas conductas.
- Realizar estudios más profundos acerca de insatisfacción sexual e imagen corporal, con el fin de precisar los hallazgos de este estudio.

- Acerca de las relaciones sexuales que no son voluntarias e imagen corporal, se sugiere realizar estudios más profundos con el fin de hacer más exactos los resultados de este estudio.

## REFERENCIAS

- Agullar, G., De Eduardo, H. y Berganza, L. E. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28 (2), 341-366.
- Alcántar, M. E., Villatoro, V. J., Hernández, R. S. y Fleiz, B. C. (1998). Relación entre rendimiento escolar y autoestima en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 7, 369-374.
- Aldaz, E. y Pick, S. (1996). Impacto del SIDA en las creencias y conductas sexuales en mujeres adolescentes. *La Psicología Social en México*, 6, 530-535.
- Alvarez, R.G; Román, F.M., Manríquez, R.E. y Mancilla, D.M. (1996). Imagen corporal y trastornos alimentarios: En una muestra de universitarias mexicanas. *La Psicología Social en México*, 6, 536-541.
- American Psychiatric Association (APA)(1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico estadístico de trastornos mentales* (1ª. ed.). Barcelona: Masson.
- Barcia, D. y Ruiz, M. E. La anorexia nerviosa como una psicopatología del comer. (1995) En Museo do Pobo Galego (Ed.). *Anorexia: dieta, estética, creenza. actas do seminario* (pp. 103-116). Santiago de Compostela: Museo do Pobo Galego.
- Bastin, G. (1979). *Diccionario de la psicología sexual*. Barcelona: Herder.
- Braginsky, J. (1996). *Obesidad: Etiología, clínica y tratamiento* (2ª. ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- Branden, N. (1993). *El poder de la autoestima: Cómo potenciar este importante recurso psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Branden, N. (1994). *Los seis pilares de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. México: Paidós.

- Branden, N. (1999). *La autoestima de la mujer*. México: Paidós.
- Brodie, K., Bagley, K. y Slade P.D. (1994). Body-image perception in pre-and postadolescent females. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 147-154.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Bynum, C.W. (1991) El cuerpo femenino y la práctica religiosa en la Baja Edad Media. En Feher, M., Naddaff, R. y Tazi, N. (Eds.). *Fragments para una Historia del Cuerpo Humano* (Vol. 2, pp. 150-172). Madrid; Taurus.
- Campollo, R.O. (1995). *Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento*. México: M. A. Porrúa.
- Cash, T.F., Counts B. y Huffin C. (1990). *Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of attitudinal body image, and eating behaviors*, 12, (2), 157-167.
- Casillas, G.L. y Vargas L.A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. *Cuadernos de Nutrición*. (3), 17-32.
- Casillas, L.E. y Vargas, L.A.(1993). La distribución de grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud. *Cuadernos de Nutrición*, 16 (6), 7-15.
- Caso, N. J. (1999). Validación de un instrumento de autoestima para niños y adolescentes. Tesis de maestría. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Comfort, A. y Comfort, J. (1980). *El adolescente: Sexualidad, vida y crecimiento* (1ª. ed.). Barcelona: Eume.
- Cooper, P. J. y Taylor M.J. (1988). *Body image disturbance in bulimia nervosa*, 153, (2), 32-36.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. California: Freeman.
- Corkille, D. (1985) *EL niño feliz*. México: Gedisa.

- Cormillot, A.F.J., Zukerfeld, R.O., Murua, C.W. y Olkies, A. (1997). *Obesidad*. Buenos Aires; México: Medica Panamericana.
- Correa, C.Y. (1997). El temor a la sexualidad. *Fem*, 12 (175), 42-44.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico* (7ª. ed.). México: Prentice Hall.
- Charles, M. (1996). Esclavas de la moda. *Fem*, 20, (160), 27-28.
- Chinchilla, M.A.(1995). Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa Barcelona: Masson.
- Darley, J.M., Glucksberg, S. y Kinchla, R.A. (1990). *Psicología* (4ª. ed.). México: Prentice Hall.
- De la Fuente, R. (1998). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De Llanos, S. E. (1998). La corporalidad adolescente. En A. A. Baztán (Ed.). *Psicología de la adolescencia* (pp. 65-75). Santa Fe de Bogotá: Alfaomega.
- Delval, J. (1996). *Desarrollo humano* (4ª. Ed.). México: Siglo Veintiuno.
- Díaz Guerrero, R. (1999). *Psicología del mexicano: Descubrimiento de la etnopsicología* (6ª. Ed.). México: Trillas.
- Dicaprio, N. S. (1989). *Teorías de la personalidad* (2ª. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Erikson, E. (1993). *Infancia y sociedad* (12ª. ed.). Buenos Aires: Lumen Hormé.
- Escobar, J.F., Fernández, S.M. Barredo, F., y (1994). Epidemiología de la obesidad. En E.F. Soriguer (Ed.). La obesidad: Monografía de la sociedad española de endocrinología (pp. 27-33). Madrid: Díaz de Santos.



- Fierro, A. (1990) Autoestima en adolescentes: Estudio sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45, 85-107.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1975). *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
- Gerson, C. D. (1998). Autoestima y adolescencia. Tesis de Licenciatura. México: Universidad Anahuac.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3 (1), 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la Imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-196.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desordenes del comer: La imagen corporal en México. *La Psicología Social en México*, 7, 277-282.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Estudio sobre alimentación y salud. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo Molina, T. y Unikel, S.C (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja y G. Gómez Perez-Mitré (Compiladoras). *Psicología social: Investigaciones en México* (pp. 267-315). México: Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A.E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 10-21.

- González Arratia, L. F. y Valdez, M. J. L. (1996). Autoconcepto y autoestima en madres e hijos de diferentes escuelas de la ciudad de Toluca. *La Psicología Social en México*, 6, 85-91.
- Gotwald, W.H. y Holtz, G.G. (1988). *Sexualidad*. México: El Manual Moderno.
- Guarner, E. (1981). La sexualidad en la adolescencia. *Acta Psicológica Mexicana*, 1(2), 59-46.
- Guttmacher, A.F. (1973). *Hablemos del sexo*. México: Pax México.
- Higashida, H.B. (1991). *Ciencias de la salud (2ª. ed.)*. México: McGraw Hill.
- Hirschmann, J. R. y Munter, C. H. (1995). *Cuando las mujeres dejan de odiar sus cuerpos: Como liberarse de la tiranía del culto al cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Horrocks, J. E. (1986). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Igoin, L. (1986). *La bulimia y su infortunio*. Madrid: Akal.
- Jourard, M. S. y Landeman, T. (1992). *La personalidad saludable*. México: Trillas.
- Knox, M., Funk, J., Elliott, R. y Greene, B. (1998). Adolescent's possible selves and their relationship at global self-esteem. *Plenum Publishing Corporation*, 39, 61-80.
- Kolb, L. C. (1978). *Psiquiatría clínica moderna (5ª. ed.)*. México: Prensa Médica Moderna.
- Kramer, P. (1990). *The dynamics of relationships: A guide for developing self-esteem and social*. Washington, D.C: Equal Partners.
- León, C.D. Y Salas, M.M.W.(1997). Identificación y control de los factores asociados a la obesidad. *Revista Integración*, (9), 45-56.

- Lolas, S.F. (1992). *Obesidad y conducta alimentaria: Aspectos diagnósticos y psicométricos. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 38 (2), 113-118.
- López, A.X., Mancilla, D.J. M. y Álvarez, R.G., (1998). *Factores sociales y psicológicos de la Obesidad. Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 3-9.
- Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia: La psicología de los jóvenes de hoy*. Barcelona: Herder.
- Maccarry, J.L.. (1996). *Sexualidad humana*. México: El Manual Moderno.
- (Marsellach, U. G. 1998 [psico@ciudadfutura.com](mailto:psico@ciudadfutura.com)).
- Martínez, M.E., Toro, J., Salamero, M., Blecua, M.J. y Zaragoza M. (1993). *Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Psiquiatría*, 20 (2), 51-65.
- Martínez, T.A. (1981). *Anorexia nervosa y terapia del comportamiento. Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (1), 97-109.
- Maslow, A. (1971). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny (1995). *La sexualidad humana* (Vol. 2). Barcelona: Grijalbo.
- Maya, C. D. (1996). *Autoconcepto y autoestima en niños de la calle y niños de familias integradas. La Psicología Social en México*, 6, 356-361.
- Mead, M. (1981). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós.
- Mead, M. (1981). *Sexo y temperamento en la sociedades primitivas* (3ª. ed.). Barcelona: Laia.

- Méndez, L. *Recetarios Mágico-científicos al servicio de la estética de la delgadez: Cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres.* (1995). En Museo do Pobo Galego (Ed.). *Anorexia: dieta, estética, crenza. actas do seminario* (pp. 117-126). Santiago de Compostela: Museo do Pobo Galego.
- Miller, K.B. (1995). Tratamiento médico de la obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 3 (2), 63-65.
- Money, J. (1986). Amor, sexo y pubertad. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 1(1), 9-14.
- Monroy, A. (1998). *Antología de la sexualidad humana.* (2ª. ed. Vol. 2). México: M. A. Porrúa.
- Mora, M. y Raich, R. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Psiquiatría*, 20 (3), 113-135.
- Moraleda, C.M. La psicosexualidad en los adolescentes. En B.S. Aguirre (Ed.) (1996). *Psicología de la adolescencia* (pp. 95-113) Colombia: Alfaomega.
- Mussen, P.H., Conger, J.J. y Kagan, J. (1978). *Desarrollo de la personalidad del niño.* México: Trillas.
- Muuss, R.E. (1994). *Teorías de la adolescencia.* México: Paidós.
- Navarro, C.M. (1999). Relación entre inicio de la vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal (satisfacción-insatisfacción; sobreestimación-subestimación). Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: U.N.A.M.
- Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto: Formación, medida e implicaciones en la personalidad.* Madrid: Narcea.
- Papalia, D.E. y Wendkos, O.S. (1998). *Psicología del desarrollo.* (7ª. ed.). México: McGraw Hill.

- Peña, M.G. (1994). La medida de la masa grasa. En E.F. Soriguier (Ed.). La obesidad: Monografía de la sociedad española de endocrinología (pp. 3-17) Madrid: Díaz de Santos.
- Plaget, J. (1978). Problemas de la psicología genética. Barcelona: Ariel.
- Plaget, J. e Inhelder, B. (1997). Psicología del niño. Madrid: Morata.
- Pick de Weiss, S. y Vargas-Trujillo, E. (1995). Yo adolescente: Respuestas claras a mis grandes dudas (3ª. Ed.). México: Ariel Escolar.
- Pick de Weiss, S., Andrade-Palos y Díaz-Loving (1988). Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años que han y no han tenido su debut sexual. La Psicología Social en México, 2, 322-327.
- Pick de Weiss, S., Andrade-Palos y Díaz-Loving (1988). Estudio comparativo de adolescentes de dos grupos c'e edad que han y no han tenido relaciones sexuales. La Psicología Social en México, 2, 312-321.
- Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Psiquiatría, 18 (5), 210-220.
- Rebar, R.W., Pubertad. En J.S. Berek, E. Adashi y P.A. Hillard (Eds.) (1997). Ginecología de novak (pp. 771-807). México: McGraw Hill.
- Rice, P. F. (1997). Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital (2ª. Ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Rodríguez, E. M., Pellicer, F. G. Y Domínguez, E. M. (1988). Autoestima: Clave del éxito personal. México: Manual Moderno.
- Rutzein, G. (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa. Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 2 (1), 105-128.

- Saldaña, G.C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Universidad-Empresa.
- Sánchez-Sosa, J.J. y Hernández-Guzmán, L. (1995). Perfil sexológico del adolescente escolar de la ciudad de México. Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 1(2), 169-200.
- Satir, V. (1986) Psicoterapia familiar conjunta (2ª. Ed.). México: Prensa Médica Mexicana.
- Satir, V. (1991). Relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Pax México.
- Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique. Buenos Aires: Paidós.
- Schonfeld, W. (1973). El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes. En G. Caplan y S. Lebovici (Eds.). Psicología social de la adolescencia: Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mental (pp. 27-43). Buenos Aires: Paidós.
- Schütze, G. (1983). Anorexia mental. Barcelona: Herder.
- Setién, A.I. y Escalante, C.F. (1996). La obesidad y sus complicaciones: Tratamiento médico y quirúrgico. Santander: Universidad de Cantabria.
- Thomas, P., Turón, V., Sánchez - Planell, L., y Vallejo, J. (1992). Relación entre bulimia nerviosa y depresión. Revista de Psiquiatría, Facultad de Medicina Barna, 19 (5), 220-227.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.

- Unikel, S.C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: Formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. *Psicología Conductual*, 7 (3), 417-429.
- Usmiani, S. y Danilok, J. (1997). Mothers and their adolescents daughters: relationship between self-esteem, gender role identity, and body image. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(1), 45-62.
- Vargas, T. C. Y Vargas, T. E. (1994). *Educación integral, salud, sexualidad y vida familiar* (Vol. 2). Bogotá: Norma Ediciones.
- Vidal, V.O., Cordido, C.F., Martínez, R.F., y Méndez, J.S. (1994). Clasificación y clínica de las obesidades. En E.F. Soriguer (Ed.) *La obesidad: Monografía de la sociedad española de endocrinología* (pp. 19-26). Madrid: Díaz de Santos.
- Werlinger, K., King, T.K., Clark, M.M., Pera, V. y Wincze J.P. (1997). Perceived changes in sexual functioning and body image following weight loss in an obese female population: A pilot study. *Journal of Sex y Marital Therapy*, 23 (1), 74-78.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica* (2ª. ed.). Buenos Aires y México: Paidós.

# ANEXO



## ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD (XX)

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 ti, 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-

## INSTRUCCIONES GENERALES:

- Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. Selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sean las mismas que en la hoja de respuestas.

- En la hoja de respuestas debes anotar:

Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos

Estatura \_\_\_\_\_ Mts. Si no sabes con exactitud. ¿Cuánto crees que mides? \_\_\_\_\_ Mts.

Peso \_\_\_\_\_ Kg. Si no sabes con exactitud. ¿Cuánto crees que pesas? \_\_\_\_\_ Kg.

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

## 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) Amigo (a)

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 15
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿A qué edad iniciaste tu vida sexual?

- A) De 11 a 13 años
- B) De 14 a 16 años
- C) De 17 a 19 años
- D) De 20 a más

8. Tus relaciones sexuales fueron

- A) Por voluntad propia
- B) Por circunstancias ajenas a mi voluntad

9. ¿Cuánto tiempo tenías de conocer a tu primera pareja sexual?

- A) 24 horas o menos
- B) Más de 24 horas a cuatro meses
- C) Más de cuatro meses a ocho meses
- D) Más de ocho meses a un año
- E) Más de un año a un año y medio
- F) Más de un año y medio a más

10. ¿Con cuantas parejas has tenido relaciones sexuales

- A) Una
- B) De dos a cuatro
- C) Cinco o más

11. ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?

- A) Sí
- B) No

12. ¿Tus relaciones sexuales son o han sido satisfactorias?

- A) Sí
- B) No

13. ¿Tienes hijos?

- A) Sí. Pasar a la siguiente pregunta
- B) No. Pasar a la pregunta 15

14. ¿Continuaste estudiando hasta el final de tu embarazo?

- A) Sí
- B) No

15. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10000
- F) \$ 10001 o más

16. ¿Quién o quiénes a portan 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

17. 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

18. 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

19. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

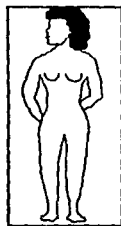
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Pensionado

20. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

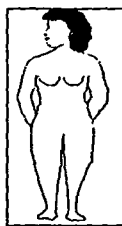
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Pensionada

## SECCIÓN B

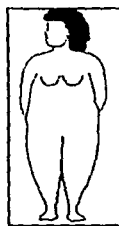
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



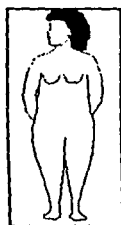
(A)



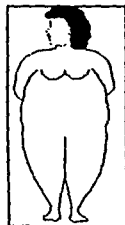
(B)



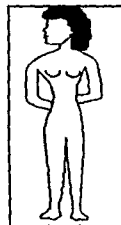
(C)



(D)



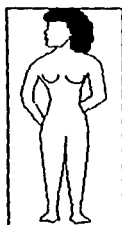
(E)



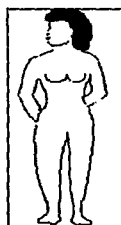
(F)



(G)



(H)



(I)

## SECCIÓN C

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 debajo de él
- B) Por debajo 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 (apariencia) 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(as) amigas(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                         | Muy gorda           |
| B) Con sobrepeso                 | Gorda               |
| C) Con peso normal               | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal     | Delgada             |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada         |

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. 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

21. 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

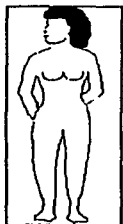
13. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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



## SECCIÓN D

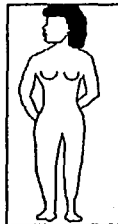
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



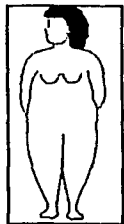
(A)



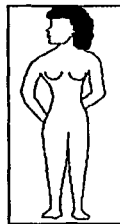
(B)



(C)



(D)



(E)



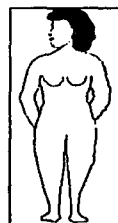
(F)



(G)



(H)



(I)

## SECCIÓN E

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de qué parte se trata, y después te presentamos parejas de características contrarias. Tu 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. | Agil          |   |   |   |   | Torpe            |
| 2. | Sano          |   |   |   |   | Enfermo          |
| 3. | Alto          |   |   |   |   | Bajo             |
| 4. | Bonito        |   |   |   |   | Feo              |
| 5. | Bofa          |   |   |   |   | Atlético         |
| 6. | Mal formado   |   |   |   |   | Bien formado     |
| 7. | Atractivo     |   |   |   |   | No Atractivo     |
| 8. | Proporcionado |   |   |   |   | Desproporcionado |

Mi cara es:

|     | A             | B | C | D | E |                  |
|-----|---------------|---|---|---|---|------------------|
| 9.  | Bonita        |   |   |   |   | Fea              |
| 10. | Gruesa        |   |   |   |   | Delgada          |
| 11. | Bofa          |   |   |   |   | Atlética         |
| 12. | Mal formada   |   |   |   |   | Bien formada     |
| 13. | Chica         |   |   |   |   | Grande           |
| 14. | Atractiva     |   |   |   |   | No atractiva     |
| 15. | Gorda         |   |   |   |   | Flaca            |
| 16. | Proporcionada |   |   |   |   | Desproporcionada |

Mi cintura es:

|     | A             | B | C | D | E |                  |
|-----|---------------|---|---|---|---|------------------|
| 17. | Bonita        |   |   |   |   | Fea              |
| 18. | Dura          |   |   |   |   | Flácida          |
| 19. | Delgada       |   |   |   |   | Gruesa           |
| 20. | Débil         |   |   |   |   | Fuerte           |
| 21. | Bofa          |   |   |   |   | Atlética         |
| 22. | Mal formada   |   |   |   |   | Bien Formada     |
| 23. | Chica         |   |   |   |   | Grande           |
| 24. | Atractiva     |   |   |   |   | No atractiva     |
| 25. | Gorda         |   |   |   |   | Flaca            |
| 26. | Proporcionada |   |   |   |   | Desproporcionada |

Mi busto es:

|     | A             | B | C | D | E |                  |
|-----|---------------|---|---|---|---|------------------|
| 27. | Bonito        |   |   |   |   | Feo              |
| 28. | Duro          |   |   |   |   | Flácido          |
| 29. | Delgado       |   |   |   |   | Grueso           |
| 30. | Débil         |   |   |   |   | Fuerte           |
| 31. | Bofo          |   |   |   |   | Atlético         |
| 32. | Mal formado   |   |   |   |   | Bien Formado     |
| 33. | Chico         |   |   |   |   | Grande           |
| 34. | Atractivo     |   |   |   |   | No atractivo     |
| 35. | Gordo         |   |   |   |   | Flaco            |
| 36. | Proporcionado |   |   |   |   | Desproporcionado |

Mis muslos son:

|     |                | A | B | C | D | E |                   |
|-----|----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 37. | Bonitos        |   |   |   |   |   | Feos              |
| 38. | Duros          |   |   |   |   |   | Flácidos          |
| 39. | Bofos          |   |   |   |   |   | Atléticos         |
| 40. | Mal Formados   |   |   |   |   |   | Bien Formados     |
| 41. | Atractivos     |   |   |   |   |   | No Atractivos     |
| 42. | Proporcionados |   |   |   |   |   | Desproporcionados |

Mis pompas son:

|     |                | A | B | C | D | E |                   |
|-----|----------------|---|---|---|---|---|-------------------|
| 43. | Bonitas        |   |   |   |   |   | Feas              |
| 44. | Duras          |   |   |   |   |   | Flácidas          |
| 45. | Delgadas       |   |   |   |   |   | Gruesas           |
| 46. | Bofas          |   |   |   |   |   | Atléticas         |
| 47. | Mal formadas   |   |   |   |   |   | Bien Formadas     |
| 48. | Chicas         |   |   |   |   |   | Grandes           |
| 49. | Atractivas     |   |   |   |   |   | No atractivas     |
| 50. | Gordas         |   |   |   |   |   | Flacas            |
| 51. | Proporcionadas |   |   |   |   |   | Desproporcionadas |

Mi estómago es:

|     |               | A | B | C | D | E |                  |
|-----|---------------|---|---|---|---|---|------------------|
| 52. | Bonito        |   |   |   |   |   | Feo              |
| 53. | Duro          |   |   |   |   |   | Flácido          |
| 54. | Delgado       |   |   |   |   |   | Grueso           |
| 55. | Débil         |   |   |   |   |   | Fuerte           |
| 56. | Bofo          |   |   |   |   |   | Atlético         |
| 57. | Mal Formado   |   |   |   |   |   | Bien Formado     |
| 58. | Chico         |   |   |   |   |   | Grande           |
| 59. | Atractivo     |   |   |   |   |   | No Atractivo     |
| 60. | Gordo         |   |   |   |   |   | Flaco            |
| 61. | Proporcionado |   |   |   |   |   | Desproporcionado |

Mis brazos son:

|     | A              | B | C | D | E |                   |
|-----|----------------|---|---|---|---|-------------------|
| 62. | Bonitos        |   |   |   |   | Feos              |
| 63. | Duros          |   |   |   |   | Flácidos          |
| 64. | Bofos          |   |   |   |   | Atléticos         |
| 65. | Mal Formados   |   |   |   |   | Bien Formados     |
| 66. | Atractivos     |   |   |   |   | No Atractivos     |
| 67. | Proporcionados |   |   |   |   | Desproporcionados |

## SECCIÓN F

Estas afirmaciones son para ayudarnos a aprender cómo sienten los jóvenes de tu edad con respecto a diferentes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Solamente tú conoces tus verdaderos sentimientos. Es importante que contestes de acuerdo como tú sientes, y no cómo otros piensan que deberías sentir.

1. Me gusta como soy
  - a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre
  
2. Me siento bien cuando estoy con mi familia
  - a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre

- 
3. Estoy orgulloso(a) del trabajo que hago en la escuela
- a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre
4. Estoy feliz de ser como soy
- a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre
5. Tengo una de las mejores familias de todo el mundo
- a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre
6. Estoy orgulloso(a) de mi
- a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre
7. Soy un(a) buena(a) amigo(a)
- a) Nunca
  - b) Rara vez
  - c) La mitad de las veces
  - d) Usualmente
  - e) Siempre

8. Me gusta la forma como me veo

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) La mitad de las veces
- d) Usualmente
- e) Siempre

9. Hago enojar a mis padres

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

10. Si me enojo con un(a) amigo(a) lo insulto(a)

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

11. Soy muy lento(a) para realizar mi trabajo escolar

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

12. Soy un(a) tonto(a) para realizar los trabajos de la escuela

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

13. Soy malo(a) para muchas cosas

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

14. Me enojo cuando mis padres no me dejan hacer algo que quiero

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

15. Le echo la culpa a otros de cosas que yo hago mal

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

16. Me gustaría ser otra persona

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

17. Siento ganas de irme de mi casa

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca



18. Tengo una mala opinión de mí mismo(a)

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

19. Mi familia está decepcionada de mí

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

20. Me siento fracasado(a)

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca

21. Pienso que mis padres serían felices si yo fuera diferente

- a) Siempre
- b) Usualmente
- c) La mitad de las veces
- d) Rara vez
- e) Nunca